

Ministério da Saúde

Plano Nacional de Saúde 2020-2023

Brasília/DF, Fevereiro de 2020.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
1. ESTRUTURAÇÃO DO PLANO	5
1.1. BASE LEGAL	5
1.2. RELAÇÃO COM O PPA.....	6
1.3. ELABORAÇÃO	7
2. ORIENTADORES ESTRATÉGICOS	9
2.1. MISSÃO, VISÃO E VALORES.....	9
2.2. DIRETRIZES	9
2.3. CADEIA DE VALOR E MAPA ESTRATÉGICO	15
3. ANÁLISE SITUACIONAL DO PNS 2016-2019	17
3.1. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE.....	17
3.2. PANORAMA DEMOGRÁFICO	18
3.2.1. Taxas de Fecundidade Total (TFT).....	19
3.2.2. Estrutura de distribuição etária da população	20
3.2.3. Expectativa de vida	21
3.3. MORBIDADE E MORTALIDADE	22
3.3.1. Morbidade	22
3.3.1.1. Doenças transmissíveis	22
3.3.1.2. Doenças crônicas não transmissíveis	34
3.3.1.3. Causas Externas.....	37
3.3.1.4. Doenças e Agravos relacionados ao trabalho	39
3.3.2. Mortalidade	41
3.4. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	49
3.4.1. Condições de Vida, Trabalho e Ambiente.....	49
3.4.2. Hábitos e Estilos de Vida.....	52
3.5. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	54
3.5.1. Atenção Primária	55
3.5.2. Atenção Especializada.....	68
3.6. SAÚDE NOS CICLOS DA VIDA	80
3.6.1. Saúde da Criança.....	80
3.6.2. Saúde do Adolescente	83
3.6.3. Saúde da Pessoa Idosa	85
3.6.4. Saúde da Mulher	88
3.6.5. Saúde do homem	91
3.7. SAÚDE MENTAL	93
3.7.1 Saúde mental	93
3.8. ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	95
3.9. ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA	99
3.9.1. Promoção da atenção à saúde dos povos indígenas	99
3.9.2. Rede de Estabelecimentos de Saúde Indígena e as Ações em Saneamento e Edificações.....	104
3.10. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	106
3.11. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	110
3.11.1. Imunizações	110
3.11.2. Emergências em Saúde Pública	118

3.11.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador	118
3.12. VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	118
3.12.1. Registro e Autorizações	119
3.12.1.1. Alimentos	119
3.12.1.2. Medicamentos	119
3.12.1.3. Produtos para Saúde.....	120
3.12.2. Fiscalização e Monitoramento.....	121
3.12.2.1. Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos	121
3.12.2.2. Fiscalização de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária	121
3.12.2.3. Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados.....	121
3.13. GESTÃO EM SAÚDE.....	122
3.13.1. Recursos Financeiros – SPO/SE.....	122
3.13.2. Gestão do trabalho e da educação em saúde	123
3.13.3. Iniciativas para aprimorar a gestão do SUS	124
3.14. COMPLEXO INDUSTRIAL PRODUTIVO E DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO DA SAÚDE	127
3.14.1. Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde.....	127
3.14.2. Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde.....	128
3.14.3. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.....	130
3.14.4. Complexo Industrial da Saúde	131
3.14.5. Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP)	132
3.15. SAÚDE SUPLEMENTAR.....	132
4. INDICADORES GERAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	135
5. OBJETIVOS, METAS E PROJETOS.....	136
PROMOVER A AMPLIAÇÃO E A RESOLUTIVIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FORMA INTEGRADA E PLANEJADA.....	137
PROMOVER A AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA COM VISTA À QUALIFICAÇÃO DO ACESSO E REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS.....	139
REDUZIR OU CONTROLAR A OCORRÊNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS PASSÍVEIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE.....	140
FOMENTAR A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO, PROMOVEDO O ACESSO DA POPULAÇÃO ÀS TECNOLOGIAS EM SAÚDE DE FORMA EQUITATIVA, IGUALITÁRIA, PROGRESSIVA E SUSTENTÁVEL.....	142
PROMOVER AÇÕES QUE GARANTAM E AMPLIEM O ACESSO DA POPULAÇÃO A MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS, COM QUALIDADE, SEGURANÇA, EFICÁCIA, EM TEMPO OPORTUNO, PROMOVEDO SEU USO RACIONAL.....	143
FORTALECER A PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA.	144
APERFEIÇOAR A GESTÃO DO SUS VISANDO A GARANTIA DO ACESSO A BENS E SERVIÇOS DE SAÚDE EQUITATIVOS E DE QUALIDADE.	145
6. GESTÃO DO PLANO.....	146
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	148
LISTA DE SIGLAS	154

Introdução

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento balizador para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas do Ministério da Saúde. Ele deve orientar a atuação da esfera federal em sua coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes, prioridades, metas e indicadores para o período de 2020 a 2023.

É importante que este instrumento esteja alinhado com as demais iniciativas e instrumentos governamentais, tal como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. Para isso, foram envidados importantes esforços no sentido de propiciar esta compatibilidade.

Fruto de extensas discussões internas e um significativo processo de qualificação de seus atributos, o Plano buscou, ainda, considerar a essencial contribuição de outros atores, tal como o Conselho Nacional e a Conferência Nacional de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde deve embasar não apenas a orientação estratégica do Ministério da Saúde, como também a gestão em todos os seus níveis. Ele é apoiado por outras importantes iniciativas de aperfeiçoamento dos controles internos e melhoria contínua no processo de governança.

Sua elaboração envolveu todas as Secretarias e Vinculadas, dezenas de departamentos e centenas de pessoas, direta ou indiretamente. Não é um trabalho isolado, mas uma construção coletiva.

O Plano é apresentado em seis seções, além desta introdução e de um anexo com os indicadores de avaliação. A primeira contempla sua estruturação, bases legais e relação com o Plano Plurianual; a segunda explicita todos os orientadores estratégicos considerados em sua elaboração; a terceira sintetiza a análise de situação de saúde; a quarta estabelece os indicadores da política de saúde, que serão atualizados anualmente; a quinta apresenta os Objetivos Estratégicos do Plano - em consonância com o PPA -, bem como suas metas e projetos; a sexta discorre sobre os elementos necessários à sua gestão eficaz.

Desse modo, o PNS busca ampliar e qualificar o acesso aos bens e serviços de saúde, de modo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros.

1. Estruturação do Plano

1.1. Base Legal

O planejamento das políticas da Administração Pública Federal para a área da saúde deve ser expresso em dois planos: o Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Plano Plurianual (PPA), ambos previstos na Constituição Federal de 1988. O PPA está definido expressamente no art. 165 e presente em outros dispositivos. O PNS corresponde ao plano setorial, previsto no mesmo artigo, porém de forma genérica no §4º.

De acordo com Decreto nº 9.795, de 17/05/2019, são de responsabilidade do MS a política nacional de saúde; a coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde - SUS; a saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios; as informações de saúde; os insumos críticos para a saúde; a ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais, lacustres e aéreos; a vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos; e a pesquisa científica e tecnológica na área de saúde.

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a obrigação legal de elaboração do PNS (art. 15 e 16) e sobre a compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (art. 36). Além disso, observa que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) deve estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços (art. 37). Ressalta-se ainda que a Lei Complementar nº 141/2012, no artigo 30, § 4º, reforça que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

A Lei nº 8.142/1990 dispõe que devem ser realizadas Conferências de Saúde, a cada quatro anos, a fim de propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível da federação.

Nesse contexto, o CNS e a Conferência Nacional de Saúde são instâncias colegiadas do SUS, que permitem a participação social, e possuem papel importante na definição das diretrizes que subsidiam a formulação de estratégias, objetivos, metas e indicadores e, posteriormente, no controle e avaliação da execução da política pública. Assim, as diretrizes estabelecidas pelo CNS e pela 16ª Conferência Nacional de Saúde foram consideradas no processo de formulação do Plano Nacional de Saúde 2020-2023.

Destaca-se que o PNS 2020-2023 é um instrumento de gestão orientador do processo de planejamento do SUS na esfera federal, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população. O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde.

A partir do artigo 94 da Portaria de Consolidação MS nº 1/2017, pode-se visualizar as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, a definição da vigência de quatro anos e dos elementos que devem compor o PNS, como:

- a) a análise situacional de saúde;
- b) os objetivos, metas e indicadores;
- c) o processo de monitoramento e avaliação.

A estrutura do PNS 2020-2023 amplia o escopo requerido pela legislação apresentando aspectos relacionados ao Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, como por exemplo Cadeia de Valor, Missão, Visão, Valores e Mapa Estratégico.

Figura 1.1. Estrutura do PNS 2020-2023.

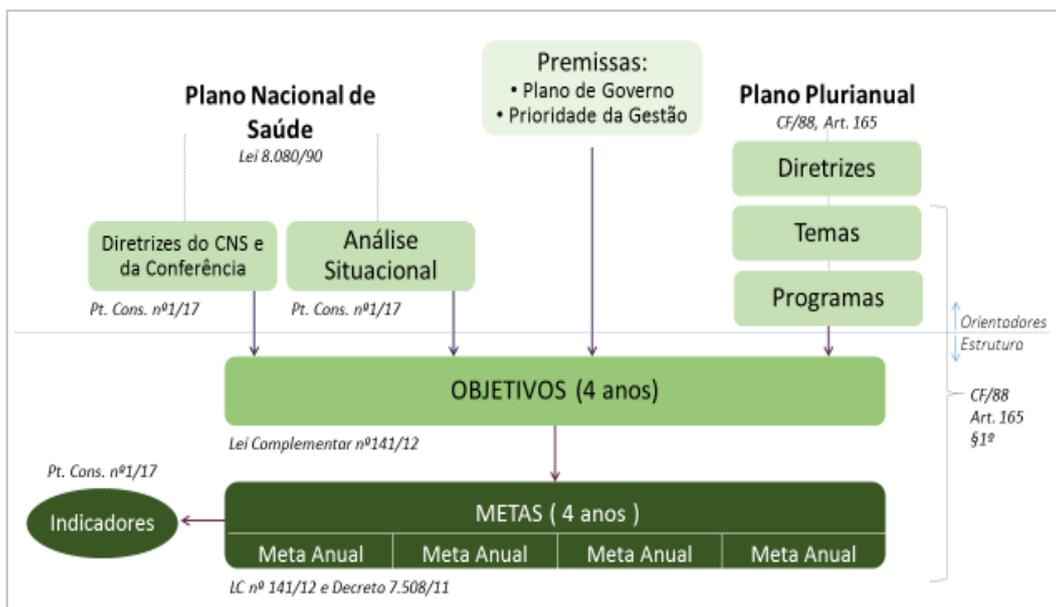


Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

1.2. Relação com o PPA

Em atendimento à Constituição Federal de 1988, o PNS 2020-2023 foi elaborado em consonância com Plano Plurianual 2020-2023 e possui compatibilidade quanto à vigência e aos objetivos definidos. A figura abaixo demonstra a relação entre os instrumentos.

Figura 1.2. Relação PPA e PNS (2020-2023).



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

No PPA 2020-2023, houve uma redução significativa dos atributos devido à mudança metodológica proposta pelo Ministério da Economia. Dessa forma, o Plano contém somente 7 objetivos finalísticos, cada um com sua respectiva meta e indicador. O PNS contempla uma quantidade maior de metas e indicadores por objetivo, de modo a fortalecer o monitoramento e avaliação da atuação do Ministério.

Foram estabelecidos os mesmos objetivos para o PPA 2020-2023 e para o PNS 2020-2023 visando a convergência entre os instrumentos de planejamento.

Figura 1.3. Objetivos PNS 2020-2023.



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

Figura 1.4. Elementos do Plano Plurianual 2020-2023 e do Plano Nacional de Saúde.



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

1.3. Elaboração

A análise de situação foi elaborada considerando o desempenho obtido em relação ao que foi planejado e executado entre 2016-2019, além de considerar outras séries históricas relevantes. Na análise de situação, apresentam-se dados atualizados e identificam-se os avanços alcançados, bem como os desafios que ainda

permanecem, com o intuito de definir estratégias que produzam alteração na realidade e melhorias na condição de saúde da população.

No primeiro semestre de 2019, foram realizadas oficinas com técnicos do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, do Ministério da Economia, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e da Presidência da República para levantar os problemas, causas e consequências a serem enfrentados. A partir desse levantamento, foram esboçados os objetivos finalísticos que compõem o PPA e que fazem parte deste PNS.

Além disso, o MS criou um grupo de trabalho (GT) composto por técnicos responsáveis pela elaboração do planejamento e monitoramento das estratégias das secretarias e das entidades vinculadas, visando a uniformização de conceitos e a definição da metodologia a ser utilizada na elaboração de metas e indicadores.

Assim, no intuito de qualificar estes atributos, o GT definiu a estrutura de uma Ficha de Qualificação e os conceitos de cada atributo a ser utilizado, permitindo a compreensão do que se pretende realizar, como e quando, oportunizando o monitoramento dos compromissos do gestor federal do SUS com o setor saúde firmados até o final do Plano.

A elaboração de metas levou em consideração, entre outros elementos, as Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, da 16ª Conferência Nacional de Saúde e a Análise Situacional.

Cabe mencionar que o Plano Nacional de Saúde possui compromissos focados em resultados finalísticos a serem entregues para a sociedade. Em alguns casos, o alcance desses resultados não depende exclusivamente da atuação da gestão federal do SUS, pois o cumprimento das metas depende de esforços realizados pelas três esferas (federal, estadual e municipal). Nesse sentido, o MS envida esforços para o aperfeiçoamento da gestão do SUS e da relação entre os gestores do Sistema Único de Saúde.

2. Orientadores Estratégicos

O Plano Nacional de Saúde, como instrumento orientador da política pública federal, deve, naturalmente, estar alinhado às demandas da sociedade e às orientações governamentais. É importante que o PNS busque convergência entre atores internos e externos, tenha coerência com os esforços para aprimoramento da gestão do MS e almeje alcançar a visão de futuro do órgão.

No quadriênio 2016-2019, essa convergência ocorreu por meio da aderência ao Plano Plurianual e às Diretrizes do CNS. Para o período de 2020 a 2023, o Ministério da Saúde intensificou os esforços no sentido de considerar outros importantes orientadores, tal como as Diretrizes da Conferência Nacional de Saúde. Adicionalmente, retomou-se a elaboração de um Planejamento Estratégico orientador dos processos internos necessários à consecução de suas competências regimentais, bem como a definição de sua Missão, Visão, Cadeia de Valor e Mapa Estratégico.

2.1. Missão, Visão e Valores

Em 2019, foram redefinidos a Missão, Visão e Valores do Ministério da Saúde, de modo a permitir que agentes internos e externos compartilhem dos mesmos propósitos e ideais.

Missão

Promover a saúde e o bem-estar de todos, por meio da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade.

Visão

Sistema de Saúde Público efetivo e reconhecido por todos.

Valores

Inovação | Comprometimento | Empatia | Transparência
Ética | Eficiência e efetividade | Sinergia | Sustentabilidade

2.2. Diretrizes

Conforme preconizado na Lei nº 8.142/90 e na Lei Complementar nº 141/12, a Conferência Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem estabelecer diretrizes para a condução da política de saúde no âmbito federal. Esses orientadores foram formalizados por meio da Resolução CNS nº 614, de 15 de fevereiro de 2019, que aprovou as diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde, o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2020 e a incorporação no processo de elaboração do Plano Plurianual 2020-2023 e da Lei Orçamentária de

2020; e da Resolução CNS nº 617, de 23 de agosto de 2019, que publicou as diretrizes aprovadas pelas Delegadas e Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Estas diretrizes representaram um importante referencial para a elaboração de todo o Plano Nacional de Saúde, desde seus Objetivos até suas metas, projetos e indicadores. Abaixo, além de citar as diretrizes, foram identificados os principais Objetivos relacionados, direta ou indiretamente, à sua consecução.

Tabela 2.1. Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde.

Cód. Diretriz	Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde	Objetivos do PPA e PNS 2020-2023
D.01	Investimento de todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS universal e de qualidade, mediante a obtenção do financiamento suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo os valores das transferências fundo a fundo da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme critérios, modalidades e categorias pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012.	Gestão e Organização do SUS
D.02	Ampliação da pactuação do saneamento básico e saúde ambiental, incluindo tratamento adequado dos resíduos sólidos, dando a devida prioridade político-orçamentária, para a promoção da saúde e redução dos agravos e das desigualdades sociais.	Vigilância em Saúde
D.03	Contribuição para erradicar a extrema pobreza e a fome no País.	Todos
D.04	Garantia de recursos orçamentários e financeiros para além do piso de empenho e teto de pagamento fixados pela Emenda Constitucional nº 95/2016 de modo a impedir a redução em 2020, em termos de valores reais, da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde em comparação aos maiores valores empenhados a partir de 2014, inclusive enquanto proporção da receita corrente líquida, bem como para a integral disponibilidade financeira para o pagamento em 2020 das despesas empenhadas no exercício e dos restos a pagar inscritos e reinscritos, além do cumprimento de outras diretrizes estabelecidas nesta Resolução.	Gestão e Organização do SUS
D.05	Garantia do acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais, atendendo às questões culturais, de raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e geração e de ciclos de vida, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada e a consolidação das redes regionalizadas de atenção integral às pessoas no território.	Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à Saúde
D.06	Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde.	Atenção Primária à Saúde Vigilância em Saúde
D.07	Garantia da atenção integral à saúde da criança, com especial atenção nos dois primeiros anos de vida, e da mulher, com especial atenção na gestação, aos seus direitos sexuais e reprodutivos, e às áreas e populações em situação de maior vulnerabilidade social, população com deficiência, especialmente a população em situação de rua, ribeirinhos, povo do campo/água/floresta, população negra, quilombolas, LGBT, ciganos e população em privação de liberdade.	Atenção Primária à Saúde
D.08	Aprimoramento das redes de urgência e emergência, com expansão e adequação de suas unidades de atendimento, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e das centrais de regulação, bem como das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estimulando o funcionamento com pessoal capacitado e em quantidade adequada, articulando as com outras redes de atenção.	Atenção Especializada à Saúde
D.09	Fortalecimento de todas as redes de atenção pública, em especial a rede de saúde mental e demais transtornos, com ênfase nas ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas, com ampliação e garantia de abertura e/ou manutenção dos investimentos dos serviços da rede própria e leitos integrais em hospitais gerais, bem como as redes de atenção às pessoas com deficiência e à saúde bucal.	Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à Saúde
D.10	Garantia da atenção integral à saúde da mulher, do homem, da pessoa com deficiência, da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, raras e	Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à

Cód. Diretriz	Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde	Objetivos do PPA e PNS 2020-2023
	negligenciadas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção, prevenção e reabilitação, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados e paliativos e apoio à consolidação do Plano Nacional de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.	Saúde Vigilância em Saúde
D.11	No fortalecimento do SUS, aprimorar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, baseado na atenção diferenciada, no cuidado integral e intercultural, observando as práticas de saúde tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais, com prioridade para a garantia da segurança alimentar e nutricional.	Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena
D.12	Garantia da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, que incentivem a produção de alimentos ambiental, social e economicamente sustentáveis.	Atenção Primária à Saúde
D.13	Contribuição para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde.	Atenção Primária à Saúde Gestão e Organização do SUS
D.14	Garantir e implementar gestão pública e direta com instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa e democrática, qualificada e resolutiva com participação social e financiamento estável.	Gestão e Organização do SUS
D.15	Qualificação dos instrumentos de execução direta com contratualização dos serviços públicos que garantam a autonomia administrativa e financeira desses serviços, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.	Gestão e Organização do SUS
D.16	Garantia e aprimoramento da assistência farmacêutica universal e integral no âmbito do SUS, estimulando e pactuando a estruturação da rede de serviços e a sua força de trabalho da assistência farmacêutica das três esferas de governo.	Assistência Farmacêutica no SUS
D.17	Fortalecimento do complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde, da assistência farmacêutica e de tecnologias no âmbito do SUS.	Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Produtivo em Saúde
D.18	Garantia da regulação e fiscalização da saúde suplementar, assegurando a participação dos Conselhos de Saúde neste processo.	Gestão e Organização do SUS
D.19	Promoção da participação permanente do Conselho Nacional de Saúde no processo de formulação das políticas do Ministério da Saúde, conforme Lei Orgânica do SUS.	Gestão e Organização do SUS
D.20	Garantia da implementação e efetivação da política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde e sua inserção nos três níveis de assistência, da política nacional de promoção de saúde e de educação popular em saúde.	Atenção Primária à Saúde
D.21	Aprimoramento da política nacional de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade em torno das diretrizes do SUS e da política de saúde como meio de atender as demandas sociais.	Gestão e Organização do SUS
D.22	Aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses, melhorando a vigilância à saúde, especialmente ao combate do mosquito <i>Aedes aegypti</i> e demais arboviroses, raiva e leishmaniose.	Vigilância em Saúde
D.23	Aprimoramento e fiscalização da rotulagem de alimentos com informações claras e não enganosas ao consumidor, especialmente em relação aos impactos do uso de agrotóxicos e organismos geneticamente modificados (transgênicos), bem como a regulamentação da rotulagem nutricional frontal de advertência e práticas de publicidade e comercialização de alimentos não saudáveis, como aqueles de alto teor de sódio gorduras e açúcar, principalmente voltada ao público infante juvenil e às pessoas com necessidades alimentares especiais (celíacos, diabéticos, hipertensos, alérgicos e com intolerância alimentar).	Vigilância em Saúde Gestão e Organização do SUS
D.24	Regulamentação e monitoramento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância (NBCAL), de forma que não comprometa a prática do aleitamento materno.	Gestão e Organização do SUS
D.25	Qualificação do transporte sanitário que promova proteção e segurança dos	Vigilância em Saúde Atenção Especializada à

Cód. Diretriz	Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde	Objetivos do PPA e PNS 2020-2023
	usuários do SUS, de modo a evitar os constrangimentos por eles enfrentados historicamente no deslocamento para o atendimento de suas necessidades de saúde.	Saúde
D.26	Ampliação e garantia de funcionamento de pelo menos um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) por região de saúde.	Vigilância em Saúde

Tabela 2.2. Diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8º+8).

Diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde	Objetivos do PPA e PNS 2020-2023
Eixo 0 - Democracia e Saúde	
1. Defesa e garantia da democracia brasileira, respeitando a soberania da vontade popular, promovendo o bem-estar social, a saúde como direito humano e o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública e patrimônio do povo brasileiro.	Todos
2. Defesa do Estado Democrático de Direito, do exercício da cidadania, da solidariedade, da justiça, da participação popular e democrática, considerando que "Saúde abrange o direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo" (Sérgio Arouca, 1986).	Todos
3. Fortalecimento da democracia e do Sistema Único de Saúde (SUS) como condição necessária para uma saúde pública, universal, integral e equânime para todos os brasileiros e brasileiras, promovendo a participação e o controle social, visando um sistema que garanta acesso democrático à saúde, com foco na promoção, prevenção e atendimento humanizado em saúde.	Todos
4. Promoção da manutenção constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo as conquistas com participação popular, defendendo o caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.	Todos
5. Luta em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, garantindo os direitos humanos e constitucionais, a manutenção e o acesso democrático à saúde, com revogação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.	Todos
6. Fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), aperfeiçoando os conselhos de saúde, garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre a sociedade e os gestores, de forma regionalizada e descentralizada, e mantendo seu caráter deliberativo.	Todos
Eixo I - Saúde como Direito	
1. Garantia do SUS Integral.	Todos
2. Garantia da melhoria e a qualidade do acesso à saúde da comunidade em geral, trabalhando a promoção e prevenção, efetivando o direito à saúde disposto na Constituição Federal de 1988 e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).	Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à Saúde Vigilância em Saúde
3. Garantia do cuidado integrado às(aos) cidadãs(os), a partir do fortalecimento da atenção primária à saúde e do diagnóstico loco regional, a fim de induzir o planejamento, a regionalização, a construção de redes de atenção, a definição dos serviços e produtos ofertados pelo sistema e a contratualização dos prestadores.	Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à Saúde
4. Garantia da implementação do Decreto Presidencial nº 7508/2011, fortalecendo o planejamento da saúde, a articulação interfederativa, a assistência à saúde com manutenção das políticas públicas.	Gestão e Organização do SUS
5. Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiência – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a	Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à Saúde Vigilância em Saúde

Diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde	Objetivos do PPA e PNS 2020-2023
pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.	
6. Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro, pelo seu papel de proteção social a partir da compreensão da saúde como princípio da dignidade humana. Saúde é um bem-estar físico, psíquico, social, afetivo que significa que as pessoas e comunidades tenham mais do que ausência de doença, ou seja, que tenham também direito à habitação, trabalho, salário e aposentadoria dignos; ao ar, água e alimentos com boa qualidade; à educação crítica; à informação verdadeira e ao meio ambiente saudável como condições necessárias para se garantir a saúde.	Todos
7. Garantia da democracia e saúde como direito de cidadania, qualidade de saúde, liberdade de expressão, possibilitando ao cidadão ter acesso aos seus direitos de organização e participação social, considerando que não existe democracia sem direitos sociais que lhe deem concretude, entre os quais o direito à saúde, reafirmando o princípio universal e o protagonismo do Sistema Único de Saúde (SUS), com a participação do controle social e garantia de qualificação dos trabalhadores.	Todos
8. Garantia da permanência e da execução das políticas públicas de saúde através da fiscalização dos instrumentos de gestão como estratégia de assegurar a saúde como direito.	Gestão e Organização do SUS
9. Fortalecimento do Estado Democrático de Direito, fundamentado na soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho, da livre iniciativa e no pluralismo político.	Todos
10. Garantia da saúde como direito fundamental e princípio da dignidade humana.	Todos
11. Garantia da saúde como direito humano na política de seguridade social, com a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS). Universal, gratuito, integral e equânime, considerando os condicionantes e determinantes do processo saúde e doença.	Todos
12. Garantia do direito à saúde por meio de políticas públicas e efetivação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).	Todos
Eixo II - Consolidação dos Princípios do SUS	
1. Consolidação do SUS como política pública inserida num projeto de nação, que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas, garantindo o cumprimento do Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece o caráter público e universal do direito à saúde a toda cidadã e a todo o cidadão, sem distinção, e os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, garantindo a resolutividade da atenção à saúde, pautada por uma gestão regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com participação popular para o fortalecimento do SUS.	Todos
2. Consolidação dos princípios do SUS, mantendo-o de forma integral, equânime, universal e de gestão pública, garantidos na Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, sem terceirização, de forma a concretizar e fortalecer o sistema, reduzindo suas fragilidades a partir de uma gestão estratégica e participativa, com ênfase na regionalização, na ampliação dos espaços de participação e controle social.	Todos
3. Fortalecimento e ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde.	Todos
4. Reafirmação, impulsionamento e efetivação dos princípios e diretrizes do SUS - universalidade, integralidade e equidade - para garantir a saúde como direito humano e como base nas políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, garantindo e incentivando a participação e o apoio para as políticas de saúde aos povos da Amazônia.	Todos
5. Defesa do SUS público, universal, integral, equânime, descentralizado e regionalizado, hierarquizado e com comando único, valorizando a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e base da regionalização, qualificando o modelo de atenção integral à saúde, garantindo e ampliando o acesso às ações e serviços de saúde, às Redes de Atenção e à Política Nacional de Humanização, com classificação de risco e regulação adequada e transparente, assegurando qualidade e resolubilidade no tempo adequado, em conformidade com o perfil epidemiológico da região e as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto nº 7508/2011 e de forma a concretizar os princípios da equidade, universalidade, integralidade, transparência e participação popular e controle social efetivo, a fim	Todos

Diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde	Objetivos do PPA e PNS 2020-2023
de garantir o direito à saúde segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.	
6. Ampliação e otimização do acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade, com justiça social, respeitando as diversidades pessoais e coletivas, ambientais, sociais e sanitárias das regiões, com acessibilidade plena e respeito a diversidade de gênero, buscando reduzir as mortes e morbidades evitáveis, melhorando as condições de vida das pessoas e aprimorando as políticas de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, fortalecendo o processo de regionalização e descentralização, ampliando o acesso a atendimentos de especialidades de média e alta complexidade, em tempo oportuno, com investimento das três esferas de governo, respeitando os princípios do SUS, a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), regionais e integrais, incluindo atenção psicossocial nos espaços comunitários e abertos, de forma humanizada.	Todos
7. Aprimoramento da relação federativa do SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, com revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidade dos municípios, estados e união, visando oferecer cuidado integral ao cidadão; fortalecer, garantir e defender as instâncias de controle social, fomentando a participação social em articulação com os movimentos sociais e suas pautas, garantindo a participação cidadã, o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, mantendo as conquistas constitucionais e ampliando a universalização, integralidade e equidade do SUS, construindo estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções das conferências.	Gestão e Organização do SUS
8. Realização de concurso público para quadro permanente de trabalhadores para todas as políticas nacionais, incluindo a saúde indígena e das pessoas com deficiência com todas as especialidades necessárias, sendo disponibilizadas ações de atenção básica e de média complexidade nas três esferas de governo, assegurando o fornecimento de equipamentos e materiais de consumo de qualidade e de forma permanente, para garantir condições de trabalho aos profissionais e atendimento digno à população.	Gestão e Organização do SUS
Eixo III - Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS	
1. Garantia do direito constitucional à saúde por meio de financiamento adequado, transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as diferenças regionais, o planejamento, o perfil epidemiológico, o demográfico e o socioeconômico e garantindo o direito à saúde, tendo em vista a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e a equidade dos serviços.	Gestão e Organização do SUS
2. Garantia do financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde (SUS): melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos; ampliando a parcela mínima do orçamento geral investido em saúde; inovando nas formas de arrecadação, a fim de superar o subfinanciamento atual, para a possibilidade de redução do papel do setor privado nas ações e serviços de saúde e o fortalecimento da gestão pública, com direção única em cada esfera de governo.	Gestão e Organização do SUS
3. Garantia do financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde, de modo a ratificar a Seguridade Social como direito universal e permanente para a (o) s brasileira (o) s.	Gestão e Organização do SUS
4. Enfrentamento do subfinanciamento / desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o fator amazônico, com respeito às especificidades da região.	Gestão e Organização do SUS
5. Garantia de uma reforma tributária, com adequada distribuição dos recursos, para estados, Distrito Federal e municípios e vinculação constitucional do financiamento tripartite, em contraposição ao corte de investimentos em saúde (em especial pela Emenda Constitucional nº 95).	Gestão e Organização do SUS

2.3. Cadeia de Valor e Mapa Estratégico

A cadeia de valor e o mapa estratégico possuem funções importantes e complementares.

A primeira explicita os macroprocessos finalísticos e de apoio de uma organização e, a partir disso, como eles geram valor para a sociedade. O segundo, por sua vez, detalha os Objetivos da organização, sejam eles finalísticos, de suporte ou governança. Isso possibilita não apenas a definição de indicadores para os objetivos finalísticos – os quais serão detalhados neste Plano de Saúde -, como também a elaboração de indicadores para processos mais internos e de suporte à gestão, gerando uma visão compartilhada para o alcance de sua Missão.

Figura 2.1. Cadeia de Valor do Ministério da Saúde.

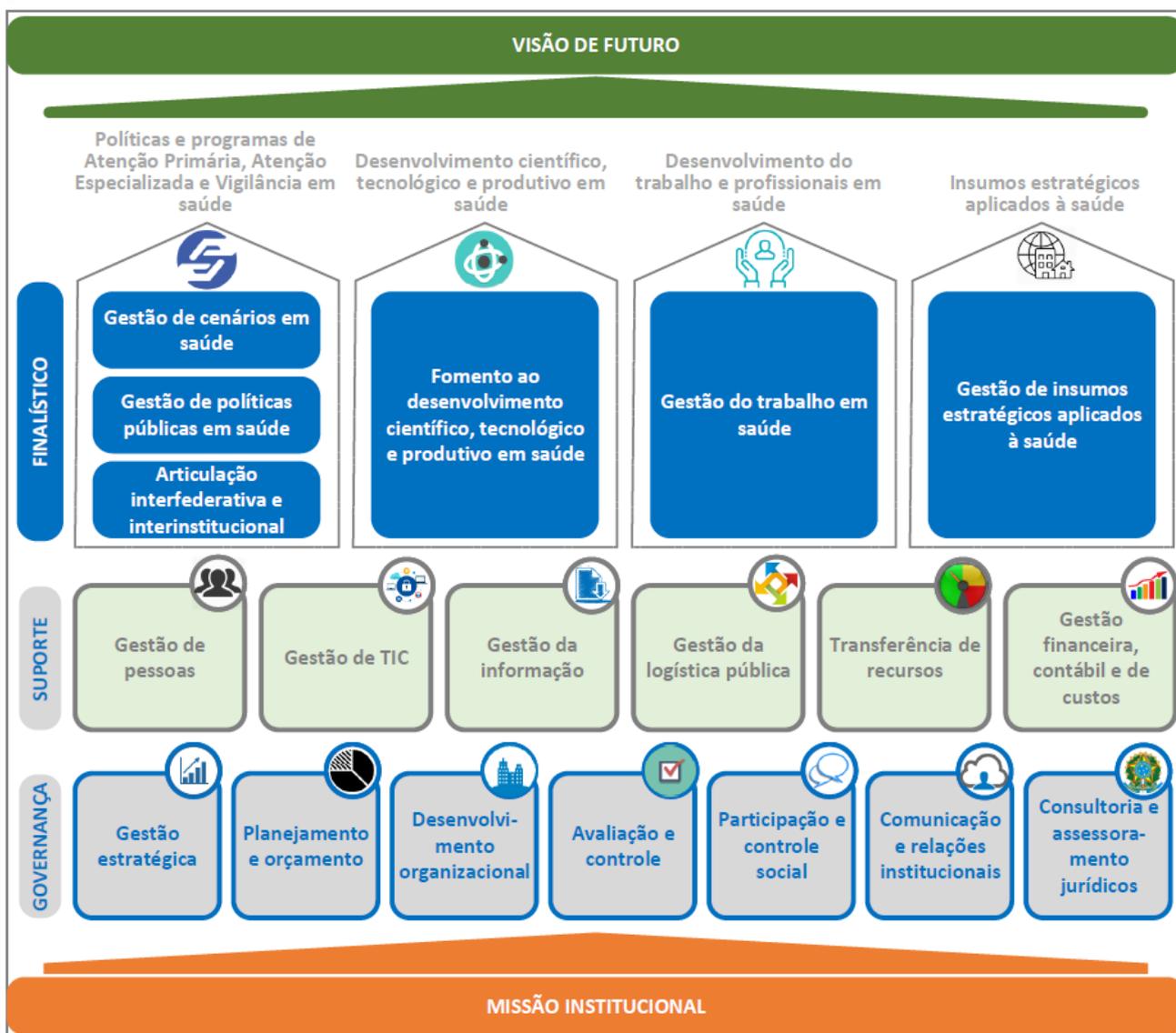
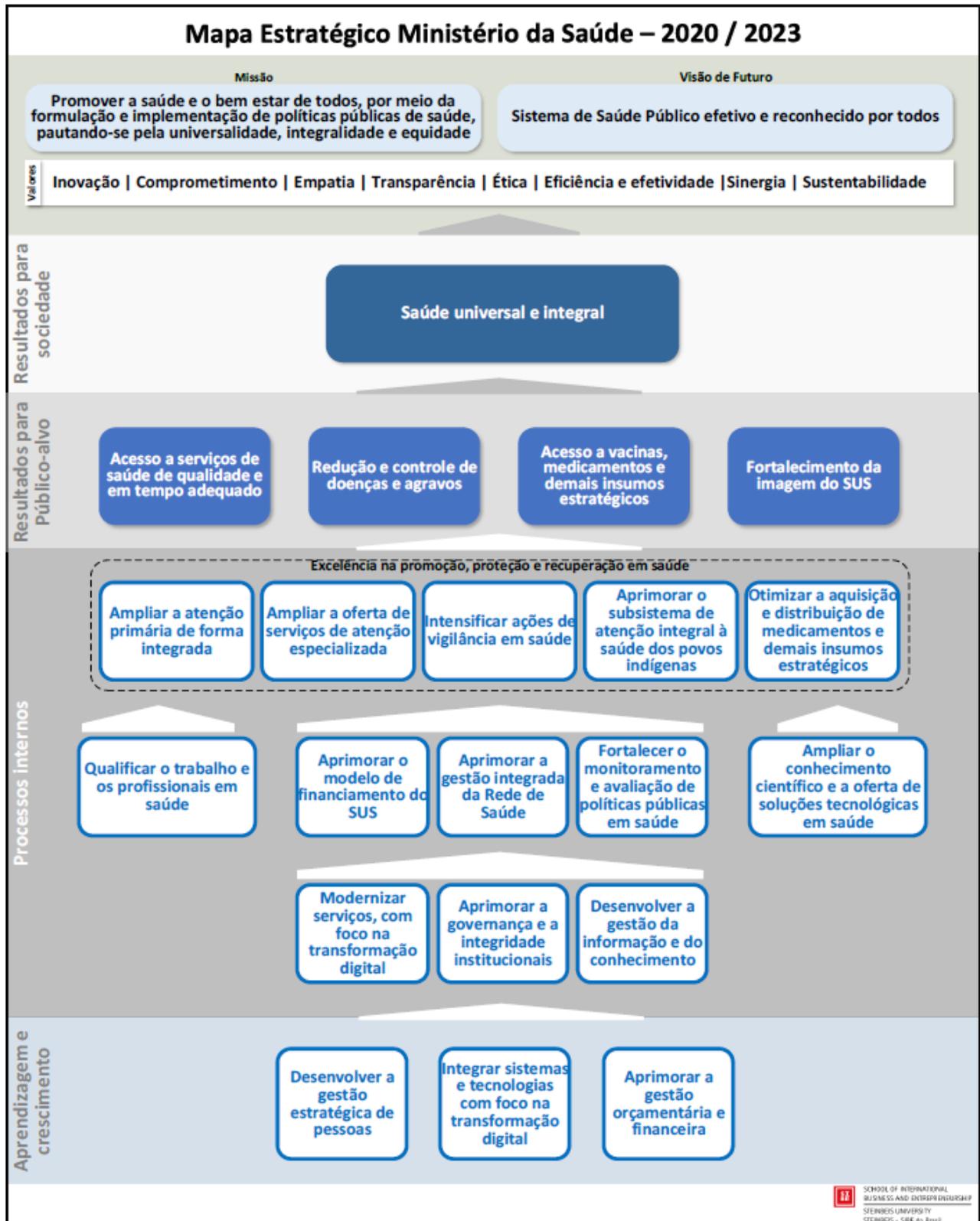


Figura 2.2. Mapa Estratégico do Ministério da Saúde.



3. Análise Situacional do PNS 2016-2019

3.1. Estrutura do sistema de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, que considerou a saúde como um direito de todos. A saúde foi elencada entre os direitos sociais e a responsabilidade pelo seu financiamento é compartilhada entre as três esferas de governo.

De forma a operacionalizar essas determinações, o SUS foi regulamentado pelo disposto nas Leis nº 8.080 de 1990 e nº 8.142 de 1990, chamadas Leis Orgânicas do SUS. O SUS constitui-se em uma forma de organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. A gestão central do sistema é competência do Ministério da Saúde (MS), a execução das ações deve ser realizada preferencialmente de forma descentralizada, sendo o componente municipal o principal executor da atenção e contando com direção única em cada esfera de governo. A Constituição facultou, ainda, a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde.

A regulamentação do dispositivo constitucional, por meio das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, operacionaliza o dever do Estado na execução de políticas econômicas e sociais, de forma a reduzir o risco de doenças. Foram adotados princípios fundamentais e organizacionais para o SUS, sendo a universalidade, integralidade e equidade os estruturantes da institucionalidade do sistema. Entre os princípios organizacionais, destaca-se a descentralização de meios e responsabilidades, com prioridade municipal de execução, além da participação social na elaboração e controle da política nacional.

Para referendar o arcabouço legal do SUS, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabeleceu bases referenciais para o escopo das ações e serviços de saúde e para o compartilhamento do financiamento setorial.

Foram estabelecidas, ainda, linhas de atuação que visam dar concretude à execução das ações e serviços públicos de saúde, abrangendo a integralidade da atenção, por meio da oferta de serviços dos níveis de atenção básica ao especializado, da vigilância em saúde e sanitária, da regulação dos serviços e da participação privada em caráter complementar.

A Lei nº 8.080/90 foi melhor detalhada pelo Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa como forma de operacionalização, levando em consideração um modelo regionalizado e hierarquizado. Esse dispositivo legal definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Regiões de Saúde são instituídas por articulação entre os estados e os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Decreto estabelece também que poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados, em articulação com os Municípios. Quando situados em áreas fronteiriças com outros países, a conformação em regiões deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Para circunscrever uma Região de Saúde é necessário haver infraestrutura para ofertar um rol de ações e serviços mínimos, abrangendo atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Essas ações também servirão de referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Por determinação do mesmo decreto, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) mapeia todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento integral à saúde, em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. A composição do rol de ações e serviços constantes da RENASES é pactuada pela União, Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas respectivas Comissões Intergestores, bem como a delimitação das suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços.

O suporte medicamentoso às prescrições terapêuticas é disposto na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS. A RENAME obedece às disposições gerais do MS, bem como aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. Ela também poderá ser complementada por relações específicas de medicamentos, guardada a respectiva consonância. Todos os medicamentos constantes da RENAME, bem como a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos, somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas, o SUS conta com uma infraestrutura de oferta com estabelecimentos da rede pública, complementados por unidades privadas atuantes no mercado. Como suplementação da estrutura de oferta disponibilizada à população, o SUS é responsável pela regulamentação do setor da saúde suplementar prestada por empresas privadas por meio de referenciamento à estrutura física do setor privado.

Com a finalidade de operacionalizar essa estrutura, o MS tem empreendido esforços no aprimoramento dos processos de governança e de gestão, no sentido de dotar as políticas de saúde de bases eficazes, efetivas e eficientes. Para dar consistência a essas características, é necessário um processo de monitoramento e avaliação bem estruturado. Nesse sentido, o MS está elaborando uma Política de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNMASUS) que indicará, entre outros pontos: fluxo de diretrizes, atores, responsabilidades, prazos e periodicidade, no intuito de garantir unidade de processo de monitoramento e avaliação e proporcionar transparência.

Diante do crescimento no fenômeno da judicialização da demanda, merecem destaque algumas iniciativas, como a criação de varas especializadas em “direito à saúde”, a cargo do Conselho Nacional de Justiça (CNJ); bem como o fortalecimento e a capacitação dos núcleos de apoio técnico do Poder Judiciário e a qualificação das decisões judiciais por meio de iniciativas de integração com Tribunais de Justiça e com o próprio Conselho.

Esse panorama possibilita entender como a gestão central do SUS se estrutura para compatibilizar as características populacionais e epidemiológicas, bem como os fatores determinantes e condicionantes da saúde, com o perfil da oferta de ações e serviços públicos de saúde tendo em vista a ampliação do acesso qualificado.

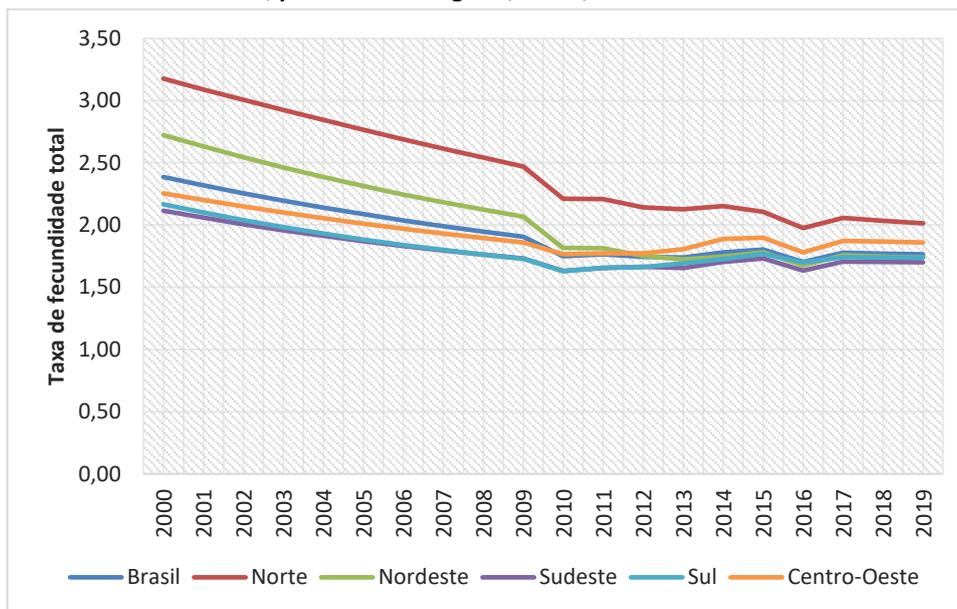
3.2. Panorama demográfico

De acordo com projeções estimadas pelo IBGE, em 2019 a população brasileira atingirá 210.147.125 habitantes, com predominância (51%) do sexo feminino, sendo distribuída nas Regiões da seguinte forma: Sudeste (42,1%), Nordeste (27,2%), Sul (14,3%), Norte (8,8%) e Centro Oeste (7,8%). Considerando que, de acordo com dados do censo populacional de 2010, a população brasileira era de 190.735.694, houve um crescimento linear de 10,2% no período, e de 1,13% ao ano. Para 2023, ano final do plano, a projeção estimada é de que a população brasileira será de 216.284.269 habitantes.

3.2.1. Taxas de Fecundidade Total (TFT)

Até meados da década de 60, o Brasil teve uma estrutura etária composta com muito jovens e baixa proporção de pessoas idosas, devido a níveis elevados das Taxas de Fecundidade Total (TFT). Até 1960, a TFT era levemente superior a seis filhos por mulher. Houve uma redução acentuada nas décadas seguintes, alcançando 2,4 filhos por mulher, no ano de 2000, e 1,7 em 2019. Trata-se de uma redução expressiva em um tempo tão curto, quando comparada à experiência dos países desenvolvidos, cujo processo teve uma duração superior a um século para atingir patamares bastante similares (IBGE, 2014). Essa trajetória vem refletindo a tendência dos últimos anos de redução generalizada da fecundidade observada no Brasil.

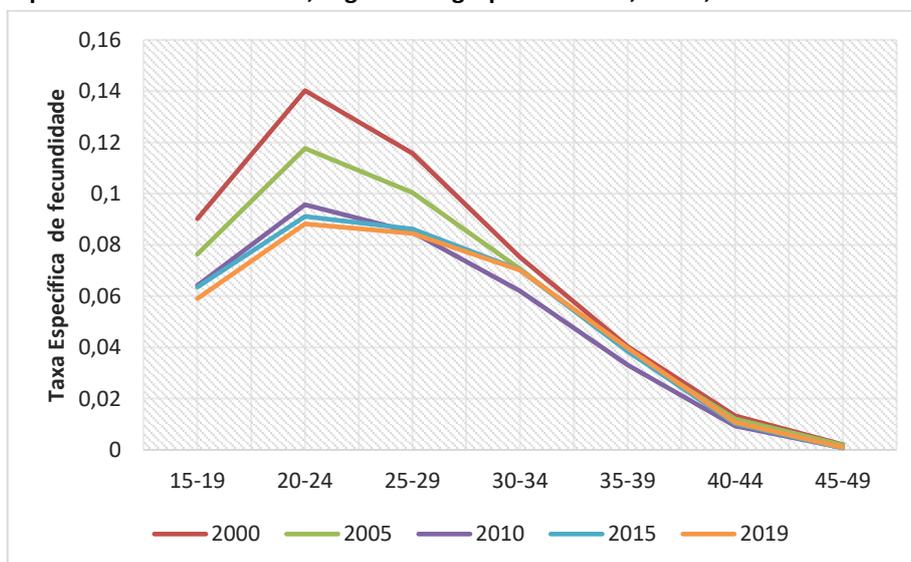
Gráfico 3.1. Taxas de Fecundidade Total, por Grandes Regiões, Brasil, 2000-2019.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2013 e 2019 do IBGE.

O gráfico 3.2 ilustra a tendência das Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) do Brasil, no qual é possível verificar a queda da TEF da população mais jovem. Com a hipótese de envelhecimento do padrão das TEF, observa-se que a proporção do grupo de idade de 30-34 aumentou em relação ao total.

Gráfico 3.2. Taxas Específicas de Fecundidade, segundo os grupos de idade, Brasil, 2000-2019.

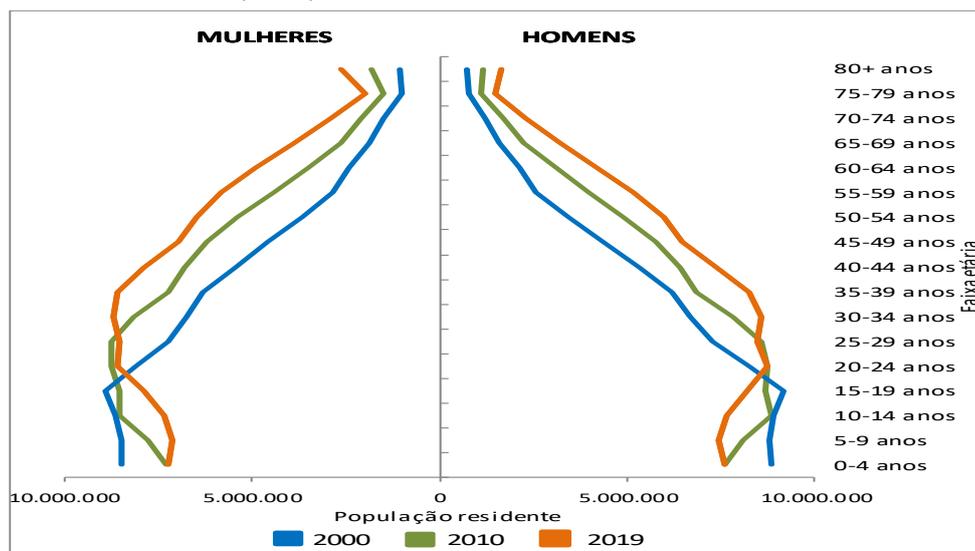


Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2013 e 2018 do IBGE.

3.2.2. Estrutura de distribuição etária da população

A marcante redução na fecundidade aliada ao aumento da expectativa de vida tem importantes efeitos sobre a estrutura de distribuição etária da população, fenômeno observado a partir do censo de 1980 e que evidenciava o estreitamento da base da pirâmide, com reduções expressivas do número de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade no total da população, refletindo o declínio da fecundidade. O gráfico abaixo mostra o envelhecimento ocorrido de 2000 a 2019, o que caracteriza o ritmo de países em desenvolvimento: diminuição da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), aumento da Taxa de Urbanização e Desenvolvimento Econômico e também com Índice de Desenvolvimento Humano considerado alto.

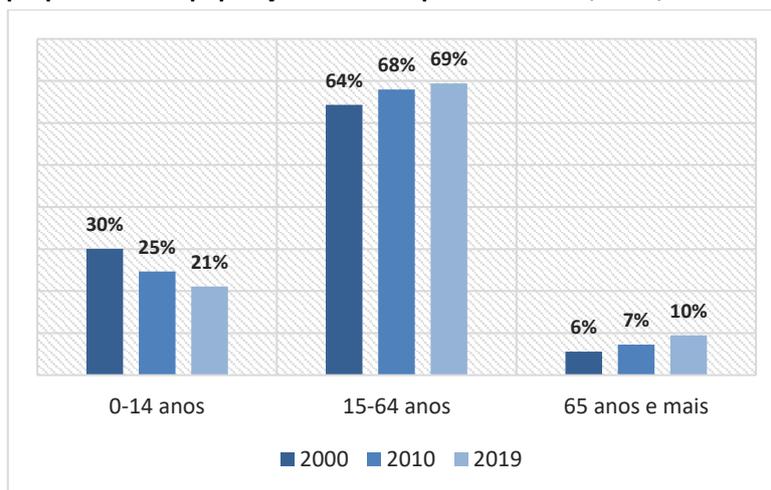
Gráfico 3.3. Pirâmide etária do Brasil, 2000, 2010 e 2019.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2013 e 2019 do IBGE.

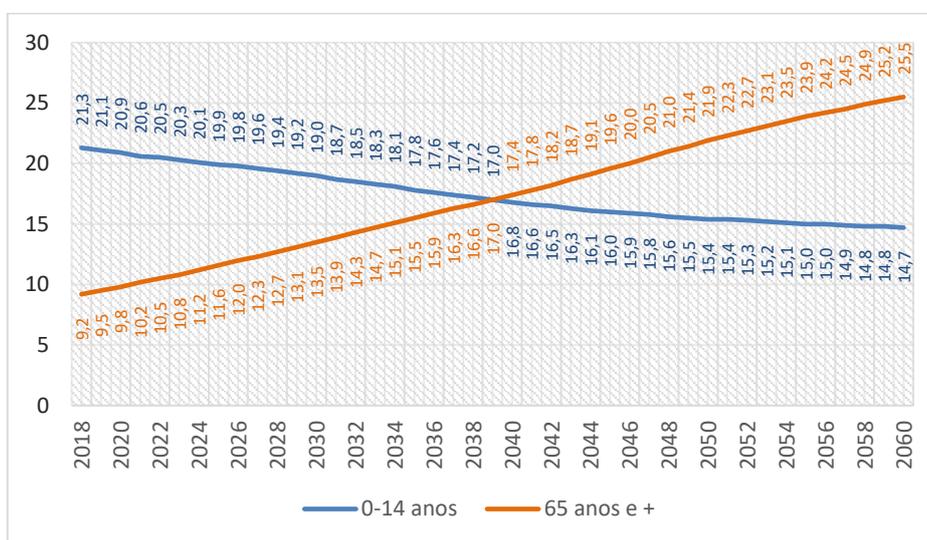
Entre 2000 e 2019 observou-se um envelhecimento da população do Brasil. Nesse período, embora a população total tenha aumentado em mais de 25 milhões de pessoas, houve uma redução no número de pessoas abaixo de 15 anos de idade, que passou de 52 milhões em 2000 (30% da população) para 44 milhões em 2019 (21% da população). Já a população acima de 65 anos de idade passou de 9,7 milhões (5,6% da população) em 2000 para 19,1 milhões de pessoas (9,1% da população) em 2019. Segundo estimativas do IBGE, em 2060, o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de pessoas). Já os jovens (0 a 14 anos) deverão representar 14,7% da população (33,6 milhões) em 2060.

Gráfico 3.4. Distribuição proporcional da população brasileira por faixa etária, 2000, 2010 e 2019.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2019 do IBGE.

Gráfico 3.5. Proporção da população na faixa etária de 0 a 14 anos e de 65 anos ou mais em relação ao total, no Brasil, de 2018 a 2060.



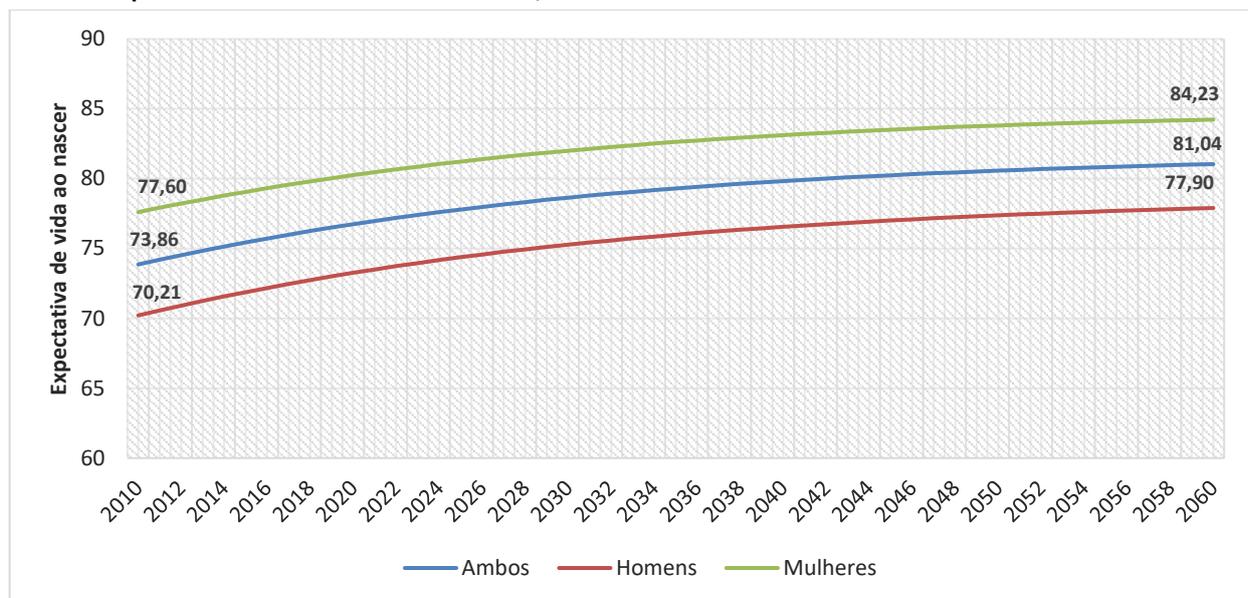
Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2019 do IBGE.

3.2.3. Expectativa de vida

A expectativa de vida ao nascer vem aumentando ao longo dos anos. De acordo com a projeção populacional divulgada pelo IBGE, uma pessoa nascida no Brasil em 2010 tinha expectativa de viver, em média, até os 74 anos (70 anos para homens e 78 anos para mulheres). Em 2019, foi observado um aumento médio de 2,5 anos na expectativa de vida, passando para 76,5 anos (73 para homens e 80 para mulheres).

A rápida transição demográfica observada no Brasil apresenta impactos importantes na saúde da população, repercutindo no Sistema Único de Saúde em decorrência do aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis advindas do aumento da idade mediana da população.

Gráfico 3.6. Expectativa de vida ao nascer no Brasil, 2010 a 2060.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2018 do IBGE.

3.3. Morbidade e Mortalidade

3.3.1. Morbidade

O perfil de morbidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência das doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas, bem como pela alta carga de acidentes e violências e, conseqüentemente, com reflexo nas taxas de mortalidade.

3.3.1.1. Doenças transmissíveis

A situação atual das doenças transmissíveis ainda causa um grande impacto nos dados de morbidade do Brasil, com destaque para aquelas que têm associações com as condições sanitárias, econômicas, ambientais e sociais. Doenças erradicadas estão ressurgindo e disseminando-se com velocidade, causando um grande problema de saúde pública.

O número de casos prováveis de dengue aumentou 606,8% se comparado o período de janeiro a julho de 2019 com o mesmo período de 2018, passando de 190.448 casos em 2018 para 1.345.994 em 2019. Todas as regiões do país apresentaram aumento do número de casos prováveis, sendo que a Região Sul teve o aumento mais representativo (3.872,8%), seguido pela Sudeste (1.743,4%) e Nordeste (195,4%). A Unidade da Federação que apresentou maior diferença entre 2018 e 2019 foi o estado do Paraná, em que o número de casos prováveis aumentou 4.310,0%, seguido do estado de São Paulo (3.891,7%) e Sergipe (2.558,6%). Em 2019, ocorreram 485 óbitos, correspondendo a um aumento de 259,3% em relação a 2018, quando ocorreram 135 óbitos. Em 2019, a taxa de letalidade geral por dengue no país corresponde a 0,04%, sendo que a faixa etária de maior letalidade é a de 80 anos ou mais, com 0,76%. Em relação ao número de internações, no período de janeiro a maio de 2019, foram registradas 27.844, o que representa um aumento de 188,6% em relação ao mesmo período em 2018, com 9.649 internações por dengue. Este aumento pode estar relacionado ao número de casos prováveis, o que impacta no número de casos de dengue grave e dengue com sinais de alarme.

Em relação aos sorotipos do vírus da dengue, em 2018 o DENV-2, o mais agressivo, foi predominante no país, sendo identificado em 66,2% das amostras examinadas. Este resultado teve o mesmo padrão em 2019, quando o DENV-2 foi identificado em 69,8% das amostras. Até a segunda semana de julho de 2019, o DENV-2

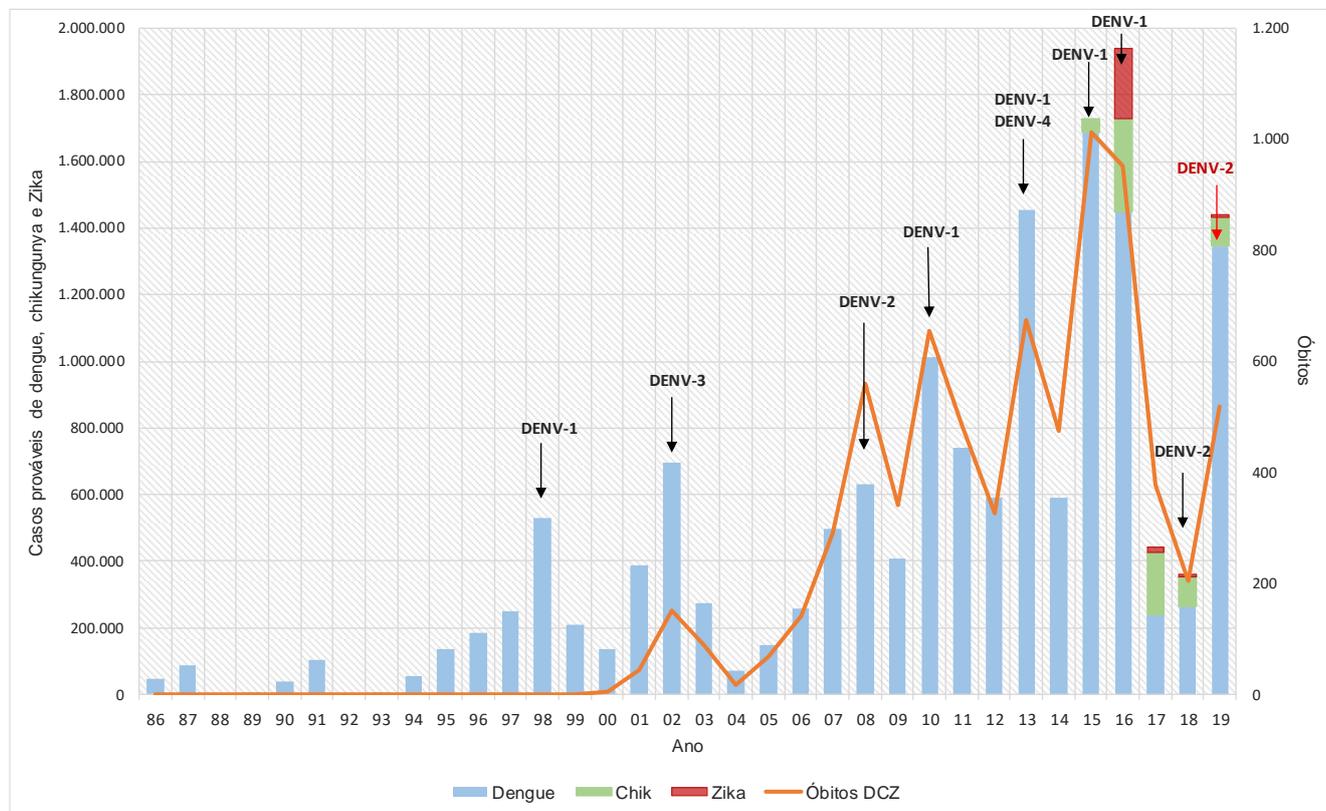
foi o mais predominante nas Regiões Norte (89,5%), Sudeste (92,1%) e Sul (55,9%) e Centro-Oeste (99,1%), sendo que na Região Nordeste o sorotipo predominante é o DENV-1 (81,7%). Além dos sorotipos DENV-1 e DENV-2 que circulam em todas as regiões, as Regiões Norte e Sul também tem a circulação do DENV-4, e a Região Sudeste tem a circulação dos quatro sorotipos.

O número de casos prováveis de chikungunya teve um incremento de 25,8% quando comparados os anos de 2018 e 2019, no período de janeiro a julho, respectivamente, passando de 70.091 para 88.178 casos. As Regiões Sul, Nordeste e Sudeste tiveram aumento do número de casos prováveis, sendo 231%, 77,5% e 58,0% respectivamente. As regiões em que ocorreu diminuição do número de casos foram a Centro Oeste (92,7%) e Norte (23,0%). Em 2019 foram 34 óbitos, contra 29 em 2018, correspondendo a um aumento de 17,2%. A taxa de letalidade geral por chikungunya no país, referente ao período de janeiro a julho de 2019, corresponde a 0,04%, sendo que a faixa etária de maior letalidade é a de 80 anos ou mais, com 0,57%, seguida pelos menores de um ano, com 0,34%.

O número de casos prováveis de Zika teve um incremento de 41,3% quando comparados os anos de 2018 e 2019 – considerando-se o período de janeiro a junho, respectivamente, passando de 5.865 para 8.287 casos prováveis. As Regiões Sul, Norte e Nordeste tiveram aumento do número de casos prováveis de 2018 para 2019, sendo 827,8%, 69,8% e 65,2% respectivamente. Até o mês de junho, não houve óbitos confirmados. O número de casos prováveis de Zika em gestantes teve um aumento de 126,5%, quando se compara o período de janeiro a junho de 2018 e 2019, passando de 739 para 1.674.

O gráfico 3.7 mostra a série histórica dos três agravos no país – 1986-2019 - incluindo os números de óbitos e os sorotipos de DENV circulantes.

Gráfico 3.7. Série histórica de casos de dengue, chikungunya e Zika, número de óbitos pelos três agravos e sorotipos de vírus dengue predominantes, Brasil, 1986-2019.



Fonte: Sinan-Net: dados Zika até SE 26/2019. Sinan Online: dados dengue e chikungunya até SE 28/2019. CGLAB: dados sorotipos DENV. Atualizado em 15/07/2019.

A circulação do vírus Zika no país modificou o cenário epidemiológico das manifestações neurológicas, bem como a sua vigilância. A partir de abril de 2015 foi identificado um aumento significativo de manifestações neurológicas associadas à infecção prévia por arbovírus, tais como encefalite, mielite, encefalomielite e síndrome de Guillain-Barré, que também podem ser observadas em casos de chikungunya e dengue.

Em 2015 o Ministério da Saúde propôs o “Protocolo de vigilância dos casos de manifestações neurológicas de infecção viral prévia”, atualizado em 2017, a partir da proposta da implantação de unidades sentinela.

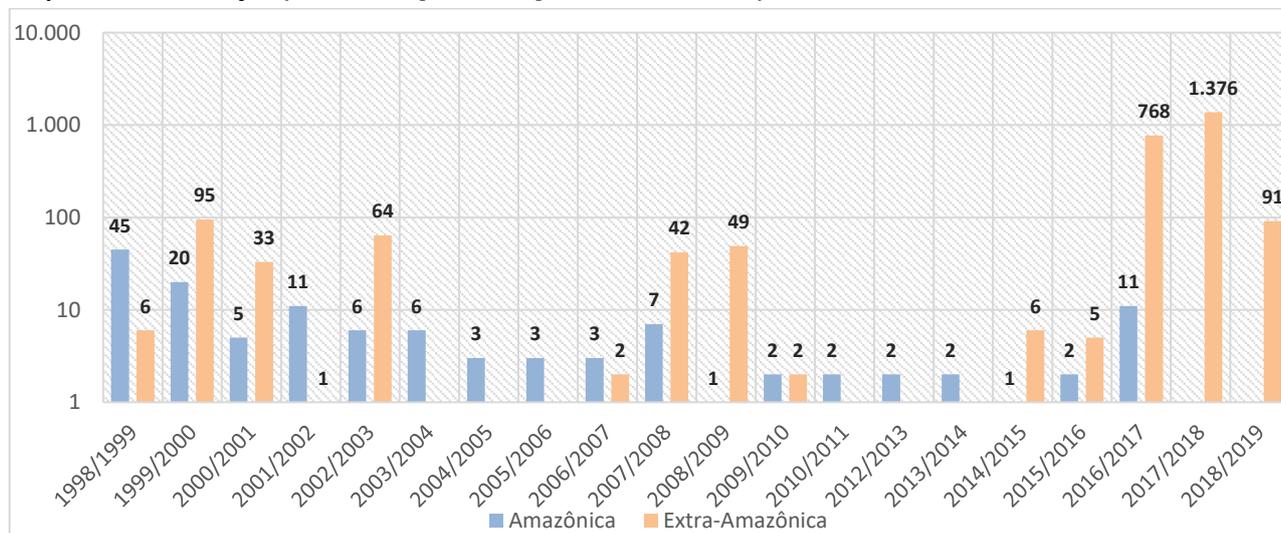
Em 2017 foram notificados 81 casos, distribuídos em oito estados. A maioria das notificações foi realizada pelo estado de Pernambuco, correspondendo a 64,2%. Em 2018, foram notificados 219 casos em 11 estados, sendo maior o número de notificações no Rio Grande do Norte (24,7%). Em 2019, até a segunda semana de julho, foram notificados 105 casos em oito estados, com o predomínio do número de notificações no estado de São Paulo, com 44,8%.

Nas duas últimas décadas, diversas reemergências do vírus da Febre Amarela (FA) foram registradas na região extra-amazônica (1998-2003, 2007-2009, 2014-2019) (Gráfico 3.8).

No século XXI, além da área endêmica, casos humanos e/ou epizootias em primatas não humanos ocorreram em todos os estados das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, além da Bahia, caracterizando a expansão recorrente da área de circulação viral nos sentidos leste e sul do país, afetando áreas antes consideradas indenes, onde o vírus não era registrado há décadas, com profundos impactos à saúde pública e à biodiversidade.

A partir de 2014, uma nova reemergência do vírus da Febre Amarela foi identificada na região extra-amazônica do Brasil, com detecção do vírus em primatas não humanos (PNH) no Tocantins, além dos limites da área considerada endêmica (Região Amazônica). Após alertas à rede de vigilância, registros de epizootias em PNH e/ou de casos humanos ocorreram nas Regiões Centro-Oeste (GO, DF, MS) e Sudeste (MG), sinalizando a dispersão do vírus pelo país. Em 2016, a transmissão foi detectada também no oeste de São Paulo. A partir de então, a transmissão se estendeu para os demais estados da Região Sudeste e para a Região Nordeste (BA) em 2017 e 2018, aproximando-se de grandes regiões metropolitanas densamente povoadas, com populações não vacinadas e infestadas pelo *Aedes aegypti*, trazendo à tona a preocupação com o risco de reurbanização da transmissão. Em 2019, no período de janeiro a junho, o vírus foi detectado no Paraná e em Santa Catarina.

Gráfico 3.8. Casos humanos de febre amarela silvestre por período de monitoramento (julho a junho) e por região do local provável de infecção (Amazônica [endêmica] e Extra-Amazônica), Brasil.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

No período entre julho/2014 e junho/2019, foram confirmadas 2.670 epizootias em PNH, envolvendo a morte de pelo menos 3.741 animais por FA, e 2.260 casos humanos, com 773 óbitos (letalidade de 34,2%). A despeito do elevado número de casos, a transmissão esteve associada, até então, ao ciclo silvestre, não havendo evidências que indiquem processos de reurbanização (por *Aedes aegypti*).

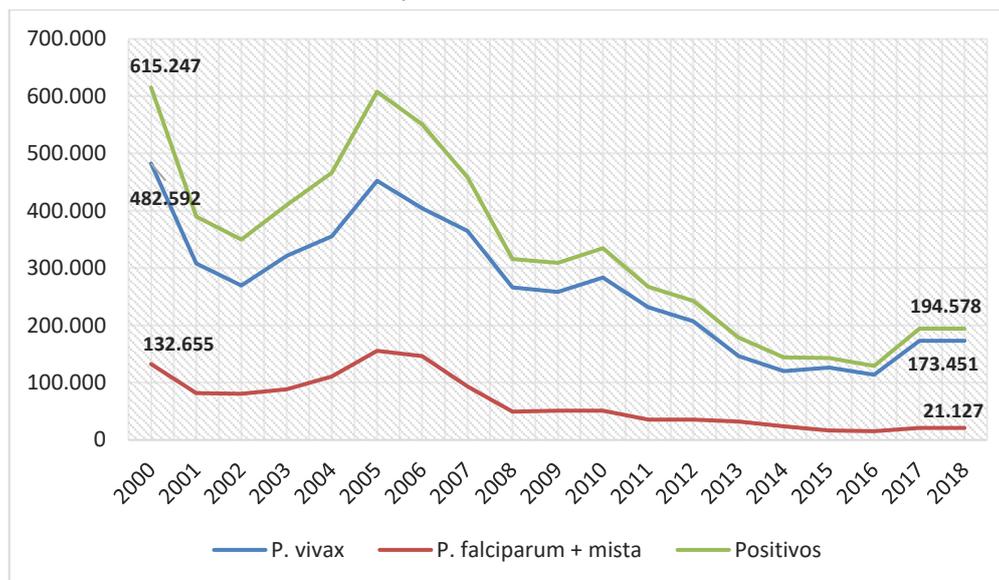
A doença de Chagas ainda perdura como um problema de saúde pública no Brasil e nas Américas, onde cerca de 65 milhões de pessoas vivem sob risco de infecção pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*, cerca de 6 a 8 milhões de pessoas são afetadas pela Doença de Chagas causando uma média de 12 mil óbitos por ano¹. No Brasil, estima-se que existam mais de um milhão de pessoas vivendo com a infecção por *T. cruzi*. O perfil epidemiológico da doença passou por mudanças devido às experiências exitosas de controle vetorial e transfusional, predominando atualmente a transmissão por via oral. Em 2018, foram notificados 380 casos de doença de Chagas aguda (DCA), com incidência de 0,18 casos para cada 100.000 habitantes. Em 2017, a taxa de mortalidade foi de 2,16 óbitos para cada 100.000 habitantes. O cenário atual reflete a necessidade de aprimoramento da vigilância em saúde para detecção e acompanhamento oportunos, de forma integrada à atenção primária e com linhas de cuidado instituídas.

O esforço para controlar e prevenir a malária tem demonstrado resultados positivos. Entre 2000 e 2015, o Brasil apresentou redução de 75% dos casos de malária. Após um longo período de redução de casos, o cenário mudou com o acréscimo no número de casos da doença nos últimos dois anos. Em 2018, foram registrados aproximadamente 195.000 casos de malária, apresentando redução de 1% em relação ao ano de 2017. No ano 2000 foram registrados 243 óbitos por malária, enquanto em 2018 foram 55 óbitos, o que representa uma redução de 77,4%.

Fatores como a ocupação territorial e as oscilações climáticas têm impacto na transmissão da malária. Contudo, o seu controle está relacionado à sustentabilidade de ações direcionadas e realizadas de forma adequada. O Ministério da Saúde ampliou a aquisição e distribuição de insumos estratégicos aos estados, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), incluindo medicamentos, inseticidas e testes rápidos para fortalecer o diagnóstico em áreas de difícil acesso. O que se tem observado com o conjunto de ações realizadas é a retomada da redução da malária. Até maio de 2019, a redução do número de casos autóctones chegou a 28% em comparação com o mesmo período do ano anterior. O fortalecimento das ações de prevenção e controle da doença, a ampliação dos investimentos, a capacitação dos profissionais e a parceria com a atenção básica expandiram o diagnóstico da malária na rede de atenção à saúde, propiciando o início do tratamento em até 48 horas após o início dos sintomas. A oferta de testes rápidos para diagnóstico da malária aumentou 1.257% entre 2011 e 2018, propiciando uma maior expansão da rede de diagnóstico, que em 2018 já era composta por 3.500 postos de diagnóstico.

¹ https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=10&Itemid=40743&lang=pt (consultado em 10/02/2020)

Gráfico 3.9. Casos de malária notificados no Brasil, 2000 -2018*.



Fontes: Sivep-Malária e Sinan/SVS/MS. *Dados de 2018 são sujeitos à alteração.

Com relação à leishmaniose tegumentar, nos anos de 2017, 2018 e 2019 foram registrados mais de 43.000 casos, com média superior a 14.000 casos ao ano, concentrados nas Regiões Norte e Nordeste. Todavia, as incidências médias para o período mais elevadas são das Regiões Norte e Centro-Oeste, com 39,08 e 13,96 casos para cada 100.000 habitantes, respectivamente.

Já a leishmaniose visceral é considerada como uma doença em expansão. Também está presente em todas as regiões do país e registrou mais de 9.000 casos humanos nos últimos três anos. Sua incidência média no período é de 1,58 casos para cada 100.000 habitantes. No mesmo período, a Região Nordeste apresentou o maior registro de casos no país (5.159) e a Região Norte, a maior incidência média (4 casos para cada 100.000 habitantes).

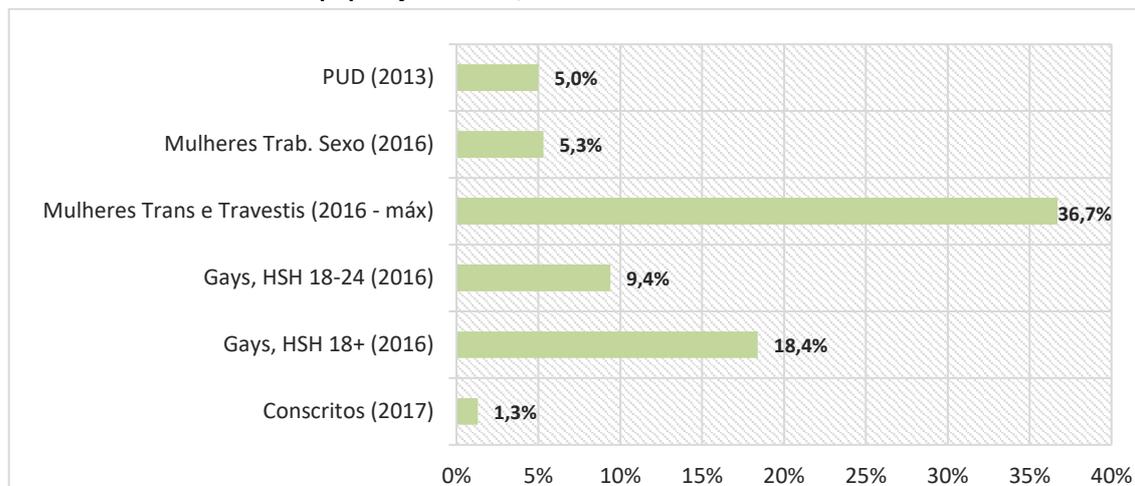
A leptospirose, doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro clínico pode apresentar formas graves, é endêmica no Brasil. Em períodos chuvosos, principalmente nas capitais e regiões metropolitanas, é possível que se tenha o desenvolvimento de epidemias devido às enchentes, que se associam à aglomeração populacional de baixa renda, a condições inadequadas de saneamento e à alta infestação de roedores infectados. A incidência no Brasil é de aproximadamente 2/100.000 habitantes e a letalidade é de aproximadamente 9%. A incidência é maior nas Regiões Norte, Sul e Sudeste.

Quanto às Doenças Diarreicas Agudas (DDA), o número de casos de DDA notificados em unidades sentinelas no Brasil aumentou entre os anos de 2016 e 2018, passando de 4.695.558 para 4.942.853. A taxa de mortalidade por DDA, embora tenha sido reduzida ao longo das últimas décadas, ainda oscila entre a 4ª e 5ª maiores taxas desde 2007 em relação ao grupo de doenças infecciosas e parasitárias, sendo maior nas Regiões Nordeste e Norte e concentrando-se entre os menores de um ano e, principalmente, entre os maiores de 60 anos. Esses óbitos fazem parte da lista de mortes evitáveis entre os menores de 5 anos de idade, sendo consideradas reduzíveis, em todas as faixas etárias, por ações adequadas de promoção e atenção à saúde.

A taxa de detecção de aids no Brasil tem apresentado estabilização nacional nos últimos dez anos, com uma média de 20,3 casos para cada 100 mil habitantes. A prevalência estimada do HIV na população total é de 0,4%. No Brasil, a infecção pelo HIV/Aids concentra-se em locais em que a epidemia ainda segue aquecida, a exemplo das Regiões Sul e Norte e em populações-chave. Além disso, chama a atenção o aumento de casos entre homens jovens, de 20 a 24 anos de idade, grupo no qual a taxa de detecção subiu de 18,4 em 2008 para 35,8 em 2018, por 100 mil habitantes. No mesmo período, observa-se uma queda significativa na detecção de

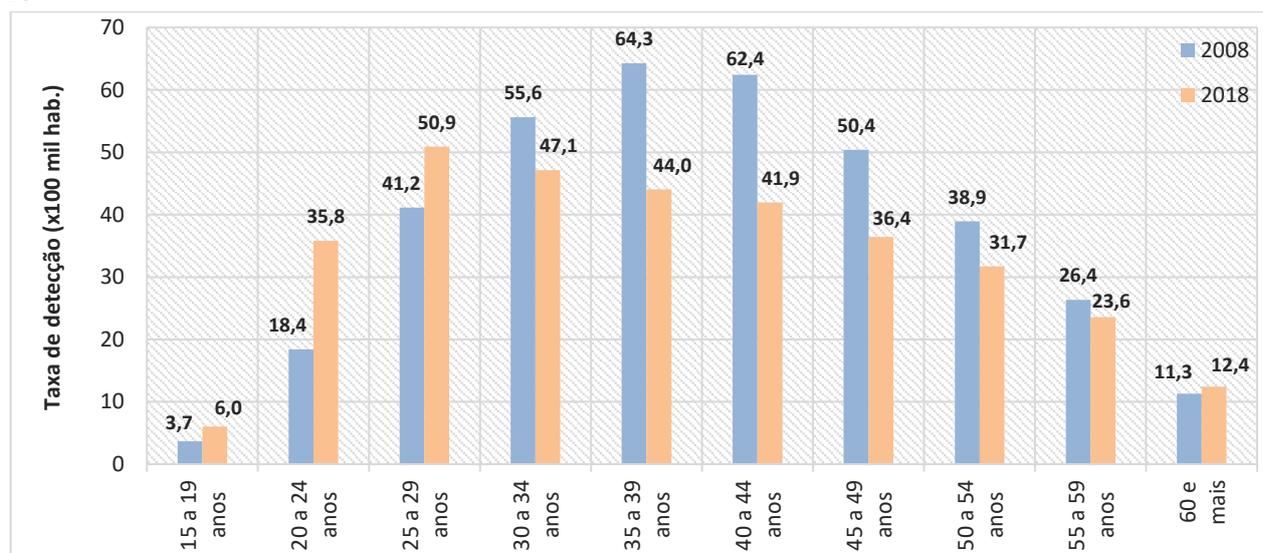
casos de aids em menores de cinco anos, o que demonstra uma redução expressiva da transmissão vertical do HIV no país. Em 2018 a taxa de detecção de gestantes com HIV foi de 2,9 por 1.000 nascidos vivos

Gráfico 3.10. Prevalência do HIV em populações chave, Brasil 2013-2017.



Fonte: Estudos RDS (2016-2017), Pesquisa Nacional com Conscritos (2017) e Pesquisa Nacional de Uso de Drogas (2013). DCCI/SVS/MS.

Gráfico 3.11. Taxa de detecção de aids (por 100.000 habitantes) em homens, segundo faixa etária e sexo, Brasil 2008-2018.

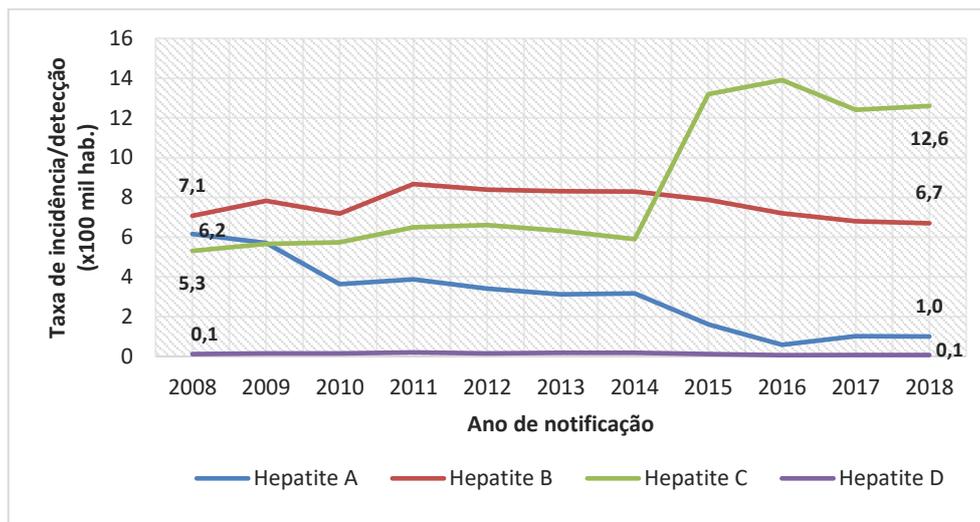


Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, 2019.

O cenário atual das hepatites virais é complexo e sua distribuição na população não se apresenta de forma uniforme. Há variações e diferenciais epidemiológicos por região, por faixa etária e por segmentos específicos da população.

De 1999 a 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 632.814 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Destes, 167.108 (26,4%) são referentes aos casos de hepatite A, 233.027 (36,8%) aos de hepatite B, 228.695 (36,1%) aos de hepatite C e 3.984 (0,7%) aos de hepatite D.

Gráfico 3.12. Taxa de incidência/deteccção de hepatites virais segundo agente etiológico e ano de notificação. Brasil, 2008 a 2018.



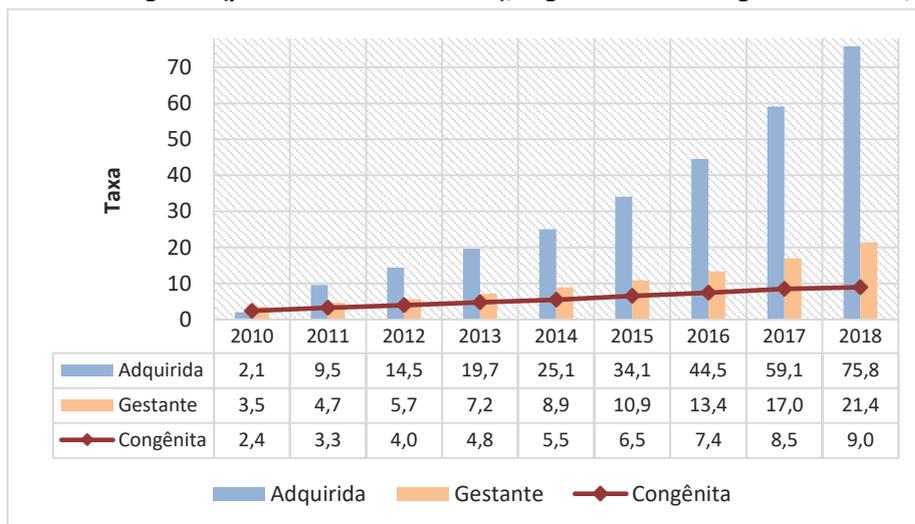
Fonte: Boletim Epidemiológico - DCCI/SVS/MS.

Estima-se que, em 2016, existiam cerca de 657 mil pessoas com carga viral ativa e que teriam indicação de tratamento no país. O Plano Nacional de Eliminação da Hepatite C no Brasil estabeleceu a necessidade de tratar 570.600 pacientes até 2030 como uma das metas para eliminar o agravo no território brasileiro. Para isso, são necessários 40 mil novos diagnósticos, anualmente, no mesmo período. O Programa Nacional de Hepatites Virais fundamenta-se nessas metas para conduzir a política de eliminação da hepatite C. Entre janeiro de 2016 e outubro de 2019, foram tratados 109.153 pacientes com os antivirais de ação direta (DAA). Os DAA incorporados ao SUS são medicamentos de última geração e conferem a Resposta Viroológica Sustentada (RVS) - cura da infecção - em mais de 95% dos casos.

Em relação às outras infecções de transmissão sexual, nos últimos cinco anos (2015 a 2019) foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, ao aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos; redução do uso de preservativo; resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Primária; desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento dos casos notificados.

No ano de 2018, foram notificados 158.051 casos de sífilis adquirida, 62.599 casos de sífilis em gestantes e 26.219 casos de sífilis congênita - entre eles, 241 óbitos - no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste (Boletim Epidemiológico Sífilis, 2019).

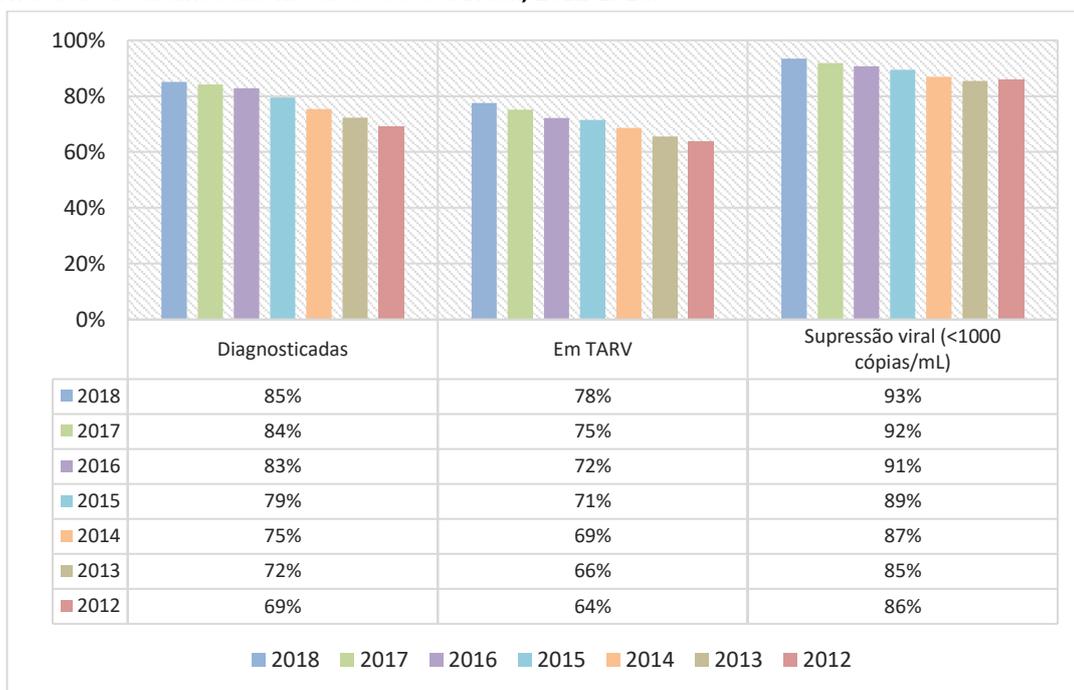
Gráfico 3.13. Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018.



Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis no Brasil, 2018 – DCCI/SVS/MS.

A seguir apresenta-se a evolução das metas 90-90-90 de 2012 a 2018. O monitoramento dessas metas tem se mostrado de grande importância para a identificação, em tempo oportuno, de problemas e de lacunas no acesso adequado ao cuidado, permitindo a implementação de ações para corrigir os rumos tomados. No período analisado, há um avanço importante em todas as metas. A proporção de pessoas vivendo com o vírus HIV (PVHIV) diagnosticadas aumentou aproximadamente 23% entre 2012 e 2018, passando de 69% para 85%. Houve um aumento de 22% na proporção de PVHIV diagnosticadas que estavam em terapia antirretroviral (TARV) (de 64% em 2012 para 78% em 2018). Das pessoas em TARV há pelo menos seis meses, em 2018, 93% delas atingiram supressão viral (carga viral (CV) <1.000 cópias/ml), proporção essa 9% acima da observada em 2012 (86%).

Gráfico 3.14. Status do alcance das metas 90-90-90. Brasil, 2012-2018.

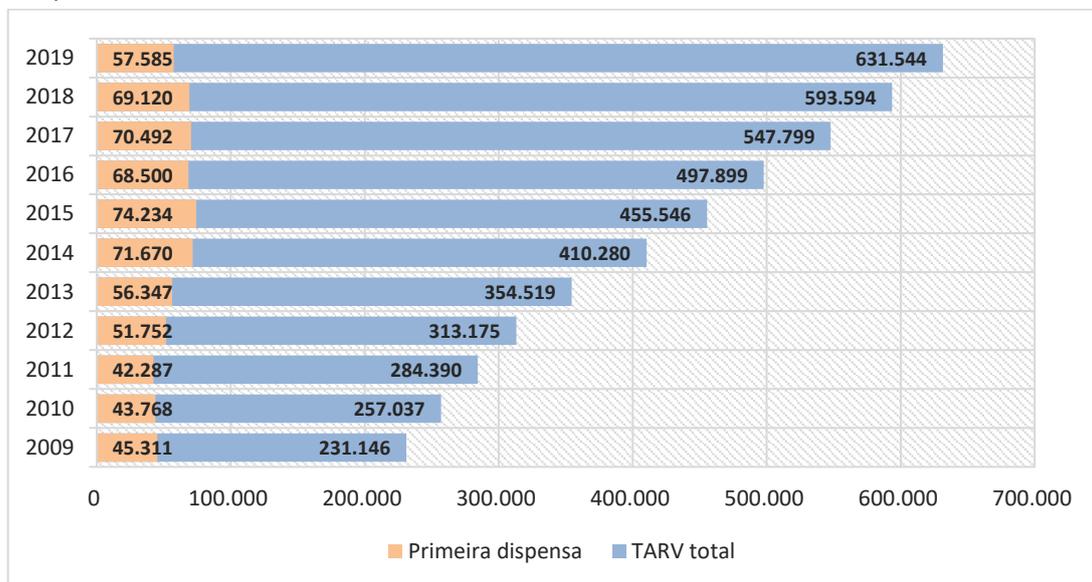


Fonte: MS/SVS/DCCI.

Com a adoção da estratégia de tratamento para todos (TASP) e a incorporação de novos tratamentos, observa-se crescimento no número de PVHIV iniciando TARV a cada ano, de 2009 até 2018.

Em 2018, 69 mil PVHIV iniciaram TARV, das quais 68 mil tinham 18 anos ou mais. Observa-se também que, ao final de 2018, havia 593 mil pessoas em TARV – número quase sete vezes superior ao observado em 2009, considerando-se todos os esquemas terapêuticos dispensados.

Gráfico 3.15. Número de PVHIV de 18 anos ou mais iniciaram tratamento e número total de indivíduos em tratamento, por ano. Brasil, 2009-2019.



Fonte: MS/SVS/DCCI.

A tuberculose é um grave problema de saúde pública mundial e milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. No Brasil, embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita, ocorrem ainda aproximadamente 75 mil casos novos e 4.600 óbitos.

Como parte do esforço global para redução do coeficiente de incidência e mortalidade, o Ministério da Saúde elaborou o plano nacional que tem como meta acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, atingindo o coeficiente de incidência de 10 casos por 100 mil habitantes até 2035.

No Brasil, embora de 2001 a 2018 a tendência média desse indicador seja de queda de 1% ao ano, o coeficiente de incidência aumentou nos anos de 2017 e 2018, quando comparado com o período de 2014 a 2016.

Gráfico 3.16. Coeficiente de incidência de tuberculose, por 100 mil habitantes. Brasil, 2001 a 2018*.

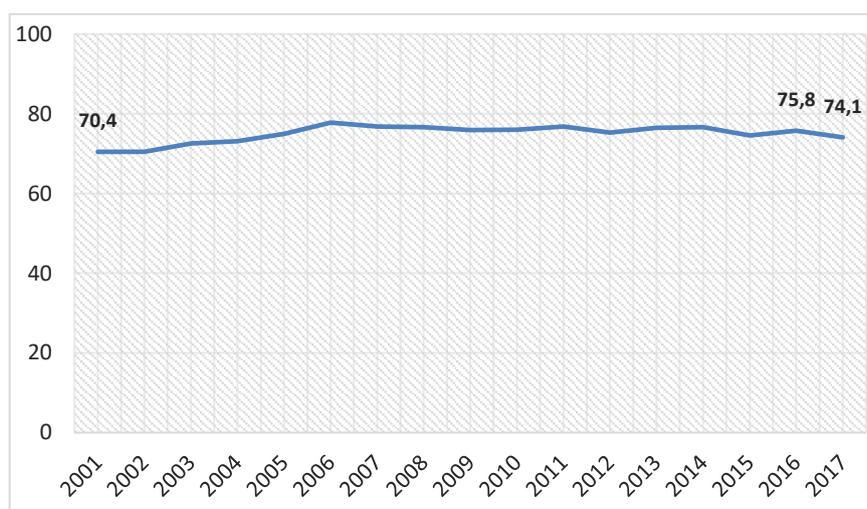


Fonte: SES/MS/Sinan e IBGE. * Dados extraídos em novembro de 2019.

O aumento do número de casos da doença nos últimos dois anos pode ter relação com a melhoria do diagnóstico no país, porém também com questões socioeconômicas que são determinantes para o adoecimento. Além disso, o aumento de casos na população privada de liberdade impacta no número de casos de tuberculose no Brasil.

De acordo com dados mais recentes, o percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar diagnosticada por critério laboratorial alcançou 74,1% em 2017. Esse percentual é influenciado pelos desfechos “ignorado/em branco” e aqueles casos encerrados como “transferência”. A análise do ano de 2017 se dá por conta do tratamento da doença, que dura seis meses. Por esse motivo, para avaliar o ano de 2018 utilizam-se os casos diagnosticados no ano anterior.

Gráfico 3.17. Percentual de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. Brasil, 2001 a 2017*.



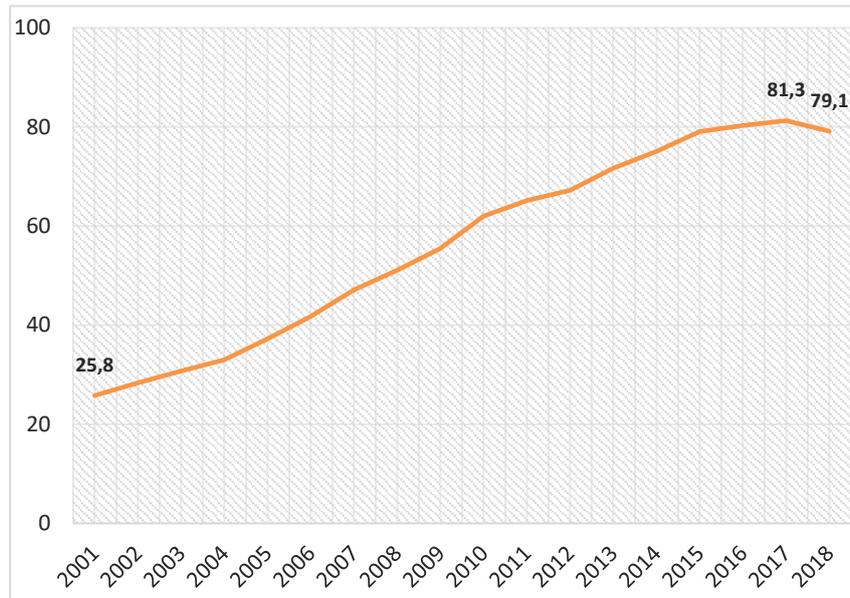
Fonte: SES/MS/SINAN. *Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Nota: São retirados da análise os encerramentos por: mudança de diagnóstico, TBDR, mudança de esquema e falência.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a cura de pelo menos 85% dos casos novos da doença. Esse percentual possibilitaria a quebra da cadeia de transmissão da doença e, conseqüentemente, a diminuição do número de casos no país.

A tuberculose é a doença (com agente conhecido) que mais mata pessoas infectadas pelo vírus do HIV. Por esse motivo, o diagnóstico precoce da tuberculose associada ao HIV se faz necessário nos serviços de saúde do país. Em 2018, foram testados para HIV 79,1% dos casos novos de tuberculose. A associação entre tuberculose e HIV necessita de atenção por parte de todos os serviços de saúde do país.

Gráfico 3.18. Percentual de casos novos de tuberculose que realizaram teste para HIV. Brasil, 2001 a 2018*.

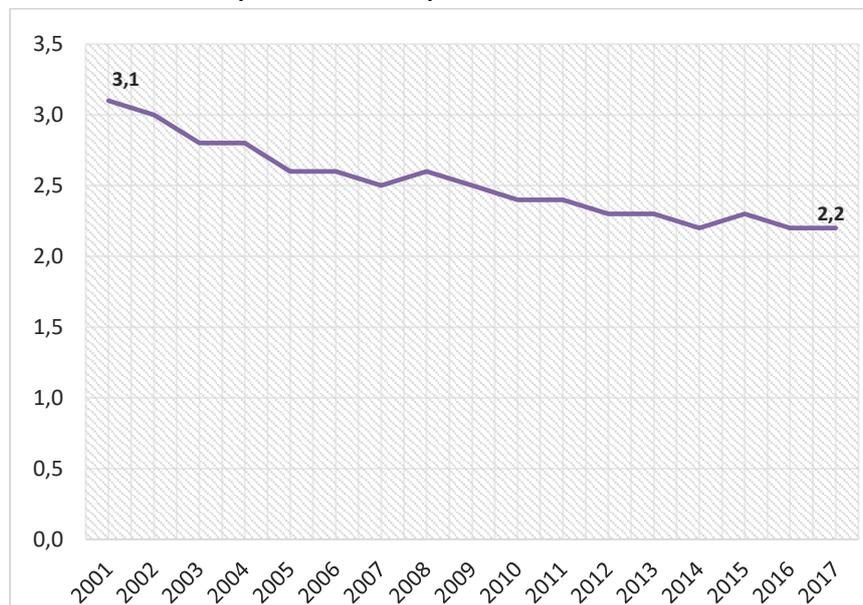


Fonte: SES/MS/Sinan.

* Dados preliminares sujeitos a revisão.

No Brasil, comparando o período de 2001 a 2017, ocorre uma tendência de queda do coeficiente de mortalidade por tuberculose. O diagnóstico precoce da doença é importante ferramenta para diminuição da mortalidade por tuberculose no Brasil. Fortalecer a busca de casos e avaliação de contatos possibilita o diagnóstico da doença e início oportuno do tratamento.

Gráfico 3.19. Coeficiente de mortalidade por tuberculose, por 100 mil habitantes. Brasil, 2001 a 2017*.



Fonte: SIM/MS e IBGE.

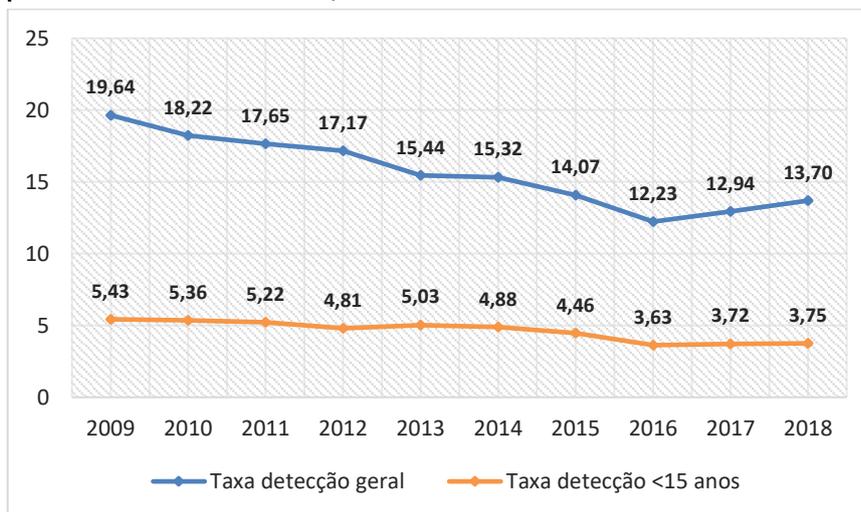
* Dados preliminares sujeitos a revisão

A hanseníase é uma doença transmissível, crônica e com alto poder incapacitante. A doença é mais frequente na população adulta e masculina, o que requer medidas de controle específicas para a detecção precoce, tratamento oportuno e prevenção de incapacidades.

O Brasil é o segundo país em número de casos diagnosticados no mundo. Entre 2009 a 2018, foram registrados no país 311.384 casos novos de hanseníase. Ao longo dessa série histórica, a taxa de detecção geral apresentou redução de 30,2%, passando de 19,64 em 2009 para 13,70 por 100 mil habitantes em 2018.

Entre 2009 a 2018, o Brasil registrou 21.808 casos novos de hanseníase em menores de 15 anos. Nesse período, a taxa de detecção nessa faixa etária apresentou redução de 30,9%, passando de 5,43 em 2009 para 3,75 por 100 mil habitantes em 2018.

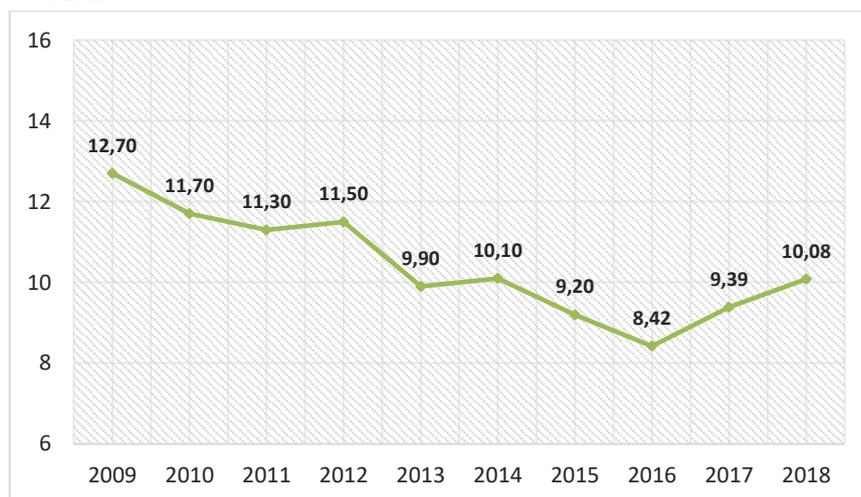
Gráfico 3.20. Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase e taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos por 100 mil habitantes. Brasil, 2009 a 2018.



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Entre 2009 a 2018, também foi observada uma tendência de redução na taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade física (GIF 2) no diagnóstico, passando de 12,72 para 10,08 por 1 milhão de habitantes.

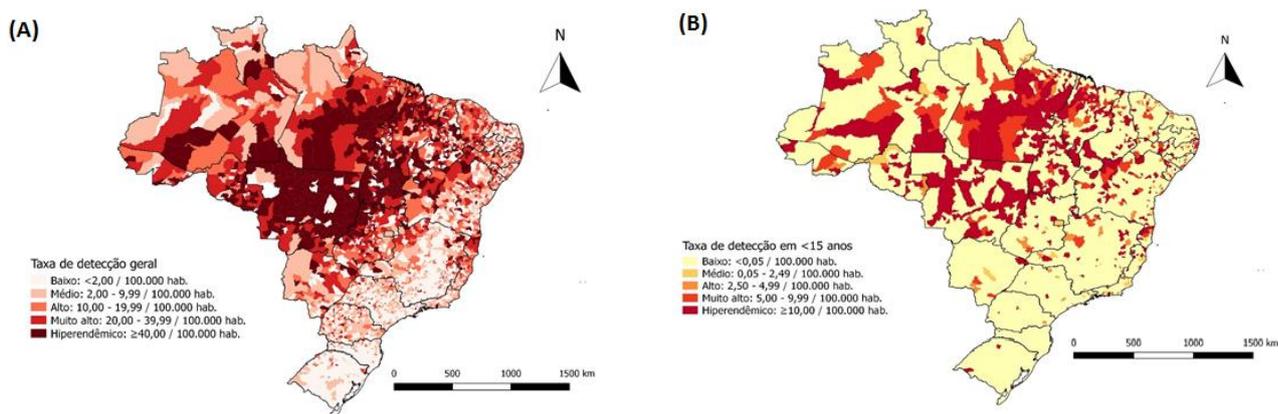
Gráfico 3.21. Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico por 1 milhão de habitantes. Brasil, 2009 a 2018.



Fonte: Sinan/SVS/MS.

O Brasil apresentou, em 2018, distribuição heterogênea nas taxas de detecção geral de casos novos de hanseníase e na taxa de detecção em menores de 15 anos por 100 mil habitantes, sendo que foi observada uma maior concentração de taxas mais elevadas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Mapa 3.1).

Mapa 3.1. (A) Taxa de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes. Brasil, 2018 e (B) Taxa de detecção de casos novos em menores de 15 anos por 100 mil habitantes. Brasil, 2018.



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Diante disso, a ampliação do acesso à detecção precoce e tratamento oportuno ainda se configuram como desafios para o controle da hanseníase no país, em virtude do caráter crônico e potencial incapacitante da doença, com grande número de novos casos no ano.

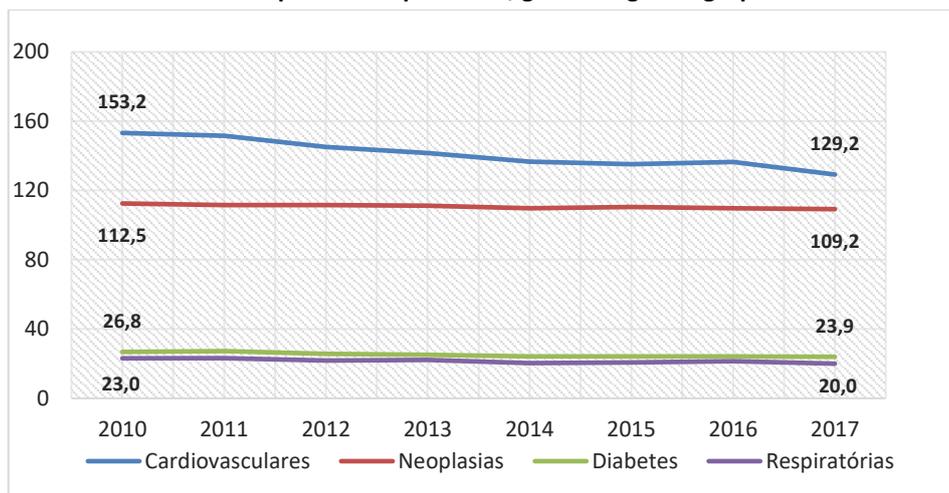
3.3.1.2. Doenças crônicas não transmissíveis

O Brasil tem vivenciado nas última décadas um processo de mudança do perfil de adoecimento e morte da população, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da mortalidade de menores de cinco anos e redução significativa das causas evitáveis de morte, o que impactou positivamente no aumento da expectativa de vida. Em compensação, observa-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, entre outras, e das mortes por violência, como os acidentes de trânsito.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que englobam doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, depressão, doenças respiratórias e renais crônicas, entre outras, constituem um problema de saúde pública de grande magnitude no Brasil. Dados do Global Burden of Disease (GBD) para o Brasil mostram que, enquanto em 2010 a mortalidade proporcional por DCNT correspondeu a 73% (852 mil mortes), em 2017 este valor passou para 76% (1,03 milhão de óbitos), o que demonstra que as DCNT tiveram um notável crescimento no período (GBD, 2017). Ao se considerar a carga total de morbidade, ou seja, o período total decorrente de viver com a doença, as DCNT representaram em 2017 cerca de 85% do total de anos vividos com incapacidade.

O coeficiente de mortalidade prematura por DCNT mede o risco de morte de pessoas de 30 a 69 anos por quatro grupos de DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – que respondem por 57% do total das mortes ocorridas em 2017, nesta faixa etária.

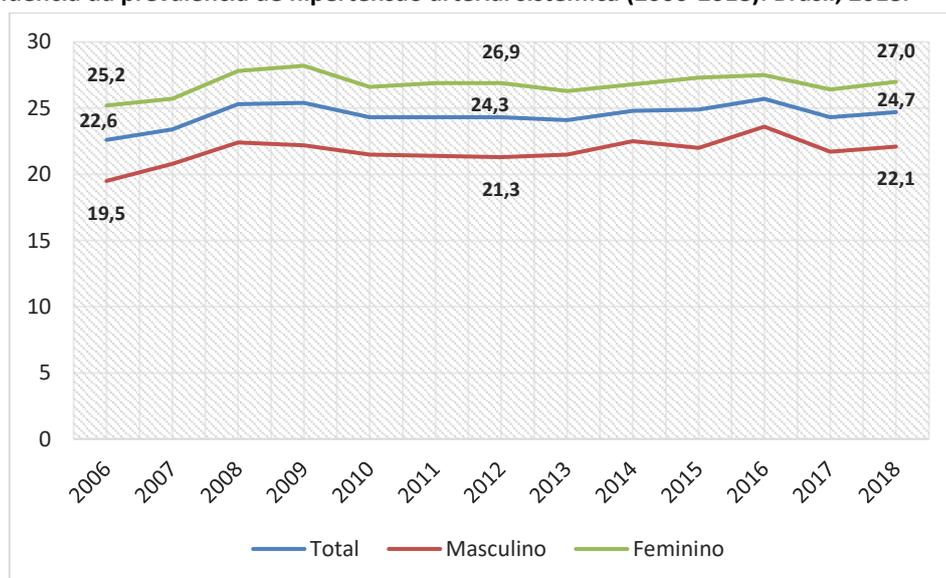
Gráfico 3.22. Coeficiente de mortalidade prematura por DCNT, geral e segundo grupos de causas. Brasil, 2010 a 2017.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Com relação à hipertensão arterial autorreferida, o percentual de adultos que referiram a doença se manteve estável entre 2006 (22,4%) e 2018 (24,7%), porém com aumento de 13,3% para os homens. Em todo o período, a prevalência foi maior entre mulheres.

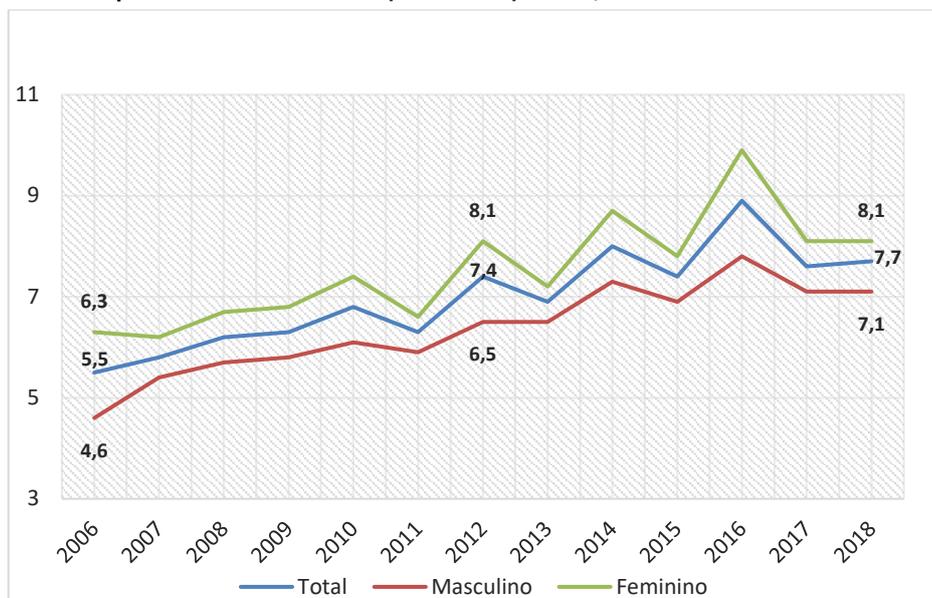
Gráfico 3.23. Tendência da prevalência de hipertensão arterial sistêmica (2006-2018). Brasil, 2018.



Fonte: Vigitel – SVS/MS.

A prevalência de diabetes foi de 5,5% em 2006 e 7,7% em 2018, com aumento percentual de 40% no período. As mulheres apresentaram maiores prevalências quando comparadas aos homens.

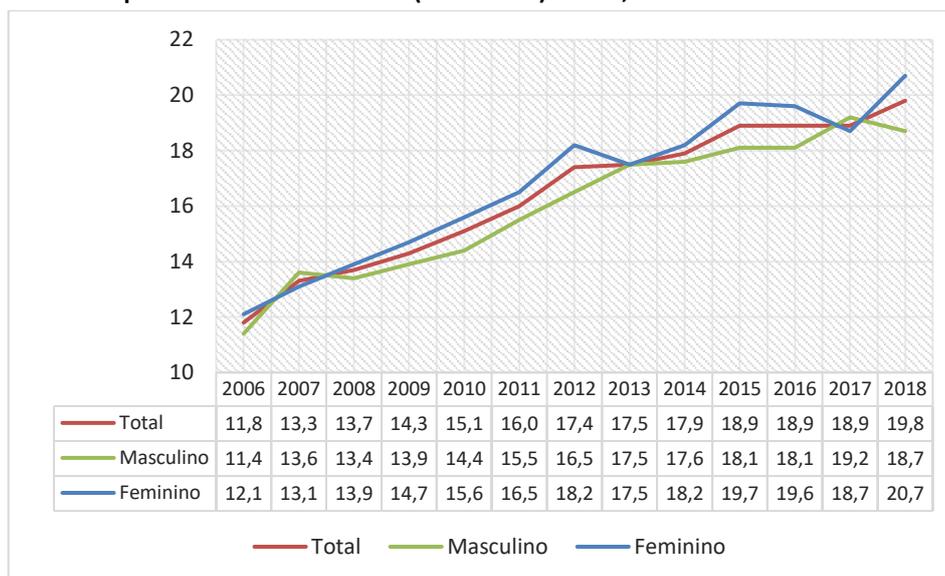
Gráfico 3.24. Tendência da prevalência de diabetes (2006-2018). Brasil, 2018.



Fonte: Vigitel – SVS/MS.

A prevalência de obesidade (IMC superior a 30 kg/m²) cresceu 67,8%, passando de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018. Segundo gênero, o incremento percentual foi de 64% em homens (11,4% em 2006 e 18,7 em 2018) e de 71,1% em mulheres (12,1% em 2006 e 20,7% em 2018).

Gráfico 3.25. Tendência da prevalência de obesidade (2006-2018). Brasil, 2018.



Fonte: Vigitel – SVS/MS.

O custo para a pessoa acometida por uma DCNT também é bastante alto no Brasil, em função dos custos agregados, contribuindo para o empobrecimento das famílias. Para o sistema de saúde, as DCNT apresentam custos diretos crescentes e estão entre as principais causas de internações hospitalares. Uma análise do Banco Econômico Mundial estima que países como Brasil, China, Índia e Rússia perdem, anualmente, mais de 20 milhões de anos produtivos de vida em razão das DCNT². Estimativas nacionais indicaram que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença

² Working towards wellness. Accelerating the prevention of chronic disease. The business rationale. Geneva: World Economic Forum; 2008

do coração e acidente vascular encefálico) levaria a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões, entre 2006 e 2015.

Mudanças no padrão alimentar e de prática de atividade física da população são tidas como causas centrais desse cenário epidemiológico atual, sendo configuradas como fatores de risco comuns para grande parte das DCNT. Entre as mudanças no padrão alimentar, destaca-se o aumento acentuado do consumo de alimentos ultraprocessados que, de modo geral, possuem elevada densidade de energia, gorduras, açúcar e sódio.

As evidências científicas apontam que atuar em fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares e diabetes tipo II, e 40% dos vários tipos de câncer. Dentre os fatores de risco para as principais DCNT, destacam-se aqueles modificáveis e comuns às doenças referidas, que são: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo nocivo de bebidas alcoólicas.

Como estratégia de promoção à saúde e redução dos fatores de risco para DCNT, relacionados a fatores de risco cardiovasculares e respiratórios, vem sendo priorizado o acesso a ações de promoção da saúde, produção de cuidado específico e de modos de vida saudáveis da população.

3.3.1.3. Causas Externas

As causas externas (acidentes e violências) representam um importante desafio para o padrão de morbidade da população em função do elevado número de internações e sequelas físicas, sejam temporárias ou permanentes, com milhares de hospitalizações no mundo, sobretudo na população jovem, economicamente ativa e do sexo masculino, e grande ônus aos serviços de saúde. No Brasil, estão entre as três primeiras causas de internações (e como primeira causa em números absolutos na faixa etária de 10 a 39 anos).

Em 2018, foram registradas 1.183.884 internações hospitalares por causas externas, representando 10% de todas as internações realizadas nos serviços próprios e conveniados ao SUS. As internações por quedas (34,9%) e por acidentes de transporte terrestre (15,5%) apresentaram as maiores frequências.

No âmbito da vigilância de violências (interpessoais e autoprovocadas) e acidentes (VA), em 2017 foram registradas 307.367 notificações de violência interpessoal/autoprovocada no Brasil. Desse total, 71,8% das vítimas notificadas eram mulheres, 46,5% eram adolescentes (10-19 anos) ou jovens adultos (20-29 anos), 45,5% eram negras, 40,4% eram brancas e 12,5% tiveram a raça/cor da pele ignorada. Do total de notificações, 22,2% foram referentes a lesões autoprovocadas.

Entre os casos de violências interpessoais, houve predomínio das agressões físicas (67,7%), seguidas pelas psicológicas (28,8%), negligência/abandono (16,4%) e sexuais (15,4%). Parceiros íntimos (28,5%) e familiares (27,3%) foram os agressores mais frequentes. Do total de notificações, 22,2% foram referentes a lesões autoprovocadas e, dentre essas, 34,5% corresponderam a tentativas de suicídio.

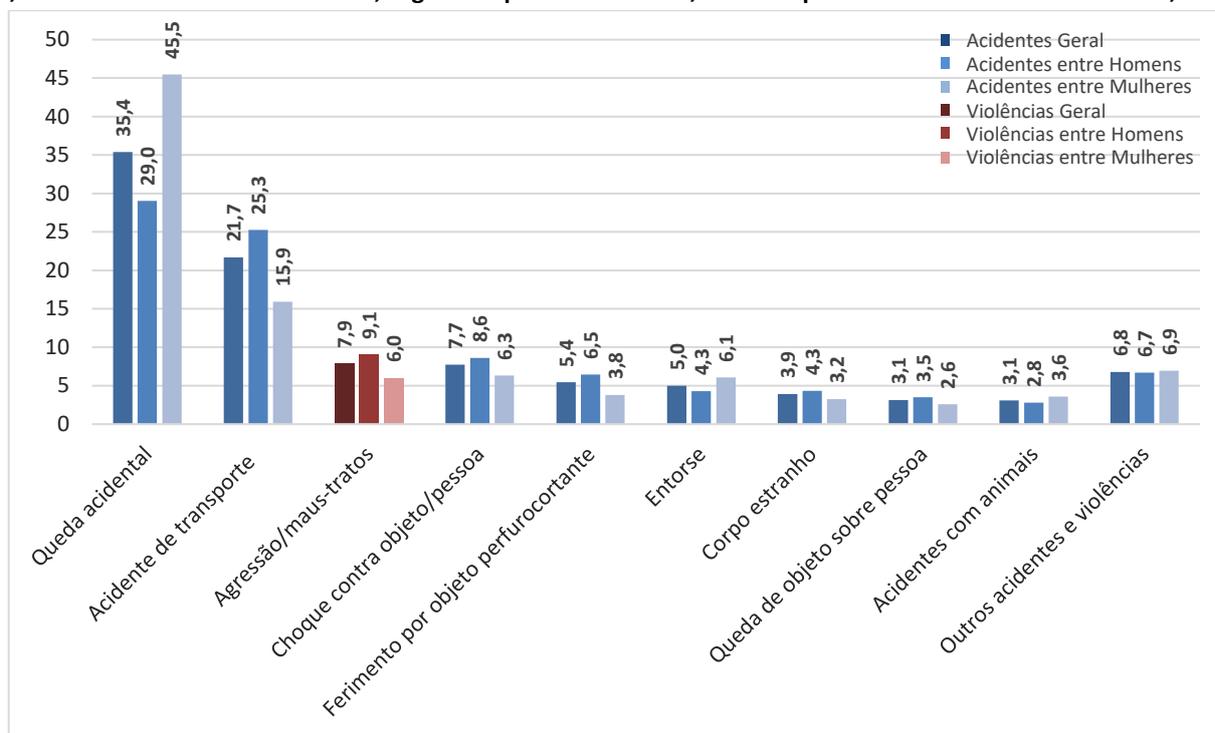
No que se refere especialmente às crianças e adolescentes, em 2017 foram registrados 20.520 casos de lesão autoprovocada e 7.098 tentativas de suicídio. Este cenário evidencia a necessidade de qualificação da rede de proteção para o cuidado oportuno e prevenção do suicídio.

No campo da vigilância dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros), em 2017 foram registrados 48.532 atendimentos em 90 serviços sentinelas de urgência e emergência. Destes, 44.243 (91,1%) corresponderam a acidentes e 4.289 (8,9%), a violências.

As ocorrências mais frequentes foram queda acidental (35,4%), acidente de transporte (21,7%) e agressão/maus-tratos (7,9%). Situação semelhante foi observada para ambos os sexos, em relação à distribuição tanto por tipo de evento (com cerca de 90,0% das ocorrências relacionadas aos acidentes) quanto por tipo de ocorrência. Alguns fatores impactam profundamente a ocorrência e gravidade dos traumas no trânsito, como

associação de ingerir bebida alcoólica e dirigir, uso de telefones celulares ao conduzir, excesso de velocidade, dentre outros (Gráfico 3.26).

Gráfico 3.26. Percentual de atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência, geral, entre homens e entre mulheres, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2017.



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

Dados de 2018 para as capitais do país e o Distrito Federal evidenciaram que a frequência de adultos condutores de veículos motorizados multados por excesso de velocidade variou entre 0,9% em Manaus e 15,6% no Distrito Federal. As maiores frequências deste indicador foram encontradas, no sexo masculino, em Fortaleza (20,0%), Belo Horizonte (18,7%) e Goiânia (18,6%) e, no sexo feminino, no Distrito Federal (12,1%), Teresina (10,5%) e Porto Alegre (9,2%).

A frequência de adultos que referiram conduzir veículos motorizados após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica variou de 5,7% em Recife a 24,1% em Teresina. As maiores frequências deste indicador foram encontradas, no sexo masculino, em Teresina (30,2%), Palmas (27,1%) e São Luís (26,6%) e, no sexo feminino, em Florianópolis e Teresina (13,6%), Palmas (11,5%) e Campo Grande (9,8%).

Para o uso do telefone celular durante a condução de veículo motorizado, a frequência observada variou de 14,1% em Salvador a 24,0% em Belém. As maiores frequências deste indicador foram encontradas, no sexo masculino, em Belém (26,2%), Cuiabá (25,1%) e Macapá (24,8%) e, no sexo feminino, em Porto Alegre (24,6%), Manaus (24,2%), e Maceió e Rio Branco (23,6%).

Com a finalidade de fortalecer a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade Por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde vem priorizando enfrentamento desses agravos ao longo dos anos com destaque para algumas estratégias, como: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o Programa Vida no Trânsito e a implementação dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde como indutores para fortalecimento da Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situações de Violências.

3.3.1.4. Doenças e Agravos relacionados ao trabalho

O trabalho configura-se em um dos mais importantes determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNSTT) representa uma importante conquista para os trabalhadores brasileiros e baliza o fortalecimento das políticas sociais no Brasil ao definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS.

O MS monitora, por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan, nove doenças e agravos relacionados ao trabalho, a saber: acidentes de trabalho grave, acidente de trabalho com exposição a material biológico, intoxicação exógena, câncer, dermatose, pneumoconiose, perda auditiva induzida por ruído (PAIR), lesões por esforços repetitivos e distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/Dort) e transtorno mental. Além desses agravos, também são acompanhadas as doenças que compõem a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho.

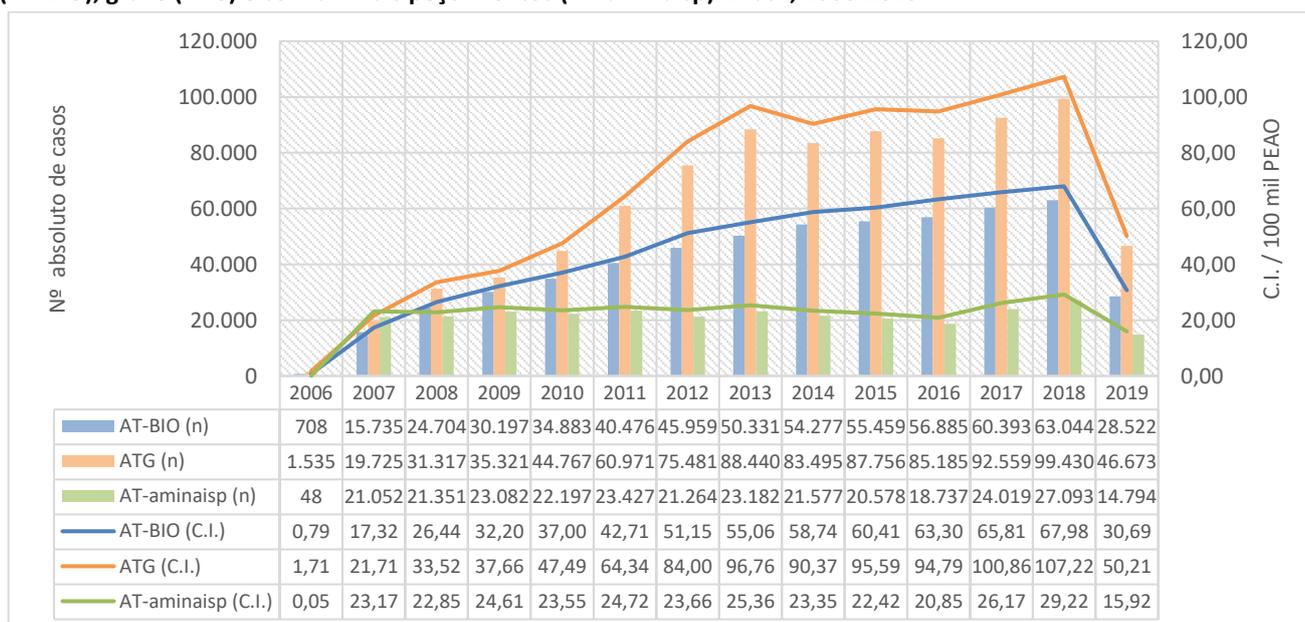
São monitorados os acidentes de trabalho com exposição a material biológico, acidente de trabalho grave e acidentes com animais peçonhentos relacionados ao trabalho. No período de 2006 a 2019, foram registrados 852.655 acidentes de trabalho graves, 561.573 com exposição a material biológico e 282.401 por animais peçonhentos (gráfico 3.27).

Com relação ao gênero, tanto para acidente de trabalho grave e acidentes com animais peçonhentos relacionados ao trabalho, 80% dos registros foram para o sexo masculino e 20% feminino. Já para acidentes de trabalho com exposição a material biológico, 77% dos registros foram relativos a mulheres e 23% a homens.

Para a variável idade, a faixa etária com maior número de registros para os três tipos de acidentes foi de 20 a 39 anos, concentrando 70% dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, 57% dos acidentes graves e 42% com animais peçonhentos.

Para as doenças e agravos relacionados ao trabalho, no período de 2006 a 2019 foram registrados 89.704 casos de Lesões por Esforço Repetitivo e Doenças Osteomusculares (LER/Dort), 62.190 de intoxicações exógenas, 11.442 de transtornos mentais, 7.544 de Perda Auditiva Induzida por Ruídos (Pair), 7.161 de dermatoses, 4.728 de pneumoconioses e 2.098 de câncer (gráfico 3.28 e 3.29).

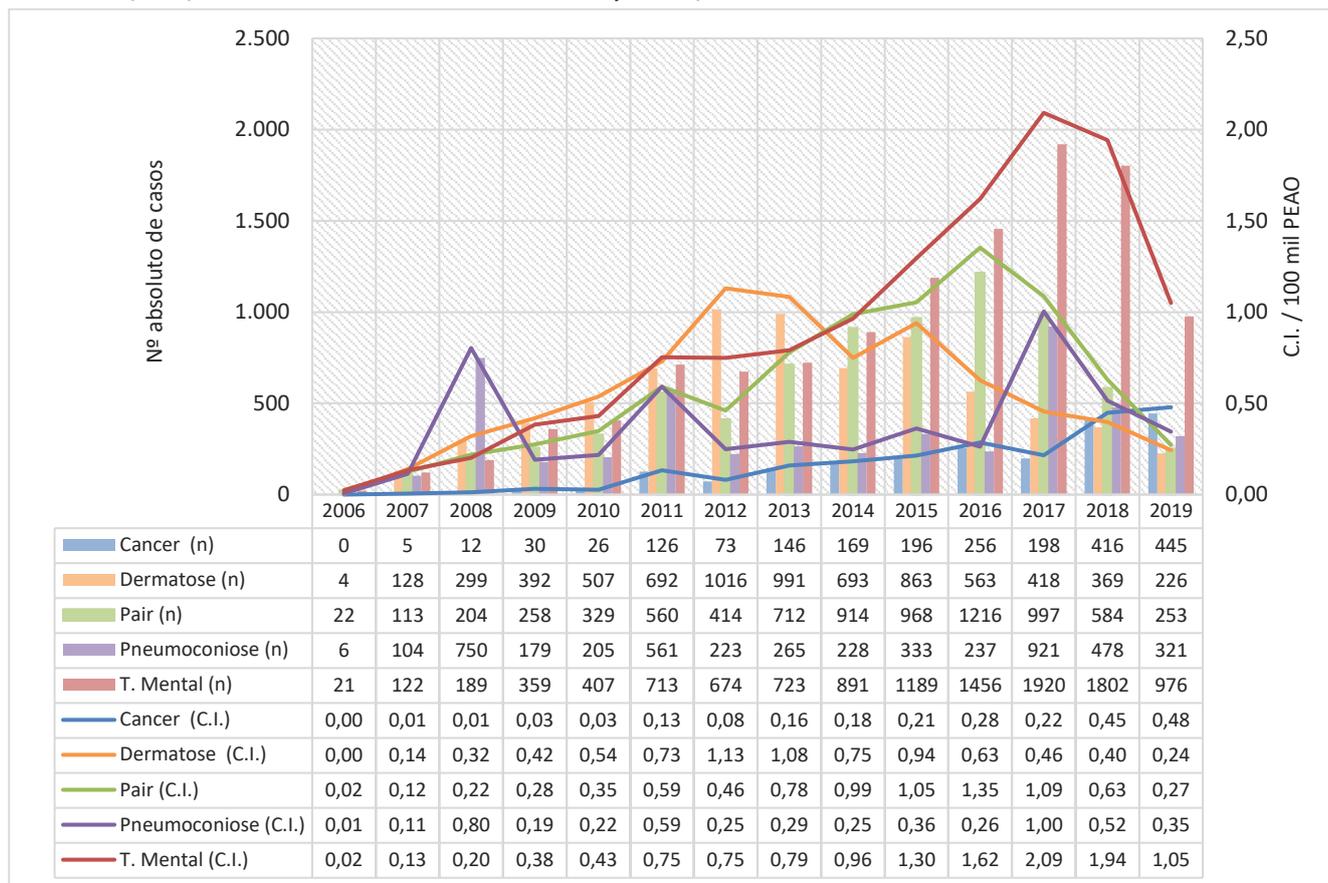
Gráfico 3.27. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e nº absoluto dos Acidentes de trabalho com material biológico (AT-BIO), grave (ATG) e com animais peçonhentos (AT-animaisp). Brasil, 2006-2019*.



Fonte: SINAN

*Em 2019, dados preliminares de jan-jul.

Gráfico 3.28. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e nº absoluto das doenças relacionadas ao trabalho (Câncer, Dermatose, Pair, Pneumoconiose e Transtorno Mental). Brasil, 2006-2019*.



Fonte: SINAN.

*Em 2019, dados preliminares de jan-jul.

Gráfico 3.29. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e nº absoluto das doenças relacionadas ao trabalho (Ler/Dort e intoxicação exógena). Brasil, 2006-2019*.



Fonte: SINAN.

*Em 2019, dados preliminares de jan-jul.

Com relação ao sexo, a maioria dos registros ocorreram para o sexo masculino para LER/Dort, Intoxicação exógena, PAIR, Dermatoses e pneumoconioses e câncer, ao contrário dos transtornos mentais, conforme apresentado na Tabela 3.1.

Tabela 3.1. Distribuição de casos notificados de doenças e agravos relacionados ao trabalho, segundo sexo, Brasil, 2006-2019.

Sexo	LER/DORT		Intoxicação exógena		Transtorno mental		PAIR		Dermatoses		Pneumoconioses		Câncer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	43.058	48,0	39.750	63,9	4.844	94,4	3.877	93,3	2.080	96,4	15.112	94,4	15.112	94,4
Feminino	46.640	52,0	22.440	36,1	287	5,6	277	6,7	77	3,6	890	5,6	890	5,6
Total	89.698	100,0	62.190	100,0	5.131	100,0	4.154	100,0	2.157	100,0	16.002	100,0	16.002	100,0

Para a variável idade, as faixas etárias com maior número de registros foram: de 30 a 49 anos para LER/Dort e Dermatoses, de 20 a 39 anos para intoxicação exógena e transtornos mentais, de 40 a 59 anos para Pair, de 50 a 69 anos para pneumoconioses e acima de 50 anos para câncer, conforme apresentado na tabela 3.2.

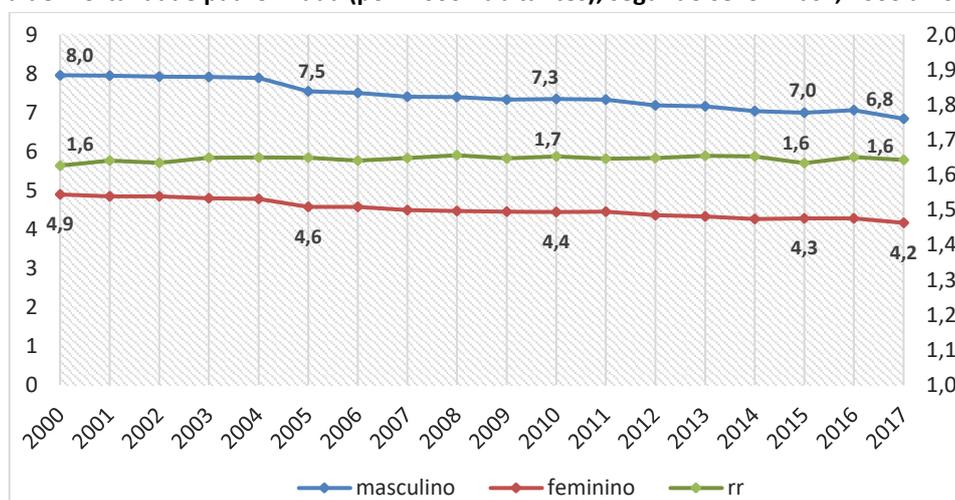
Tabela 3.2. Distribuição de casos notificados de doenças e agravos relacionados ao trabalho, segundo faixa etária, Brasil, 2006-2019.

Faixa etária	LER/DORT		Intoxicação exógena		Transtorno mental		PAIR		Dermatoses		Pneumoconioses		Câncer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menores de 10 anos	459	0,5	1.873	3,0	60	0,5	49	0,6	51	0,7	22	0,5	3	0,1
10 a 19 anos	710	0,8	6.015	9,7	102	0,9	24	0,3	182	2,5	3	0,1	2	0,1
20-29 anos	12.113	13,5	18.523	29,8	1.931	16,9	363	4,8	1.370	19,1	130	2,7	31	1,5
30-39 anos	26.962	30,1	16.321	26,2	4.031	35,2	1.090	14,4	1.886	26,3	433	9,2	104	5,0
40-49 anos	29.651	33,1	10.934	17,6	3.596	31,4	2.066	27,4	1.823	25,5	926	19,6	257	12,2
50 a 59 anos	16.953	18,9	6.002	9,7	1.550	13,5	2.425	32,1	1.269	17,7	1.381	29,2	482	23,0
60 a 69 anos	2.591	2,9	1.922	3,1	159	1,4	1.120	14,8	399	5,6	1.134	24,0	544	25,9
70 anos e +	265	0,3	600	1,0	13	0,1	407	5,4	181	2,5	699	14,8	675	32,2
Total	89.704	100,0	62.190	100,0	11.442	100,0	7.544	100,0	7.161	100,0	4.728	100,0	2.098	100,0

3.3.2. Mortalidade

A taxa de mortalidade geral no Brasil apresentou tendência de redução em média de 14% em ambos os sexos, no período de 2000 a 2017.

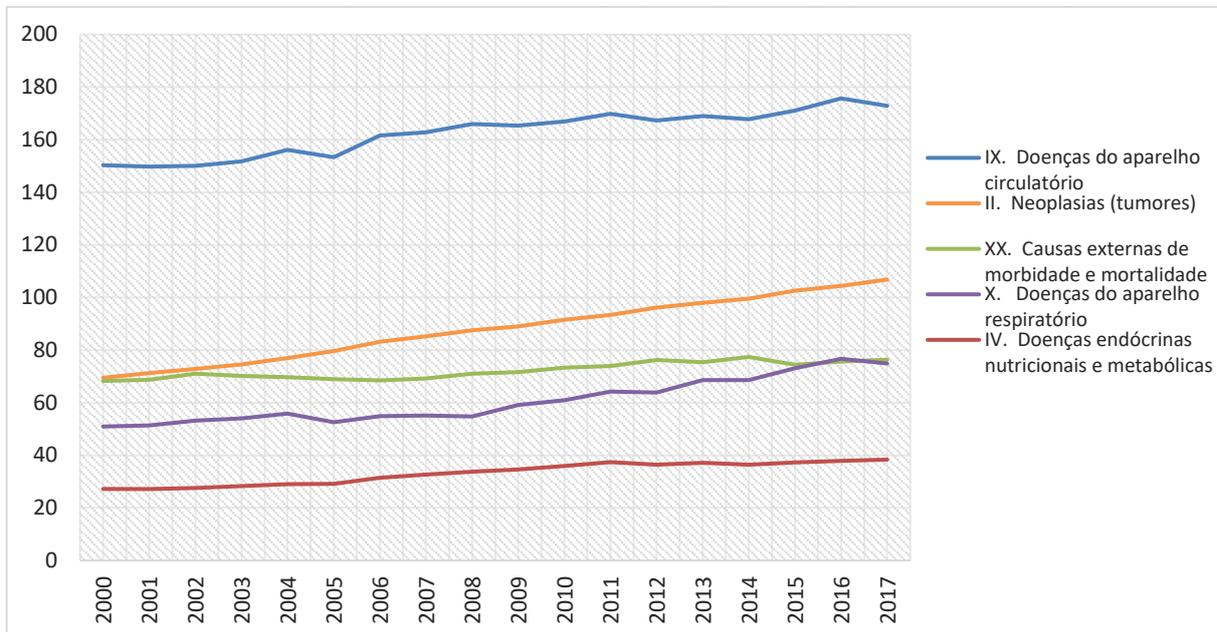
Gráfico 3.30. Taxa de mortalidade padronizada (por 1.000 habitantes), segundo sexo. Brasil, 2000 a 2017



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE-SIM e IBGE.

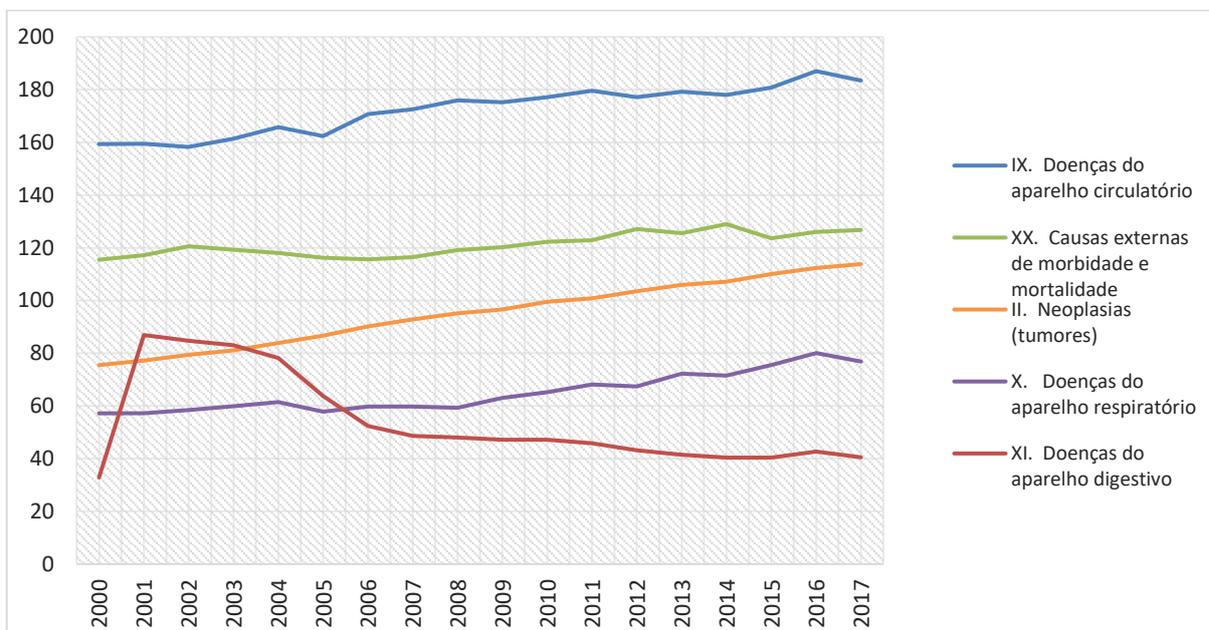
Quanto aos grandes grupos de causas de morte, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID10), a principal causa em 2017 foi em decorrência de doenças do aparelho circulatório para ambos os sexos. Entre os homens, o segundo maior risco de morte foi devido a causas externas, seguida por neoplasias. Entre mulheres, a segunda maior causa de morte foi as neoplasias e terceira foi devido a doenças do aparelho respiratório.

Gráfico 3.31. Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grandes grupos da CID10. Brasil, 2000 a 2017.



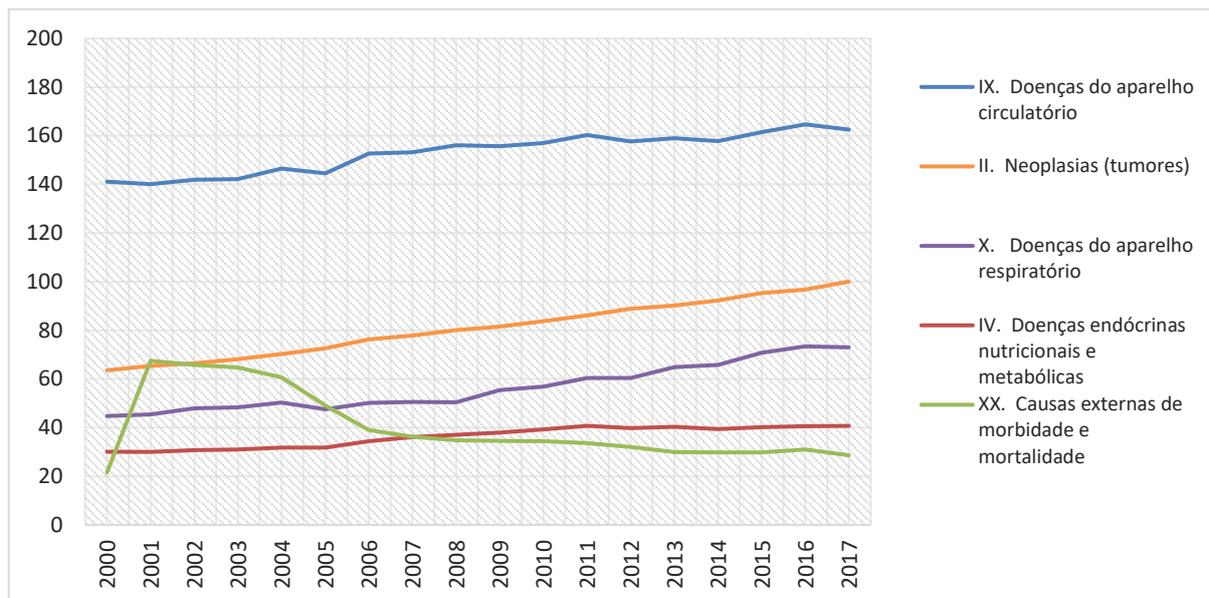
Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Gráfico 3.32. Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grandes grupos da CID10 e sexo masculino. Brasil, 2000 a 2017.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Gráfico 3.33. Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grandes grupos da CID10 e sexo feminino. Brasil, 2000 a 2017.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

No período, notam-se diferenças segundo gênero, com taxa de mortalidade em homens maior que em mulheres tanto para o Brasil como nas regiões. A tendência decrescente foi significativa segundo gênero e regiões, exceto na Norte.

Tabela 3.3. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) e por sexo e região. Brasil, 2010 a 2017.

Sexo e Região	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MASCULINO								
Região Norte	291,2	302,9	308,9	312,6	328,5	341,9	352,4	358,6
Região Nordeste	333,9	341,2	333,7	329,3	326,3	328,2	331,5	326,7
Região Sudeste	403,3	392,1	380,3	373,1	360,2	357,2	361,7	343,3
Região Sul	404,4	398,9	380,7	378,8	359,2	353,9	352,5	337,0
Região Centro-Oeste	372,2	364,3	361,9	352,0	341,8	336,8	332,0	328,1
BRASIL	377,9	373,0	362,2	356,3	346,0	343,9	346,1	333,3
FEMININO								
Região Norte	226,4	233,7	234,9	229,8	229,4	228,7	224,8	232,3
Região Nordeste	252,3	252,3	241,1	231,9	219,8	219,9	214,1	207,8
Região Sudeste	265,1	264,5	254,0	251,1	242,5	244,2	245,9	237,4
Região Sul	268,0	263,5	253,8	253,6	239,7	238,5	243,7	231,3
Região Centro-Oeste	263,9	258,8	253,1	247,6	245,6	236,2	228,8	228,7
BRASIL	260,1	260,7	252,7	249,7	241,5	242,6	243,1	236,8

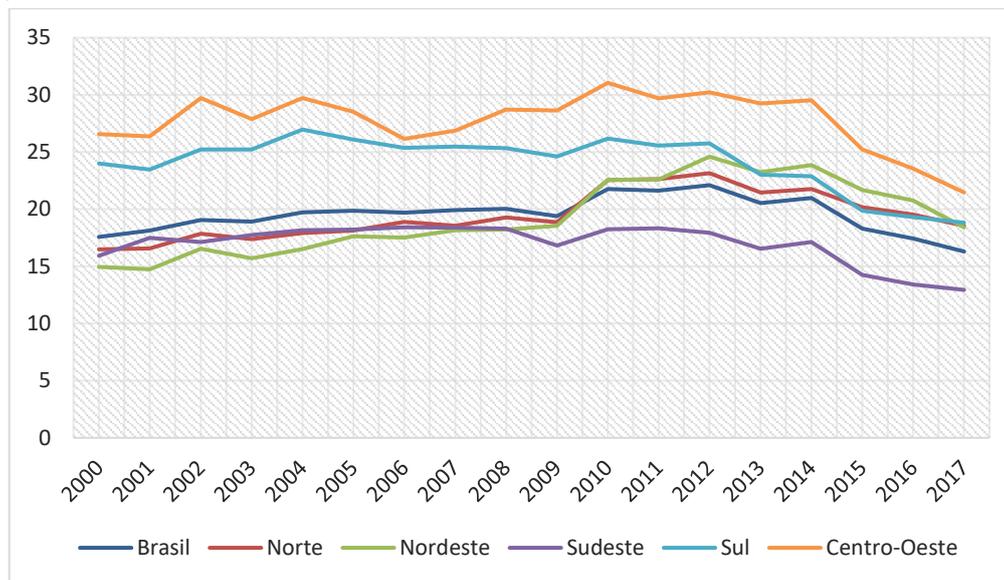
Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE/SIM/IBGE.

No campo das causas externas, os acidentes de transporte terrestres (ATT) foram responsáveis por 35.374 óbitos em 2017, sendo 82% homens. As principais vítimas no trânsito foram os motociclistas (34,5%), ocupantes de automóveis e caminhonetes (24,1%) e os pedestres (18,3%).

A taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre reduziu em 7,3% de 2000 a 2017 no Brasil, de 17,6 para 16,3/100mil habitantes. Nas regiões Sul e Centro Oeste, a redução foi de aproximadamente 20%. Porém, nas Regiões Norte e Nordeste, houve aumento do risco de morte por ATT, respectivamente de 12,6% e 23,2%. Importante mencionar que no período anterior à maior rigidez da Lei Seca, 2000 a 2012, a tendência da

mortalidade foi crescente, com aumento da taxa de 25,7% (de 17,6 para 22,1/100 mil habitantes). Em contrapartida, de 2013 a 2017 houve redução de 26,3% (de 22,1 para 16,3/100 mil habitantes).

Gráfico 3.34. Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de transporte terrestre, segundo regiões. Brasil, 2000 a 2017.

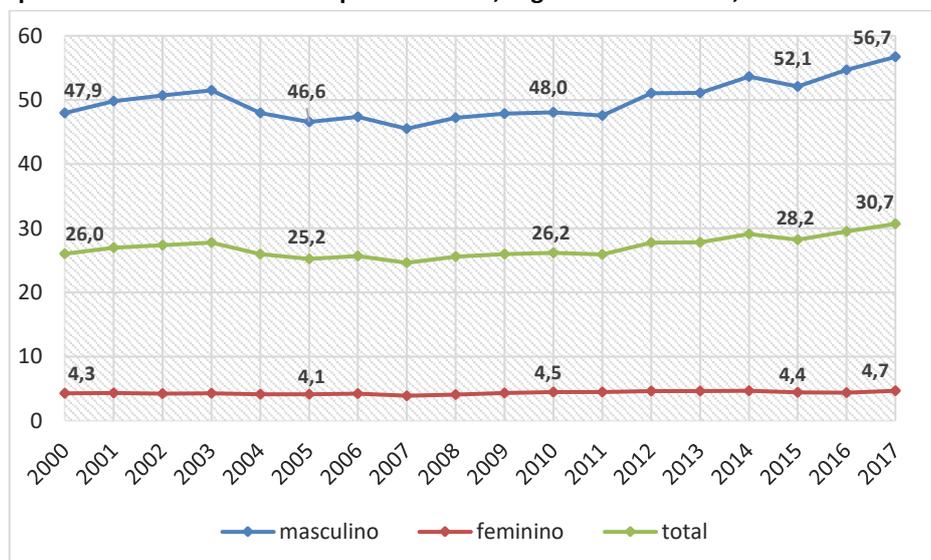


Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE).

Em 2017, ocorreram 63.758 mortes por homicídios no Brasil. Homens foram vítimas em 92,1% dos óbitos registrados, em sua maioria jovens de 15 a 39 anos (76,4%) e negros (75,4%). No período de 2000 a 2017, os homicídios aumentaram 40,5% no número de óbitos e 17,9% nas taxas. Em 2017, a taxa de homicídio foi de 30,7 óbitos por 100 mil habitantes, e entre os sexos, o risco de morte foi de 56,7 óbitos por 100 mil homens e 4,7 óbitos por 100 mil mulheres, numa razão de 12 homens para cada mulher.

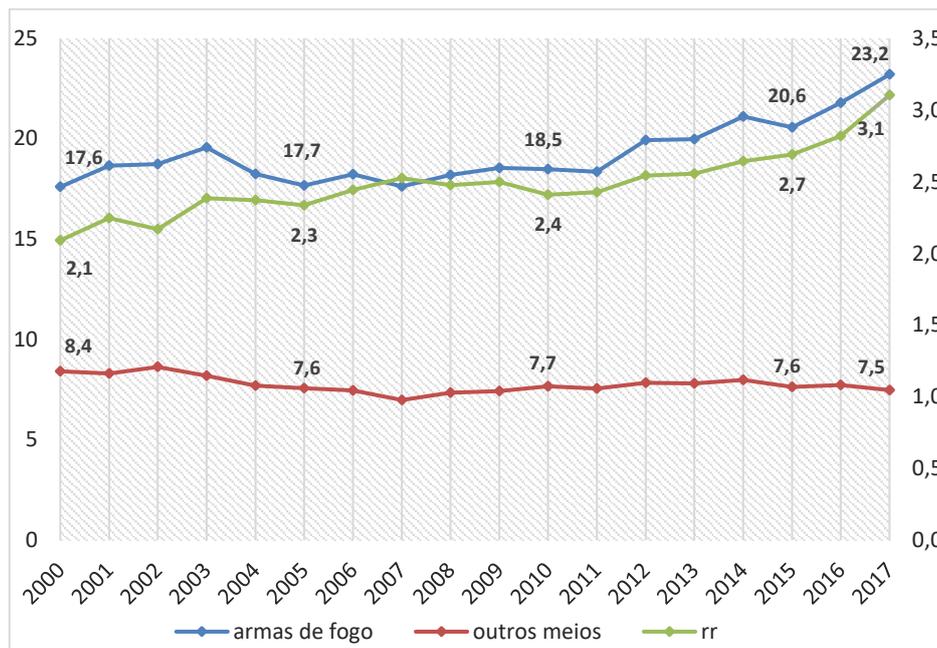
A taxa de homicídio por arma de fogo aumentou 31,8% no período, alcançando um risco 3 vezes maior que nos outros meios em 2017. Nesse mesmo período, o risco de morte por homicídios em pessoas brancas foi decrescente (-19,3), enquanto em pessoas negras o risco aumentou em 37,8%. Em 2017, pessoas negras exibiram 2,6 vezes mais chance de morrer por homicídios que pessoas brancas.

Gráfico 3.35. Taxa padronizada de mortalidade por homicídio, segundo sexo. Brasil, 2000 a 2017.



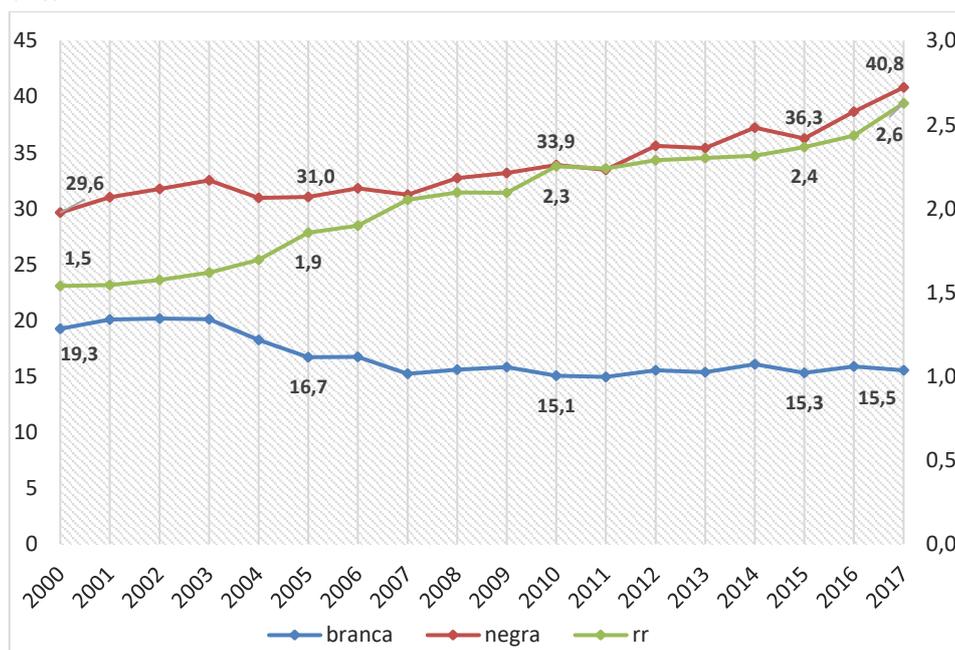
Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE-SIM e IBGE.

Gráfico 3.36. Taxa padronizada de mortalidade por homicídio, segundo tipo de arma. Brasil, 2000 a 2017 e risco relativo arma fogo/outros meios.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE-SIM e IBGE.

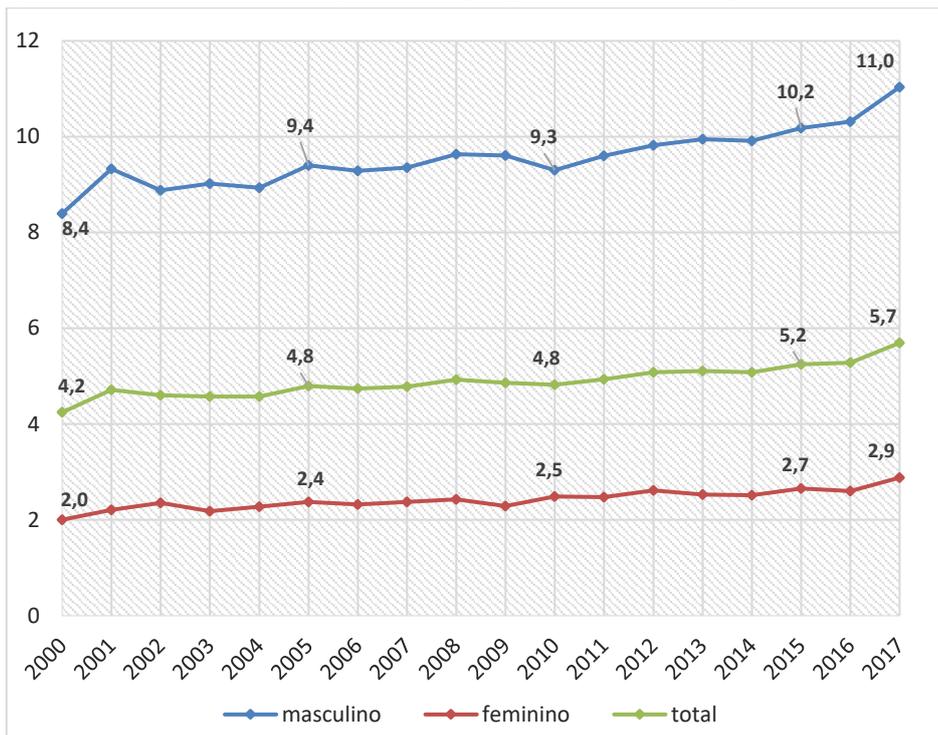
Gráfico 3.37. Taxa padronizada de mortalidade por homicídio em pessoas brancas e negras. Brasil, 2000 a 2017 e risco relativo negra/branca.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE-SIM e IBGE.

Em 2017, foram registrados 12.495 suicídios em indivíduos acima de 10 anos de idade, sendo 78,6% em homens, com concentração de casos principalmente na faixa de 20 a 69 anos (83%). A taxa de mortalidade por suicídio teve crescimento de 34,2% entre 2000 e 2017, variando de 4,2 para 5,7 suicídios por 100 mil habitantes. Nesse mesmo período, a taxa de suicídio aumentou 43,8% em mulheres e 31,4% em homens.

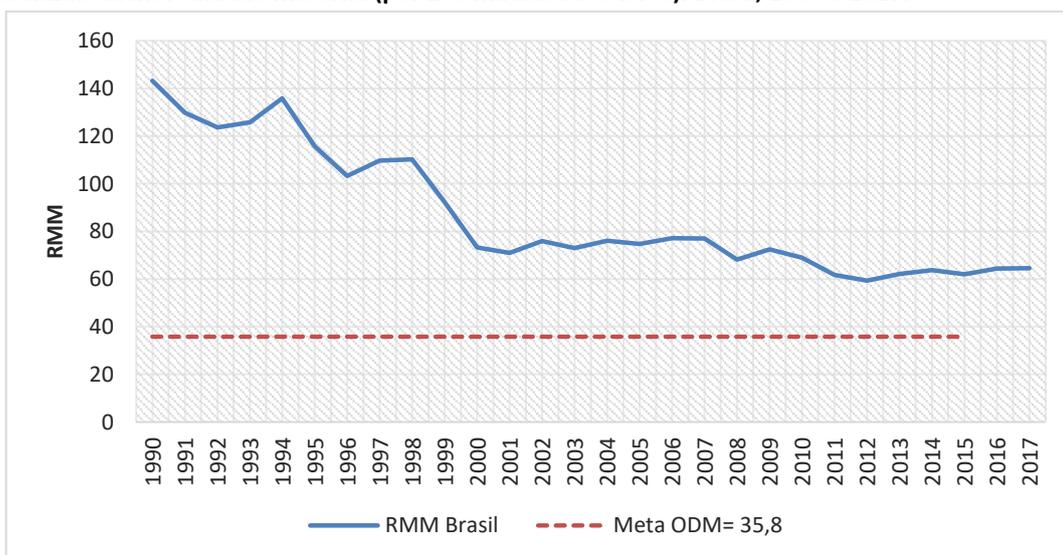
Gráfico 3.38. Taxa padronizada de mortalidade por suicídio, segundo o sexo. Brasil, 2000 a 2017.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE-SIM e IBGE.

A razão de mortalidade materna (RMM) estima o risco de morte de mulheres ocorrida durante a gravidez, o aborto, o parto ou até 42 dias após o parto, atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, pelo aborto, pelo parto ou pelo puerpério ou por medidas tomadas em relação a elas. Entre 1990 e 2017, a razão de morte materna (RMM) reduziu em 55%, de 143 para 64,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Gráfico 3.39. Razão da mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1990 a 2017.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Vigilância de óbito de Mulher em Idade Fértil.

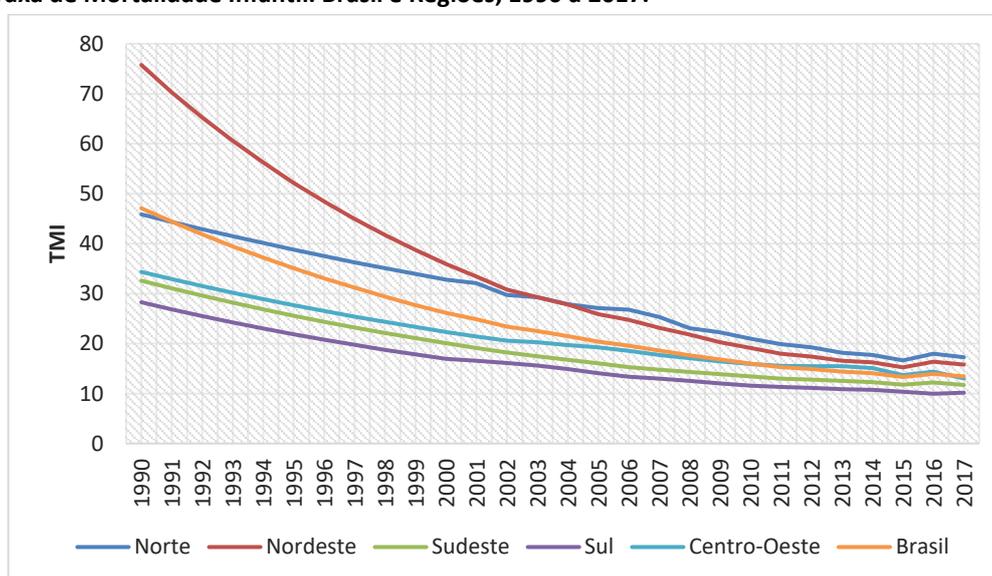
Em 2017, comparando com 2016, a RMM do Brasil apresentou um pequeno aumento, passando de 64,4 para 64,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos respectivamente. Nesse período, ocorreu um aumento de 2,4% na quantidade de óbitos maternos estimado, passando de 1.841 para 1.886.

A redução da mortalidade materna foi o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A meta de sua redução consistia em três quartos entre 1990 e 2015, o que representava valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos para o Brasil em 2015.

Observando o gráfico 3.40, nota-se que a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apresenta tendência de queda desde 1990, quando foram registradas 47,1 mortes de crianças com menos de 1 ano a cada 1.000 nascidos vivos. O aumento da TMI em 2016 pode ser observado em todas as regiões, com exceção da região Sul. Em 2017, comparado com 2016, ocorreu uma redução da TMI em todo cenário analisado, com exceção da Região Sul, que registrou uma estabilidade. A TMI do Brasil foi de 13,4 óbitos por mil nascidos vivos em 2017, com uma redução de 3,9% em relação ao ano anterior.

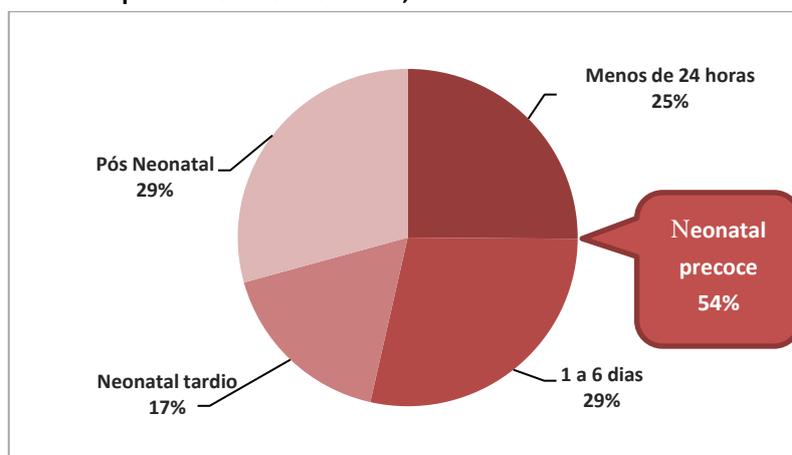
Em 2017, o período Neonatal Precoce (0 a 6 dias) representa 54% do óbito infantil, seguido de 29% no Pós Neonatal (7 a 27 dias) e 17% no Neonatal Tardio (28 a 364 dias). Chama atenção que 25% de todo óbito de crianças com menos de 1 ano ocorre nas primeiras 24 horas de vida. O gráfico 3.41 ilustra essa situação.

Gráfico 3.40. Taxa de Mortalidade Infantil. Brasil e Regiões, 1990 a 2017.



Elaboração: MS/SVS/DASNT/CGIAE.

Gráfico 3.41. Mortalidade Infantil por idade do óbito. Brasil, 2017.



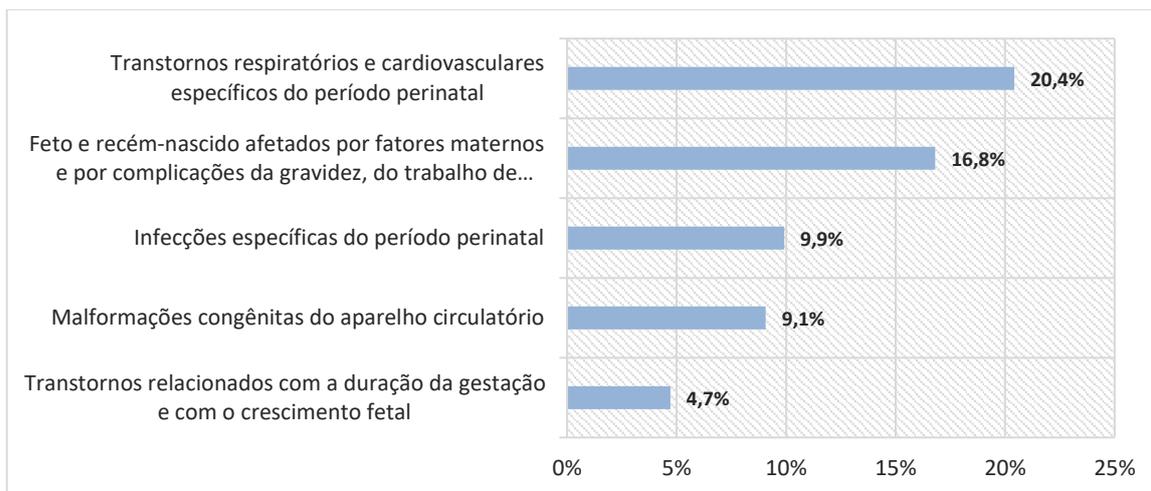
Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A análise dos componentes da mortalidade na infância evidencia que os óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0 a 6 dias) e pós-neonatal tardio (28 a 364 dias) são essencialmente determinados por ações

sensíveis às condições assistenciais (acesso ao cuidado, pré-natal, tecnologias de suporte à vida, suficiência de leitos neonatais e pediátricos, protocolos assistenciais), enquanto que os óbitos que ocorrem no período pós-neonatal, até 5 anos, decorrem da influência de determinantes socioeconômicos, como o emprego, renda, acesso à água potável, acesso à fossa séptica e esgotamento sanitário, coleta de lixo, educação, e outras variáveis de contexto da família.

A mortalidade na infância tem particularidades dependendo da subcategoria etária. Os cinco primeiros grupos de causas de óbito em menores de 1 ano são os transtornos, malformações, infecções e complicações relacionadas à gestação, parto e período perinatal.

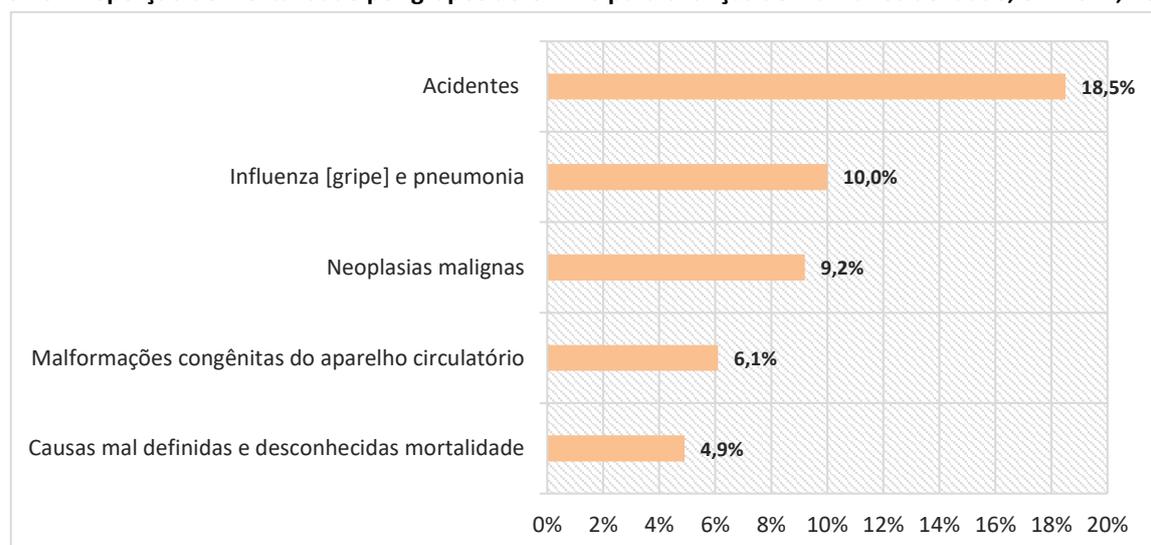
Gráfico 3.42. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças com menos de 1 ano de idade, em 2017, no Brasil.



Fonte: SIM (2019).

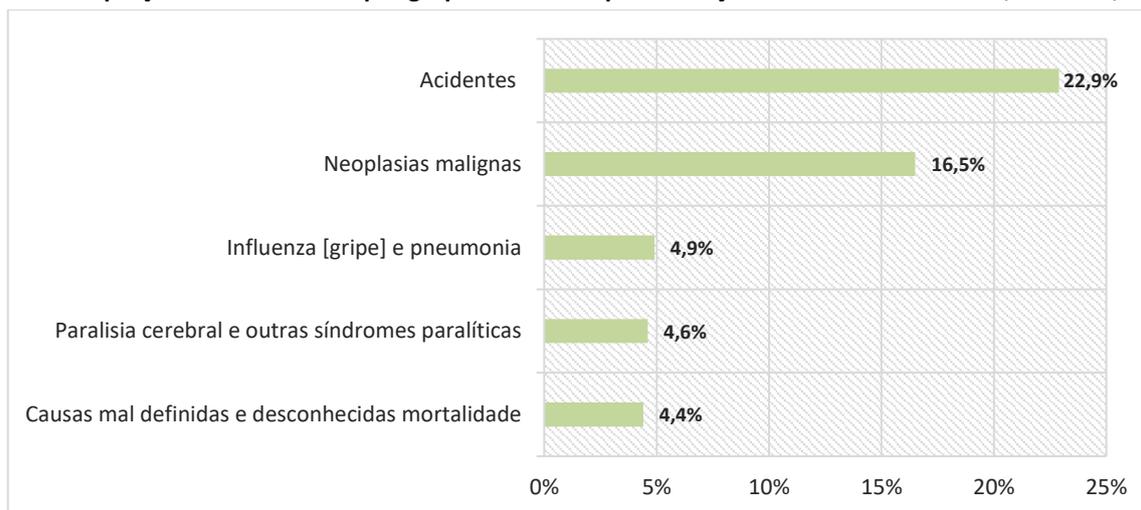
Esse perfil muda radicalmente quando é considerada a faixa etária acima de 1 ano. Os gráficos 43 e 44 mostram as cinco principais causas de óbito nas crianças de 1 a 4 anos e de 5 a 9 anos, respectivamente. Os acidentes compõem a principal causa para ambos os grupos, e as neoplasias, influenza e pneumonia aparecem na sequência.

Gráfico 3.43. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 1 a 4 anos de idade, em 2017, no Brasil.



Fonte: SIM (2019).

Gráfico 3.44. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 5 a 9 anos de idade, em 2017, no Brasil.



Fonte: SIM (2019).

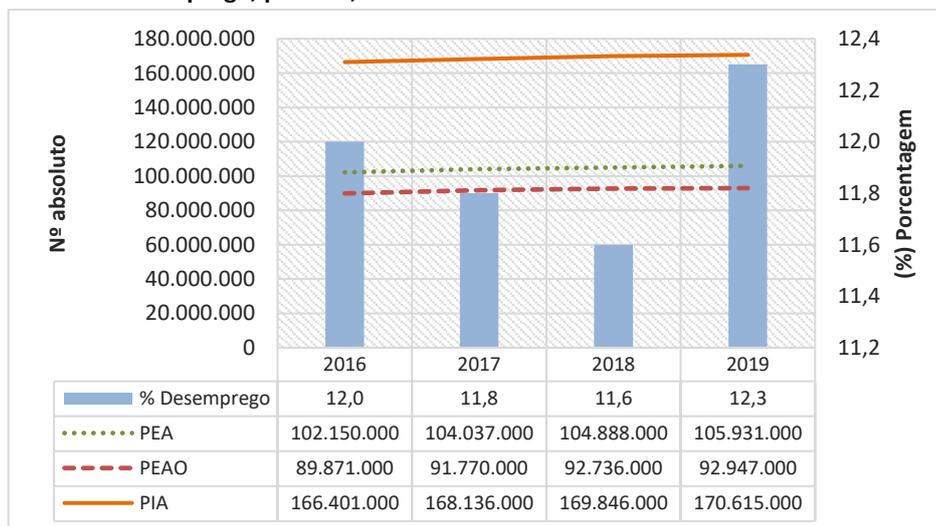
3.4. Determinantes e Condicionantes de Saúde

3.4.1. Condições de Vida, Trabalho e Ambiente

A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer são fatores que podem determinar o processo saúde-doença.

No que se refere à situação de trabalho, entre 2016 a 2019 o número da População Economicamente Ativa (PEA), População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) e População em Idade Ativa (PIA) aumentou 3,7%, 3,4% e 2,5% respectivamente, no Brasil. A taxa de desemprego também aumentou, passando de 12,0% em 2016 para 12,3% em 2019 (Gráfico 3.45).

Gráfico 3.45. População economicamente ativa (PEA), População Economicamente ativa ocupada (PEAO), População em idade ativa (PIA) e taxa de desemprego, por ano, Brasil 2016 a 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) / IBGE.

O grupo de trabalhadores sem carteira de trabalho assinada fechou 2017 com 10,7 milhões de pessoas e a categoria dos trabalhadores por conta própria chegou a 22,7 milhões de pessoas, representando mais de 25% da PEA. Em 2012, eram 20,4 milhões.

Destaca-se que em 2017, pela primeira vez na série histórica da PNAD Contínua, o número de empregados sem carteira e de trabalhadores autônomos, somados, superou a quantidade de empregados com

carteira assinada. Salienta-se ainda a elevação do número de desempregados e a diminuição da qualidade da inserção no mercado de trabalho, evidente no crescimento da participação de trabalhadores autônomos, terceirizados e informais, o que pode gerar vulnerabilidade de saúde e de vida.

Por outro lado, as atividades produtivas, caracterizadas no Brasil pelos processos de industrialização, urbanização e aumento da produção agrícola, geram pressões também sobre os recursos naturais e determinam as condições de vida e riscos à saúde humana.

De 2016 a 2018, foram notificados 304.384 casos confirmados de intoxicações exógenas, que podem ser definidas como a consequência clínica e/ou bioquímicas da exposição a substâncias químicas encontradas no ambiente. As intoxicações não se distribuem de forma homogênea, podendo apresentar diferenças quando avaliadas por atributos geográficos, sociais e econômicos. Em 2018, as maiores incidências concentraram-se nas regiões Centro-Oeste (21,2 por 100 mil habitantes) e Norte (18,8 por 100 mil habitantes).

Esse cenário figura um importante problema de saúde dada a exposição e interação humana com diversas substâncias químicas presentes no ambiente, além do fato de que essas intoxicações apresentam um padrão crescente no país, haja vista que nos últimos três anos (2016 a 2018) houve um incremento de 49,3% na incidência. Os agrotóxicos se destacam pela magnitude dos casos de intoxicações. No período de 2016 a 2018, foram notificados 26.668 casos, sendo 54,6% no sexo masculino e 45,4% no feminino.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)³ elegeu, em 2019, a poluição do ar e mudança do clima como um dos dez principais eixos da agenda global, tendo em vista que a poluição atmosférica é considerada o maior risco ambiental para a saúde humana. De acordo com a OMS, 9 em cada 10 pessoas no mundo respiram ar contendo altos níveis de poluentes e 7 milhões de mortes anuais ocorrem em função da exposição à poluição atmosférica. Dessas, estima-se que 21% sejam por pneumonia, 20% por derrame, 34% por doenças cardíacas isquêmicas, 19% por doença pulmonar obstrutiva crônica e 7% por câncer de pulmão.

O SUS é enormemente impactado pelos agravos relacionados à poluição atmosférica. A OMS considera que entre 20 a 30% das internações por doenças respiratórias podem estar relacionadas à poluição atmosférica. No período de 2008 a março de 2019, o valor total gasto com internações no país por doenças do aparelho respiratório ultrapassou R\$13,6 bilhões, dos quais R\$1,27 bilhão apenas em 2018.

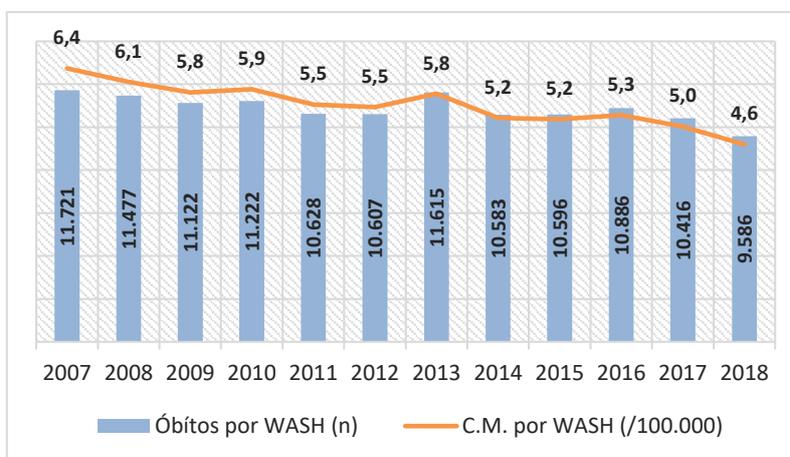
Entre os principais fatores decorrentes de um ambiente insalubre e contribuintes da mortalidade global na infância estão as doenças diarreicas, provocando cerca de 10% de todas as mortes de crianças com menos de cinco anos. Uma grande proporção das doenças diarreicas é causada por patógenos de transmissão fecal-oral e pode ser prevenida pelo abastecimento de água potável segura e adequada, saneamento e higiene e eliminando a defecação a céu aberto.

Importante destacar que a dimensão territorial e as especificidades regionais tornam o acesso ao saneamento ainda muito desigual. A maior parte da população que não dispõe de fonte segura de água para consumo, ou que não dispõe de uma solução para recepção e tratamento adequado de dejetos, reside em áreas consideradas rurais ou em outras comunidades consideradas tradicionais, com habitações espaçadas e distantes de centros urbanos. Com este desenho, a conjectura de sistemas de saneamento convencionais torna-se inviável ou onerosa.

³ WHO. 2019, Health, environment and climate change. Seventy- second World Health Assembly, 18 April 2019 Geneva. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_15-en.pdf?ua=1

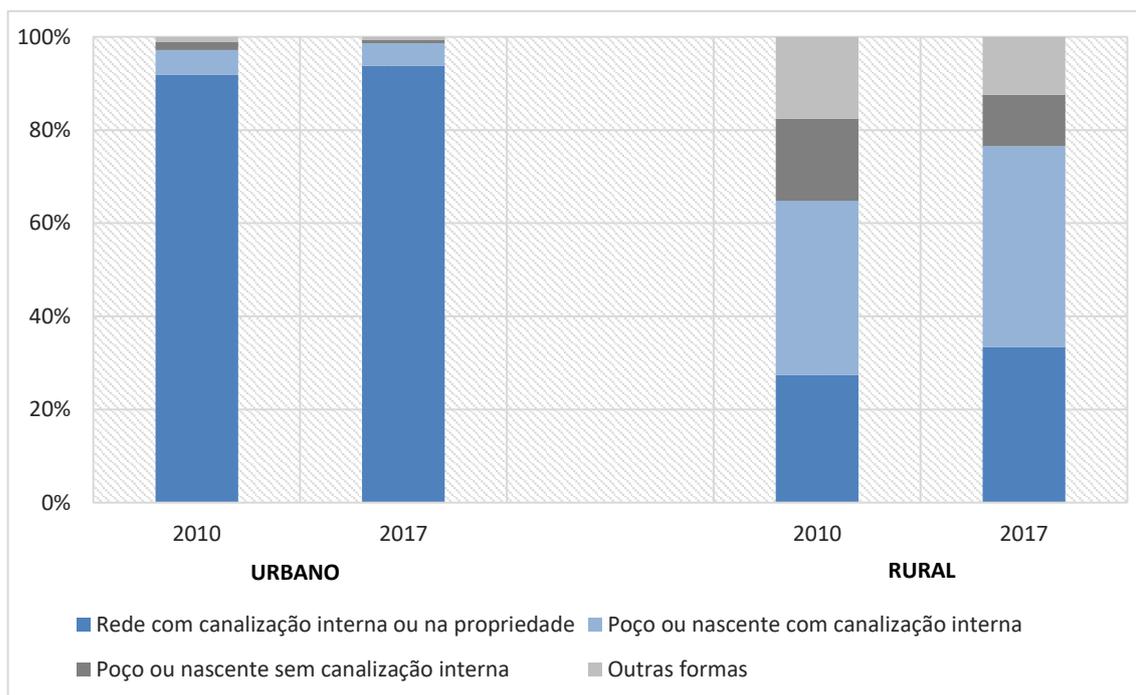
Apesar de o Coeficiente de Mortalidade por WASH⁴ apresentar declínio ao longo dos últimos anos, como mostra o gráfico 3.46, a mortalidade por falta de acesso à água segura e ao saneamento básico ainda é um problema para a saúde pública no Brasil, tendo em vista que se tratam de óbitos evitáveis.

Gráfico 3.46. Coeficiente de Mortalidade por água insegura, ausência de saneamento e falta de água no Brasil (WASH), de 2007 a 2018.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), (2019).

Gráfico 3.47. Percentual de domicílios atendidos com abastecimento de água, por forma de atendimento, nas áreas urbana e rural do País, em 2010 e 2017, segundo dados do Censo e da PNAD-Contínua (Plansab_Versão Consulta Pública, 2018).

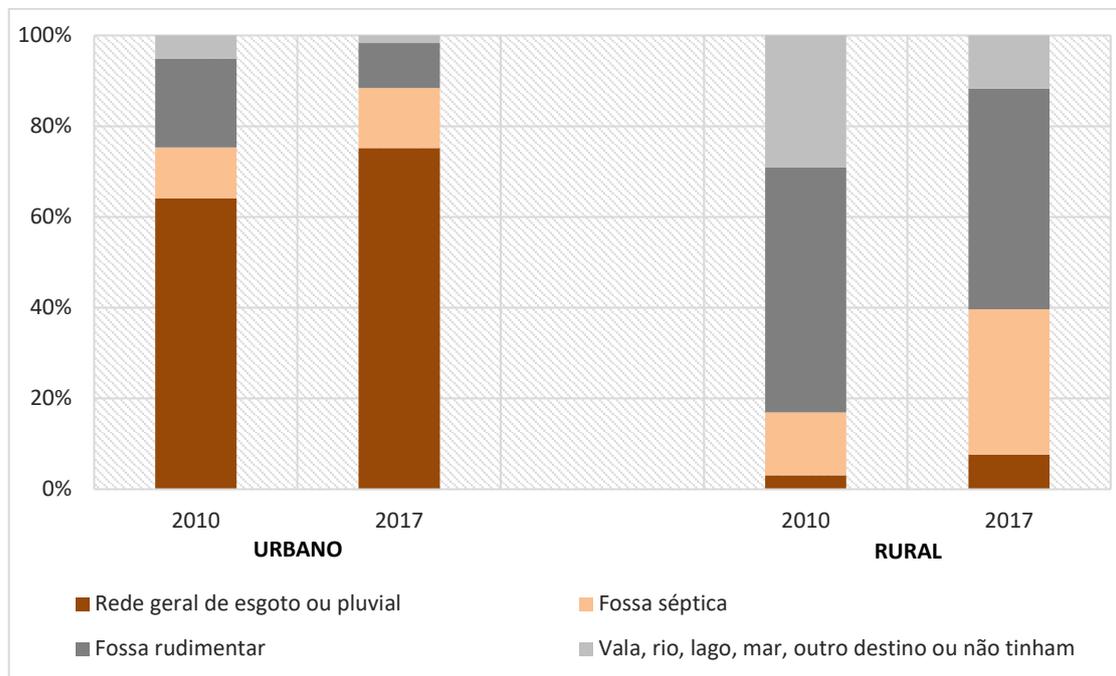


No que se refere ao esgotamento sanitário, tem-se neste mesmo período (2010-2017), nas áreas urbanas, a ampliação do percentual de acesso à rede geral de esgoto ou pluvial, permanecendo como a principal forma de afastamento do esgoto sanitário. Enquanto nas áreas rurais, persistem formas inadequadas e sem

⁴ *Water, sanitation, hygiene, health care waste management and cleaning*, em inglês. Incorpora informação de mortalidade por diarreia dos CID's A00, A01, A03, A04, A06-09, incluindo também as infecções por nematoides intestinais (CID-10 B76-B77, B79) e desnutrição proteico-energética (CID-10 E40-E46).

atendimento, com maiores percentuais de domicílios que destinavam os esgotos sanitários para fossas rudimentares, valas, rios, mares e outros.

Gráfico 3.48. Percentual de domicílios atendidos com esgotamento sanitário, por forma de afastamento, nas áreas urbana e rural do País, em 2010 e 2017, segundo dados do Censo e da PNAD-Contínua (Plansab_Versão Consulta Pública, 2018).



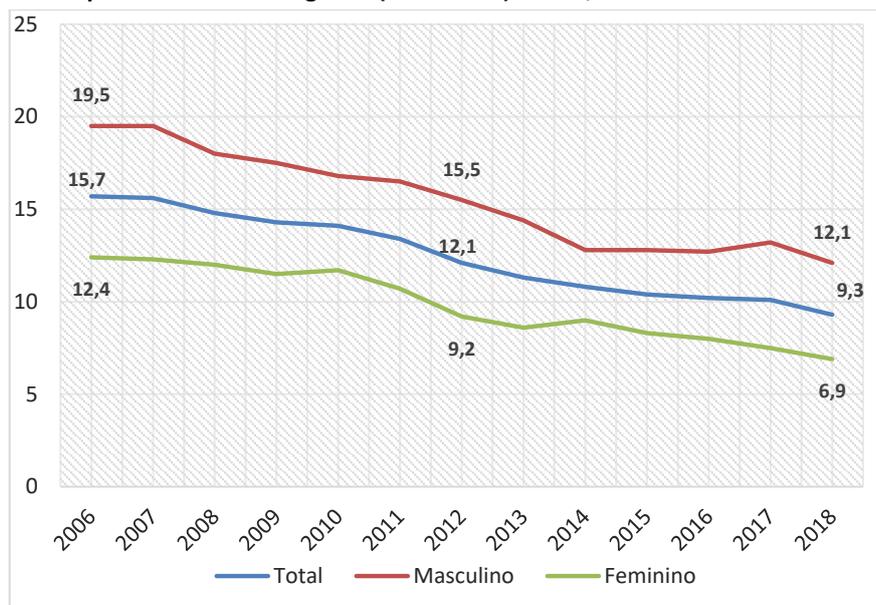
3.4.2. Hábitos e Estilos de Vida

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados às condições de saúde das pessoas, integrando o amplo espectro de questões – sociais, econômicas, políticas, culturais – que envolvem a promoção da saúde, a qual constitui condição essencial à qualidade de vida individual e coletiva.

A promoção da saúde no SUS visa promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Dados do VIGITEL (Vigilância e Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas, inquérito telefônico) em 2018 demonstram a redução da prevalência de tabagismo entre adultos em 40,4% no período de 2006 (15,6%) a 2018 (9,3%). Em homens, passou de 19,5% para 12,1% no mesmo período, com uma redução de 37,9%. Entre as mulheres, foi de 12,4% em 2006 e de 6,9% 2018, com uma redução percentual de 44,4%.

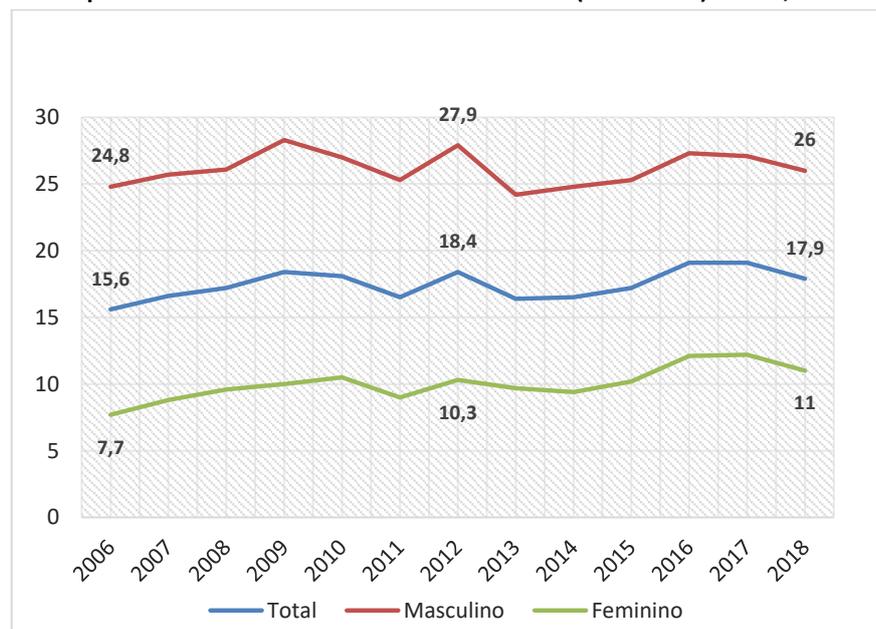
Gráfico 3.49. Tendência da prevalência de tabagismo (2006-2018). Brasil, 2018.



Fonte: Vigitel – SVS/MS.

A prevalência de consumo abusivo de álcool entre adultos foi relativamente estável no período. Segundo gênero, a prevalência foi maior entre homens. Entre as mulheres, houve aumento de 42,9% desde 2006.

Gráfico 3.50. Tendência da prevalência de consumo abusivo* de álcool (2006-2018). Brasil, 2018.

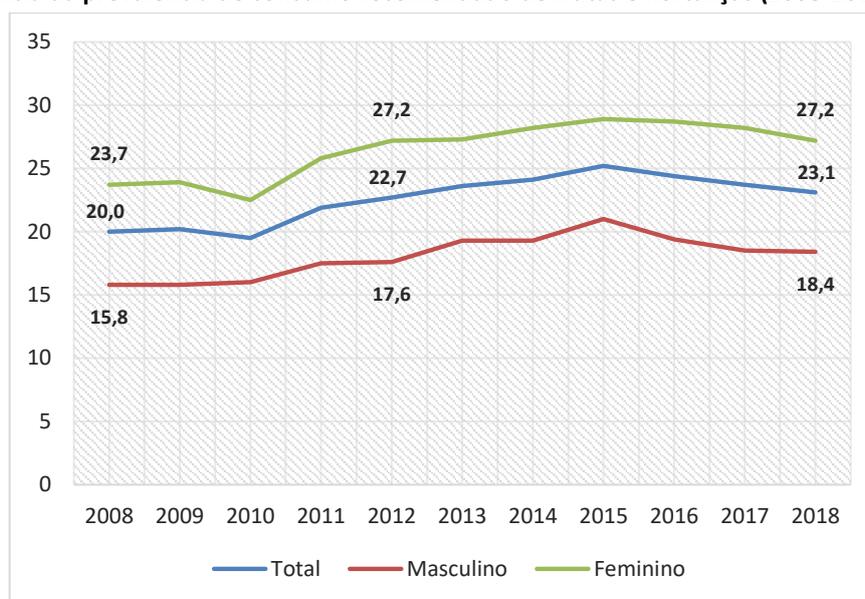


Fonte: Vigitel – SVS/MS.

* Consumo de 4 ou mais doses (se mulher) ou 5 ou mais doses (se homem) de bebida alcoólica, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias.

O consumo recomendado (5 porções diárias em 5 ou mais dias na semana) de frutas e hortaliças aumentou de 20% em 2008 para 23,1% em 2018, com aumento percentual de 15,5% no período. Segundo gênero, o aumento percentual foi de 16,5% em homens e de 14,8% em mulheres.

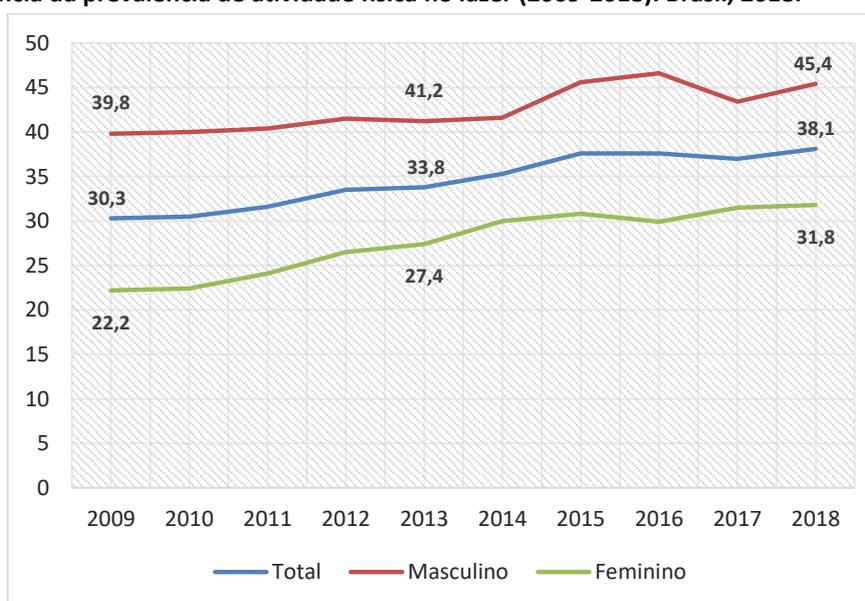
Gráfico 3.51. Tendência da prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças (2008-2018). Brasil, 2018.



Fonte: Vigilal – SVS/MS.

Quanto à atividade física no lazer, a prevalência foi de 30,3% em 2009 e 38,1% em 2018, com aumento percentual de 25,7%, sendo de 14,1% em homens e de 43,2% em mulheres.

Gráfico 3.52. Tendência da prevalência de atividade física no lazer (2009-2018). Brasil, 2018.



Fonte: Vigilal – SVS/MS.

3.5. Acesso a Ações e Serviços de Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é parte da estrutura de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal forma de implementação, devendo ser a principal porta de entrada, primeiro contato do usuário para o cuidado integral e longitudinal, centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado.

Entre as responsabilidades das equipes de saúde da família e de APS estão a realização de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. A APS representa o nível de atenção à saúde com maior grau de capilaridade, presente em

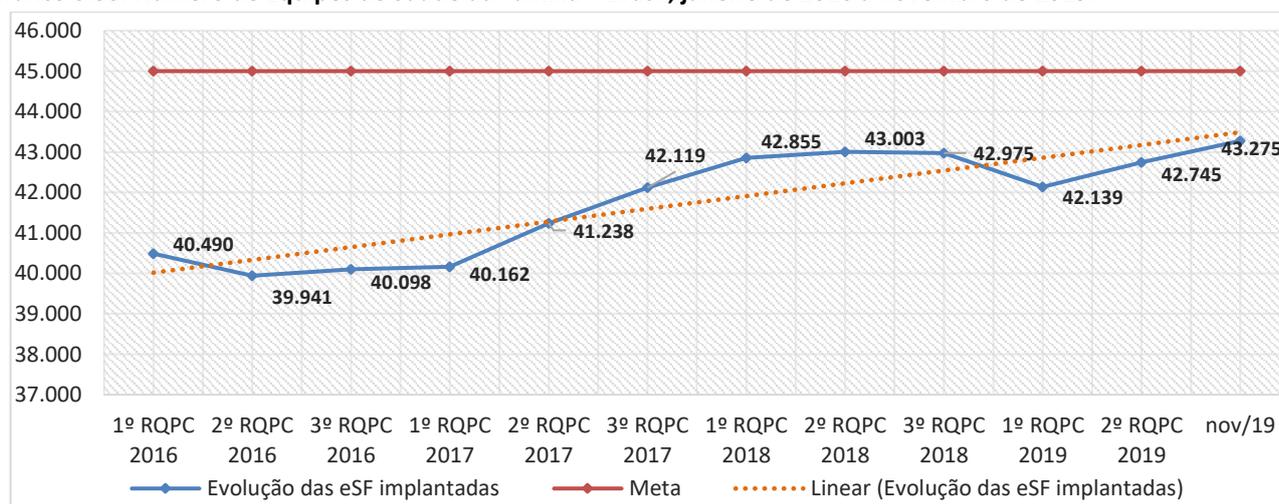
mais de 42 mil Unidades de Saúde da Família onde atuam aproximadamente 700 mil profissionais em todos os municípios do país.

Com serviços organizados a partir das necessidades de uma determinada população, as equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas minimamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A equipe multiprofissional assume a responsabilidade sanitária do território, devendo considerar sua dinamicidade e utilizar-se de critérios de risco e vulnerabilidade para garantia do cuidado à população, sob os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade.

Além da expansão do acesso da população às equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, destacam-se ações que visam à qualificação do cuidado ofertado, como o Previne Brasil e estratégias vinculadas, à ampliação da coordenação e longitudinalidade do cuidado, com a ampliação do uso do prontuário eletrônico, a partir do Informatiza APS, e também medidas de apoio à estruturação da rede física, por meio do Programa Nacional de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), que tem o objetivo de prover condições para construção, ampliação e reforma das Unidades de Saúde da Família.

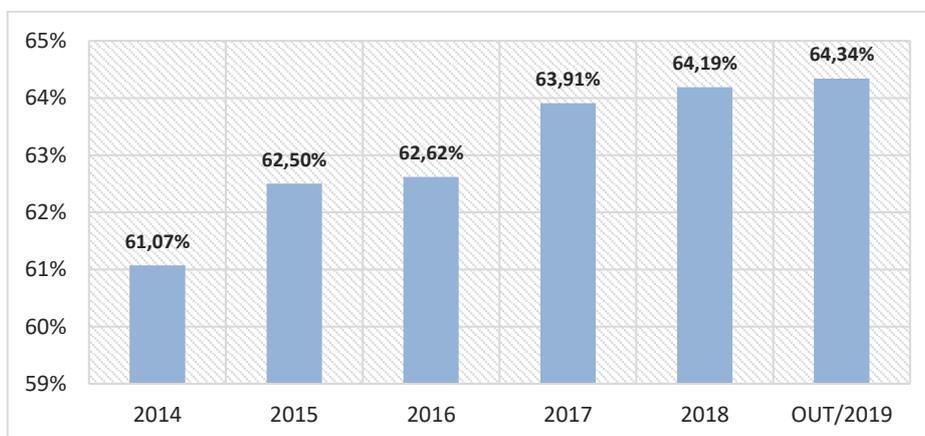
3.5.1. Atenção Primária

Gráfico 3.53. Número de Equipes de Saúde da Família – Brasil, janeiro de 2016 a novembro de 2019.



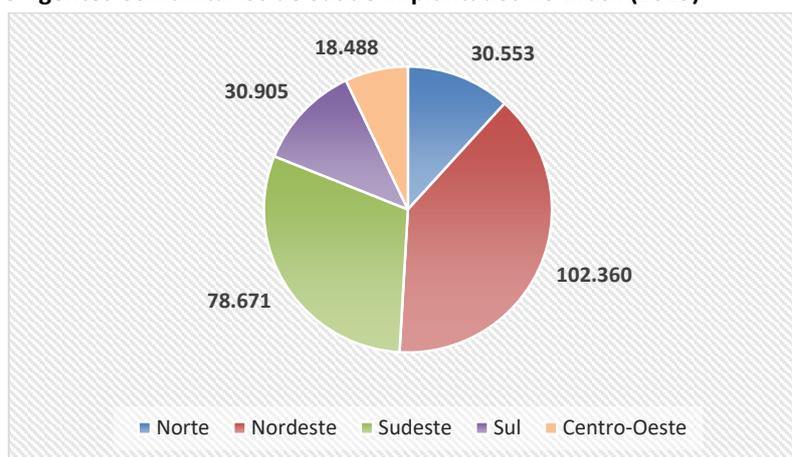
Fonte: Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados na Atenção Primária, Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS).

Gráfico 3.54. Percentual de cobertura populacional de equipes de saúde da família, por ano. Brasil, 2014 a outubro de 2019.



Fonte: Histórico de Cobertura da Atenção Primária, Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS).

Gráfico 3.55. Número de Agentes Comunitários de Saúde implantados no Brasil (2019).



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro de 2019.

Programa Saúde na Hora

O Programa Saúde na Hora, instituído pela Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019, prevê a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde na Atenção Primária ao financiar Unidades de Saúde da Família (USF) com horário estendido para a população; ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal nos municípios; fortalecimento da gestão municipal na organização da Atenção Primária; economia com a redução de custos em outros níveis de atenção; e mais recursos da União para Atenção Primária.

O Programa se apresenta em três formatos de carga horária para funcionamento das unidades: USF 60h, USF 60h com saúde bucal ou USF 75 horas semanais. Até dezembro de 2019, o Programa contou com a adesão de 249 municípios, 1.454 Unidades de Saúde da Família, 5.552 equipes de Saúde da Família e 1.989 equipes de Saúde Bucal.

Tabela 3.4. Implantação do Programa Saúde na Hora, dezembro de 2019.

UF	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS	QUANTIDADE DE USF	QUANTIDADE DE ESF	QUANTIDADE DE ESB	USF 60 HORAS	FORMATO DE ADESÃO	
						USF 60 HORAS COM SAÚDE BUCAL	USF 75 HORAS COM SAÚDE BUCAL
TOTAL	249	1.454	5.552	1.989	478	939	37
AC	1	1	3	2	0	1	0
AL	4	11	34	18	2	9	0
AM	14	33	115	58	6	23	4
BA	6	12	36	14	5	7	0
CE	16	90	311	140	20	70	0
DF	1	32	142	46	9	23	0
ES	3	7	22	4	5	2	0
GO	15	84	305	121	25	56	3
MA	9	23	73	26	10	13	0
MG	44	232	841	330	67	165	0
MS	5	34	113	68	0	34	0
MT	1	1	5	2	0	1	0
PA	7	39	130	38	21	16	2
PB	2	3	9	6	0	3	0
PE	3	28	84	54	1	27	0
PI	3	4	12	8	0	4	0
PR	22	94	323	149	20	73	1

UF	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS	QUANTIDADE DE USF	QUANTIDADE DE ESF	QUANTIDADE DE ESB	USF 60 HORAS	FORMATO DE ADEÇÃO	
						USF 60 HORAS COM SAÚDE BUCAL	USF 75 HORAS COM SAÚDE BUCAL
RJ	8	183	783	218	75	106	2
RN	1	2	6	4	0	2	0
RO	3	23	88	30	8	15	0
RS	16	76	256	93	30	45	1
SC	22	71	249	70	36	35	0
SE	2	4	14	8	0	4	0
SP	37	353	1.556	458	136	193	24
TO	4	14	42	24	2	12	0

Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro de 2019.

Saúde Bucal



As equipes de Saúde Bucal (eSB) são vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e representam a possibilidade de expansão, consolidação e reorientação do trabalho para a garantia da Atenção Integral no âmbito da oferta dos serviços de saúde por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos considerando medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Figura 3.1. Composição das Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I.

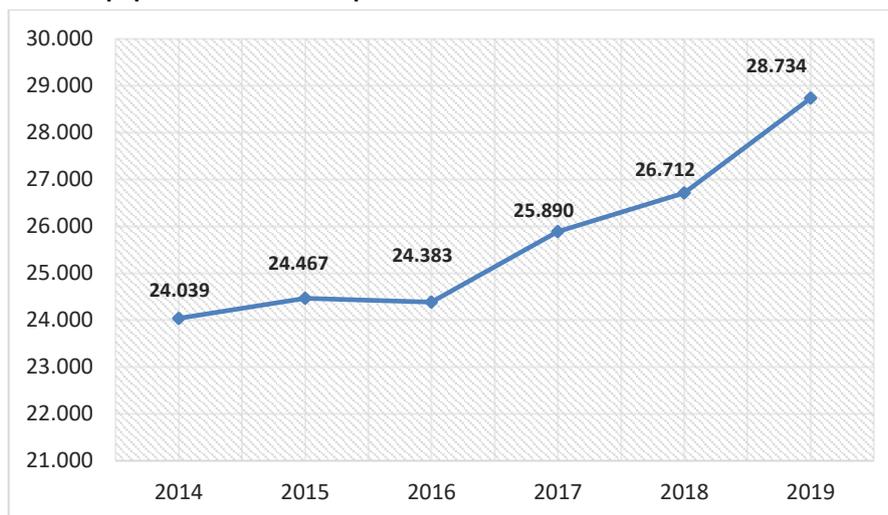


Legenda: CD – Cirurgião-Dentista; ASB – Auxiliar de Saúde Bucal; TSB – Técnico de Saúde Bucal.

Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS).

A cobertura populacional pelas eSB vinculadas às eSF alcançou 42,74% em outubro de 2019, com 28.734 equipes em atuação em 5.095 municípios, cobrindo uma população de aproximadamente 89 milhões de pessoas.

Gráfico 3.56. Expansão de Equipes de Saúde Bucal por ano.



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dados coletados em 15/07/2019.

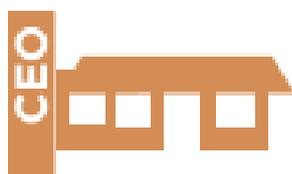


A atuação das eSB pode se dar tanto nas UBS como também nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM). Estas são dispositivos de apoio (veículos adaptados e equipados) que atuam em áreas de difícil acesso e de dispersão populacional, ofertando cuidado para populações específicas.

Tabela 3.5. Quantidade de Unidades Odontológicas Móveis (UOM) por ano.

2016	2017	2018	2019
76	136	157	151

Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS).



Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são serviços de referência para realizar procedimentos especializados, tais como: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais. Possui como público alvo as pessoas já atendidas pela Atenção Primária e que necessitam de atendimento especializado.

Gráfico 3.57. Evolução dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciados e das adesões à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).



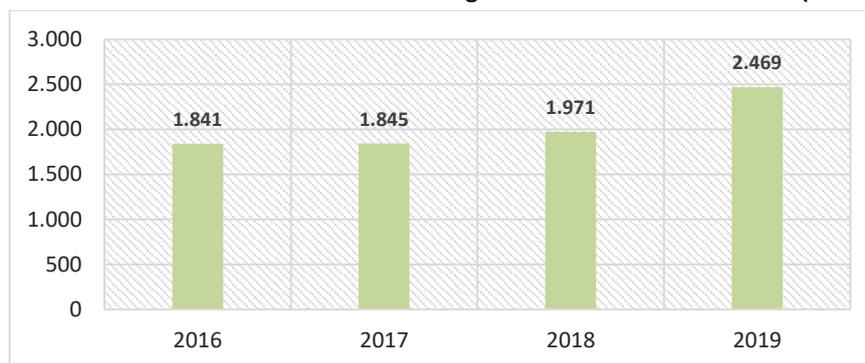
Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DESF/SAPS/MS), dados coletados em 15/07/2019.

No último quadriênio houve discreta evolução da implantação de novos Centros de Especialidades Odontológicas e de adesão à Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência, correspondendo a uma expansão de cerca de 8% e de 17%, respectivamente.



No âmbito do Brasil Sorridente, contribuindo para a implementação da reabilitação em saúde bucal, existem ainda os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), que são serviços onde são confeccionadas próteses dentárias, principalmente próteses totais, próteses parciais removíveis e coroas unitárias. Os LRPD servem de referência para pessoas que necessitem de prótese dentária atendidas pela atenção primária e pelos Centros de Especialidades Odontológicas.

Gráfico 3.58. Evolução no credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).



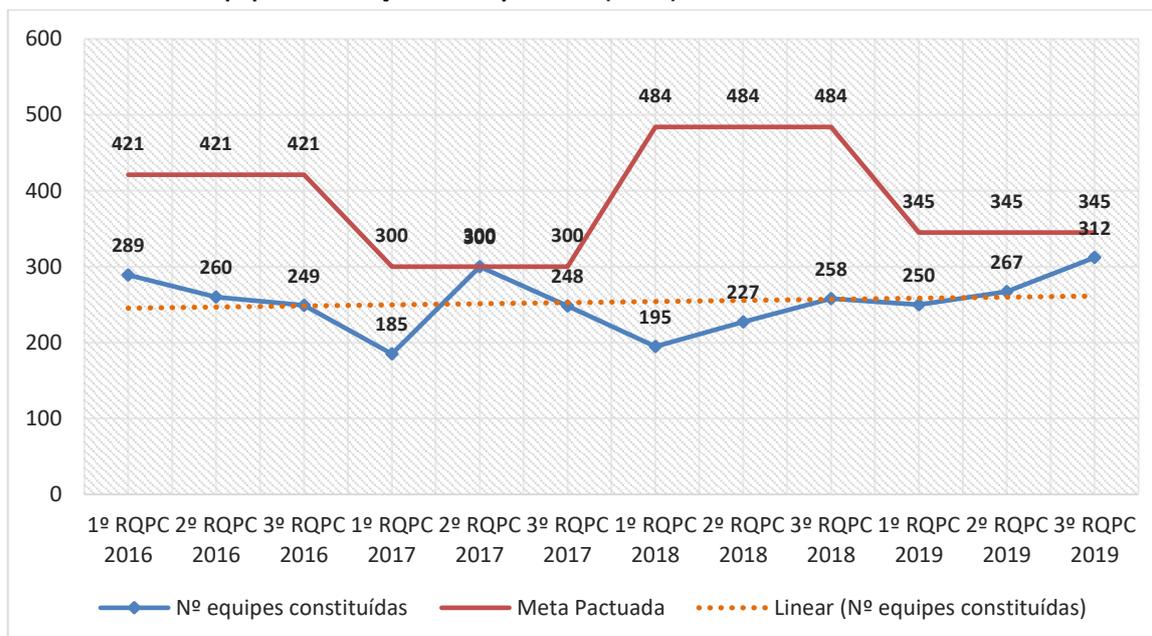
Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DESF/SAPS/MS), dados coletados em 15/07/2019.

Saúde no Sistema Prisional

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) tem como objetivo promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, de forma integrada e planejada, fazendo com que cada Unidade Básica de Saúde Prisional seja um ponto da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Em 2019, houve um aumento de 28 novas equipes de Atenção Básica Prisional até o segundo quadrimestre.

Gráfico 3.59. Número de equipes de atenção básica prisional (eABP).



Fonte: Relatório de Gestão de 2018 e 3º RQPC de 2019.

Existem algumas dificuldades para operacionalização da PNAISP, como o número excessivo de tipos de equipes e a falta de informação a respeito dos usuários privados de liberdade nos formulários epidemiológicos do SUS, além da baixa adesão de estados e municípios. Essas dificuldades incidem diretamente na implementação da Política e na resolutividade das eABP, o que indica a necessidade de revisão normativa para facilitar a operacionalização e o credenciamento de equipes, bem como o método de cálculo do incentivo financeiro repassado.

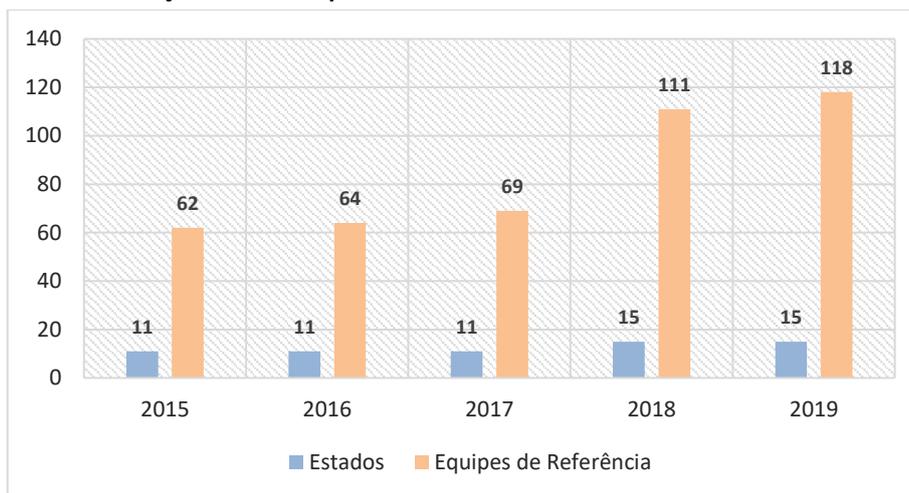
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei - PNAISARI - tem como objetivo garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de privação de liberdade.

As equipes responsáveis pela atenção à saúde desses adolescentes são as equipes de saúde da família do território adstrito de cada unidade socioeducativa. Até novembro de 2019, 118 equipes de saúde da família realizam a atenção em saúde para essa população, em 60 municípios e 15 estados.

Houve expressiva evolução no número de equipes de referência para a atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, especialmente no ano de 2018.

Gráfico 3.60. Número de habilitações de municípios na PNAISARI.



Fonte: Coordenação de Garantia da Equidade (COGE/CGGAP/DESF/SAPS/MS).
Dados preliminares de novembro de 2019.

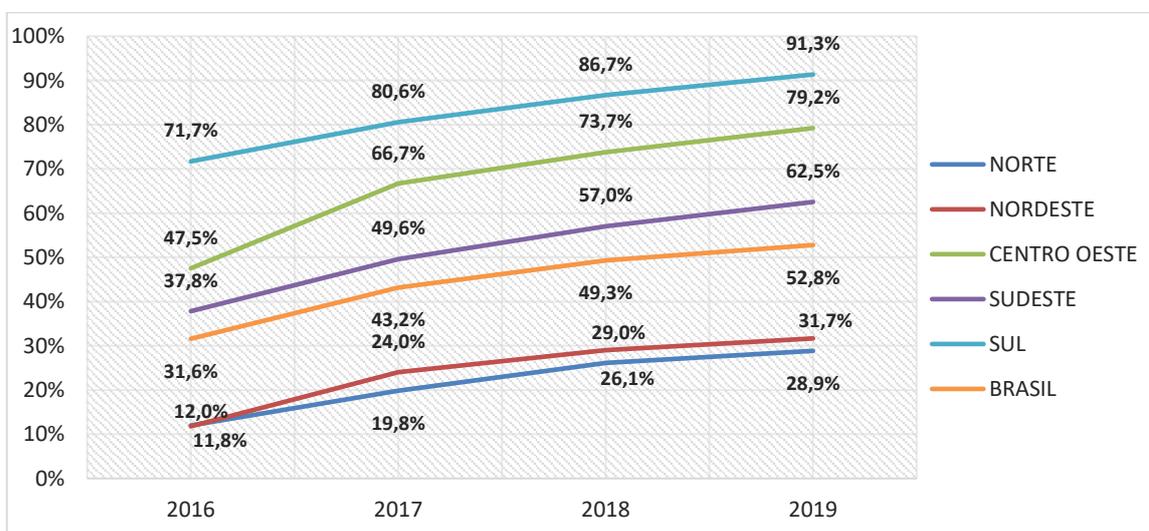
Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)

A estratégia e-SUS AB visa modernizar a plataforma tecnológica para as ações de saúde, gestão do cuidado do indivíduo, otimização da coleta de dados e o aprimoramento das informações em saúde. É composta por dois sistemas de coleta de informação: a coleta de dados simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que objetiva a qualificação, a confiabilidade, a segurança e a integridade das informações em saúde. Além disso, o PEC proporciona melhoria no registro do atendimento, gestão do cuidado, apoio na tomada de decisão clínica e gerenciamento das ações em saúde das UBS.

O emprego de ferramentas de prontuário eletrônico em organizações de saúde está associado à melhoria dos resultados de saúde da população, ao aumento da satisfação dos usuários, à diminuição de erros cometidos por profissionais de saúde e à racionalização na utilização dos recursos. Além disso, o prontuário eletrônico impulsiona algumas das mais importantes responsabilidades desse nível de atenção, que são a de exercer a função de coordenação do cuidado aos usuários e o acompanhamento do mesmo ao longo do tempo.

Entre 2016 e 2019, o número de unidades básicas de saúde com prontuário eletrônico passou de 13.375 para 21.557, perfazendo um crescimento de 61% no período.

Gráfico 3.61. Evolução do uso do Prontuário Eletrônico (PE) nas Unidades Básicas de Saúde por região. Brasil, 2016 a 2019*.



Fonte: DESF/SAPS/MS; * 2019- competência até maio.

O processo de implantação da estratégia e-SUS AB apresentou vários avanços ao longo dos últimos anos. Entretanto, grandes desafios ainda devem ser enfrentados. Um dos principais está relacionado à informatização das unidades de saúde, tendo em vista as dificuldades relacionadas à infraestrutura tecnológica e seu financiamento. Em 2019, das 40.842 UBS em funcionamento, 19.285 ainda não estão informatizadas, o que corresponde a 47,2%.

Infraestrutura na Atenção Primária

O Programa de Requalificação de UBS (Requalifica UBS) realiza obras de construção, ampliação e reforma nas unidades, incluindo a construção das Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), provendo melhores condições de acesso e de oferta de ações e serviços públicos de saúde. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.

Tabela 3.6. Distribuição das obras por componente, no período de 2009 a 2019*.

ESTÁGIO DAS OBRAS VIGENTES									
Em ação preparatória		Em obra		Concluídas		Em readequação		Em funcionamento (construção)	
Total (PAC/NÃO PAC)	PAC	Total (PAC/NÃO PAC)	PAC	Total (PAC/NÃO PAC)	PAC	Total (PAC/NÃO PAC)	PAC	Total (PAC/NÃO PAC)	PAC
462	0	1.513	628	7.607	5.230	11	9	6.223	4.180
494	0	703	218	6.956	6.310	0	0	0	0
758	0	821	0	7.279	0	0	0	0	0
1.714	0	3.037	846	21.842	11.540	11	9	6.223	4.180

Fonte: SISMOB, julho de 2019.

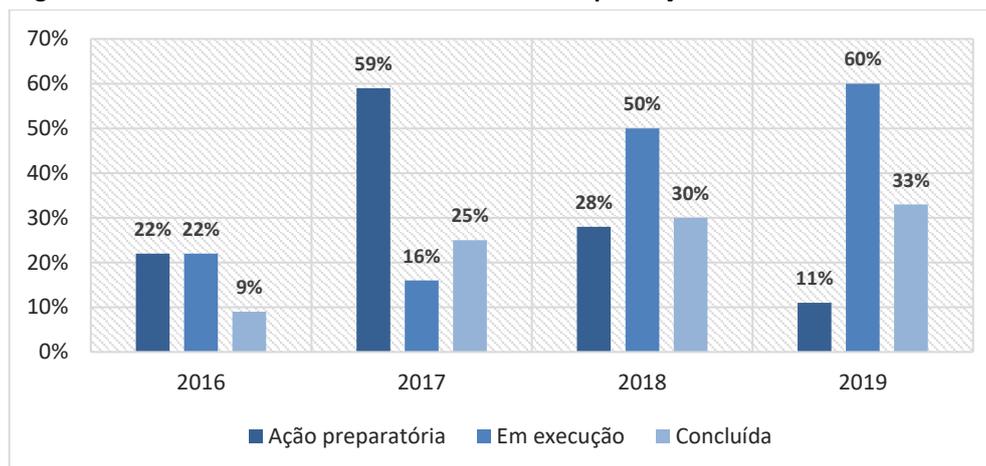
*Propostas do ano de 2019 habilitadas até julho/19.

Em relação à execução das obras vigentes, 6% encontram-se em ação preparatória, 11% em execução e 82% estão concluídas, como mostra a tabela 3.6. Das 21.842 obras concluídas, 35% correspondem à construção de UBS.

Com o objetivo de fortalecer e qualificar a Atenção Básica prestada às populações ribeirinhas, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). Elegíveis somente para os municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense, as UBSF são embarcações que comportam equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF), providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender à população ribeirinha e às comunidades dispersas, cujo acesso se dá por meio fluvial. Essa estratégia busca responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado à população.

No período de 2011 a 2019, foram habilitadas 104 propostas de UBSF, distribuídas em 10 estados da Federação. Considerando a execução das obras vigentes de UBSF, 15 propostas se encontram em ação preparatória, 57 em execução e 33 já foram concluídas, das quais 19 já estão em funcionamento.

Gráfico 3.62. Estágios das Unidades Básicas de Saúde Fluviais em implantação.



Fonte: Planilha interna de acompanhamento de UBSF, julho/2019.

Alimentação e Nutrição

A alimentação é um direito social reconhecido na Constituição Brasileira. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) traz as demandas do setor saúde alinhadas às necessidades de saúde e nutrição da população, mediante a promoção de práticas alimentares e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Entre os fatores de risco relacionados à carga global de doenças no Brasil, a dieta inadequada é o fator que mais contribui para os anos de vida perdidos, sendo superior ao observado em relação ao efeito do uso de álcool, drogas, tabagismo e inatividade física. A desnutrição, as carências nutricionais, a obesidade e as doenças crônicas relacionadas à alimentação são desafios globais complexos e multidimensionais, que, para seu enfrentamento, exigem a implementação de políticas adequadas ao contexto local, que contem com a participação de diversos atores e investimentos financeiros.

O atual quadro epidemiológico nacional revela que a prevalência de desnutrição é inferior a 2,5%, mas ainda é um problema entre povos e comunidades tradicionais, como povos indígenas e quilombolas, devendo permanecer no foco da atenção à saúde. Por outro lado, há um aumento do excesso de peso e da obesidade em todas as idades. De acordo com o Vigitel/2018, o excesso de peso já atingia 55,7% da população adulta do país e a obesidade, 19,8%. O excesso de peso atinge também as crianças: em 2018, um terço delas já enfrenta o problema. Entre os adolescentes, a prevalência de excesso de peso atinge 23,7%, sendo que 7,8% destes estão com obesidade, segundo dados da PENSE/2015 com escolares de 13 a 17 anos. A análise da carga global de doença no Brasil mostra que a alimentação inadequada é considerada a principal causa de perda de anos de vida. Atualmente, os brasileiros estão diminuindo o consumo de arroz e feijão e aumentando o de alimentos ultraprocessados, prática associada ao aumento de excesso de peso e obesidade.

Sobre o impacto da obesidade e DCNT no SUS, estudo realizado no Brasil demonstrou que o custo financeiro da obesidade, em 2011, foi estimado em quase R\$ 1,1 bilhão. Esse valor refere-se ao custo das ações de média e alta complexidade voltadas para o tratamento da obesidade em si em adultos e à proporção dos custos atribuíveis à obesidade no cuidado de 26 doenças associadas. Na Atenção Primária, configura-se como um desafio o manejo do sobrepeso e da obesidade, uma vez que, entre os adultos com diabetes, 75,2% têm excesso de peso e, entre os adultos com hipertensão, 74,4% têm excesso de peso.

Em relação às carências nutricionais, a PNDS mostrou que a prevalência de deficiência de vitamina A foi de 17,4% e de anemia 20,9%.

A vigilância alimentar e nutricional é uma das ações da gestão dos cuidados na APS, especialmente para a organização da atenção nutricional no SUS.

Entre 2015 e 2018, a cobertura relacionada ao estado nutricional passou de 11,1% para 20,7%, sendo que, no ano de 2018, mais de 40 milhões de pessoas tiveram peso e altura aferidos e registrados. No mesmo período, em relação ao consumo alimentar, aumentou de 0,1% para 0,8%, representando cerca de 2 milhões de pessoas com consumo alimentar avaliado.

O desafio na APS é avançar no monitoramento sistemático do peso, altura e consumo alimentar dos usuários para que as intervenções sejam feitas em tempo oportuno, de forma a incidir na redução do ganho de peso e consequentemente apoiar o controle e prevenção da obesidade em todos os ciclos de vida.

Para apoiar a implementação de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), o Ministério da Saúde lançou em 2015 Guia Alimentar para a População Brasileira e em 2019 o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, que baseiam as suas recomendações numa alimentação baseada em alimentos in natura e minimamente processados. Os documentos são a base de recomendações para as ações de alimentação e nutrição, orientam as ações desenvolvidas pelos profissionais e equipes de saúde do SUS e induzem outras políticas setoriais, como a de Alimentação do Escolar e a Política de Saúde do Trabalhador.

Na APS destaca-se também a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que reforça a qualificação dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, e o Programa Crescer Saudável, que estabelece, no âmbito do PSE, um conjunto de medidas para prevenção e controle da obesidade infantil.

A aprovação das Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, que orientam o cuidado do indivíduo na Rede de Atenção à Saúde, é de responsabilidade estadual e, até novembro/2019, 21 Unidades Federadas (77,7%) têm processos em fase de implantação de ao menos uma linha de cuidado regional da obesidade em adultos no SUS. Além dessas ações, estão sendo elaborados Protocolos Clínicos para o cuidado da obesidade em adultos, crianças e adolescentes, bem como o investimento de recursos em formação com vistas a qualificar profissionais de saúde no manejo da obesidade e melhorar a resolutividade da APS na reversão do problema.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A atende crianças de 6 a 59 meses de idade. A cobertura de suplementação em 2019 foi de 46,4%. Atualmente, o Programa está em 3.548 municípios e suplementa cerca de 5,8 milhões de crianças. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) atende crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal até o terceiro mês pós-parto, e faz a suplementação de gestantes com ácido fólico. Desde 2013, a compra dos suplementos de ferro é realizada pelos municípios, Distrito Federal e Estados. A estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (NutriSUS), realizado em creches do PSE, atende crianças de 6-48 meses de idade e encontra-se implementada em 1.040 municípios, 6.319 creches. No ano de 2018 foram suplementadas 310.350 crianças em todo o país.

A reformulação de alimentos é uma das estratégias para reduzir o atual consumo de sódio e açúcar, considerando as categorias de alimentos processados e ultraprocessados que mais contribuem para seu consumo excessivo. Em relação ao sódio, entre 2011 e 2017, foram assinados cinco Termos de Compromisso (TC) entre o Ministério da Saúde e o setor produtivo de alimentos com metas para redução dos teores de sódio e em 2018 foi assinado um TC para o açúcar em diferentes categorias de alimentos. Essas pactuações possuem natureza voluntária, e, portanto, abrangência limitada, somente em relação às empresas vinculadas a associações do setor produtivo de alimentos, que representam em torno de 70% do mercado. Em 2019 foram elaborados os Relatórios de Monitoramento do IV e do V TC, referentes à redução dos teores de sódio em alimentos processados e ultraprocessados. O Relatório de Monitoramento do IV TC mostrou que dos 503

produtos analisados, 76,7% cumpriram as metas pactuadas para o ano 2017. Já o Relatório de Monitoramento do V TC mostrou que dos 172 produtos analisados, 93,0% cumpriram as metas pactuadas para o ano 2018.

Em relação ao cenário alimentar e nutricional brasileiro, o excesso de peso configura-se como o principal problema em nível de saúde pública e requer atenção especial das equipes de saúde e formuladores de políticas em todos os níveis de atenção, com destaque para a Atenção Primária à Saúde e em todos os entes federados. Do ponto de vista da efetividade das ações a serem implementadas, considerando a reversão do quadro, é iminente a necessidade de avançar na promoção de ambientes alimentares saudáveis, que apoiem escolhas mais adequadas, principalmente a regulamentação da publicidade dirigida a crianças; melhoria da rotulagem nutricional; regulamentação da comercialização e publicidade de alimentos nas escolas e sobretaxação de bebidas açucaradas.

Doenças crônicas não transmissíveis e tabagismo

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica, dados do VIGITEL apontam que a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,7%, sendo maior entre mulheres (27,0%) do que entre homens (22,1%) (Tabela 3.7). Observa-se maior prevalência entre os indivíduos de 55 a 64 anos de idade (média de 49%) e maiores de 65 anos (média de 60%). Quanto ao número de internações registrados por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), considerando-se apenas o diagnóstico principal de Hipertensão essencial (CID I.10), observa-se uma redução de 43% entre 2010 e 2018, passando de 98.326 para 56.118 internações no período. Tais resultados demonstram a importância da continuidade e avanço das ações de saúde relacionadas à hipertensão, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e controle adequado dos casos na Atenção Primária à Saúde.

Tabela 3.7. Percentual de adultos que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2010 a 2018, por sexo.

Sexo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Masculino	21,5	21,4	21,3	21,5	22,5	22	23,6	21,7	22,1
Feminino	26,6	26,9	26,9	26,3	26,8	27,3	27,5	26,4	27
Total	24,3	24,3	24,3	24,1	24,8	24,9	25,7	24,3	24,7

Fonte: Vigitel/MS/2018.

Para a Diabetes Mellitus, houve aumento do percentual de adultos que referem ter diabetes entre 2006 (5,7%) a 2018 (7,7%) (Tabela 3.8), com tendência estatisticamente significativa de aumento a partir dos 35 anos de idade. Tal tendência em adultos deverá dificultar a diminuição do percentual de internações para a faixa etária de 30 a 59 anos para os próximos anos, conforme observado entre 2009 (60 internações por 100 mil habitantes) até 2017 (43,5 por 100 mil habitantes). Em 2018 foi calculada a taxa de 44 internações por 100 mil habitantes no Brasil.

Tabela 3.8. Percentual de adultos que referem diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, 2006 a 2018, por sexo.

Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Masculino	4,8	5,3	5,7	5,8	6,1	5,9	6,5	6,5	7,3	6,9	7,8	7,1	7,1
Feminino	6,4	6,1	6,7	6,8	7,4	6,6	8,1	7,2	8,7	7,8	9,9	8,1	8,1
Total	5,7	5,7	6,2	6,3	6,8	6,3	7,4	6,9	8	7,4	8,9	7,6	7,7

Fonte: Vigitel/MS/2018.

O percentual entre os adultos pesquisados que referem o uso do tabaco vem diminuindo, com tendência de queda e variação de 15,6% em 2006 para 9,3% 2018. No Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não

Transmissíveis vigente (2011-2022), o Brasil atingiu o percentual de redução de 37% entre 2013 e 2018 (acima do parâmetro de 30% proposto no *Global Plan*). O indicador de uso do tabaco compõe as metas internacionais adotadas pelo Brasil na Agenda 2030 e na Convenção-Quadro para Redução do Uso do Tabaco.

Na Atenção Primária à Saúde, ainda se observa baixo percentual de consultas registradas no e-SUS AB com condição "tabagismo" avaliadas dentre as consultas de cuidado programado. Isso indica a necessidade de ampliação das ações voltadas à redução do consumo de tabaco, considerando em especial homens jovens e novas formas de consumo de tabaco, tais como cigarros eletrônicos.

Estimativas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) indicam que a cobertura de realização do exame citopatológico em mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos usuárias do SUS tem estado em queda, de 65% (2013) para 45% (2018), não sendo possível diferenciar entre exames realizados para rastreamento e para seguimento. Já no Sistema Nacional de Câncer (SISCAN), considerando-se apenas mulheres da faixa etária preconizada que realizaram exames de rastreamento, chega-se em 2018 ao percentual de realização em 36% da população feminina da faixa etária preconizada usuária do SUS.

Já em relação ao Câncer de mama, estima-se que a razão de exames de mamografia para mulheres usuárias do SUS na faixa etária de 50 a 69 anos foi ampliada de 18% em 2016 para 23% em 2017 e em 2018.

Assim, considerando-se as ações planejadas de qualificação da linha de cuidado para detecção precoce e rastreamento do câncer de colo do útero e do câncer de mama na APS, as estimativas de aumento de casos novos para Câncer de Colo do Útero (16.370 casos) e de mama (59.700 casos) e a expectativa de ampliação do uso do SISCAN (atualmente cerca de 80% dos estados o alimentam), pode-se esperar o aumento do percentual de mulheres contempladas em ações de detecção precoce e rastreamento do Câncer de Colo do útero na APS até atingir em 2030 as estimativas de cobertura propostas pela OMS de 80% e 70%, respectivamente.

Atividade Física e Ações Intersectoriais

A realização de exercícios físicos regularmente e em níveis recomendados contribui para a melhora e manutenção da saúde, tanto para pessoas saudáveis como para aquelas que possuem alguma DCNT. Pessoas que não realizam algum tipo de atividade física regular possuem um risco de mortalidade de 20% a 30% maior do que as pessoas ativas fisicamente. A inatividade física ou a baixa intensidade de atividade é a quarta causa mais importante para o aumento do risco de mortalidade da população mundial, representando 6% das mortes no mundo, sendo superada apenas por hipertensão (13%), consumo de tabaco (9%) e hiperglicemia (6%). No mundo, a prevalência de sedentarismo entre adultos é de 23%; em jovens, o percentual chega aos 81%.

No Brasil, a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico aponta uma prevalência de 44,1% (35,1% entre homens e 51,7% entre mulheres) de sedentários na faixa etária igual ou acima de 18 anos. Consideram-se pessoas sedentárias aquelas que não realizam 150 minutos de atividade física semanais de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade vigorosa. A referida pesquisa mostrou que o percentual de adultos que realizam atividade física no tempo livre, o que equivale a 150 minutos de atividade física moderada por semana, alcançou, em 2018, 45,4% para os homens e 31,8% para as mulheres. No que diz respeito à faixa etária, o número de pessoas que realizam atividade física no tempo livre reduz com o aumento da idade. Já para os anos de escolaridade, quanto mais elevado o tempo de estudo, maior a prática de atividade física no tempo livre.

Tabela 3.9. Percentual de adultos (pessoas com idade igual ou maior que 18 anos) que realizam atividade física no tempo livre, em 2018, por faixa etária e escolaridade. Brasil, 2019.

Faixa etária	2018	Escolaridade	2018
18 a 24	50,6	0 a 8	24,6
25 a 34	45,5	9 a 11	40,4
35 a 44	36	12 e mais	48,1
45 a 54	32,6		
55 a 64	32,4		
65 e mais	24,4		

Fonte: Vigitel/2018.

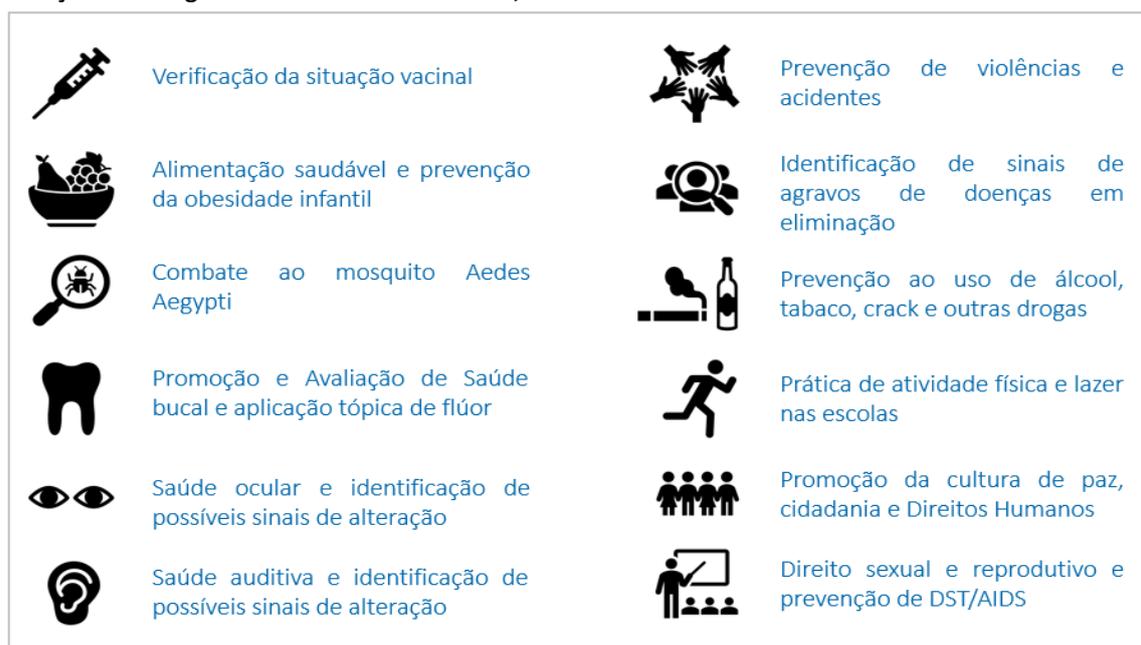
A OMS estima que o sedentarismo eleva os custos assistenciais em saúde em US\$ 54 bilhões anuais, no mundo. Desse total, aproximadamente US\$ 31 bilhões (57%) é subsidiado pelo setor público. Outros US\$ 14 bilhões referem-se à queda de produtividade das pessoas (por exemplo, faltas no trabalho em razão de problemas relacionados ao sedentarismo). No País, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) apontaram que o risco de morte por obesidade em 2017 foi de 1,7/100.000 em homens e 2,2/100.000 em mulheres. Em 2018, os dados do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) referentes às internações decorrentes de condições como obesidade, neoplasias, infarto do miocárdio, infarto cerebral, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, acidentes vasculares cerebrais, representaram um valor de mais de R\$ 1,8 bilhão.

A Atenção Primária à Saúde possui programas voltados para a promoção da saúde, produção do cuidado e prevenção das DCNT, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Programa Academia da Saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi lançado em 2007 com o objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com os educandos de escolas públicas, a partir da articulação e planejamento conjunto das equipes de saúde e de educação básicas no território de saúde.

Em 2019, o Programa Saúde na Escola alcançou a adesão de 5.289 municípios, e participação de mais de 22 milhões de educandos em 91 mil escolas.

Figura 3.2. Ações do Programa Saúde na Escola. Brasil, 2019.



Fonte: CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS, 2019.

O Programa Academia da Saúde, lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde que funciona com a implantação de espaços públicos onde são desenvolvidas atividades voltadas para a promoção de práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais.

Para o desenvolvimento dessas ações, o Programa dispõe da estrutura de polos, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Os polos podem ser de 3 modalidades: básica, intermediária e ampliada.

Em 2011, ocorreu a primeira abertura para cadastro da construção de polos do PAS com recursos próprios do Ministério da Saúde. Em 2018, foram liberados R\$ 100 milhões para construção de 800 novos polos. Atualmente, o Programa possui 4.188 propostas vigentes, sendo 2.690 polos concluídos e 1.498 em construção/adequação. Em 2019, foram custeados 1.583 polos.

Tabela 3.10. Panorama da construção de Polos de Academia da Saúde.

Tipo de Obra	PROPOSTAS VIGENTES	ESTÁGIO DAS OBRAS VIGENTES			
	Total	Em ação preparatória	Em obra	Concluídas	Em readequação
POLO ACADEMIA	4.188	921	574	2.690	3

Fonte: Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/DESF/SAPS/MS), 2019.

Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, no qual o recebimento do auxílio está vinculado ao cumprimento de compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público nas áreas de saúde, educação e assistência social. As condicionalidades de saúde do PBF são: acompanhamento da imunização e da antropometria das crianças menores de sete anos e da assistência ao pré-natal das gestantes. Diversas pesquisas evidenciam melhorias nas condições de saúde das famílias do PBF acompanhadas periodicamente pela saúde, como redução da mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos, especialmente as mortes decorrentes de doenças relacionadas à pobreza como desnutrição (redução de até 65%), diarreia (redução de até 53%) e por todas outras causas (redução de 17,9%).

A cada ano ocorrem dois períodos de acompanhamento, que coincidem com os semestres do ano, sendo nomeados de 1ª e 2ª vigências. A meta no SISACTO de cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde na Atenção Primária é de 73%. Na 2ª vigência de 2018, a cobertura de acompanhamento foi de 75,55%; na 1ª vigência de 2019, foi de 76,09%; e na 2ª vigência de 2019 (dados preliminares) está em 67,16%.

3.5.2. Atenção Especializada

O foco de atuação do SUS está na oferta de ações e serviços de saúde para atender aos desafios sanitários com entrega à população de uma assistência oportuna e qualificada, que assegure o enfrentamento adequado das endemias e epidemias, sempre considerando o contexto de determinação social da saúde, devendo ser esta a base analítica de orientação para proposição de intervenções relacionadas à Atenção Especializada em Saúde (AE).

A organização e desenvolvimento da Atenção Especializada no SUS é apontada como um grande desafio para os gestores, seja pela insuficiência de oferta e a demanda excessiva pelas ações especializadas, ou seja, pela organização de serviços isolados focados na produção de consultas e procedimentos especializados com deficiência de mecanismos que favoreçam a integração da Atenção Especializada com a Atenção Primária em Saúde, ou mesmo pela distribuição desigual da oferta de serviços e de financiamento.

Diante desse contexto, destacam-se alguns desafios a serem observados e considerados na formulação e implementação de políticas relacionadas à organização e ao desenvolvimento da atenção especializada no SUS:

- Organizar o sistema de saúde e a atenção especializada de forma a acompanhar a tendência de crescimento da incidência e prevalência das condições crônicas na população;
- Fortalecer a Atenção Primária à Saúde para melhorar o gerenciamento clínico das condições crônicas e a integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada;
- Aprimorar a Política de Regulação para melhorar a eficiência no uso dos recursos assistenciais e a integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada;
- Ampliar e melhor distribuir a oferta de serviços de Atenção Especializada por meio da construção e habilitação de novos serviços e do aprimoramento da gestão dos recursos assistenciais, reconhecendo as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no país que obriga a elaboração de propostas que induzam o crescimento da oferta adequada de serviços de saúde em todas as regiões do país, com um perfil de oferta mais harmônico a partir do conhecimento das carências absolutas ou relativas de serviços.

Atenção às urgências

A adequada organização do sistema de saúde para o enfrentamento das situações de urgência e emergência é um importante componente da assistência à saúde, com forte impacto na estrutura operacional do SUS e sobre o seu financiamento, bem como representa alta relevância para a sociedade.

Avanços importantes vêm ocorrendo no país com a incorporação deste tema entre as áreas prioritárias na agenda pública. A Rede de Atenção às Urgências (RAU) foi instituída no Sistema Único de Saúde em 2011 e sua organização tem a finalidade de articular e integrar todos os diferentes serviços assistenciais e de apoio diagnóstico e terapêutico, objetivando ampliar e qualificar o acesso ágil e oportuno aos usuários em situação de urgência e emergência. A estrutura operacional da RAU envolve diferentes componentes e serviços que desempenham funções complementares no cuidado integral, perpassando pelas ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde que devem ser desenvolvidas em todos os níveis de atenção. Envolve também serviços assistenciais que incluem a Atenção Básica em saúde, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as Portas Hospitalares de Urgência, os serviços de retaguarda hospitalar e o serviço pré-hospitalar móvel representado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bem como suas Centrais de Regulação.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h prestam atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, além de possibilitar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes de acordo com o quadro clínico apresentado.

Atualmente, há 631 Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h habilitadas.

Gráfico 3.63. UPA 24h em funcionamento.



Fonte: CGURG/DAHU/SAES/MS. Dados de julho de 2019

Além disso, de acordo com os dados do SISMOB, existem 149 UPAS 24h com obras concluídas e sem funcionamento e outras 158 obras em andamento.

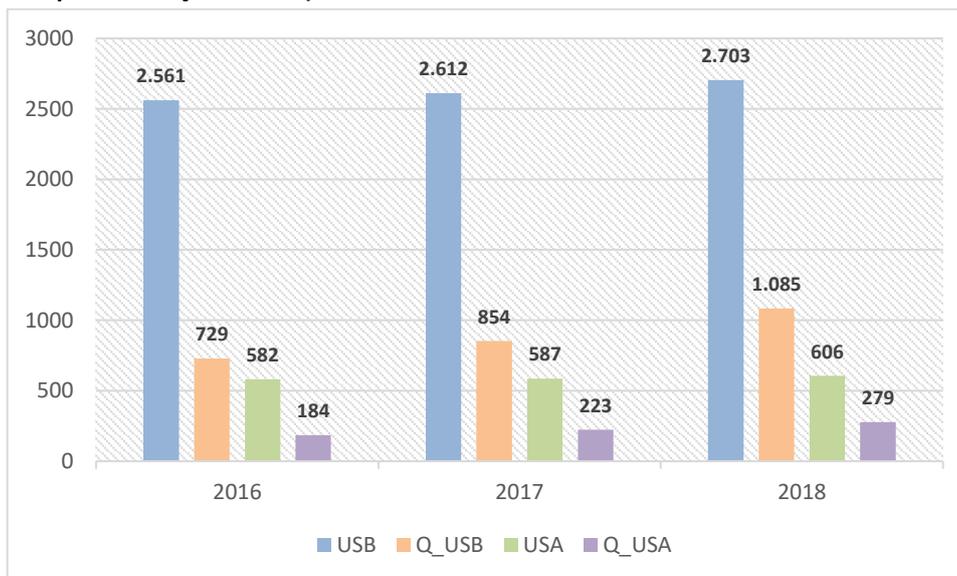
Atualmente, existem unidades com 100% de obra concluída, porém sem entrada efetiva em funcionamento. A partir desta problemática, o Ministério da Saúde atendeu a decisão do Tribunal de Contas da União, que determinou, por meio do Acórdão 2658/2017, que fosse elaborado um plano de ação no prazo de 60 dias com vistas à resolução urgente dos problemas identificados nos autos e relativos à construção daquelas unidades de saúde.

A partir dessa determinação foi constituído um Grupo de Trabalho envolvendo membros do TCU, CNM, MS, CONASEMS, CONASS e MPOG, tendo com resultado final a criação da Comissão de Readequação da Rede Física do SUS - CRRF-SUS, na tentativa de readequar obras do SUS sem finalização ou sem funcionamento nos municípios.

Com a readequação da rede física do SUS, poderemos ter migração de Unidades UPA 24h em obras ou concluídas e sem funcionamento para outros componentes tanto da Atenção às Urgências como para a Atenção Primária do SUS.

O componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 - tem como objetivo chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada. É acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. No período de 2016-2018, houve aumento da cobertura populacional da ordem de 6 pontos percentuais, passando de 77% para 83%.

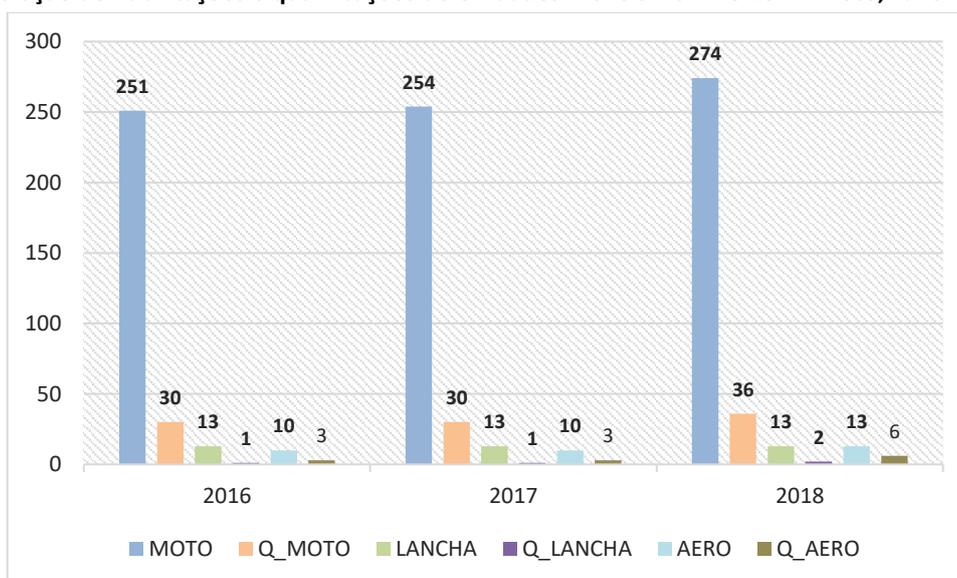
Gráfico 3.64. Evolução de habilitações e qualificações de Unidades Móveis – SAMU 192 - (Unidade de Suporte Básico – USB e Unidade de Suporte Avançado – USA).



Fonte: Coordenação-Geral de Urgência -CGURG/DAHU/SAES/MS

De acordo com as análises apresentadas, verifica-se o aumento de habilitações e qualificações, no período de 2016 a 2018, tanto das Unidades Móveis de Suporte Básico como das Unidades de Suporte Avançado.

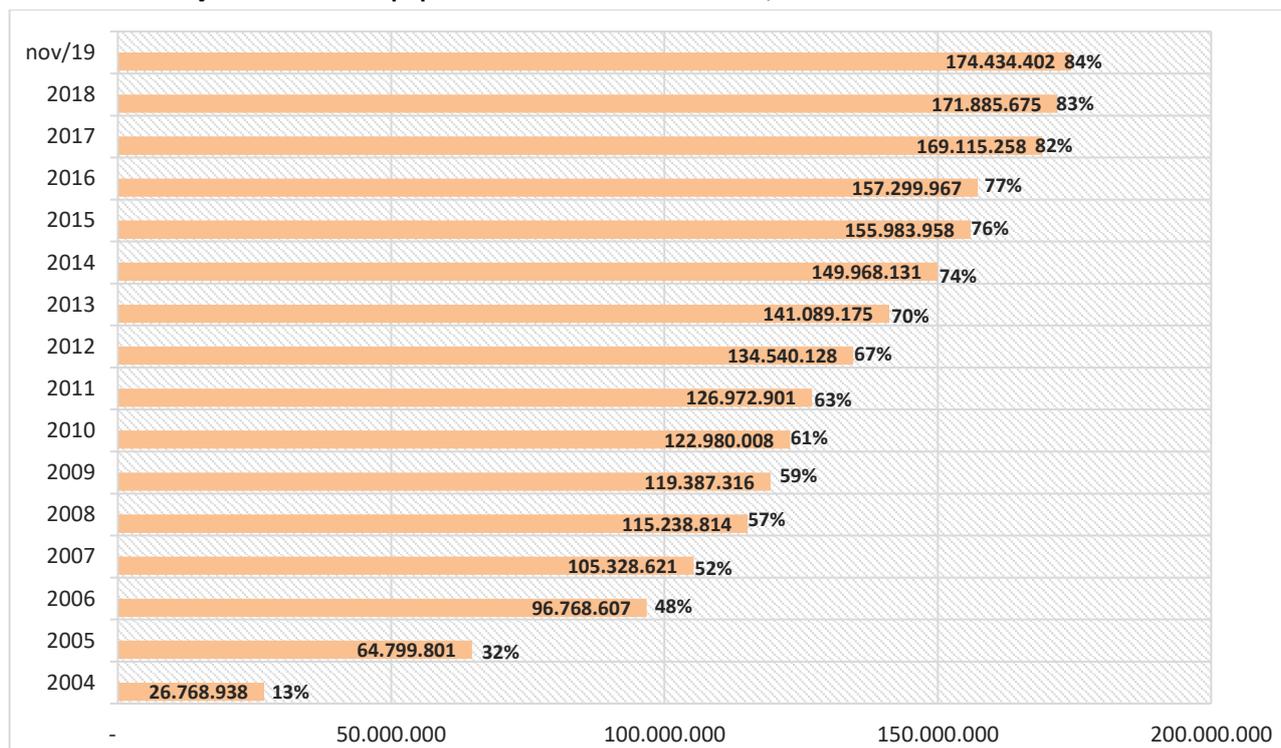
Gráfico 3.65. Evolução de habilitações e qualificações de Unidades Móveis – SAMU 192 – Moto, Lancha e Aeromédico.



Fonte: Coordenação-Geral de Urgência -CGURG/DAHU/SAES/MS.

Verificou-se também o aumento de habilitações com relação ao equipamento móvel Moto, o que proporciona o acesso rápido em situações de dificuldade de tráfego nos grandes centros urbanos, bem como em territórios de difícil acesso. Observa-se, ainda, o aumento de habilitações e qualificações, das unidades móveis fluvial (ambulancha) e aérea (aeromédico), o que representa aumento da cobertura do atendimento do Serviço Móvel de Urgência – SAMU 192 em áreas com peculiaridades diferenciadas. Finalmente, nota-se um aumento das Centrais de Regulação das Urgências, alcançando 118 centrais habilitadas em 2018.

Gráfico 3.66. Evolução da cobertura populacional do SAMU 192. Brasil, 2004 a 2019.



Fonte: Coordenação-Geral de Urgência -CGURG/DAHU/SAES/MS.

Atenção hospitalar

A atenção hospitalar tem aumentado os quantitativos de internações no decorrer dos anos, conforme tabelas de internações de leitos gerais e leitos complementares.

Tabela 3.11. Total de internações no SUS, por especialidade/leitos gerais, 2015 a 2018.

LEITOS GERAIS	2015		2016		2017		2018	
	AIH	VALOR AIH (R\$)						
01-Cirúrgico	3.574.335	6.754.159.670,77	3.589.961	6.860.799.567,98	3.651.347	7.165.669.725,09	3.837.082	7.469.409.097,31
02-Obstétricos	2.196.867	1.321.518.092,26	2.126.702	1.296.094.434,99	2.195.244	1.354.767.775,71	2.250.756	1.387.075.514,30
03-Clínico	4.067.442	3.630.662.922,60	4.015.282	3.761.123.689,28	4.027.684	3.857.765.413,34	4.096.035	4.018.324.777,53
04-Crônicos	88.660	179.476.651,59	86.955	177.161.216,04	84.094	170.823.642,16	81.123	164.127.738,67
05-Psiquiatria	356.057	352.122.819,53	315.700	309.395.492,60	292.356	278.932.032,66	272.824	294.935.237,43
06-Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	10.865	18.430.482,46	10.639	18.354.833,22	10.423	18.250.626,88	10.275	18.476.744,96
07-Pediátricos	1.197.237	1.457.791.455,62	1.209.583	1.494.793.151,92	1.221.241	1.578.372.641,66	1.234.215	1.640.374.767,60
08-Reabilitação	20.032	9.087.400,38	16.640	9.384.670,21	15.758	9.476.521,83	14.844	9.183.402,52
09-Leito Dia / Cirúrgicos	89.286	48.014.541,65	118.700	57.110.612,58	135.295	67.698.077,35	151.882	85.567.800,37
10-Leito Dia / Aids	7.163	1.217.696,62	7.011	1.233.000,46	7.680	1.258.408,73	7.666	1.241.436,63
11-Leito Dia / Fibrose Cística	6	5.636,26	2	1.932,91	0	-	1	629,16
12-Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	5.648	5.585.660,42	6.643	6.996.968,96	6.637	6.809.551,48	7.619	8.771.117,84
13-Leito Dia / Geriatria	345	24.585,84	256	19.151,96	508	25.737,32	630	30.390,17
14-Leito Dia / Saúde Mental	14.292	9.885.225,85	12.156	8.634.754,84	12.863	8.728.004,11	12.584	8.508.182,76
Total	11.628.235	13.787.982.841,85	11.516.230	14.001.103.477,95	11.661.130	14.518.578.158,32	11.977.536	15.106.026.837,25

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS.

Núcleo Técnico de Informação-NTI. Extração- 19/12/2019. Fonte: DATASUS/SUS.

Tabela 3.12. Total de internações no SUS, por especialidade/leitos complementares, 2015 a 2018.

LEITOS UTI E UCI	2015		2016		2017		2018	
	AIH	VALOR AIH (R\$)						
UTI adulto - tipo I	15.763	13.306.626,02	15.207	12.716.057,38	13.828	11.940.131,94	12.685	10.968.546,84
UTI adulto - tipo II	432.292	1.445.191.771,17	446.591	1.502.393.052,84	466.730	1.545.745.899,51	488.646	1.591.590.820,79
UTI adulto - tipo III	96.845	337.630.947,61	95.643	329.626.030,50	100.311	337.092.735,80	101.571	341.127.521,97
UTI infantil - tipo I	1.014	1.515.627,70	944	1.819.836,04	1.126	1.714.349,06	1.098	1.613.025,38
UTI infantil - tipo II	38.230	194.655.093,93	40.029	199.514.458,15	41.817	204.731.623,42	44.331	213.050.527,63
UTI infantil - tipo III	15.585	79.462.403,39	16.010	78.631.021,52	16.202	78.521.563,44	16.821	78.531.760,83
UTI neonatal - tipo II	76.872	473.208.218,82	78.180	483.560.495,73	85.331	512.891.997,03	88.239	526.850.865,34
UTI neonatal - tipo III	13.049	97.070.027,01	14.092	101.313.040,11	13.890	98.001.630,39	14.859	103.506.499,10
UTI de queimados	1.702	6.435.377,84	1.726	6.554.115,91	1.837	6.747.899,01	1.935	6.758.371,16
UTI coronariana tipo II - UCO tipo II	9.731	38.041.704,94	11.111	42.819.027,29	13.426	49.714.445,28	14.189	52.677.459,88
UTI coronariana tipo III - UCO tipo III	13	33.600,94	642	3.365.296,73	702	4.536.931,22	916	6.110.976,95
UTI Doador	2.719	1.382.964,97	2.947	1.498.932,61	3.383	1.720.695,29	3.713	1.888.543,19
Utilizou mais de um tipo de UTI	1.523	17.951.821,13	1.786	16.341.830,64	2.274	20.583.297,46	2.729	25.869.871,69
Total	705.338	2.705.886.185,47	724.908	2.780.153.195,45	760.857	2.873.943.198,85	791.732	2.960.544.790,75

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS.
Núcleo Técnico de Informação-NTI. Extração- 19/12/2019. Fonte: DATASUS/SUS.

O quantitativo de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) realizadas no SUS, nos leitos complementares, apresentou uma variação positiva no período de 2015 a 2018. Em 2018, foram aprovados aproximadamente R\$3 bilhões em valores de AIH.

Transplantes

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é responsável pela coordenação de todo o processo de captação e distribuição dos órgãos doados, e é hoje o maior sistema público de transplantes do mundo. Em 2018, o Brasil bateu um novo recorde no número de doadores efetivos, tanto em números absolutos (3.529 doadores), quanto por milhão da população (17,0 PMP). O avanço também foi observado no percentual de efetivação do potencial doador, passando de 32,2% em 2017 para 32,7% em 2018.

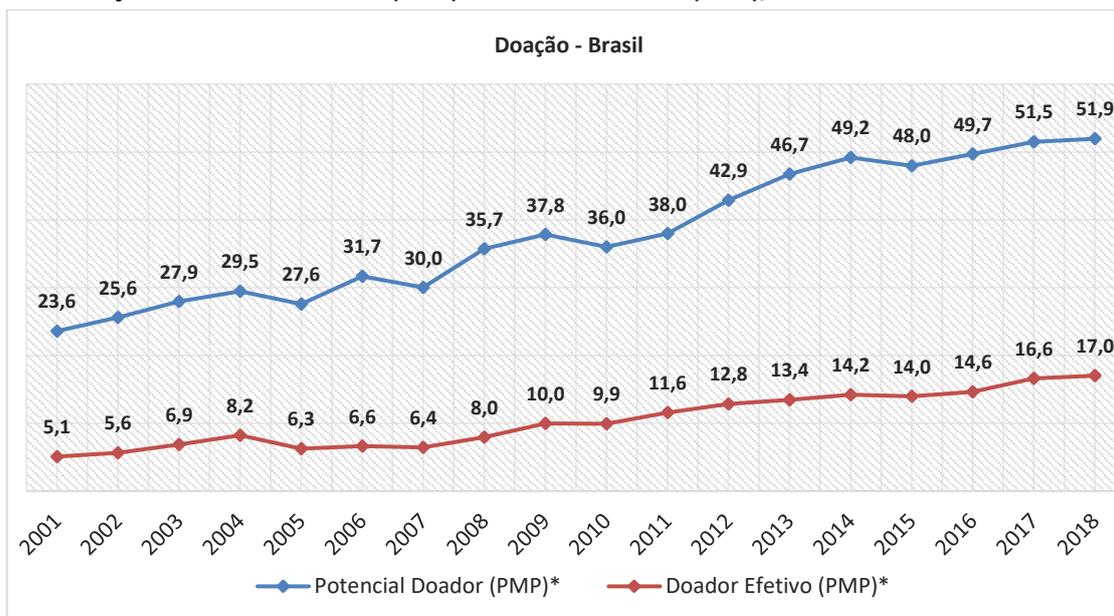
Tabela 3.13. Evolução do Quantitativo e PMP de Potencial Doador e de Doador Efetivo, 2016-2018.

Brasil	2016	2017	2018
Potencial Doador	10.158	10.614	10.782
Doador Efetivo	2.987	3.420	3.529
Percentual de Efetivação	29,4%	32,2%	32,7%
Doador Efetivo (PMP)*	14,6	16,6	17,0
Potencial Doador (PMP)	49,7	51,5	51,9

Fonte: Centrais Estaduais de Transplantes (CET)

*PMP: Partes por Milhão da População.

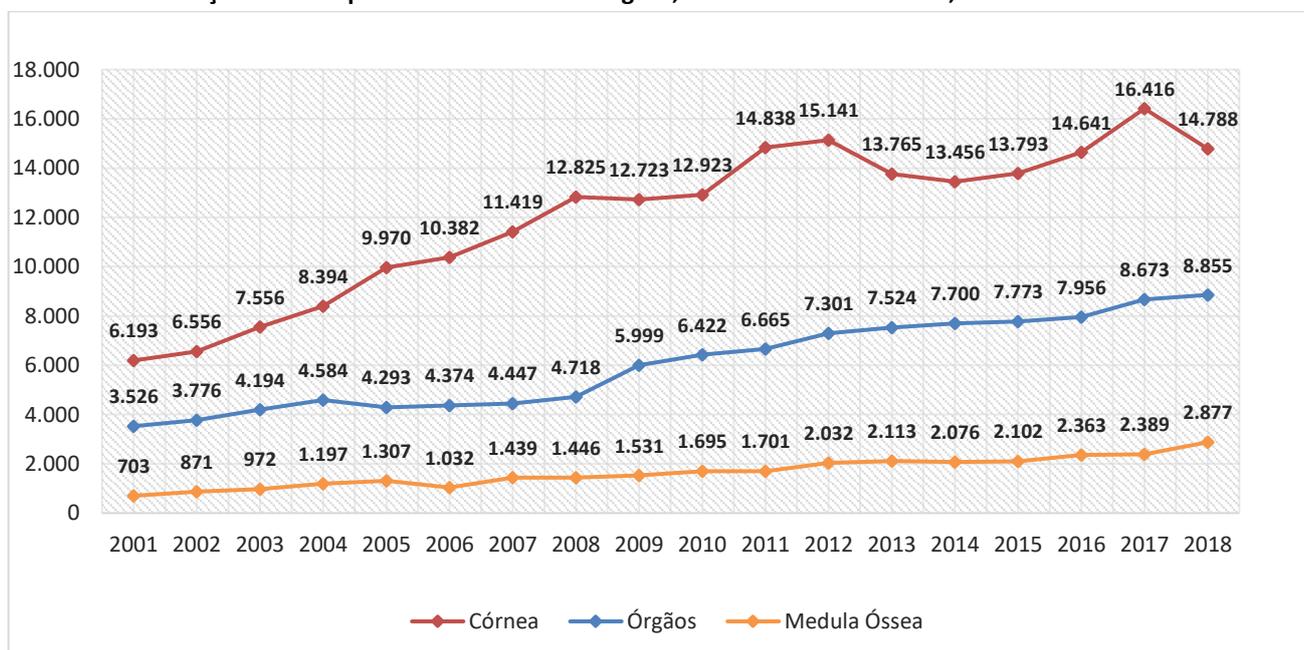
Gráfico 3.67. Evolução de Potencial Doador (PMP) e de Doador Efetivo (PMP), 2001-2018.



Fonte: Centrais Estaduais de Transplantes (CET).
PMP: Partes por Milhão da População.

Também houve crescimento nos transplantes de órgãos realizados e medula óssea. Já os transplantes de tecidos oculares apresentaram crescimento de 2016 para 2017 e decréscimo de 2017 para 2018, acompanhando a tendência de diminuição da lista de espera.

Gráfico 3.68. Evolução de Transplantes Realizados de Órgãos, Córnea e Medula Óssea, 2001-2018.



Fonte: Centrais Estaduais de Transplantes (CET) | SIG-SNT.

Órgãos: coração, fígado (vivo e falecido), pulmão (vivo e falecido), pâncreas, pâncreas-rim, intestino e multivisceral. Medula Óssea: modalidades autólogo, alogênicos aparentado e alogênico não aparentado.

Atualmente, há cerca de 600 centros transplantadores autorizados no país. Embora o Brasil tenha uma grande quantidade de centros transplantadores, a capacidade para a realização de transplantes segue preponderantemente instalada no Sul e no Sudeste, o que cria vazios assistenciais que promovem o aumento das desigualdades regionais no que se refere à assistência em saúde. Com o objetivo de avançar na realização

de transplantes no país, pretende-se implantar e ampliar a atividade de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos nos estados e no Distrito Federal em consonância com os Planos Estaduais de Doação e Transplantes, disponibilizar equipamentos e infraestrutura com vistas a viabilizar a notificação de casos diagnosticados de morte encefálica, além da criação, adequação e ampliação da rede de centros de referência em transplantes e implantação de leitos para transplantes de medula óssea, em especial os alogênicos.

Considerando que mais de 90% dos procedimentos de todo o País são financiados pelo SUS, reafirma-se a importância da organização e ampliação da oferta de serviços públicos que realizam transplantes.

Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados

O Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASAN) reúne o conjunto de serviços de hemoterapia e produtores nacionais de hemoderivados e insumos hemoterápicos. O SINASAN tem por objetivo desenvolver e executar a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, que é dirigida nacionalmente pelo Ministério da Saúde e visa garantir a autossuficiência de sangue e derivados no país.

Em 2017, segundo dados da ANVISA, havia 2.156 Serviços de Hemoterapia no Brasil.

Tabela 3.14. Distribuição dos serviços de hemoterapia em relação ao tipo de serviço, Brasil, 2017.

Tipo de Serviço	Nº	%
AT – Agência Transfusional	1.644	76,25
NH – Núcleo de Hemoterapia	248	11,50
UCT – Unidade de Coleta e Transfusão	132	6,12
HR – Hemocentro Regional	69	3,20
UC – Unidade de Coleta	30	1,39
HC – Hemocentro Coordenador	26	1,21
CTLD – Central de Triagem Laboratorial de Doadores	7	0,33
TOTAL	2.156	100

Fonte: ANVISA. Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgão: HEMOCAD

O MS disponibiliza informações sobre a produção hemoterápica nacional com base, principalmente, no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O quantitativo de coletas e transfusões tem se mantido relativamente estável nos últimos anos.

Tabela 3.15. Número de coletas de bolsas de sangue e transfusões no SUS, 2010 a 2018.

Ano	Coletas SUS	Transfusões SUS
2010	3.375.060	2.991.835
2011	3.428.560	2.753.097
2012	3.387.766	2.770.038
2013	3.367.004	2.784.583
2014	3.409.208	2.804.999
2015	3.436.375	2.820.750
2016	3.375.472	2.840.988
2017	3.356.734	2.892.971
2018	3.290.867	2.913.160

Fonte: Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados/DAET/SAES/MS, 2019.

Além dos dados hemoterápicos, são coletadas também informações sobre os pacientes hematológicos, principalmente com foco nos planejamentos de compra e distribuição de medicamentos, além do

monitoramento da política de atenção aos pacientes. A seguir é apresentado o número de pacientes em acompanhamento para as coagulopatias e hemoglobinopatias (doença falciforme e talassemias).

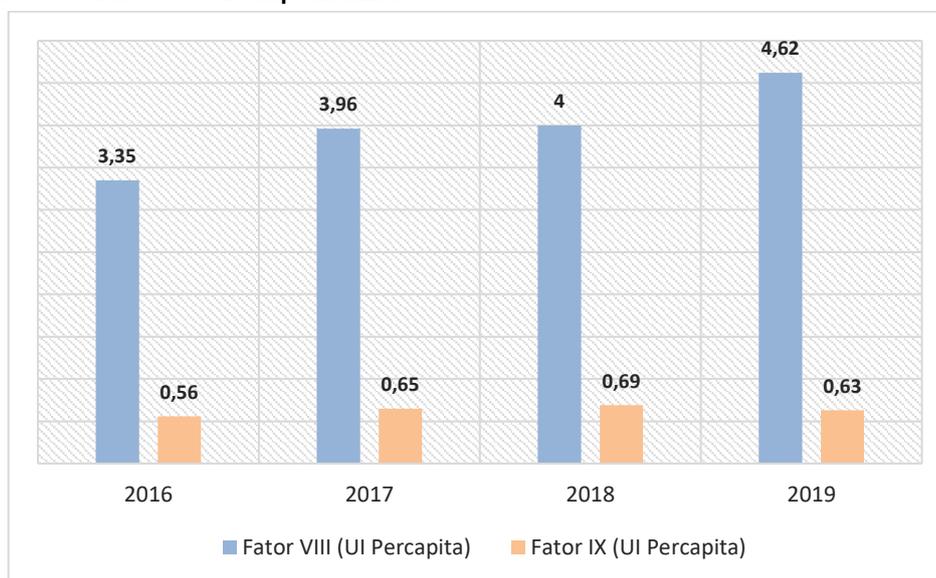
Tabela 3.16. Número de pacientes informados em acompanhamento para as coagulopatias e hemoglobinopatias. Brasil, 2019.

Doença	Nº de pacientes
Coagulopatias	26.719
Doença Falciforme	25.449
Talassemia	593

Fonte: Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados/DAET/SAES/MS.

Abaixo, segue a quantidade em UI per capita da disponibilização de Fator de Coagulação para atendimento aos pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias, considerando a distribuição dos fatores plasmático, recombinante e Fator IX.

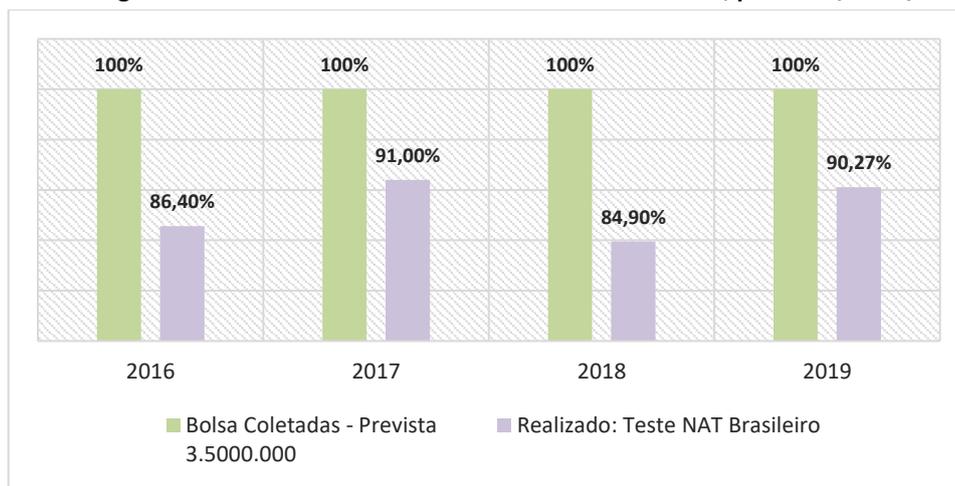
Gráfico 3.69. UI de Fator VIII e Fator IX disponibilizado.



Fonte: Sistema Hemovida Web Coagulopatias, Ministério da Saúde.
Análise realizada em 10/12/2019.

A seguir tem-se a evolução das Bolsas de sangue coletadas no SUS e testadas com o teste NAT brasileiro. Destaca-se que a testagem NAT é realizada em 100% das bolsas de sangue no país. Porém não é obrigatória a utilização do NAT brasileiro. O gestor local pode optar por outro fornecedor de Kit NAT.

Gráfico 3.70. Bolsas de sangue coletadas no SUS testadas com teste Nat brasileiro, para HIV / HCV / HBV disponibilizado.



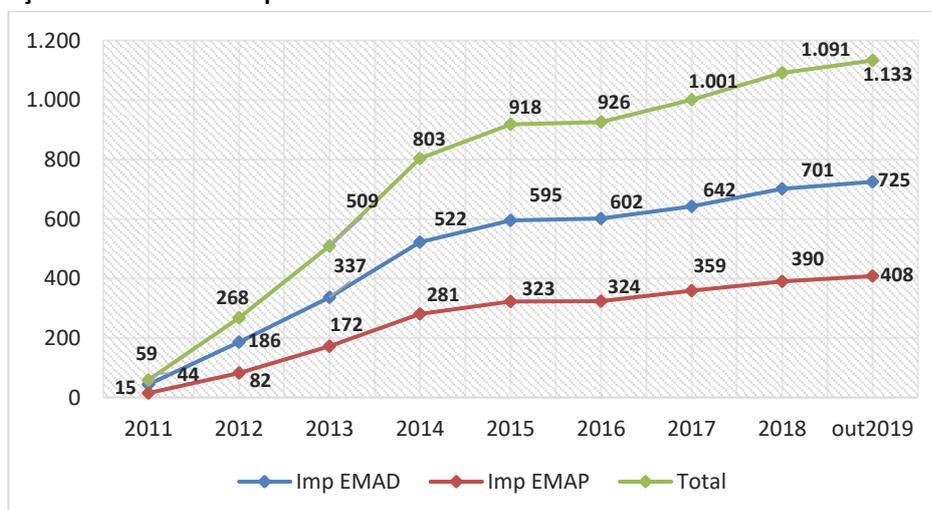
Fonte: Sistema GSM/NAT, Ministério da Saúde (dezembro/2019).

Apesar das conquistas apresentadas, há problemas que precisam ser superados. Em certas regiões do país há dificuldades de acesso aos serviços; persistem fragilidades na articulação da atenção integral às pessoas com doenças hematológicas; alguns serviços ainda têm problemas em relação às boas práticas de produção; as indicações de uso de hemocomponentes e hemoderivados nem sempre são adequadas; existem perdas indevidas de hemocomponentes; e, ainda, não foi alcançada a autossuficiência na produção nacional de hemoderivados.

Atenção Domiciliar

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi instituído no SUS por meio do Programa Melhor em Casa, tendo como objetivos a redução da demanda por atendimento hospitalar, a redução do período de permanência de usuários internados (desospitalização), a humanização da atenção à saúde com a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde. Atualmente, o Programa conta com Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Até outubro de 2019 existiam 1.133 equipes de Atenção Domiciliar implantadas, das quais 42 entraram em funcionamento no ano, atingindo uma cobertura populacional potencial de 28% dos brasileiros.

Gráfico 3.71. Evolução EMAD e EMAP implantadas – 2011 a 2019.



Fonte: CGAHD/DAHDU/SAES/MS.

Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

O câncer é uma doença de magnitude mundial e uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que os novos casos de câncer irão aumentar em 70% nas duas próximas décadas. No Brasil, é a segunda causa principal de mortalidade. Portanto, o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão do Ministério da Saúde, responsabiliza-se em apoiar gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e a sociedade em geral com informações sobre a ocorrência e a distribuição de câncer no Brasil, buscando o enfrentamento dos desafios atuais visando o desenvolvimento de ações eficazes para a saúde pública do Brasil. (Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.) <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.

Para 2019, são esperados 600 mil casos novos de câncer, dos quais cerca de 170 mil referem-se ao câncer de pele não melanoma. Essa estimativa reflete o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, e ainda apresenta altas taxas para os cânceres de colo do útero, estômago e esôfago.

Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres são os mais frequentes. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais incidentes em homens são próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) figuram entre os principais.

As taxas de incidência ajustadas por idade tanto para homens (217,27/100 mil) quanto para mulheres (191,78/100 mil) são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento. Mas cabe destacar que existem diferenças regionais na distribuição da incidência que precisam ser consideradas na construção das estratégias de implementação da política.

A distribuição da incidência por região geográfica mostra que as Regiões Sul e Sudeste concentram 70% da ocorrência de casos novos. Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e de mama feminina, bem como os cânceres de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil os cânceres do colo do útero e de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais, a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres (INCA, 2019).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer objetiva reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por essa doença, e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer como, por exemplo, o câncer do colo do útero. Visa também a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Destaca-se na implementação da política a priorização e adoção de estratégias voltadas à organização do rastreamento do câncer de mama e do câncer do colo do útero. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado.

Em relação ao câncer do colo do útero, segundo a OMS, com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população.

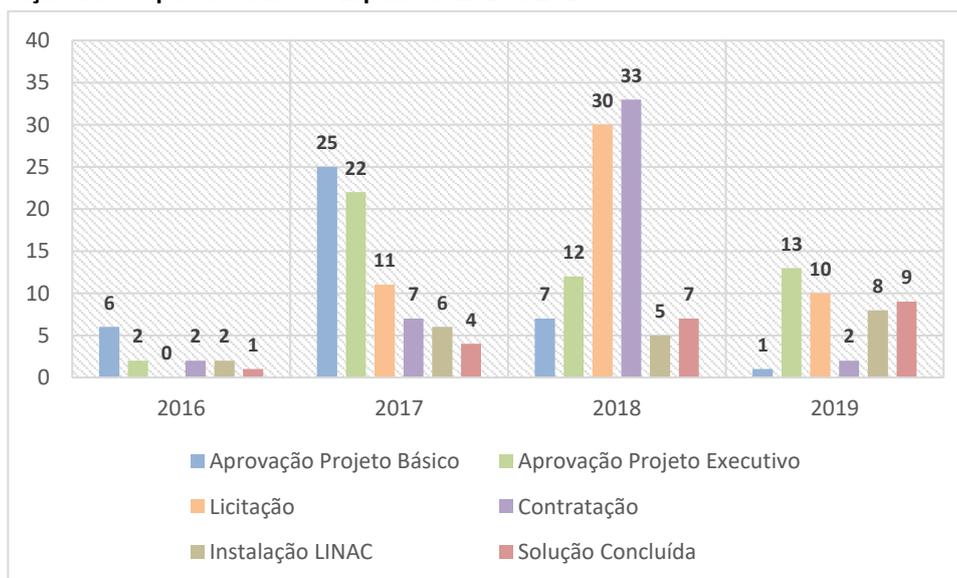
No que se refere à oferta e distribuição de serviços para tratamento de câncer, tem-se 317 serviços habilitados e 299 equipamentos de radioterapia em funcionamento. Mas ainda é um desafio para o desenvolvimento da política a insuficiência de hospitais habilitados, a concentração de serviços e profissionais em algumas regiões e a desorganização da rede assistencial, que geram dificuldade de acesso da população às ações e serviços de saúde e longas esperas para a realização de procedimentos diagnósticos e tratamento.

O Plano de Expansão da Radioterapia (PER-SUS) tem como objetivo a implementação de 80 soluções de radioterapia e instalação de 20 aceleradores lineares - destinados a hospitais habilitados em oncologia com bunkers já construídos e vazios ou com equipamentos obsoletos -, abrangendo 77 municípios em 25 estados e no Distrito Federal. Atualmente, o PER-SUS conta com 29 projetos de serviços que terão sua radioterapia ampliada e 51 projetos em que serão construídos novos serviços.

Gráfico 3.72. Situação dos projetos do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS em novembro de 2019.



Gráfico 3.73. Evolução das etapas do Plano de Expansão. 2016 a 2019*.



OBS: 2019 (previsão)

A partir de 2016, houve um aumento significativo na execução das etapas do PER-SUS, em especial o número de aprovações de projetos, licitações e contratações realizadas. Mesmo com o aumento na execução

das etapas, foram identificados alguns gargalos no último quadriênio, como a incapacidade técnica das empresas contratadas para a execução da obra, atraso na importação dos equipamentos e demora dos hospitais na solicitação das licenças junto às VISAs e à CNEN.

3.6. Saúde nos Ciclos da Vida

O cuidado centrado nos diferentes momentos de vida e ao longo do desenvolvimento reflete visão que adapta políticas, ações e serviços às singularidades de cada fase de vida. A compreensão de que as necessidades, demandas, morbidades e a forma de utilização dos serviços de saúde sofrem mudanças importantes nas diferentes etapas da vida traz ao contexto da Rede de Atenção à Saúde uma maior proximidade com as pessoas, com estratégias de abordagem específicas.

Além disso, pela coordenação do cuidado a partir da Atenção Primária à Saúde, de forma integral e longitudinal na RAS, manifestado pela disponibilidade de ponto de primeiro contato, de base familiar, comunitária e com competência cultural, a inserção dos ciclos de vida como perspectiva de políticas públicas se propõe à discussão ampliada dos itinerários dos cidadãos para um viver qualificado.

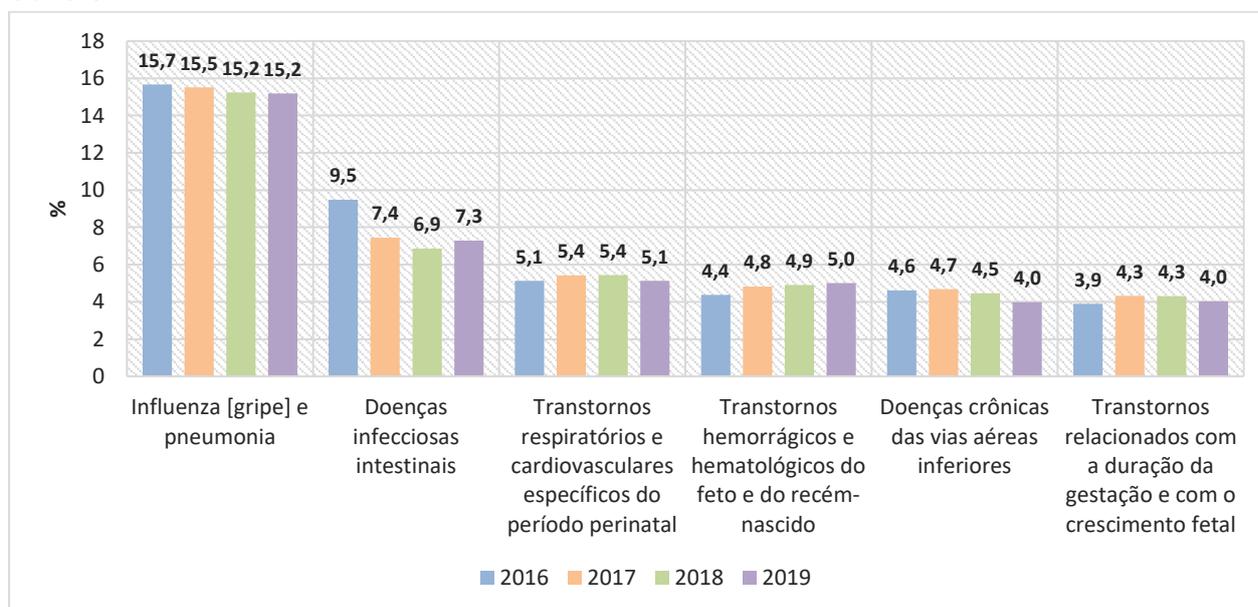
3.6.1. Saúde da Criança

O Brasil tem uma população de 28,9 milhões de crianças em 2019, segundo projeção do IBGE, representando 13,7% da população total.

De 2016 a maio de 2019, foram registradas 4.933.284 internações pediátricas, com predomínio de causas infecciosas. Dessas, os seis principais grupos de causas foram: I) influenza e pneumonia, II) doenças infecciosas intestinais, III) transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, IV) transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido, V) doenças crônicas das vias aéreas inferiores e VI) transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal.

Entre as crianças, a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária foi de 30,5% em 2016 e 29,4% em 2019, o que sugere que quase um terço das internações poderia ser evitada por meio de cuidados básicos de saúde. Essa proporção manteve-se estável no período analisado.

Gráfico 3.74. Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 0 a 9 anos. Brasil, 2016 a 2019*.



Fonte: SIH (2019). *Em 2019 são considerados dados até o mês de maio.

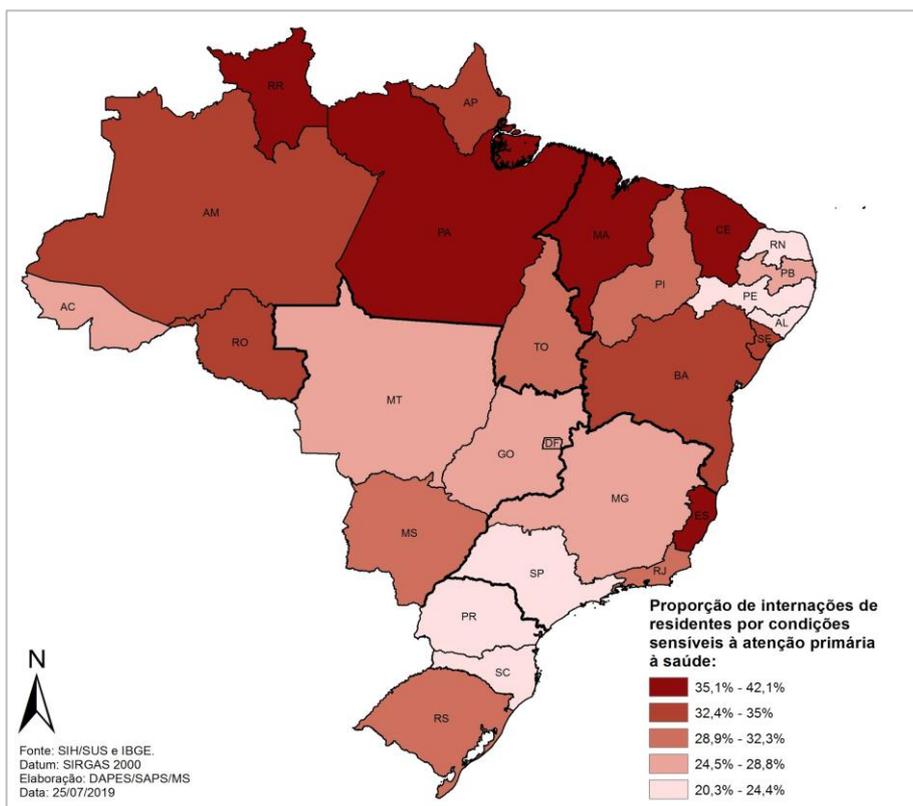
Gráfico 3.75. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações pediátricas, para crianças (0 a 9 anos). Brasil, 2016 a 2019*.



Fonte: SIH (2019). Dado parcial. Mês de referência: novembro de 2019.

Esse indicador não é uniforme entre as diferentes localidades, apontando que algumas áreas demandam maior atenção dos setores responsáveis pela implantação das políticas, particularmente nas regiões Norte e Nordeste.

Mapa 3.2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, para crianças (0 a 9 anos), 2018.



Fonte: SIH (2019).

A organização da assistência perinatal no Brasil segue o conceito de diversos níveis de complexidade dos leitos da Unidade Neonatal, cuja estrutura assistencial especializada inclui instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, orientados para prestar o cuidado integral e integrado ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Ela é dividida em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado

Intermediário Neonatal (UCIN), que por sua vez é tipificada em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Atualmente, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal são constituídas por ambientes terapêuticos de alta complexidade assistencial.

Tabela 3.17. Estrutura de Rede de Atenção à Saúde da Criança, no período entre 2016 a 2019.

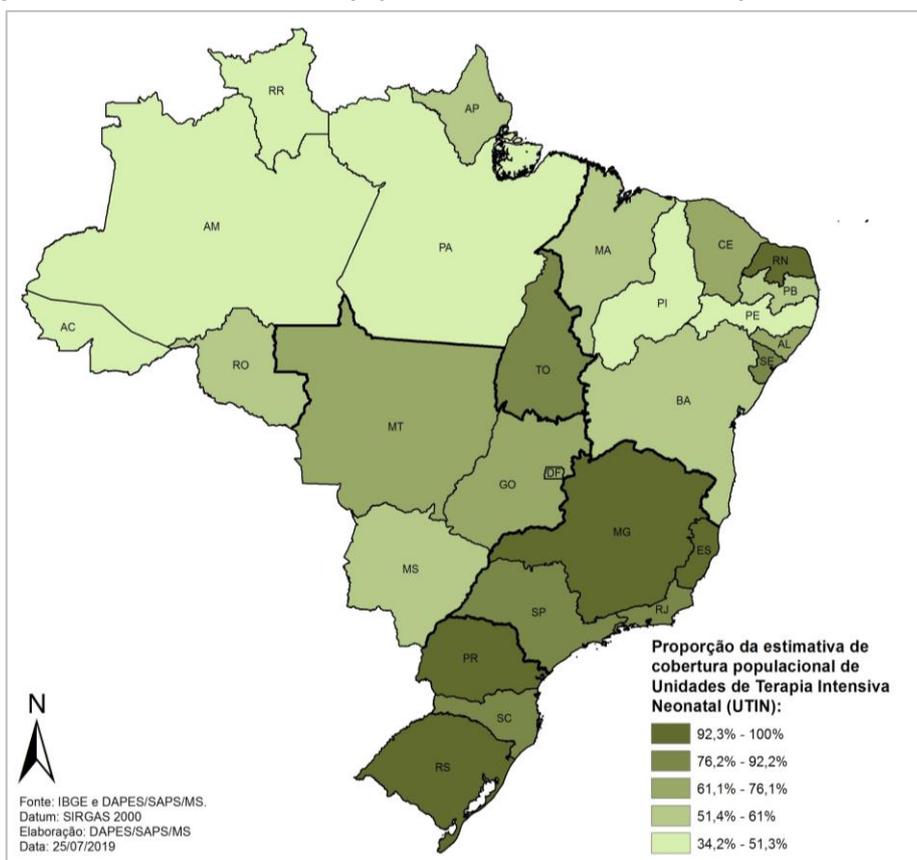
Serviços / Estabelecimentos / Leitos	2016	2017	2018	2019	Varição (2016-2019)
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	269	298	305	309(*)	+14,9%
Banco de Leite Humano (BLH)	218	220	221	225(*)	+3,2%
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	1.389	1.537	1.628	1.655(*)	+19,2%
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	2.158	2.582	2.812	2.826(*)	+31,0%
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	633	749	854	860(*)	+35,9%

Fonte: CNES (2019), SISAB (2019), SIA-SUS (2019) e portarias de habilitação publicadas.

*Considerando-se dados até o mês de junho.

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (Mapa 3.3) estão especialmente concentradas nas Regiões Sul e Sudeste. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda possuem escassez de oferta dessa tipologia de leito.

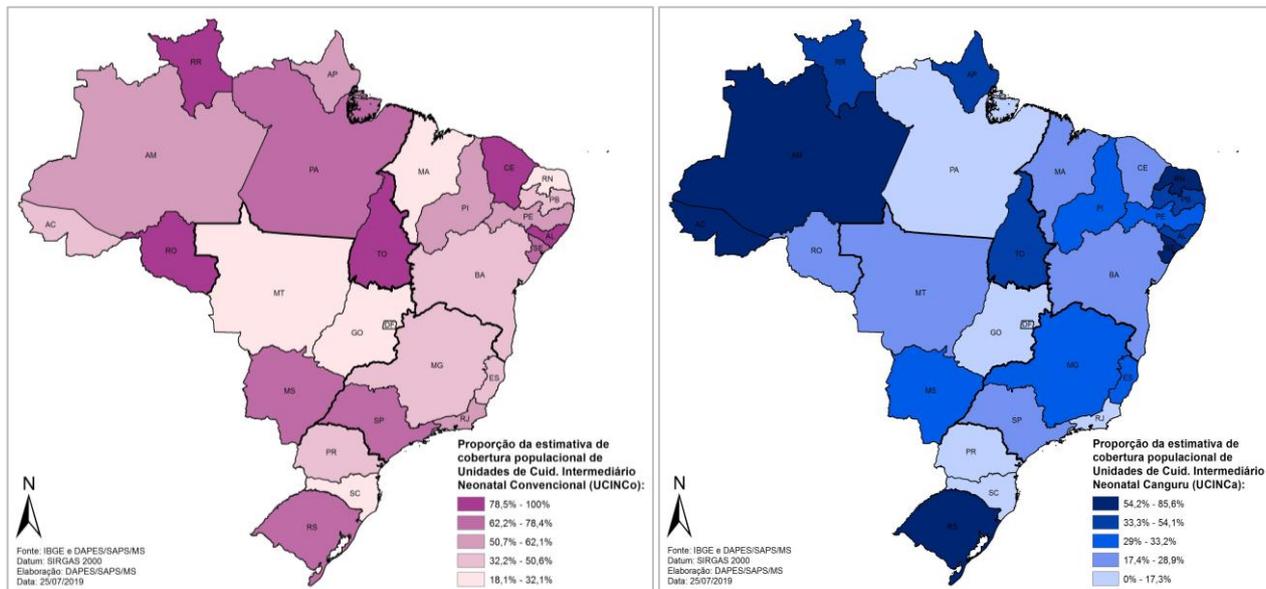
Mapa 3.3. Proporção da estimativa de cobertura populacional das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, por UF.



Fonte: CNES (2019). Dados de junho de 2019.

Abaixo, podemos analisar a distribuição geográfica da cobertura de leitos de cuidados intermediários neonatais (divididos em duas tipologias, UCINCo - Mapa 3.4 - e UCINCa - Mapa 3.5). Diferente do que ocorre com os leitos de UTIN, esses leitos estão prioritariamente concentrados nas Regiões Norte e Nordeste.

Mapas 3.4 e 3.5. Proporção da cobertura populacional das Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), por UF.



Fonte: CNES (2019). Dados de junho de 2019.

3.6.2. Saúde do Adolescente

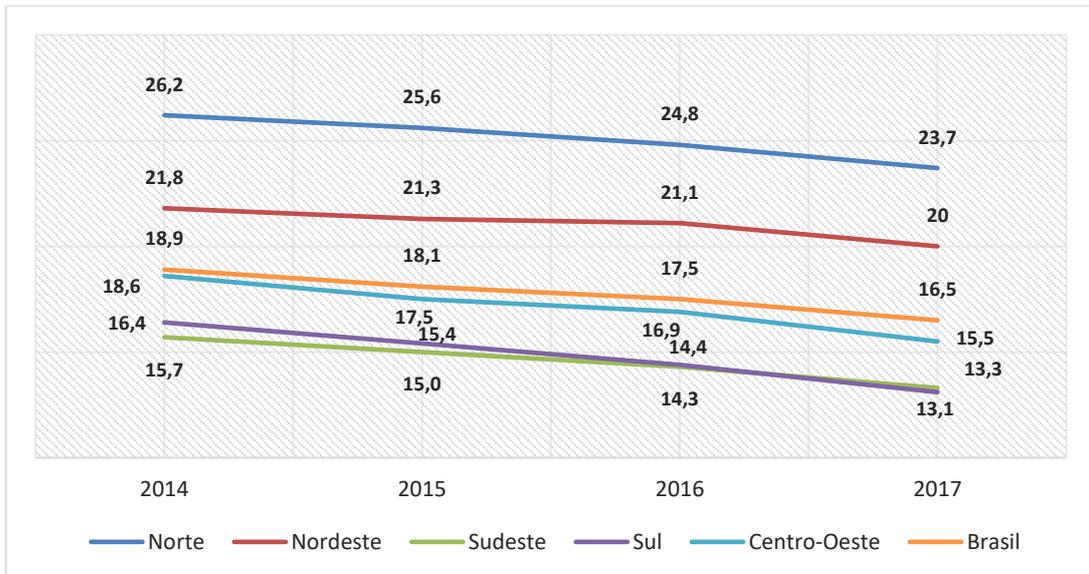
A adolescência constitui etapa crítica do desenvolvimento, cujas mudanças físicas, emocionais e psicológicas podem representar maior exposição a fatores de risco à saúde, assim como oportunidades de promoção de comportamentos saudáveis. No entanto, esse grupo etário apresenta baixa utilização dos serviços de saúde, demandando estratégias inovadoras para superação de barreiras de acesso.

A composição das internações no SUS de adolescentes e jovens sugere perfil de vulnerabilidade que deve orientar aspectos essenciais da política de saúde para essa população. Nesse sentido, é importante registrar que as duas principais causas de hospitalização entre adolescentes e jovens são aquelas associadas à gravidez, parto e puerpério (45,4% de 10 a 19 anos e 60% de 20 a 29 anos) e causas externas (12,4% entre adolescentes e 10,3% entre jovens).

Esses dados tornam-se mais relevantes na medida em que se verificam altas taxas de fecundidade na adolescência. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a média brasileira (68,4 por 1.000 adolescentes) ficou, entre 2010 e 2015, acima da média latino-americana e caribenha (65,5), assim como da média global para o mesmo período (46).

Apesar de muito alta, observa-se uma consistente tendência de queda do número de nascidos vivos de mães adolescentes de 15 a 19 anos frente ao total de mulheres, para o período de 2014 a 2017, saindo de 17,9% para 15,7%. Nas demais faixas etárias, essa proporção não apresentou variação. No entanto, os resultados ainda são preocupantes, considerando sua associação com maiores riscos à saúde materno-infantil e seus efeitos socioeconômicos na vida das jovens mães.

Gráfico 3.76. Proporção de gravidez na adolescência, na faixa etária de 10 a 19 anos. Brasil, 2014 a 2017.



Fonte: SINASC (2019).

O Mapa 3.6 apresenta o percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária frente ao total de internações na faixa etária de 10 a 19 anos, evidenciando uma pequena redução no período de 2016 a 2019. O Mapa 3.6 demonstra a heterogeneidade do percentual de internação quando avaliado por Unidade Federada.

Mapa 3.6. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária na população de 10 a 29 anos, em 2018, por UF.

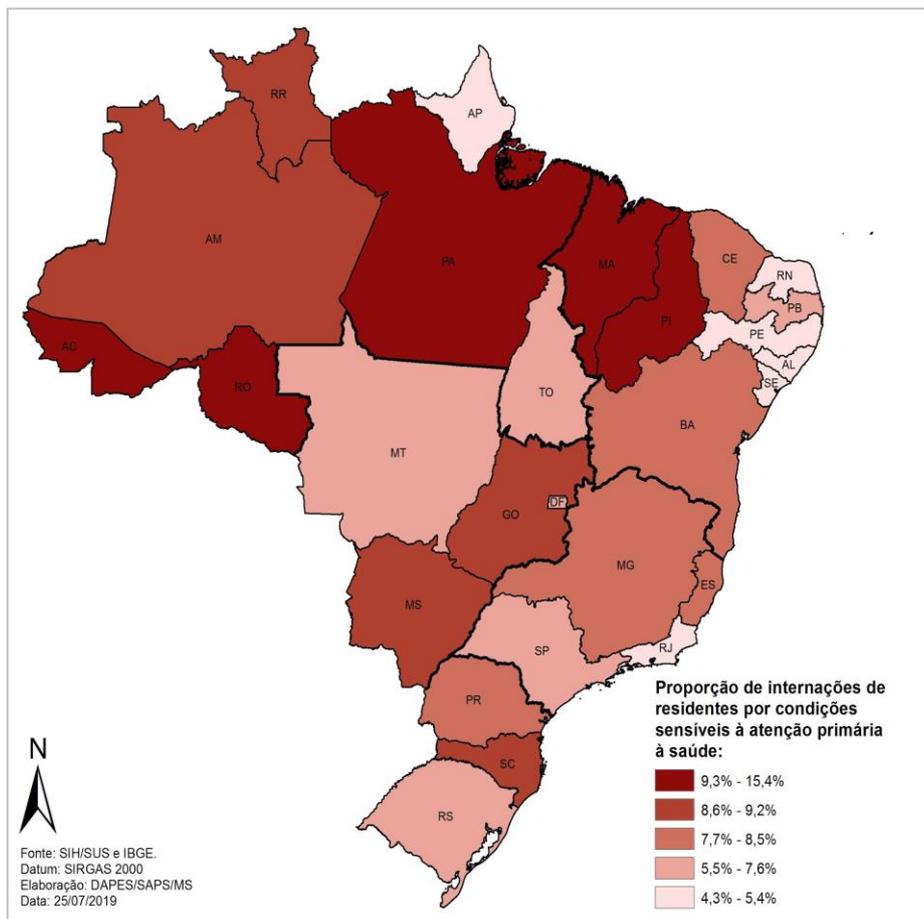
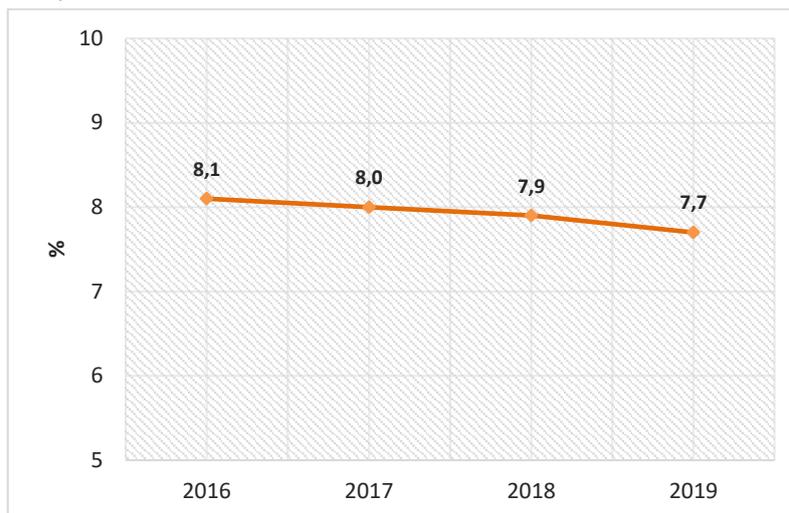


Gráfico 3.77. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, na faixa etária de 10 a 19 anos. Brasil, 2016 a 2019.



Fonte: SIH (2019). Em 2019, dados até maio.

As causas externas são a principal causa de morte entre pessoas jovens e adolescentes, totalizando 57.607 (70,4%) em 2017. Nesse grupo de causas, as agressões ocupam o primeiro lugar, com 34.949 (42,7%), seguido dos acidentes de transporte, com 11.649 (14,0%).

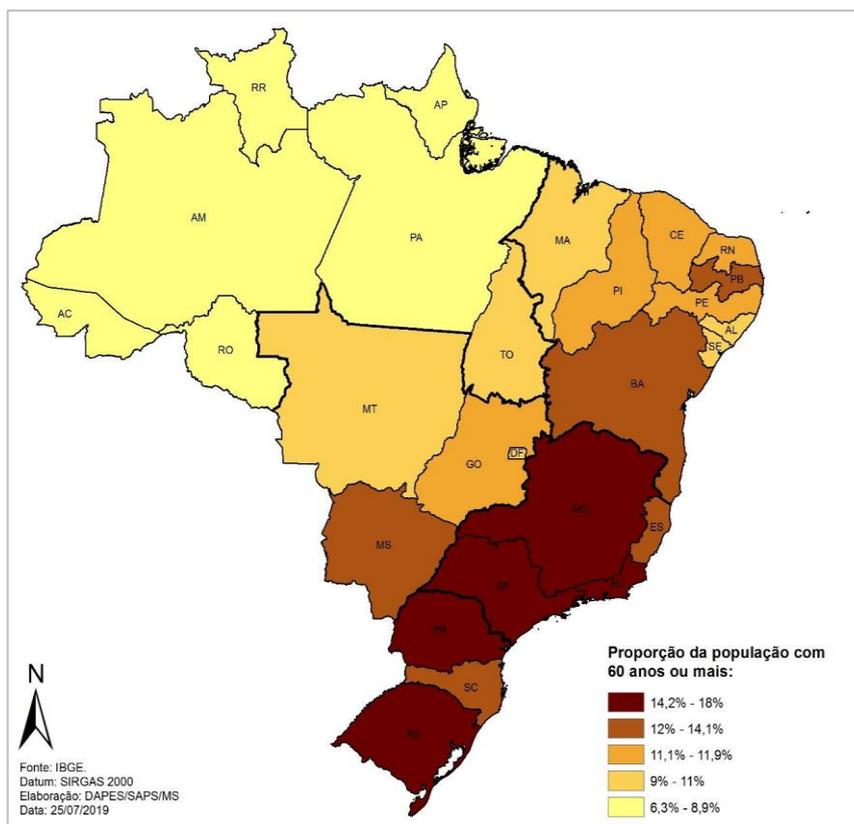
3.6.3. Saúde da Pessoa Idosa

O processo de envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo o país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais e da sociedade, incluindo novas formas de cuidado.

De acordo com dados da PNAD/2015, as mulheres representam 56% da população idosa brasileira e, se considerarmos a população com idade superior a 80 anos, esse percentual de mulheres sobe ainda mais. Em geral, as mulheres idosas têm menor renda e escolarização, grandes percentuais delas são chefes de família, bem como exercem o papel de principais cuidadoras de familiares em situação de dependência de uma forma geral. Essas especificidades variam considerando a região de residência, raça/cor e grupo/classe social da idosa.

O Brasil vive um momento em que suas unidades da federação estão em diferentes estágios da transição demográfica. Por exemplo, em 2019, 17,9% da população no estado do Rio Grande do Sul está com 60 anos ou mais de idade, sendo que no Amapá, apenas 6,3% da população está nessa faixa etária.

Mapa 3.7. Proporção da população na faixa etária de 60 anos ou mais por unidades federativas no Brasil, em 2019.

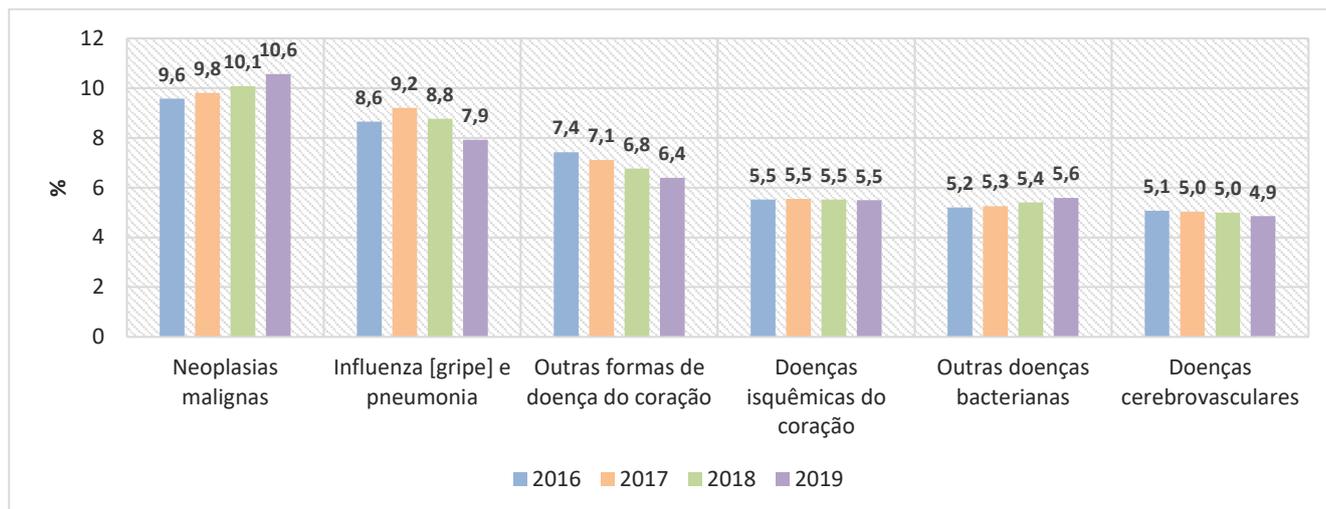


Fonte: Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030 / IBGE.

Essa mudança demográfica vem acompanhada de mudança no perfil epidemiológico, com aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, neoplasias malignas, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, sendo a população idosa a mais exposta a essas condições, na qual se observa geralmente a presença de comorbidades.

De 2016 a maio de 2019, foram registradas 9.945.735 internações entre as pessoas de 60 anos e mais. Dessas, os seis principais grupos de causas foram: neoplasias malignas, influenza e pneumonia, doenças isquêmicas do coração, outras doenças do coração, outras doenças bacterianas e doenças cerebrovasculares. Destaca-se o aumento das internações por neoplasias malignas e a redução das internações por outras formas de doença do coração no período.

Gráfico 3.78. Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 60 anos e mais. Brasil, 2016 a 2019*.



Fonte: SIH (2019). *Em 2019 são considerados dados até maio.

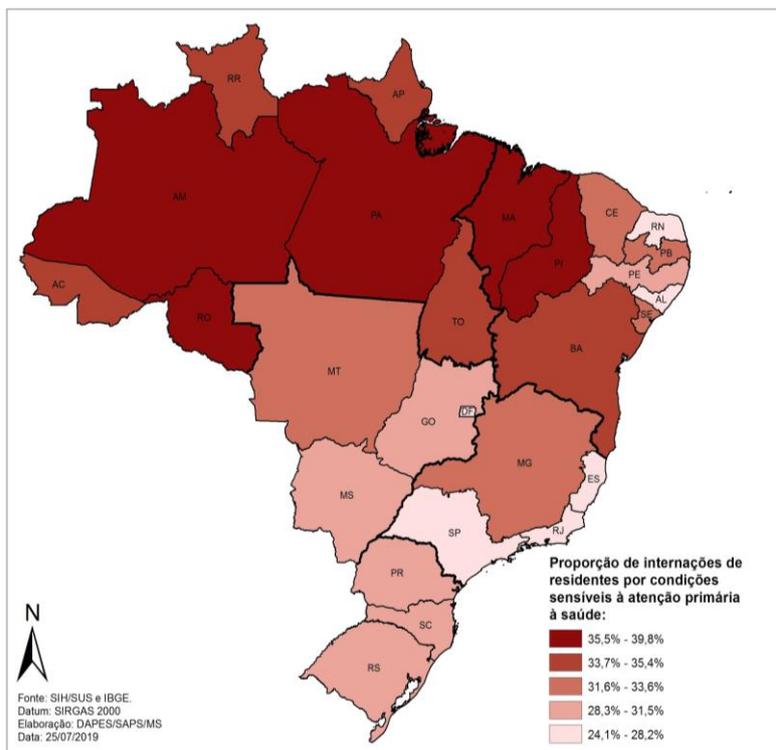
Gráfico 3.79. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, para a população de 60 anos e mais. Brasil, 2016 a 2019*.



Fonte: SIH (2019). *Em 2019 são considerados dados até maio.

Observando os dados por UF, percebe-se que a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária varia de 24% a 40%, aproximadamente, demonstrando diferentes estágios regionais e apontando que algumas áreas demandam maior atenção para os próximos anos do que outras.

Mapa 3.8. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, para a população com 60 anos ou mais, em 2018, por UF.

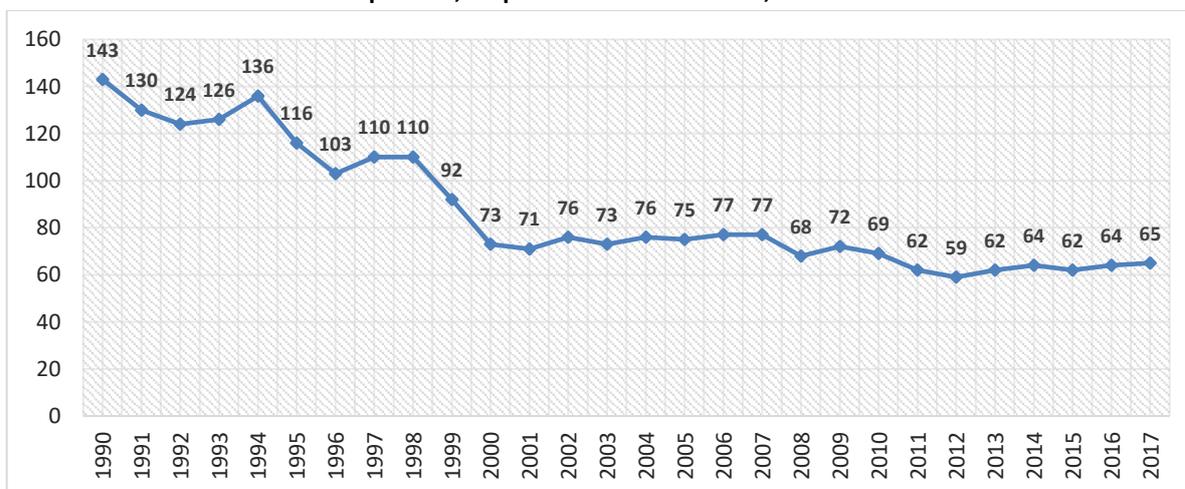


Fonte: SIH (2019).

3.6.4. Saúde da Mulher

No âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), apesar de não ter alcançado a meta de reduzir em três quartos a mortalidade materna entre 1990 e 2015, o Brasil reduziu à metade esse indicador. No entanto, considerando a tendência de estabilização da razão de mortalidade materna desde o início do século 21 (em torno de 65/100.000 nascidos vivos) e a manutenção de profundas desigualdades regionais, diferentes estratégias têm sido implementadas para a superação desses desafios. A priorização dessas ações torna-se ainda mais imperiosa na medida em que a meta brasileira para esse indicador é ainda mais ousada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): reduzir de 62 a 30/100.000 entre 2015 e 2030.

Gráfico 3.80. Razão de morte materna por ano, no período de 1990 a 2017, no Brasil.

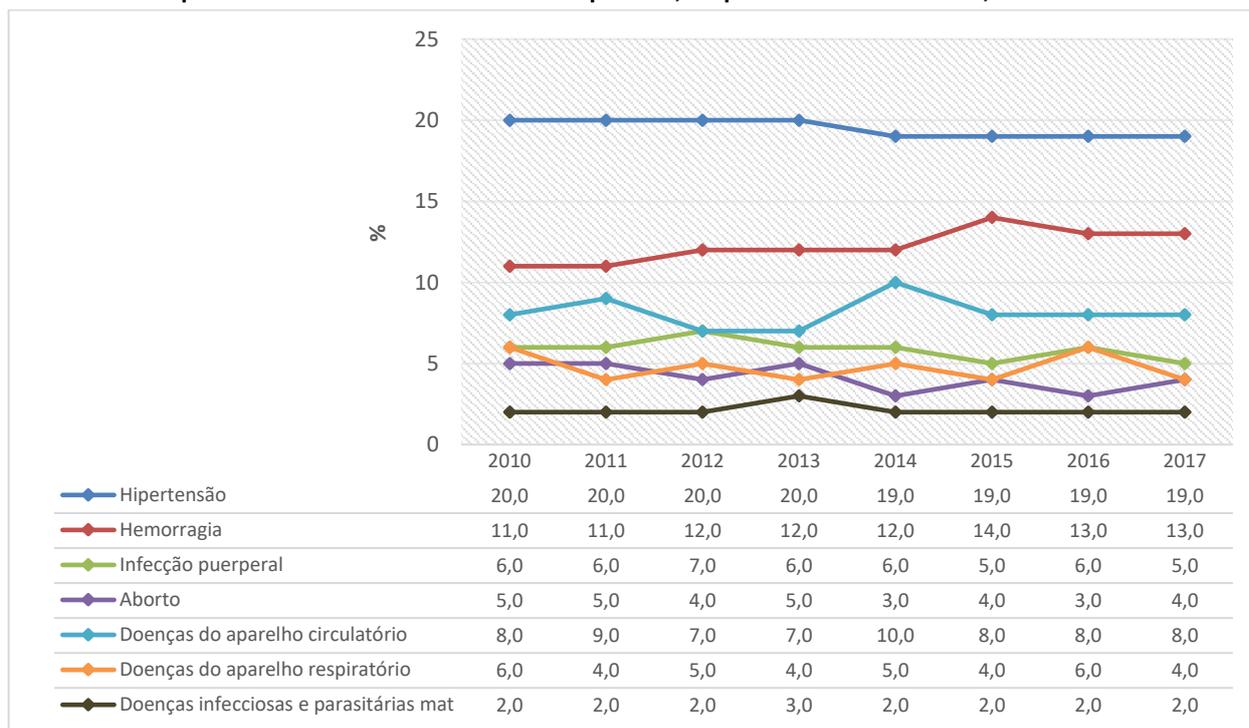


Fonte: SIM (2019).

Entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo estão a hipertensão e a hemorragia, conforme gráfico abaixo. Outras causas obstétricas diretas importantes são a infecção puerperal e o aborto. Entre as causas indiretas, as de maior importância epidemiológica têm sido as doenças do aparelho circulatório, que ocorrem principalmente pela má qualidade da assistência no pré-natal e no parto.

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

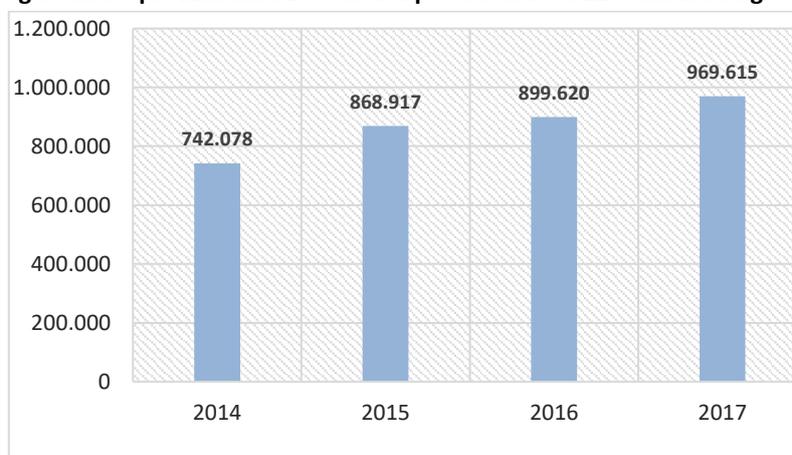
Gráfico 3.81. Principais causas de mortalidade materna por ano, no período de 2010 a 2017, no Brasil.



Fonte: SIM (2019).

No Brasil, vem-se registrando aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS. A captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação vem apresentando um considerável aumento.

Gráfico 3.82. Número de gestantes que fizeram a 1ª consulta pré-natal até a 12ª semana de gestação. Brasil, 2014 a 2017.



Fonte: SISPré-Natal (2019).

Com relação ao cuidado às mulheres e bebês no parto e nascimento, houve um crescimento de mais de 100% do número de estabelecimentos habilitados em Serviços Hospitalares de Referência em Atenção à Gestação de Alto Risco (GAR) entre 2016 e junho de 2019. Além disso, houve também a implantação de 11 novos Centros de Parto Normal e de 13 Casas da Gestante, Bebê e Puérpera de 2016 a 2019 (até o 1º semestre).

Tabela 3.18. Estrutura de Rede de Atenção à Saúde da Mulher, no período de 2016 a 2019, no Brasil.

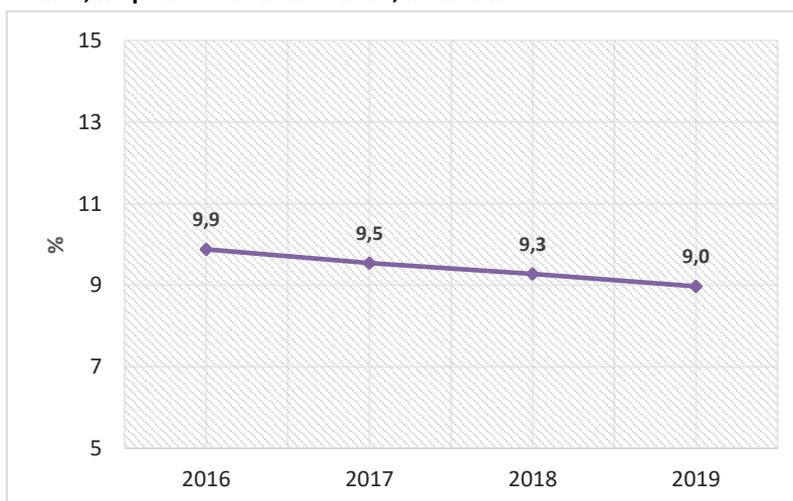
Serviços / Estabelecimentos	2016	2017	2018	2019 (*)	Varição (2016-2019)
Serviço Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco (GAR)	74	127	163	165	+123,0%
Centros de Parto Normal (CPN)	15	23	25	26	+73,3%
Casas de Gestante Bebê e Puérpera (CGBP)	12	20	24	25	+108,3%

Fonte: CNES (2019), SISAB (2019), SIA-SUS (2019) e portarias de habilitação publicadas.

*Em 2019 são considerados dados até o mês de junho.

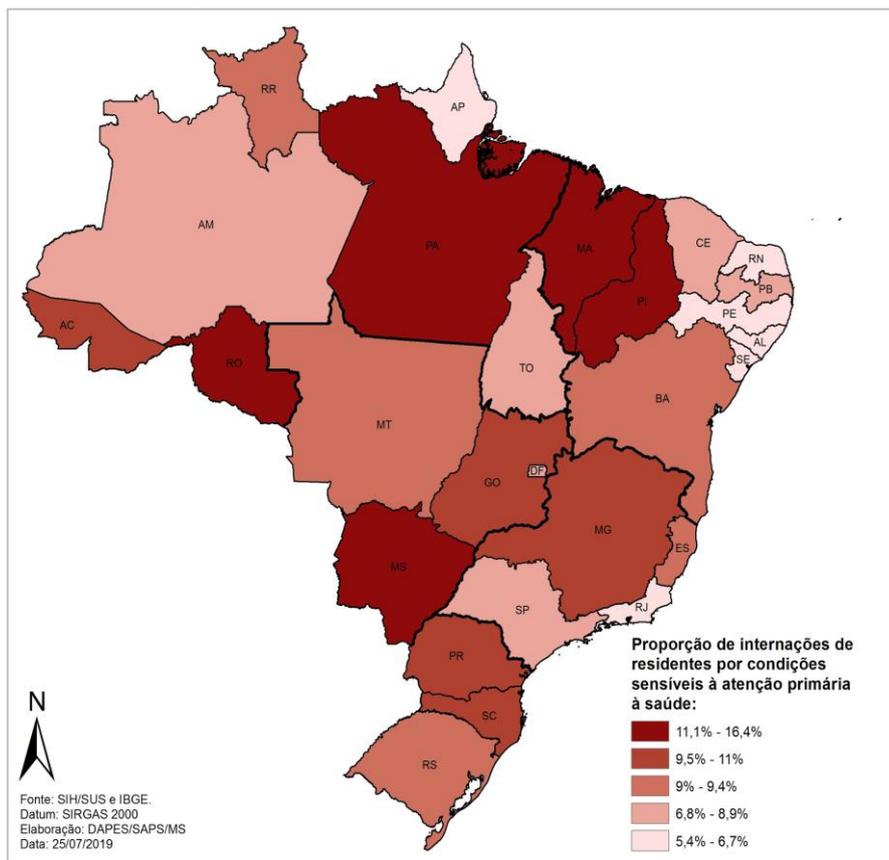
O Gráfico 3.83 apresenta a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária frente ao total de internações entre as mulheres de 10 a 59 anos, de 2016 a 2019. A análise demonstra estabilidade desse indicador para o período.

Gráfico 3.83. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, para o sexo feminino, de 10 a 59 anos, no período de 2016 a 2019, no Brasil.



Fonte: SIH. Dados preliminares de maio de 2019.

Mapa 3.9. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, para o sexo feminino, de 10 a 59 anos, em 2018, por UF.



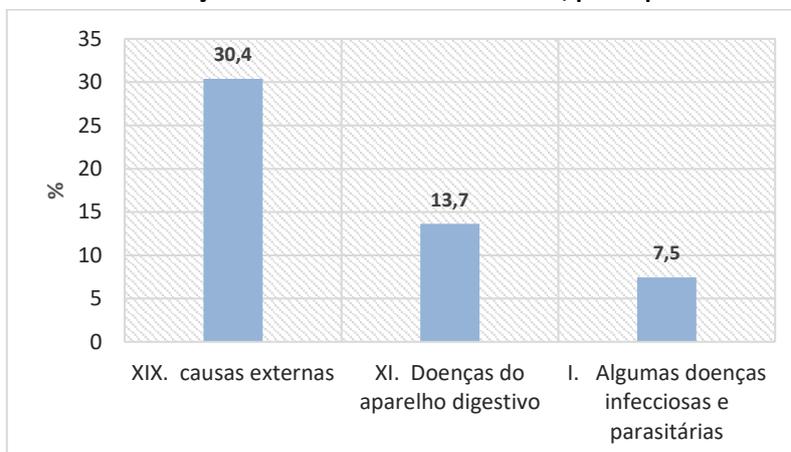
Fonte: SIH (2019).

3.6.5. Saúde do homem

Os homens no Brasil vivem, em média, 7,1 anos a menos que as mulheres, com expectativa de vida de 72,7 anos. Na vida adulta, morrem duas vezes mais do que as mulheres.

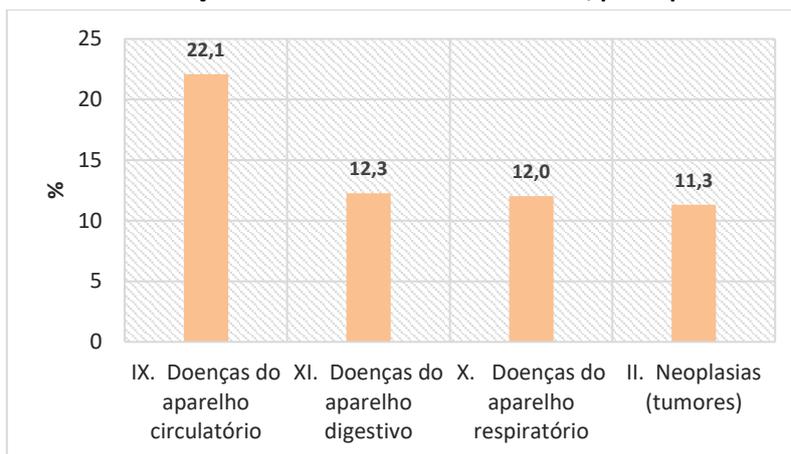
De 2016 a 2018, as principais causas de internação de homens, foram as causas externas (16,8%), seguido de doenças do aparelho respiratório (13,0%), doenças do aparelho circulatório (12,2%) e doenças do aparelho digestivo (11,9%). Essa situação varia de acordo com a faixa etária.

Gráfico 3.84. Principais causas de Internações em homens de 10 a 49 anos, por capítulo CID 10. Brasil, 2016 a 2018.



Fonte: SIH (2019).

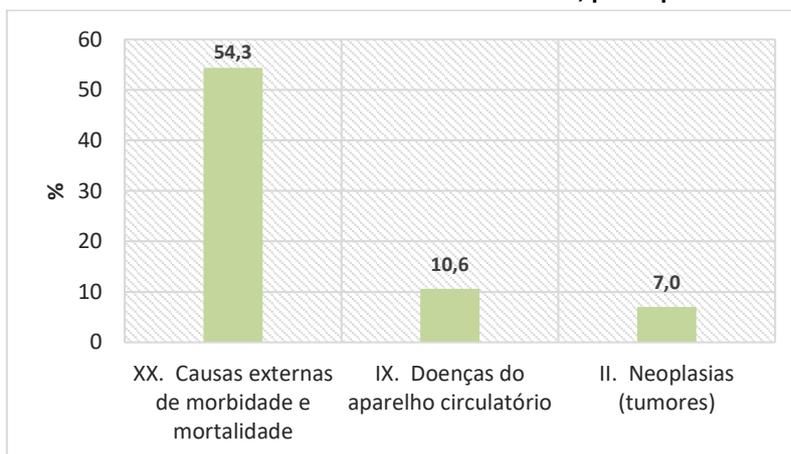
Gráfico 3.85. Principais causas de Internações em homens de 50 anos e mais, por capítulo CID 10. Brasil, 2016 a 2018.



Fonte: SIH (2019).

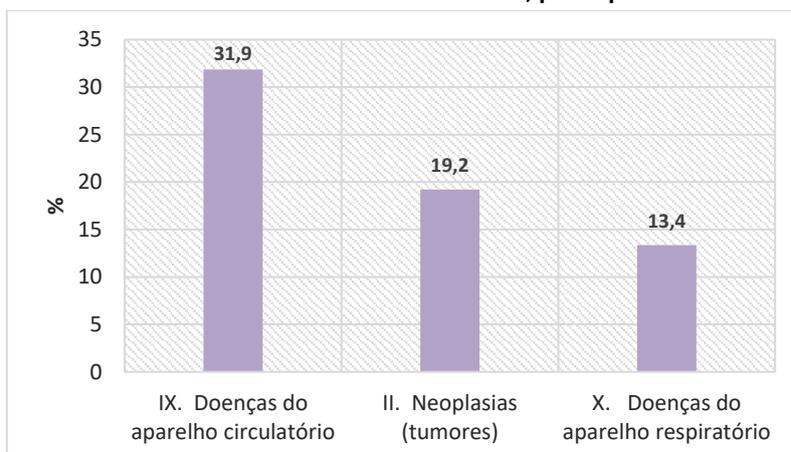
As principais causas de morte nos homens foram as doenças do aparelho circulatório (25,7%), as causas externas (17,6%) e as neoplasias (15,7%). Novamente, as causas mudam de acordo com a faixa etária.

Gráfico 3.86. Principais causas de óbitos em homens de 10 a 49 anos e mais, por capítulo CID 10. Brasil, 2015 a 2017.



Fonte: SIH (2019).

Gráfico 3.87. Principais causas de óbitos em homens de 50 anos e mais, por capítulo CID 10. Brasil, 2015 a 2017.



Fonte: SIH (2019).

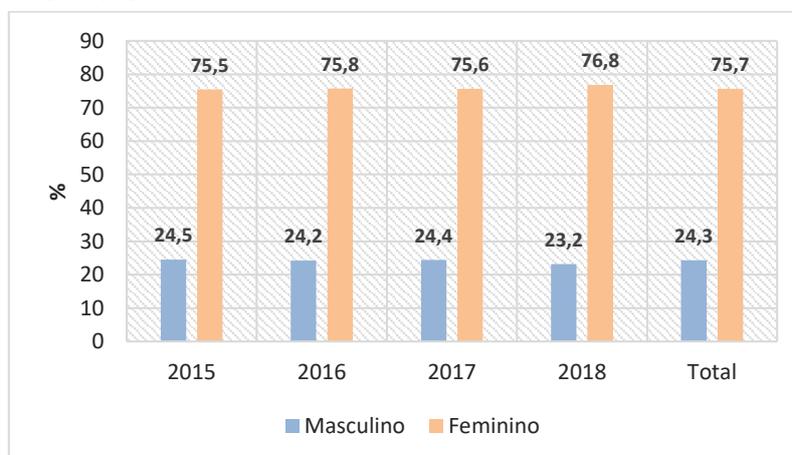
Esses dados acerca da morbimortalidade revelam que a população masculina jovem e adulta tem adoecido e morrido mais devido às causas externas, como acidentes, sejam de trabalho ou de transporte

terrestre, e situações de violências, como agressão por arma de fogo e suicídio. E a população de 50 anos e mais é mais acometida por doenças e condições crônicas.

Ao observar a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária frente ao total de internações entre os homens, percebe-se uma discreta redução (21,5% para 20,8%) de 2016 a 2018. Entre as regiões geográficas, a tendência observada também é de discreta queda. Entretanto, ao analisar esses dados por UF, percebe-se que essa redução não ocorreu de maneira uniforme, apontando iniquidades regionais que demandam maior atenção.

De acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), entre 2016 a 2018, do total de consultas realizadas por médicos e enfermeiros na Atenção Primária, apenas 24% foi realizada na população masculina.

Gráfico 3.88. Proporção de consultas realizadas por médicos e enfermeiros na atenção primária, por sexo, na faixa etária de 20 a 59 anos. Brasil, 2015 a 2018.



Fonte: e-SUS/SISAB (2019).

Conforme os dados acima, percebe-se que para reduzir as principais causas de morbimortalidade da população masculina, torna-se imprescindível ampliar o acesso e o acolhimento dessa população aos serviços de saúde da APS.

3.7. Saúde mental

3.7.1 Saúde mental

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, tais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas), visando fortalecer a autonomia, o protagonismo e promover uma maior integração e participação social dessas pessoas.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, foi estimado que 11,2 milhões de pessoas de 18 anos ou mais (7,6%) receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, com maior prevalência na área urbana (8,0%) do que rural (5,6%).

As Regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de pessoas com depressão diagnosticada, acima do percentual nacional: 12,6% e 8,4%, respectivamente. Verificou-se que havia uma maior prevalência dessa doença entre pessoas do sexo feminino, 10,9%, contra 3,9% dos homens.

A faixa etária com maior proporção foi a de 60 a 64 anos de idade (11,1%), enquanto o menor percentual foi observado na de 18 a 29 anos de idade (3,9%). Observou-se, também, maior prevalência em pessoas nos extremos de nível de instrução, ou seja, pessoas com ensino superior completo (8,7%) e pessoas sem instrução e com fundamental incompleto (8,6%).

Segundo a cor da pele, havia uma maior proporção de pessoas brancas diagnosticadas com depressão, 9,0%. Para as pessoas caracterizadas como pardas, a proporção foi de 6,7% e 5,4% dentre as pessoas de cor pretas.

Os transtornos originados pelo consumo de substâncias (álcool e outras drogas) representam um problema de saúde pública pelo conjunto de danos a ele associados. Segundo a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), em 2018, 17,9% da população adulta no Brasil fazia uso abusivo de bebida alcoólica.

O percentual é 14,7% maior do que o registrado no país em 2006 (15,6%). Mesmo com o percentual menor, as mulheres (de 7,7% em 2006 para 11% em 2018) apresentaram maior crescimento em relação aos homens (de 24,8% em 2006 para 26% em 2018).

A prevalência de uso abusivo entre os homens é mais frequente na faixa etária de 25 a 34 anos (34,2%) e, entre as mulheres, nas idades de 18 a 24 anos (18%).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) atua de forma a garantir a atenção integral às pessoas com transtornos mentais, por meio de diferentes serviços e estratégias de organização do cuidado em saúde mental, tais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (UA) e Equipe Multiprofissional de Saúde Mental.

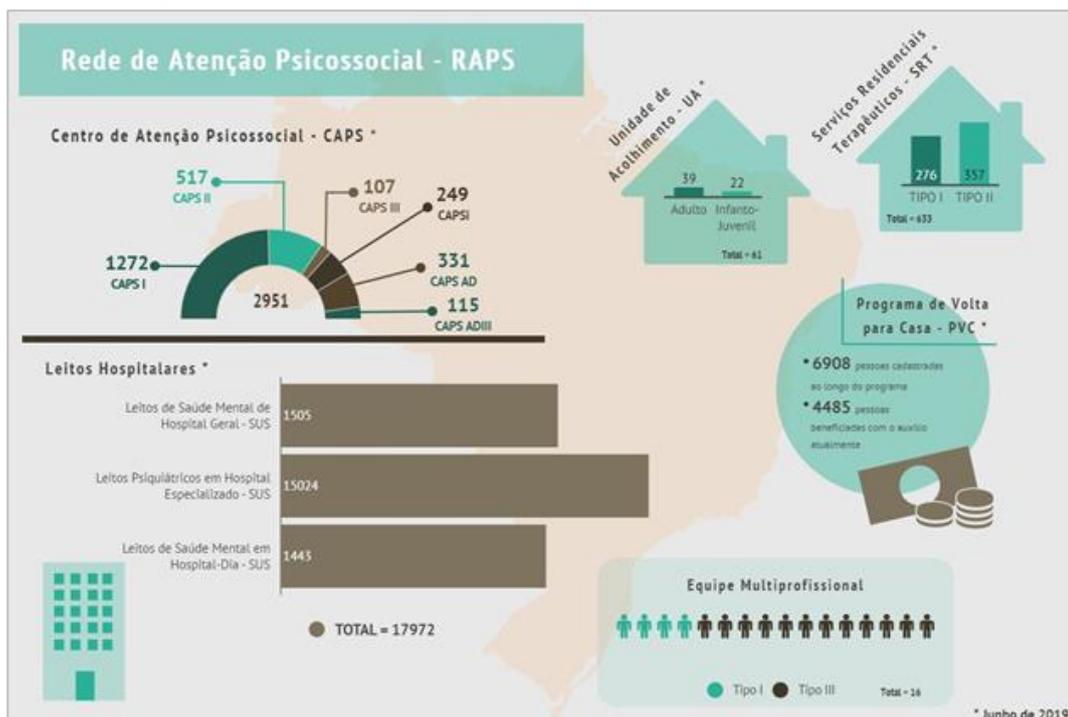
O Programa De Volta Para Casa (PVC), que também integra a RAPS, constitui um auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas egressas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia, por um período igual ou superior a dois anos. Desde sua criação até junho de 2019, 6.908 pessoas já foram beneficiadas por esse Programa e, atualmente, 4.485 beneficiários recebem o auxílio.

Tabela 3.19. Número de CAPS, UA, SRT e leitos de saúde mental em hospital geral habilitados na RAPS, e de beneficiários do PVC, de 2016 a 2019.

Serviços/ Estabelecimentos / Leitos	2016	2017	2018	2019 (*)	Varição (2016-2019)
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	2.450	2.548	2.580	2.591	+5,8%
Unidades de Acolhimento (UA)	54	58	59	61	+13,0%
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	487	582	624	633	+30,0%
Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral	1.072	1.330	1.441	1.505	+40,4%
Beneficiários Programa de Volta para Casa	4.445	4.484	4.458	4.485	+0,9%

Fonte: CNES e PVS, e portarias de habilitação publicadas. *Em 2019 são considerados dados até o mês de junho.

Figura 3.3. Redes de Atenção Psicossocial – RAPS.



Fonte: DAPES/SAPS/MS, em 26.07.2019.

3.8. Atenção à pessoa com deficiência

Para fortalecer, ampliar e qualificar as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Sua estrutura visa oferecer atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, de forma integrada, articulada e efetiva.

Iniciado em 2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limite - teve como objetivo ampliar o acesso e a qualificação da atenção à saúde das pessoas com deficiência (PCD), com foco na organização de Redes de Atenção à Saúde e na integralidade do cuidado.

A RCPD está organizada a partir dos três componentes de atenção: Atenção Básica; Atenção Especializada de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

A capacidade instalada dos pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência compreende 223 Centros Especializados em Reabilitação e 37 Oficinas Ortopédicas.

Tabela 3.20. Distribuição CER e Oficina Ortopédica Habilitados. Brasil, 2019.

Região	CER	Oficina Ortopédica
Centro Oeste	26	5
Nordeste	82	8
Norte	16	5
Sudeste	84	15
Sul	15	4
Total	223	37

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS. Dados até novembro de 2019

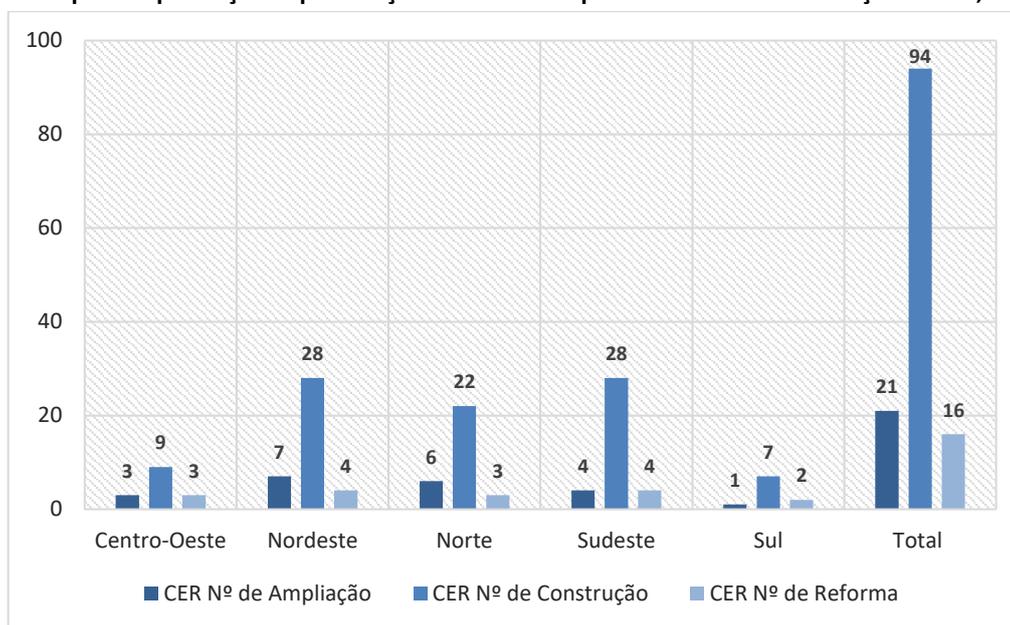
Tabela 3.21. Distribuição por Região Geográfica- Triagem Auditiva Neonatal. Brasil, 2019.

Região	TAN
Centro Oeste	8
Nordeste	48
Norte	18
Sudeste	103
Sul	74
Total	251

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS. Dados até novembro de 2019

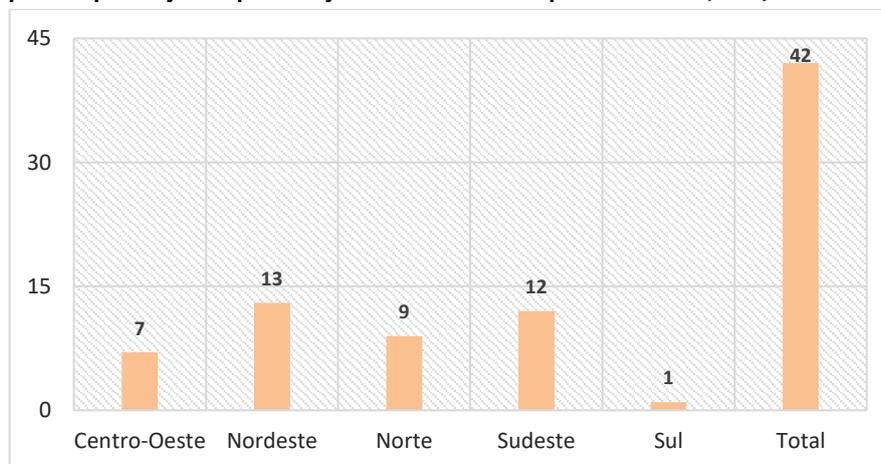
No que tange à expansão de novos serviços de reabilitação, destaca-se abaixo a distribuição por região geográfica de obras em andamento. Foram aprovadas, no âmbito da RCPD, 174 obras para implantação e qualificação de Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas no Brasil.

Gráfico 3.89. Obras para implantação e qualificação de Centros Especializados em Reabilitação. Brasil, nov/2019.



Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

Gráfico 3.90. Obras para implantação e qualificação de Oficinas Ortopédicas. Brasil, nov/2019.



Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

Conforme demonstrado na tabela abaixo, 17 obras de CER e oficinas encontram-se concluídas e em funcionamento, 91 em andamento e 66 foram canceladas por desistência do gestor local ou não cumprimento das normativas da RCPD.

Tabela 3.22. Panorama de Obras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Panorama Obras RCPD						
Região	CER			Oficina Ortopédica		Total
	Canceladas	Concluída e em funcionamento	Em andamento	Cancelada	Em andamento	
Centro-Oeste	5	1	9	5	2	22
Nordeste	10	4	25	8	5	52
Norte	5	4	22	4	5	40
Sudeste	18	5	13	9	4	49
Sul	2	3	5	-	1	11
Total Geral	40	17	74	26	17	174

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

Entre 2012 e 2017, o número de estabelecimentos de reabilitação passou de 313 para 434, correspondendo a um incremento de 38,7%. A ampliação ocorreu em todas as regiões do país. No Centro-Oeste, o número de estabelecimentos de reabilitação habilitados quase duplicou (94,1%), passando de 17 para 33. Por outro lado, a Região Sul apresentou o menor incremento (10,3%) no período, correspondendo a 7 novos estabelecimentos habilitados.

As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que juntas contavam com 34,5% do total de estabelecimentos de reabilitação no país em 2012, passaram a deter 40,1% do total em 2017. Em números absolutos, 75,2% das novas habilitações no período analisado ocorreram nas regiões Sudeste e Nordeste (48 e 43 estabelecimentos, respectivamente). Ao final de 2017, essas duas regiões concentravam 69,6% do total de estabelecimentos de reabilitação habilitados. Os Centros Especializados em Reabilitação – CER - responderam por 97% das habilitações entre 2012 e 2017 (Tabela 3.23). Com isso, é possível identificar que a expansão dos Centros Especializados no país seguiu a prioridade de buscar diminuir vazios assistenciais, bem como a melhor distribuição da capacidade instalada em reabilitação entre as regiões.

O número de estabelecimentos com modalidade visual quase que triplicou (181%), passando de 21 para 59. Entretanto, a reabilitação visual foi a modalidade menos ofertada em todos os anos. A reabilitação auditiva, ofertada em 155 estabelecimentos em 2012, passou a ser ofertada em outros 56, totalizando 211 estabelecimentos habilitados em 2017.

Tabela 3.23. Caracterização dos estabelecimentos de saúde habilitados pelo MS como serviço especializado de reabilitação por região geográfica, tipo, modalidade e natureza jurídica. Brasil, 2012 a 2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Incremento 2012-2017
Macrorregião							
Norte	17	25	25	27	26	24	41,20%
Nordeste	74	79	79	80	111	117	58,10%
Sudeste	137	163	163	176	185	185	35,00%
Sul	68	71	72	75	73	75	10,30%
Centro-Oeste	17	29	29	31	33	33	94,10%
Tipo							
Única Modalidade	313	314	272	257	249	247	-21,10%
CER	0	102	104	137	186	192	-

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Incremento 2012-2017
Modalidade*							
Física	165	220	220	241	281	287	73,90%
Auditiva	155	188	189	200	211	211	36,10%
Visual	21	40	40	47	58	59	181,00%
Intelectual	0	82	83	112	158	163	-
Natureza Jurídica							
Pública	144	175	176	185	209	212	47,20%
Privadas	169	192	192	204	219	222	31,36%
Total	313	367	368	389	428	434	38,70%

Fonte: Datasus, Atlas de Desenvolvimento Humano e IBGE. Elaboração CGSPD.

*A soma das modalidades supera 100% pois um mesmo estabelecimento pode estar habilitado em mais de uma modalidade de reabilitação.

Quanto à oferta regional de serviços habilitados e em funcionamento, constatou-se ampliação da cobertura, passando de 34,7% em 2012 para 45,7% em 2017. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que contavam com 37,5% do total de Regiões de Saúde com serviços de reabilitação em 2012, passaram a representar 44,5% das Regiões de Saúde com oferta desses serviços em 2017.

A oferta de serviços de habilitados nas Regiões de Saúde foi ampliada em todas as modalidades de reabilitação. A reabilitação intelectual que passou a ser ofertada em 101 (23,1%) Regiões de Saúde, sendo que em 2012 não havia estabelecimento habilitado nessa modalidade no Brasil. A reabilitação física passou a ser ofertada em 60 novas Regiões de Saúde, totalizando 178 (40,6%) das Regiões em 2017. A reabilitação visual passou a ser ofertada em 24 Regiões de Saúde, enquanto a reabilitação auditiva, em 19 novas Regiões de Saúde, totalizando 44 (10,0%) e 121 (27,6%) Regiões de Saúde com oferta nessas modalidades no ano de 2017, respectivamente.

Também foi observado que a oferta regional de serviços de reabilitação foi crescente tanto entre as Regiões de Saúde de maior nível de desenvolvimento humano, que somavam 51,8% das Regiões de Saúde do país, quanto naquelas de menor IDHRS (48,2%). Contudo, em 2017, a oferta ainda se concentrava nas regiões com IDHRS $\geq 0,7000$ (59,0%), enquanto que 31,3% daquelas com IDHRS $< 0,700$ ofertavam os serviços.

Tabela 3.24. Oferta regional de serviços especializados em reabilitação nas 438 Regiões de Saúde, por nível de desenvolvimento humano e porte populacional, segundo Modalidade de Reabilitação. Brasil, 2012 e 2017.

		Modalidade de Reabilitação									
		Física		Auditiva		Visual		Intelectual		Pelo menos 1 modalidade	
		2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
RS com IDH <0,700	211	26	54	25	37	1	9	0	38	41	66
RS com IDH $\geq 0,700$	227	92	124	77	84	19	35	0	63	111	134
Total RS	438	118	178	102	-27,6	20	44	0	101	152	200

Fonte: Datasus, Atlas de Desenvolvimento Humano e IBGE. Elaboração CGSPD.

Entre os Objetivos da RCPCD, destaca-se a ampliação da oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM).

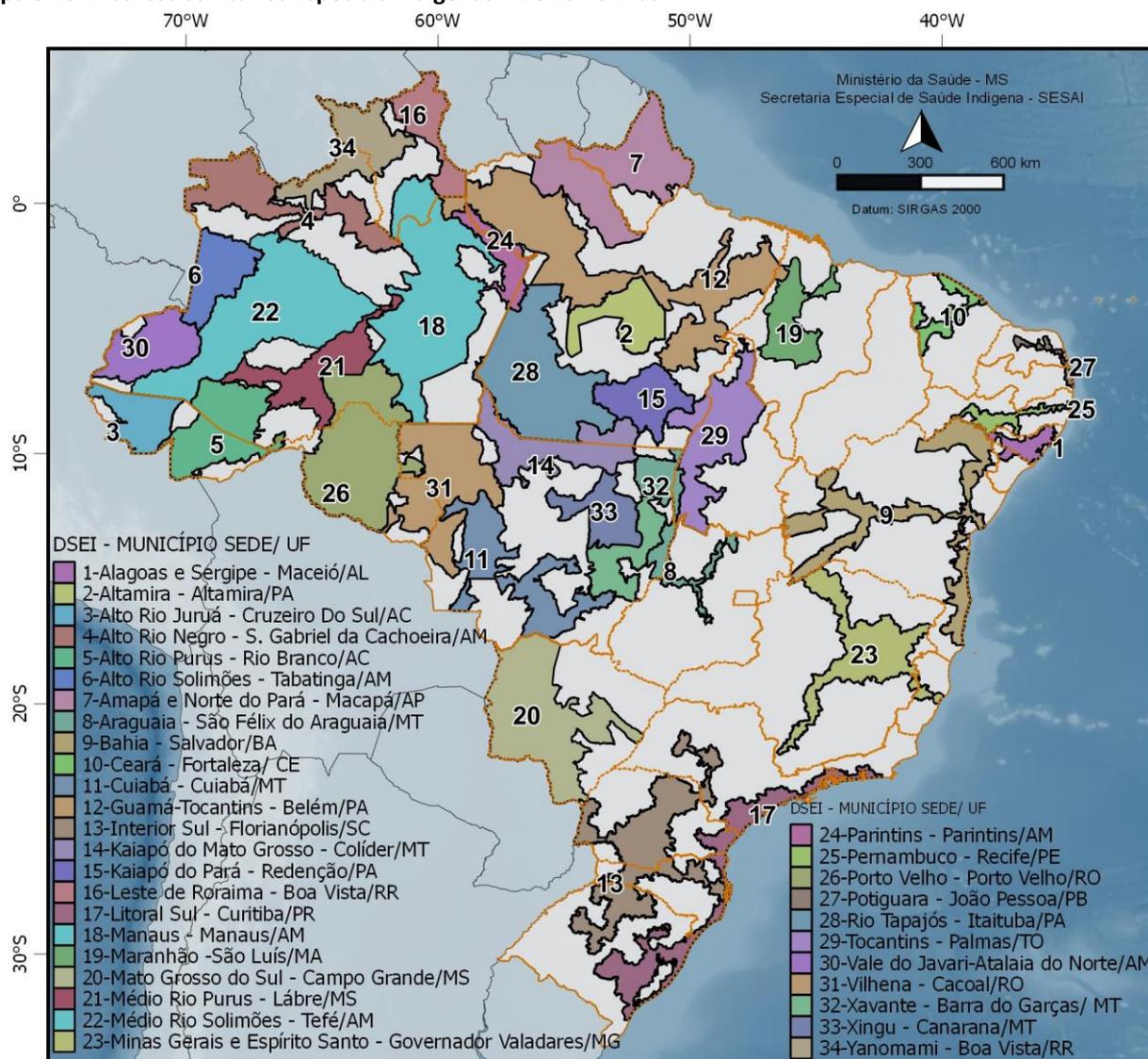
Entre 2008 e 2018, o quantitativo de procedimentos relacionados à concessão de OPM Física, Auditiva e Visual (não cirúrgicas) passou de 425 mil para 693 mil procedimentos realizados, o que representa uma ampliação de 63% no período. Enquanto a produção das OPM Físicas e Auditiva representaram uma ampliação

na ordem de 100% e 68%, respectivamente, as OPM visuais tiveram um decréscimo de 26,8% na produção registrada entre 2008 e 2018.

3.9. Atenção à saúde da população indígena

O Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) configura uma rede de serviços implantada nas terras indígenas a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais. Está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que executam ações de atenção primária e vigilância em saúde para a população indígena.

Mapa 3.10. Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs no Brasil.



Fonte: Coordenação de Apoio à Gestão de Bens, Serviços e Insumos Estratégicos de Saúde (COBIES)/ Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI)/SESAI.

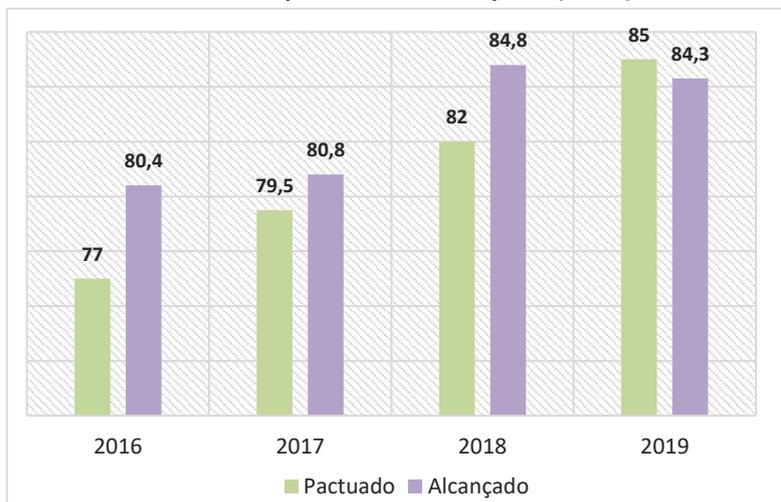
3.9.1. Promoção da atenção à saúde dos povos indígenas

A imunização é uma das ações mais importantes na Atenção Primária, pois proporciona proteção individual e coletiva contra as doenças imunopreveníveis, além de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil.

No que diz respeito aos povos indígenas, o resultado selecionado para representar quanto a população indígena está protegida de todas essas doenças é o percentual de pessoas com esquema vacinal completo. Considerando-se a vulnerabilidade das crianças menores de cinco anos de idade, foi priorizado o monitoramento dessa faixa etária.

Verificou-se, nos últimos anos, um crescimento no percentual de crianças indígenas com esquema vacinal completo.

Gráfico 3.91. Crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo (em %).

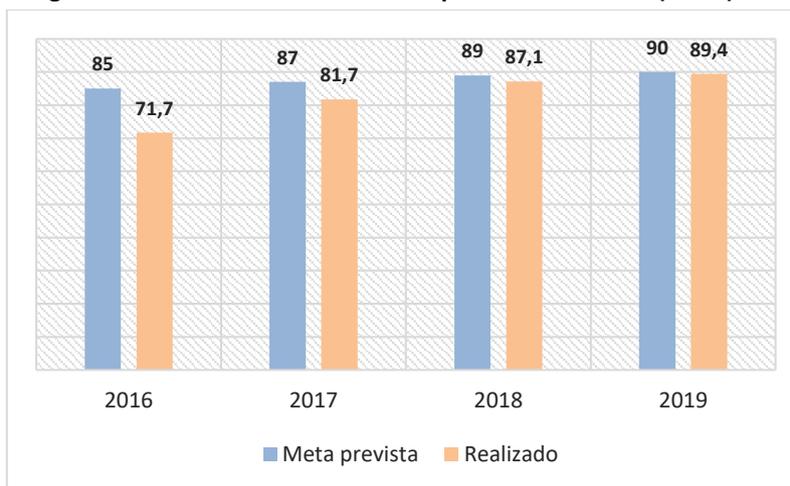


Fonte: Planilhas padronizadas enviadas pelos DSEIs. Dados de 2018 e 2019 sujeitos a revisão.

Algumas dificuldades dizem respeito a questões culturais, problemas de produção de imunobiológicos e limitação no quantitativo de vacinas distribuídas aos DSEIs pelos municípios. No entanto, estratégias implementadas têm colaborado para o alcance de resultados importantes, tais como: o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI), a Operação Gota (vacinação em áreas de difícil acesso), a implementação da vacinação de rotina nas aldeias, a participação em todas as campanhas nacionais de vacinação e o apoio às capacitações em sala de vacina realizadas pelos distritos.

O pré-natal é uma ação prioritária que possibilita prevenir e detectar precocemente patologias maternas e fetais, incluindo doenças infectocontagiosas, promovendo o desenvolvimento normal do recém-nascido e reduzindo os riscos à gestante. Em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), o acompanhamento das gestantes indígenas ocorre em articulação com os sistemas tradicionais de saúde. A atenção ao pré-natal deve estar baseada no diálogo intercultural, considerando os cuidados indígenas na gravidez, estimulando a aproximação entre os modelos indígenas e biomédico e a troca de saberes entre os profissionais de saúde, parteiras e outros cuidadores indígenas.

Gráfico 3.92. Gestantes indígenas com ao menos 1 consulta de pré-natal realizada (em %).



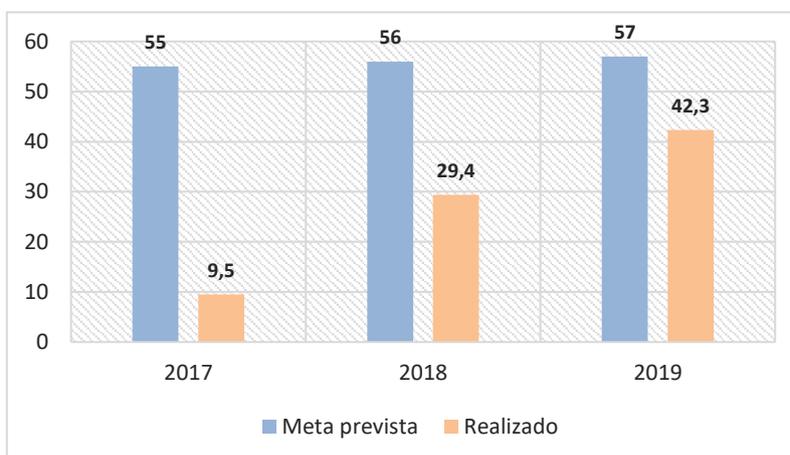
Fonte: SIASI/SESAI/MS. Dados preliminares para 2018 e 2019.

Apesar do desempenho alcançado para o acesso à primeira consulta, identifica-se ainda um baixo percentual de gestantes que chegaram a ter acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal, conforme preconizado.

A consulta de puericultura, também conhecida como acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento (C&D), é a área da pediatria direcionada especialmente aos aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atuando no sentido de preservar a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento.

O gráfico abaixo apresenta o percentual de crianças menores de 1 ano com consultas de C&D preconizadas para a faixa etária no período de 2017 a 2019.

Gráfico 3.93. Crianças menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (em %).



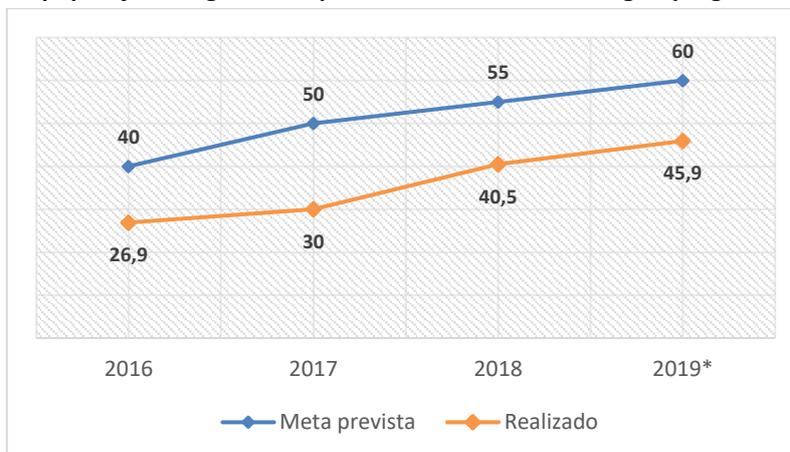
Fonte: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Apesar das dificuldades encontradas no início da implantação do indicador e do baixo desempenho no período, observa-se que houve um aumento nos registros dos dados. Ainda assim, a ampliação da cobertura de atendimento das consultas preconizadas de C&D infantil continua sendo um desafio a ser superado. Por esse motivo, o fortalecimento da realização e do monitoramento do acesso às consultas preconizadas C&D nas crianças indígenas foi elencado como estratégia prioritária para o planejamento do próximo quadriênio.

A Primeira Consulta Odontológica Programática (COP) diz respeito ao primeiro atendimento para avaliação das condições gerais de saúde e ao exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e,

necessariamente, elaboração de plano preventivo-terapêutico. Assim, a cobertura de COP permite avaliar o acesso à assistência odontológica básica, uma vez que estima a proporção de pessoas assistidas por pelo menos uma consulta odontológica no ano, sendo incluídas no programa de saúde bucal visando à continuidade do plano preventivo-terapêutico até a conclusão do tratamento.

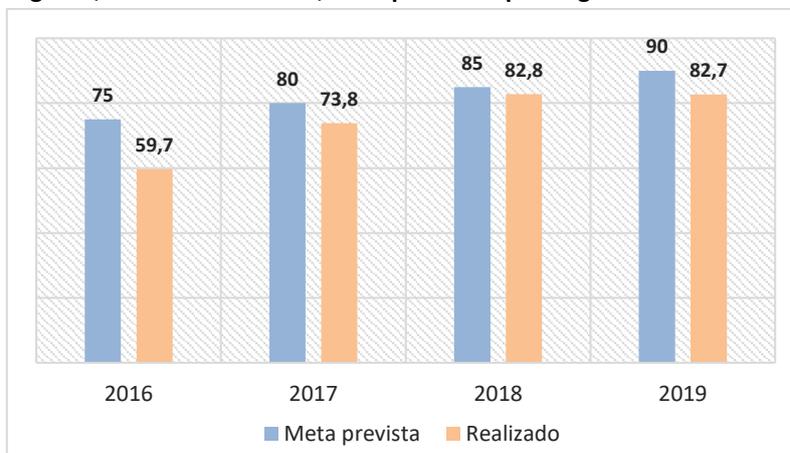
Gráfico 3.94. Cobertura da população indígena com primeira consulta odontológica programática (em %).



Fonte: SIASI/SESAI/MS (dados preliminares para 2018 e 2019).

A Vigilância Alimentar e Nutricional está inserida no contexto da Vigilância Epidemiológica e consiste em um instrumento de apoio às ações de promoção da saúde e à identificação de desvios nutricionais, tanto de déficit nutricional quanto de excesso de peso. Requer a imediata investigação de fatores de risco associados a essas condições.

Gráfico 3.95. Crianças indígenas, menores de 5 anos, acompanhadas pela vigilância alimentar e nutricional (em %).



Fonte: SIASI/SESAI/MS (dados preliminares para 2018 e 2019).

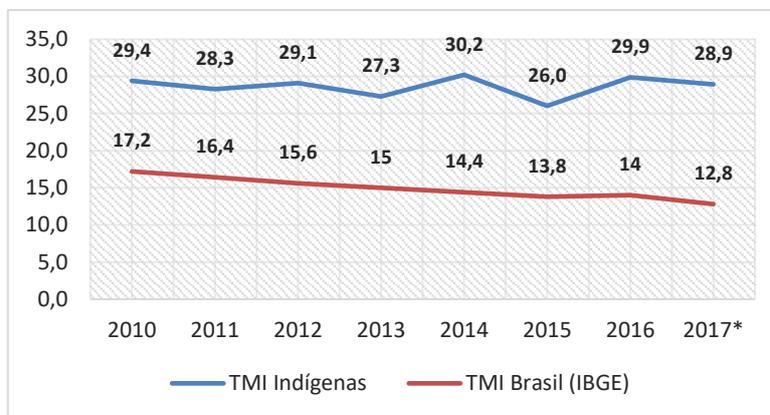
Com vistas a subsidiar a gestão, os indicadores de alimentação e nutrição devem ser reforçados, sendo indispensável identificar casos de desvio nutricional, como a ocorrência de desnutrição ou excesso de peso. Contudo, ainda se observa em populações específicas, como indígenas, um cenário preocupante onde persistem altos índices de déficit nutricional principalmente quando estratificado por região.

A mortalidade infantil é influenciada por fatores socioeconômicos, como acesso aos serviços de saúde e saneamento, e reflete as condições de vida da população. Em 2000, a taxa de mortalidade infantil no SasiSUS era de 74,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos, caindo para 30,2 em 2017.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) da população indígena é 2,25 vezes maior que a TMI do Brasil. Entretanto, essa comparação deve ser feita com cautela, ressaltando que os dados não são padronizados em

relação à população. Apesar dessa ressalva, o indicador demonstra que os coeficientes de mortalidade infantil da população indígena são coerentes com as condições de vida dos indígenas, que são uma população mais vulnerável em relação à média brasileira.

Gráfico 3.96. Taxas de Mortalidade Infantil na população indígena assistida pelo SASISUS, (x 1.000 nascidos vivos). Brasil, 2010-2017*.



Fonte: SIASI/SESAI/MS. *2017 – Dados sujeitos a revisão.

Os parâmetros utilizados para classificar a TMI são: alto (≥ 50 por mil nascidos vivos), médio (20-49,9 por mil nascidos vivos) e baixo (< 20 por mil nascidos vivos).

No que tange à redução da mortalidade infantil, além dos problemas e dos desafios já relatados, outros aspectos também chamam a atenção, a saber:

- A forte transição demográfica da população indígena, bem como a transição epidemiológica que impactam na segurança alimentar e na ocorrência de doenças;
- Crescente influência da vida urbana, que teve como principais efeitos a redução das práticas de agricultura, pesca, caça e extração vegetal, resultando na retração da produção local, na transformação da dieta alimentar e no incremento do trabalho assalariado entre os moradores.

A investigação de óbitos maternos é utilizada para aprimorar a vigilância, além de identificar fatores determinantes da mortalidade e suas causas. Tem como objetivo apoiar a tomada de decisão e a implantação de medidas que promovam a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher, gestação, parto e nascimento e da criança que sejam eficazes para evitar novos óbitos.

Gráfico 3.97. Óbitos maternos indígenas investigados (em %).



Composto pelos casos investigados no “Módulo óbito do SIASI, Situação da Investigação”.
 Fonte: SIASI/SESAI/MS. Extração em 2016: 21/6/2018, 2017: 9/4/2019, RAG 2018:10/1/2019, dados sujeitos à alteração.

A investigação de óbitos infantis é uma importante ação para a vigilância e deve ser utilizada para aprimorar o conhecimento sobre suas causas. Quando analisado com informações adicionais, possibilita a identificação de fatores determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema e que possam evitar a ocorrência de eventos similares. Auxiliam na produção de evidência para as ações de redução da mortalidade infantil, além de permitir avaliar o pré-natal e o acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento pelos serviços de saúde.

Gráfico 3.98. Óbitos infantis indígenas investigados (em %).

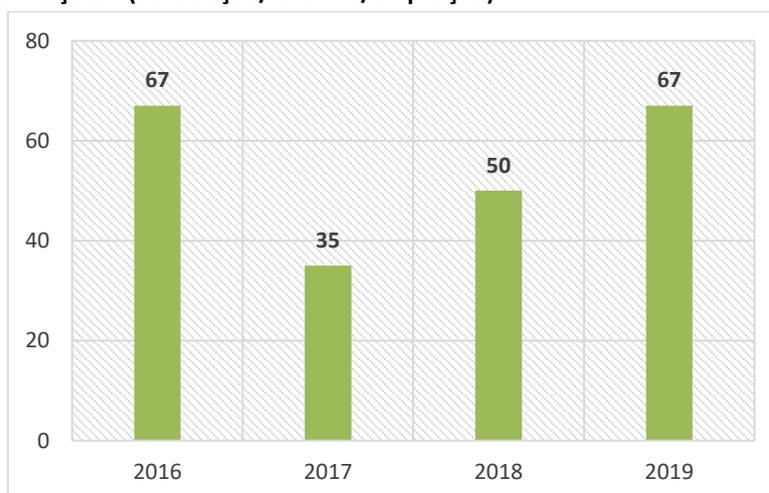


Fonte: SIASI/SESAI/MS. Dados preliminares para 2018 e 2019.

3.9.2. Rede de Estabelecimentos de Saúde Indígena e as Ações em Saneamento e Edificações

A construção/reforma de Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), Sedes de Polo Base e Unidades de Apoio representam aproximadamente 90% das estruturas físicas existentes na SESAI; os outros 10% correspondem às 67 CASAI e 34 Sedes de DSEI. A UBSI e a Sede de Polo Base são as primeiras referências para os pacientes indígenas, pois são estabelecimentos localizados dentro de aldeias, em grande parte distantes dos centros urbanos e com acesso dificultado. Entre 2016 e junho de 2019, foram realizadas diversas obras de edificações (construção, reforma ou ampliação).

Gráfico 3.99. Obras de edificações* (construção/reforma/ampliação).

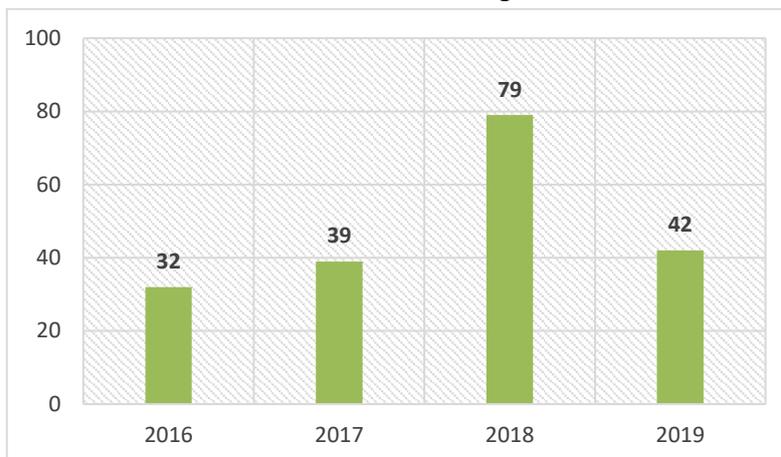


*Edificações: CASAI, UBSI, Sede de Polo Base, Unidade de Apoio, Alojamento, Sede de DSEI.

Foram implantados 113 novos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) em aldeias com população superior a 50 habitantes, além de 79 novos sistemas entregues em aldeias com população inferior a 50

habitantes. O gráfico a seguir demonstra a quantidade de novos sistemas implantados em aldeias indígenas, independente da faixa populacional.

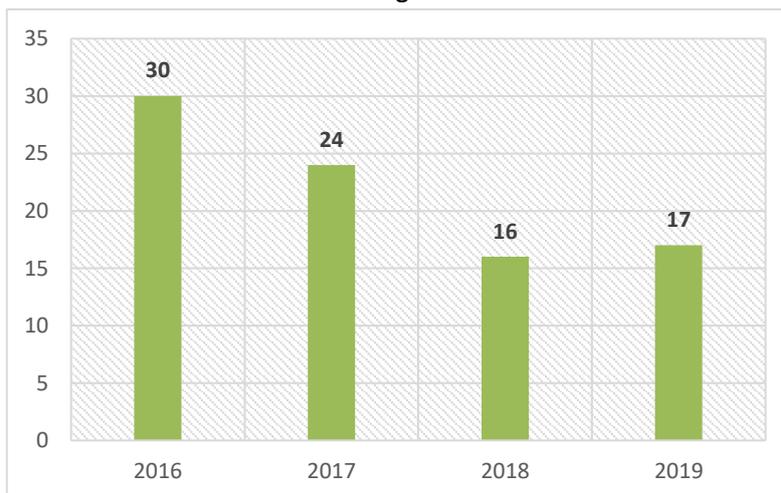
Gráfico 3.100. Construção de novos Sistemas de Abastecimento de Água.



Fonte: SESAI/MS.

Além das obras de construção de novos SAA, foram reformados/ampliados 87 Sistemas de Abastecimento de Água dos 2.377 existentes.

Gráfico 3.101. Reforma de Sistemas de Abastecimento de Água existentes.

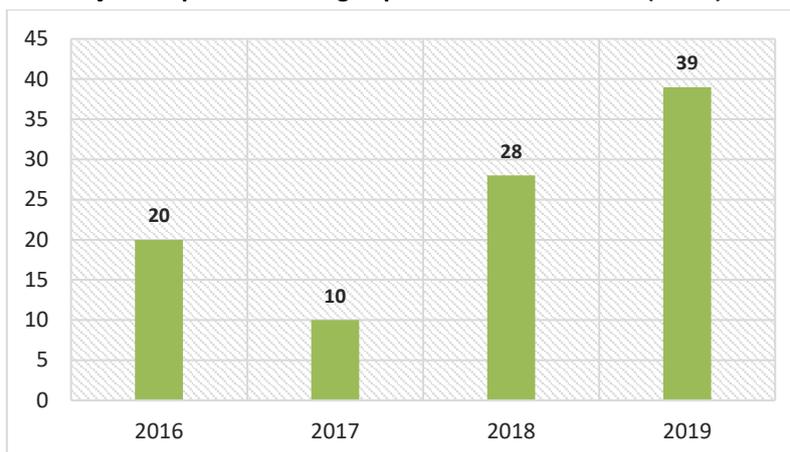


Fonte: SESAI/MS.

Na saúde indígena, a destinação final adequada de dejetos compreende um conjunto de ações descentralizadas relacionadas ao esgotamento sanitário nas aldeias, como por exemplo os Módulos Sanitários Domiciliares (MSD), fossas sépticas e sumidouros. Para que seja efetiva, a implantação desses sistemas deve vir acompanhada de atividades de educação em saúde, a fim de que os próprios usuários realizem a operação e a manutenção das estruturas. Entre 2016 e 2019 foram entregues obras de MSD em 53 comunidades.

O monitoramento da qualidade da água e o gerenciamento de resíduos sólidos em aldeias indígenas são ações de saneamento ambiental tão importantes quanto a execução de obras. A seguir, têm-se os dados resultantes do monitoramento da qualidade da água.

Gráfico 3.102. Aldeias com aferição da qualidade da água para consumo humano (em %).

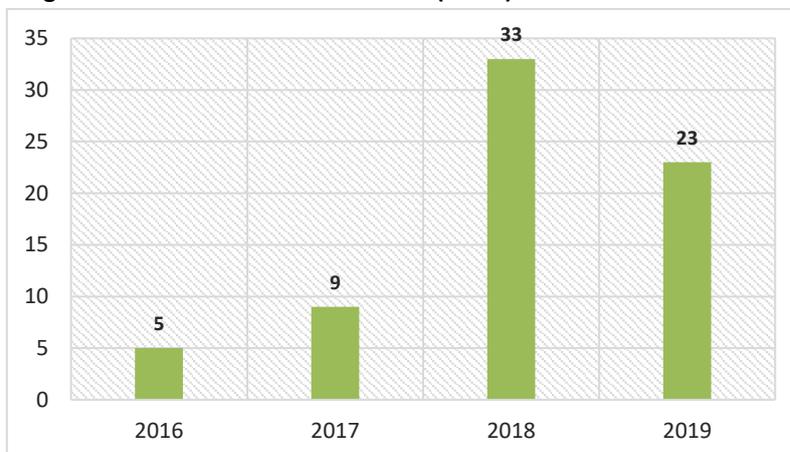


Fonte: SESAI/MS. Dados preliminares para 2019.

Outro eixo de saneamento desenvolvido em áreas indígenas é o Gerenciamento de Resíduos Sólidos (GRS), que em 2018 alcançou a cobertura de 1.141 aldeias indígenas.

A especificidade na área indígena obriga o MS a se organizar e a implementar medidas sanitárias apropriadas ao processo de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos sólidos e dos rejeitos, incitando a participação efetiva da população, bem como da gestão municipal correspondente à área de localização da comunidade indígena. Para tanto, as atividades promovidas incluem ações de educação em saúde no âmbito do GRS, além de incentivos ao reaproveitamento de resíduos, compostagem e parcerias com prefeituras.

Gráfico 3.103. Aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos (em %).



Fonte: SESAI/MS. Dados preliminares para 2019.

3.10. Assistência farmacêutica

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é parte integrante da Política Nacional de Saúde. Por sua vez, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional.

Adicionalmente, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) compreende a seleção e a padronização de medicamentos utilizados no âmbito do SUS e estabelece-se como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica. A Rename pode ser acessada pelo aplicativo MedSUS, o qual

disponibiliza, ainda, o Formulário Terapêutico Nacional (FTN), que pode ser usado para subsidiar prescrição, dispensação e uso racional dos medicamentos.

A Assistência Farmacêutica (AF) é financiada pelas três esferas de governo. No âmbito federal, entre as principais ações voltadas para o acesso e qualificação da AF, destacam-se a aquisição centralizada de medicamentos e insumos estratégicos, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS). O MS também atua, de forma complementar, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), financiando a aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

O CBAF garante o custeio e a distribuição de medicamentos e insumos essenciais destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso seguro e racional desses para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico e relacionadas a situações de vulnerabilidade social. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento e, por isso mesmo, abriga, de modo geral, medicamentos indicados para doenças mais complexas, bem como aqueles que são usados em casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento, estando as linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

O PFPPB disponibiliza medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, além de medicamentos com até 90% de desconto indicados para dislipidemia, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma. Pelo sistema de copagamento, o Programa oferece anticoncepcionais e fraldas geriátricas.

A Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF - têm o objetivo de garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Entre 2016-2019, foram apoiados 46 projetos para estruturação da assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos. Atualmente, 12 fitoterápicos fazem parte da Rename e, entre 2012-2019, 595 municípios dispensaram fitoterápicos. Considerando a biodiversidade brasileira, as pesquisas e o potencial de inovação na área e o foco no uso racional de medicamentos, a ampliação das opções terapêuticas a partir da ampliação do elenco de fitoterápicos na Rename é essencial. Nesse contexto, espera-se que a Política e o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos sejam fortalecidos, ampliando-se o número de municípios que desenvolvem ações relacionadas à política, com profissionais capacitados e que realizam a dispensação de fitoterápicos no âmbito do SUS.

O Programa Qualifar-SUS, instituído em 2012, é organizado em quatro eixos - Estrutura, Educação, Informação e Cuidado – e tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

O Eixo Estrutura do Qualifar-SUS vem, desde então, destinando aos municípios habilitados recursos financeiros de investimento e de custeio para estruturação dos serviços e ações da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos.

Atualmente, o Eixo Estrutura do Programa Qualifar-SUS conta com 2.862 municípios habilitados. Considerando o percurso de sete anos desde a implementação do Programa, destaca-se a necessidade de aprimorar a estratégia de qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Primária em Saúde,

especialmente no que se refere ao seu monitoramento e a sua avaliação, bem como ao estabelecimento de critérios de desempenho para estimular melhores resultados e o cumprimento dos objetivos do Programa.

No âmbito do CBAF, destaca-se o aumento da contrapartida federal do financiamento de R\$ 5,10 para R\$ 5,58 per capita/ano em 2017. No período de 2016 a 2019, foi ampliado por intermédio do CESAF o número de medicamentos para o tratamento da Brucelose, Toxoplasmose, Coqueluche, Tuberculose, Leishmaniose e Sífilis. Houve também o fornecimento de repelentes de uso tópico para prevenção e proteção para o *Aedes aegypti* como medida de enfrentamento da epidemia do vírus Zika. Atualmente, esse Componente contempla em seu elenco 77 fármacos em 126 apresentações farmacêuticas. Dentre esses, merece destaque o Palivizumabe, indicado para prevenção do Vírus Sincicial Respiratório na pediatria, cujo orçamento anual corresponde cerca de 33% do orçamento global do Componente.

Atualmente o CBAF possui uma lista com 87 fármacos do grupo 1A em 148 apresentações comerciais, que somados aos 07 fármacos oncológicos em 10 apresentações comerciais totaliza 94 fármacos em 158 apresentações de aquisição centralizada. Desses, 13 fármacos são objeto de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), incluindo cinco fármacos em sete apresentações farmacêuticas de medicamentos antineoplásicos para atender parte da Política Nacional de Combate e Prevenção do Câncer. Dentre as condições clínicas assistidas por medicamentos desse componente, destacam-se o uso de imunossupressores pós transplantes, a artrite reumatoide, espondiloartrites, doença de Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, esclerose sistêmica, esquizofrenia, epilepsia, mucopolissacaridoses, dentre outras. Em 2019, o Ministério da Saúde adquiriu 599.900.199 unidades de medicamentos, o que correspondeu a um gasto de R\$ 5,3 bilhões.

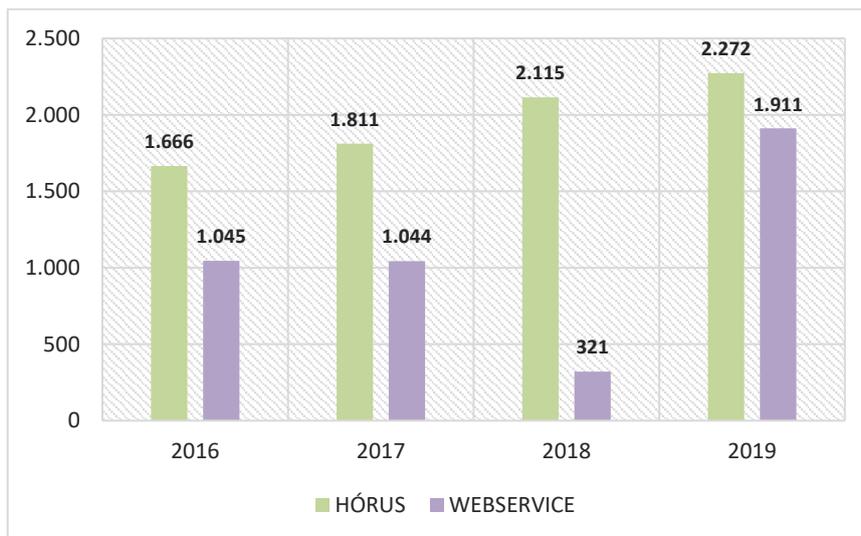
Quanto ao Programa Farmácia Popular, atualmente existem 31.055 estabelecimentos credenciados, distribuídos em 4.392 municípios (78,9%), e aproximadamente 54 milhões de usuários atendidos desde 2006.

Evidências demonstraram que o PFPB reduziu as internações hospitalares e mortalidade em relação à hipertensão e diabetes⁵. Observa-se, nesse sentido, a importância de ampliar a interface da AF com a Ciência de Dados para viabilizar a racionalização de recursos, o planejamento estratégico, a gestão de riscos e o monitoramento de ações que ampliem o acesso e uso racional de medicamentos pela população.

Diversas ações têm sido desenvolvidas para fortalecimento da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Bnafar), a qual integra as informações sobre posição de estoque, entrada, saída e dispensação de medicamentos no SUS. Desta forma, é essencial o envio de dados por meio do Sistema Hórus ou Webservice por municípios e estados brasileiros. Os gráficos 104 e 105 abaixo apresentam a série histórica de utilização de ambos.

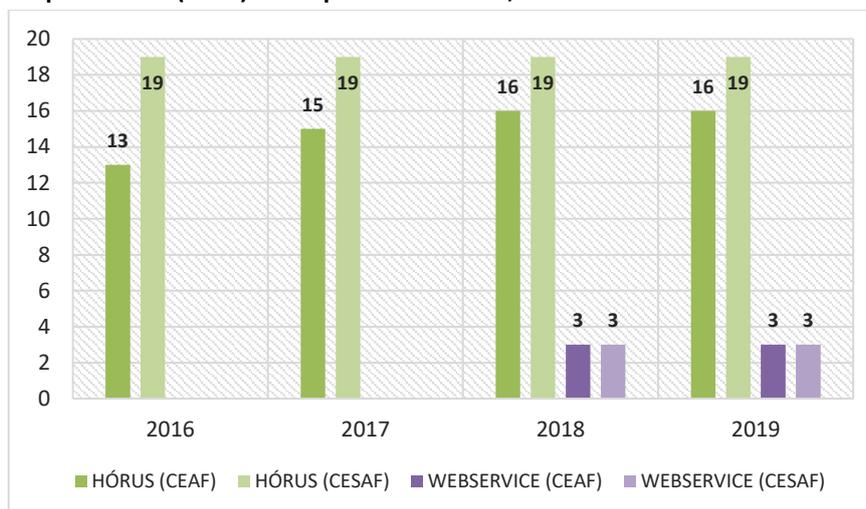
⁵ VIDOTTI, CARLOS CEZAR FLORES; BONFIM, A. ; GAMA, C. L. S. ; SILVA, D. ; ARAGAO, E. S. ; SANTOS, G. F. ; GUIMARAES, J. M. M. ; BERTOLDO, J. ; SANTOS, K. O. B. ; SOUZA, L. E. P. F. ; NATIVIDADE, M. S. ; SILVA, S. A. L. S. E. ; MENDES, V. A. O Programa Farmácia Popular - política para ampliação do acesso a medicamentos no enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. : il. ; FERREIRA, P. A. A. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre a saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. Revista do BNDES, Rio de Janeiro, n. 47, p. 67-117, 2017.; ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de; VIEIRA, Fabiola Sulpino; SÁ, Edvaldo Batista de. Os efeitos do acesso a medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular sobre a saúde de portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8977/1/AcessoSaude.pdf>)

Gráfico 3.104. Municípios brasileiros que utilizam o sistema Hórus e enviam dados do Componente Básico da AF pelo Webservice, entre 2016 e 2019.



Fonte: SCTIE/MS.

Gráfico 3.105. Unidades federativas brasileiras que utilizam o sistema Hórus e enviam dados dos Componentes Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF) da AF pelo Webservice, entre 2016 a 2019.



Fonte: SCTIE/MS.

Como desafios para o desenvolvimento das ações de AF destacam-se: i) a qualificação dos processos de gestão da AF visando à melhoria da seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos e insumos estratégicos; ii) a ampliação e garantia do acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, visando à melhoria da atenção à saúde e do Uso Racional de Medicamentos; iii) o fortalecimento da agenda de monitoramento e avaliação, e os sistemas de informação da AF; iv) a melhoria das ações de articulação nos territórios; v) a busca de novos critérios de equidade no financiamento da AF; vi) a promoção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, contribuindo com o desenvolvimento socioeconômico do país; vii) a ampliação do número de fitoterápicos na Rename e a qualificação dos profissionais de saúde, principalmente prescritores, em relação à segurança e efetividade dos fitoterápicos; ix) o aperfeiçoamento da estratégia de qualificação da Assistência Farmacêutica, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, proporcionando o aprimoramento do seu processo de monitoramento e avaliação e estimulando melhorias e resultados coerentes ao seu objetivo.

3.11. Vigilância em saúde

3.11.1. Imunizações

O Programa Nacional de Imunizações, criado em 1973, é considerado uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, tendo logrado nos seus 46 anos de existência êxitos concretizados pela eliminação da poliomielite e da circulação do vírus autóctone da rubéola e drástica diminuição da incidência de doenças imunopreveníveis, como difteria, tétano, coqueluche e meningites.

Os avanços na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis ao longo dos anos foram alcançados pelo desenvolvimento de diversas estratégias que combinaram ações de rotina e campanhas, além da ampliação da oferta de vacinas e de segmentos populacionais atendidos.

Tabela 3.25. Mudanças ocorridas no Calendário Nacional de Vacinação. Brasil, 2016 a 2018.

Ano	Vacina	Mudança
2016	Vacina oral poliomielite	Substituição da vacina oral poliomielite trivalente (VOPt) pela vacina oral poliomielite bivalente (VOPb)
	Vacina inativa poliomielite	Introdução da 3ª dose da vacina inativada poliomielite (VIP) no esquema primário de vacinação da criança
	Vacina hepatite B	Ampliação da oferta para toda a população
	Vacina hepatite A	Alteração da faixa etária de 12 meses para 15 meses
	Vacina pneumocócica 10v	Redução do esquema de três para duas doses
	Vacina HPV quadrivalente	Alteração do esquema de vacinação de 3 para 2 doses
	Vacina meningocócica C	Ampliação da oferta do reforço de 12 meses para até 4 anos de idade
2017	Vacina HPV quadrivalente	Ampliação para meninas de nove a 14 anos e introdução para meninos de 11 a 14 anos de idade. Contemplados também os grupos prioritários da população masculina de nove a 26 anos de idade vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos
	Vacina febre amarela	Indicação de dose única da vacina para todos os municípios das áreas com recomendação de vacinação (ACRV)
	Vacina meningocócica C conjugada	Disponibilização da vacina para adolescentes de 12 e 13 anos de idade
	Vacina tríplice viral	Introdução da segunda dose da vacina para a população de 20 a 29 anos de idade
	Vacina tetraviral	Ampliação da indicação da vacina até os 4 anos de idade
	Vacina dTpa	Ampliação do período de vacinação da gestante a partir da 20ª semana de gestação
	Vacina hepatite A	Ampliação da disponibilização da vacina para crianças até quatro anos de idade, antes recomendada apenas para crianças de até um ano de idade
2018	Vacina febre amarela	Ampliação das ACRV, com inclusão dos municípios dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia e ampliação para todos os municípios do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul
	Vacina varicela	Disponibilização da segunda dose da vacina varicela (atenuada) para crianças de 4 até 6 anos de idade
	Vacina meningocócica C conjugada	Ampliação da disponibilização da vacina para adolescentes de 11 a 14 anos e instituição de uma dose de reforço ou dose única, de acordo com situação vacinal

Em 2018, além das mudanças implementadas, foram realizadas duas campanhas nacionais de multivacinação para criança e adolescente; quatro campanhas nacionais de vacinação contra influenza; uma campanha nacional de vacinação contra a poliomielite e seguimento contra o sarampo para crianças de um a quatro anos de idade; uma campanha de mobilização e comunicação para a vacinação do adolescente contra HPV e Meningites; campanha nacional de mobilização contra o HPV; campanha de vacinação contra a febre amarela em São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia com uso de dose padrão e de dose fracionada; e instituído o Calendário de Vacinação do Indígena Isolado e de Recente Contato.

Em 2019 foi lançado o Movimento Vacina Brasil, uma campanha nacional para mobilizar a sociedade a contribuir para melhorar as coberturas vacinais. Além disso, foi realizada a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, a Campanha de Vacinação da Américas, o Movimento Vacina Brasil Fronteiras, a Campanha Nacional de Vacinação contra o Sarampo e a ampliação da oferta de vacina meningocócica ACWY para adolescentes de 11 e 12 anos de idade na rotina de vacinação.

Em 2019, a vacina meningocócica ACWY (conjugada) foi incorporada no Sistema Único de Saúde, nos Centro de Referências para Imunobiológicos Especiais (CRIE), contemplando os pacientes com Hemoglobínúria Paroxística Noturna (HPN) em uso de Eculizumabe, a partir de 14 anos de idade. Além disso, está prevista a introdução da referida vacina no Calendário Nacional de Vacinação para adolescentes de 11 e 12 anos de idade na rotina dos serviços de saúde. Neste mesmo ano também foi disponibilizada a vacina pneumocócica 13 valente, para pessoas acima de 5 anos de idade vivendo com HIV/Aids, transplantados de medula óssea, oncológicos e transplantados de órgãos sólidos, nos CRIE.

Em 2019, com o objetivo de ampliar as coberturas vacinais para o sarampo e a febre amarela, visando o controle dessas doenças imunopreveníveis em regiões de fronteira, foram realizadas duas etapas de intensificação vacinal. A primeira etapa ocorreu entre os dias 16 e 27 de setembro, contemplando os municípios de Ponta Porã, no Mato Grosso do Sul; Barracão e Foz do Iguaçu, ambas no Paraná; Dionísio Cerqueira, em Santa Catarina; e Barra do Quaraí, no Rio Grande do Sul. As cidades fronteiriças foram, Pedro Juan Caballero, no Paraguai; Bernardo de Irigoyen, na Argentina e Bela Unión, no Uruguai. A segunda etapa dessa ação ocorreu entre os dias 18 e 30 de novembro, nos seguintes municípios do Brasil: Santana do Livramento e Uruguaiana, no Rio Grande do Sul; Porto Murtinho e Corumbá, Mato Grosso do Sul; Guajará-Mirim, em Rondônia; Epitaciolândia e Brasiléia, no Acre; e Tabatinga, no Amazonas. Os municípios de países de fronteira foram: Rivera, no Uruguai; Paso de Los Libres, na Argentina; Carmelo Peralta, no Paraguai; Puerto Quijarro, Puerto Soares, Guayaramerín, Cobija, na Bolívia; e Letícia, na Colômbia.

Tabela 3.26. Doses aplicadas nas localidades participantes do Movimento Vacina Brasil nas Fronteiras.

Vacinas	Nº de doses aplicadas		Total
	Primeira etapa	Segunda etapa	
Tríplice viral	20.413	5.704	26.117
Febre amarela	10.141	3.427	13.568

Fonte: Planilhas do Movimento Vacina Brasil nas Fronteiras. Dados preliminares até 03/12/19.

Com relação ao sarampo, em 2016 o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a região das Américas foi declarada livre do sarampo. Anterior à certificação, os últimos casos no Brasil foram registrados em 2015, em surtos ocorridos nos estados do Ceará (211 casos), São Paulo (2 casos) e Roraima (1 caso).

Entretanto, em 2018 o país enfrentou a reintrodução do vírus, com a ocorrência de surtos em 11 UF, totalizando 10.346 casos confirmados. A reintrodução do vírus no país ocorreu principalmente devido às baixas coberturas vacinais e ao não cumprimento dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas. Em março de 2019, foi reestabelecida a transmissão endêmica do vírus do sarampo no país, após manutenção de uma mesma cadeia de transmissão por período superior a um ano. Até novembro, o Brasil confirmou 13.489 casos de sarampo, distribuídos em 23 UF.

Tabela 3.27. Distribuição dos casos confirmados de sarampo por UF de residência e coeficiente de incidência. Brasil, 2018 e 2019*.

Unidade Federada	2018		2019	
	Nº de casos	Coeficiente de incidência**/ 100.000 habitantes	Nº de casos	Coeficiente de incidência**/ 100.000 habitantes
RO	2	0,11	-	-
AM	9.809	240,38	4	0,21
RR	361	62,61	1	0,33
PA	83	0,97	88	3,83
AP	-	-	3	0,72
MA	-	-	7	0,54
PI	-	-	3	0,35
CE	-	-	7	0,27
RN	-	-	6	0,01
PB	-	-	40	2,42
PE	4	0,04	151	5,19
AL	-	-	14	1,05
SE	4	0,18	5	4,40
BA	6	0,04	35	1,07
MG	-	-	115	1,72
ES	-	-	2	0,57
RJ	20	0,12	155	1,45
SP	9	0,02	12.296	28,31
PR	-	-	429	8,89
SC	-	-	81	4,05
RS	47	0,41	36	1,48
MS	-	-	2	0,22
GO	-	-	4	0,29
DF	1	0,03	5	0,19
Total	10.346	4,96	13.489	9,59

Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS.

Os Estados de AC, MT e TO não constam da tabela porque não tiveram casos registrados nos dois anos.

*Dados até 29 de novembro de 2019.

** IBGE – Estimativa de população residente em 2018.

Em relação aos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas, de janeiro 2016 a novembro de 2019, a meta foi atingida em todos os anos da análise somente para o indicador de investigação oportuna. Em 2019, de acordo com os dados preliminares, o país atingiu a meta preconizada para taxa de notificação, investigação oportuna, coleta oportuna, casos encerrados por critério laboratorial e notificação negativa (Tabela 3.28).

Tabela 3.28. Indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas. Brasil, 2016 a 2019*.

Indicador	Meta	2016	2017	2018	2019*
Taxa de notificação sarampo	2 casos/100.000 hab.	1,2	1	9,6	26,2
Homogeneidade da cobertura vacinal	70%	58,6	44,34	55,48	28,71
Investigação Oportuna	80%	97,4	98,3	96	95,4
Coleta Oportuna	80%	96,8	82,8	71,5	93,0
Envio Oportuno	80%	56,6	62,1	55,5	71,8
Resultado Oportuno	80%	28,3	43,5	35	20,7
Casos Encerrados por laboratório	100%	95,4	87,5	34,7	83,3
Notificação Negativa	80%	63,9	68,4	81	92,0
Investigação Adequada	80%	71,5	28,9	41,4	71,0

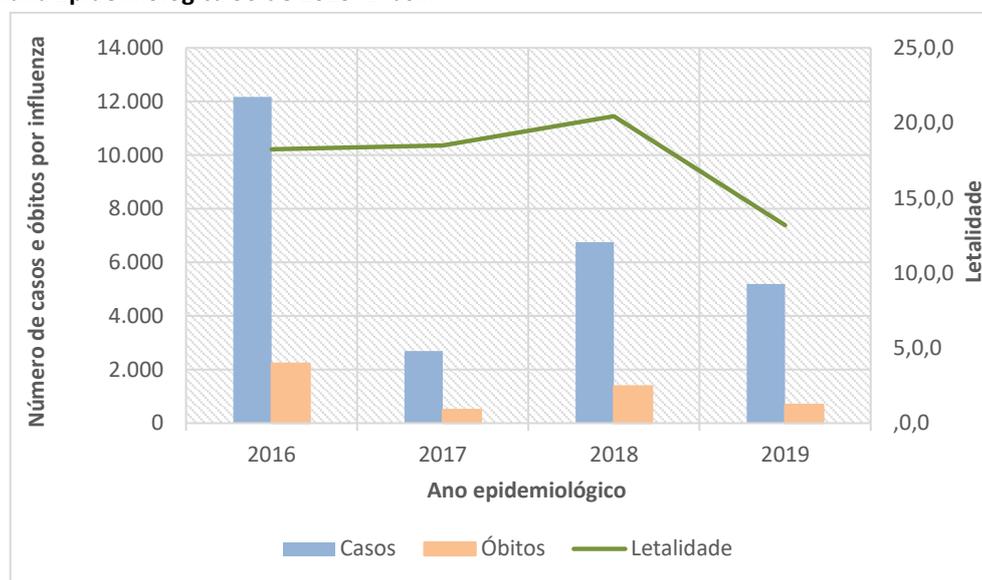
Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS * Dados até 29 de novembro de 2019.

Entre 2011 e 2014, período epidêmico da coqueluche, o coeficiente de incidência (CI) chegou a 4,2 por 100 mil habitantes. Entretanto, desde 2015 a coqueluche tem se mantido dentro do número esperado de casos, com decréscimo de 79% do CI em 2016 (CI: 0,6) em comparação a 2014 (CI: 4,2). Nos anos de 2017 e 2018, o CI foi de 1,0 caso por 100 mil habitantes.

De 2016 a 2019, foram notificados 25.740 casos suspeitos de coqueluche, dos quais 6.654 (26%) foram confirmados. Destes, 56% (3729/6654) ocorreram nos menores de um ano de idade e o CI foi de 32 casos por 100 mil habitantes nessa mesma faixa etária. Nesse período, a taxa de letalidade por coqueluche variou entre 1,0% a 1,8%.

A vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) foi implementada no Brasil em abril de 2009 em virtude da pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1) pdm09. E ao longo dos anos a vigilância dos casos de SRAG foi sendo fortalecida. De 2016 a 2019, foram notificados 27.363 casos de SRAG por influenza. Destes, 19% (5.212/27.363) evoluíram ao óbito. Observa-se que a letalidade dos casos de SRAG por influenza (casos graves) apresentou uma média de 19,1% nesse período (Gráfico 3.106).

Gráfico 3.106. Número de casos, óbitos e letalidade de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza, no período de 2016 até a Semana Epidemiológica 50 de 2019. Brasil.



Fonte: Sivep-gripe. Acesso em 17/12/2019.

No Brasil, a doença meningocócica (DM) é endêmica, com ocorrência esporádica de surtos em diferentes locais. Desde a introdução da vacina meningocócica C conjugada no calendário de vacinação da criança, em 2010, o coeficiente de incidência (CI) da doença em menores de cinco anos tem reduzido consistentemente, passando de 6,7 casos/100 mil habitantes, em 2010, para 2,0 casos/100 mil habitantes em 2018. A letalidade da doença é elevada, situando-se em torno de 25%.

A meningite causada por *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é a segunda maior causa de meningite bacteriana no País. Entre 2010 e 2018, o coeficiente de incidência médio foi de 0,5 casos por 100 mil habitantes, com letalidade média de 29%. A partir de 2010, houve a introdução da vacina pneumocócica 10-valente conjugada, sendo possível observar uma redução importante na incidência de casos da doença em menores de um ano, passando de 6,8 casos/100 mil hab., em 2010, para 2,8 casos/100 mil hab. em 2018.

Até a década 1990, o *Haemophilus influenzae* era a segunda causa mais comum de meningite bacteriana. Após a introdução da vacina conjugada contra o *Haemophilus influenzae* (Hi) sorotipo b no Calendário Nacional de Vacinação em meados de 1999, observou-se redução acima de 90% no CI da doença. Entre os anos de 2010 e 2018, o CI médio da doença na população em geral foi de 0,03 casos por 100 mil habitantes. As crianças

menores de um ano de idade permanecem sendo o principal grupo de risco, com CI médio de 1,5 caso por 100 mil habitantes.

O Programa Nacional de Imunizações estabelece metas para as coberturas vacinais no país, sendo preconizadas para a maioria das vacinas o alcance de pelo menos 95%, com exceção das vacinas BCG e rotavírus, cujas metas são de 90% para cada uma.

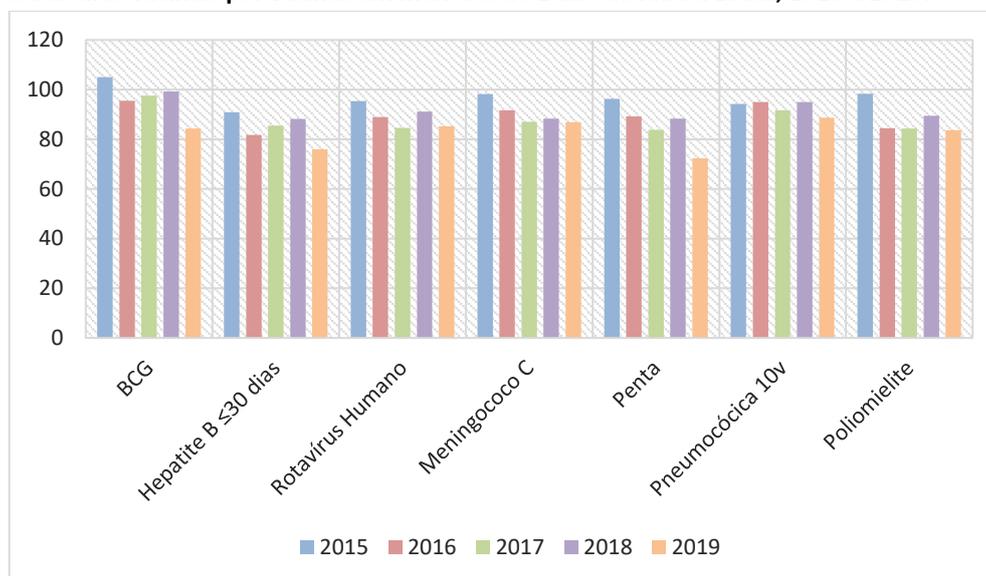
Em 2015, as coberturas vacinais para menores de 1 ano de idade ficaram acima de 95%, excetuando a vacina hepatite B em crianças até 30 dias de vida e a vacina pneumocócica 10 valente, que alcançaram coberturas de 90,9% e 94,2%, respectivamente. Entre 2016 e 2018, somente para a vacina BCG houve alcance da meta de cobertura vacinal em todos os anos. Vale destacar que as vacinas BCG e hepatite B possuem indicação de administração simultânea, porém enquanto a primeira apresenta as mais elevadas coberturas em todos os anos, a segunda vem apresentando coberturas abaixo de 90% (gráfico 3.107).

Em 2015, a vacina hepatite e a Dose 1 (D1) da vacina tríplice viral alcançaram a meta para crianças com 1 ano de idade, com 96,30% e 96,07%, respectivamente. Em 2016, a meta foi alcançada somente na D1 da vacina tríplice viral, com 95,41%. Nos demais anos, não houve cumprimento da meta para nenhuma vacina. (Gráfico 3.108).

Para a homogeneidade de coberturas vacinais (difteria, tétano, coqueluche, *Haemophilus influenzae* B e hepatite B - DTP/HB/Hib), a proporção de municípios com 95% de cobertura vacinal para cada uma das quatro vacinas vem apresentando decréscimo a partir 2015 e em nenhum dos anos houve o alcance de 70% dos municípios com as coberturas vacinais de 95%. Nos anos subsequentes, a homogeneidade de coberturas vacinais ficou abaixo de 65% (Gráfico 3.109).

Quanto à homogeneidade entre as vacinas pentavalente, pneumocócica, poliomielite e tríplice viral (para D1), em 2018 apenas 2.280 dos 5.570 municípios (40,9%) alcançaram a meta estabelecida, ressaltando-se que 1.541 municípios (27,6%) não alcançaram a meta para nenhuma das quatro vacinas no ano.

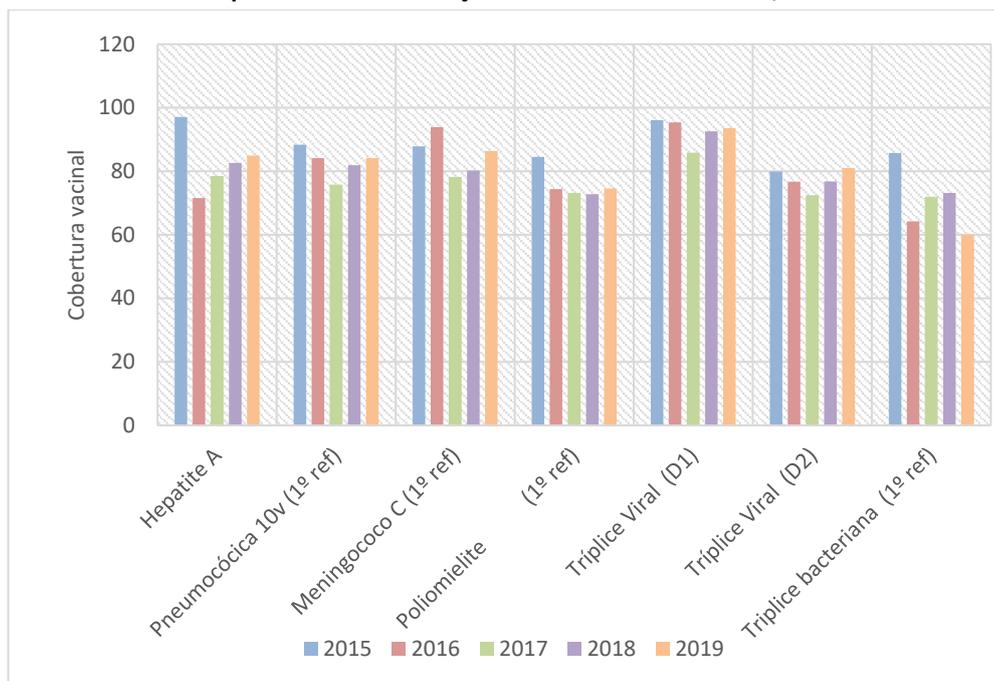
Gráfico 3.107. Coberturas vacinais por vacinas em menores de 1 ano de idade. Brasil, 2015 a 2019.*



Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>

*Dados preliminares de janeiro a novembro de 2019. Atualizado em: 19/12/2019.

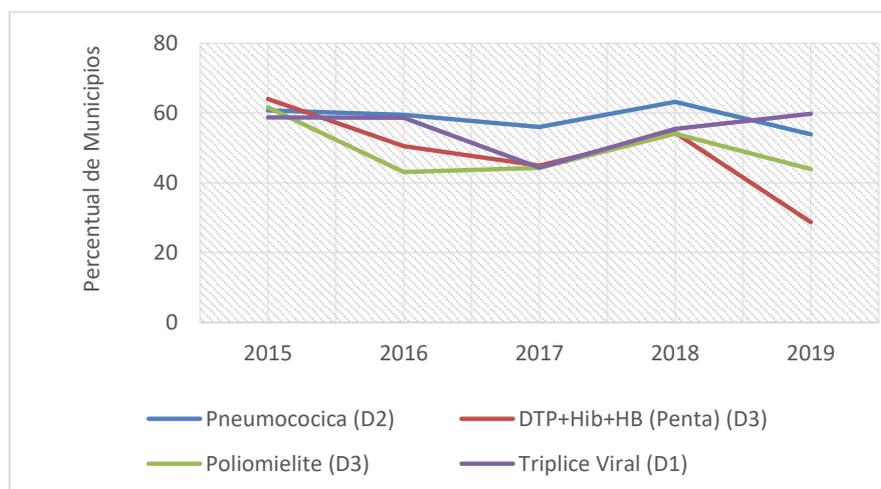
Gráfico 3.108. Coberturas vacinais por vacinas em crianças de 1 ano de idade. Brasil, 2015 a 2019*.



Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>

*Dados preliminares de janeiro a novembro de 2019. Atualizado em: 19/12/2019.

Gráfico 3.109. Homogeneidade de coberturas vacinais por vacinas selecionadas em crianças de 1 ano de idade ou menos. Brasil, 2015 a 2019*.



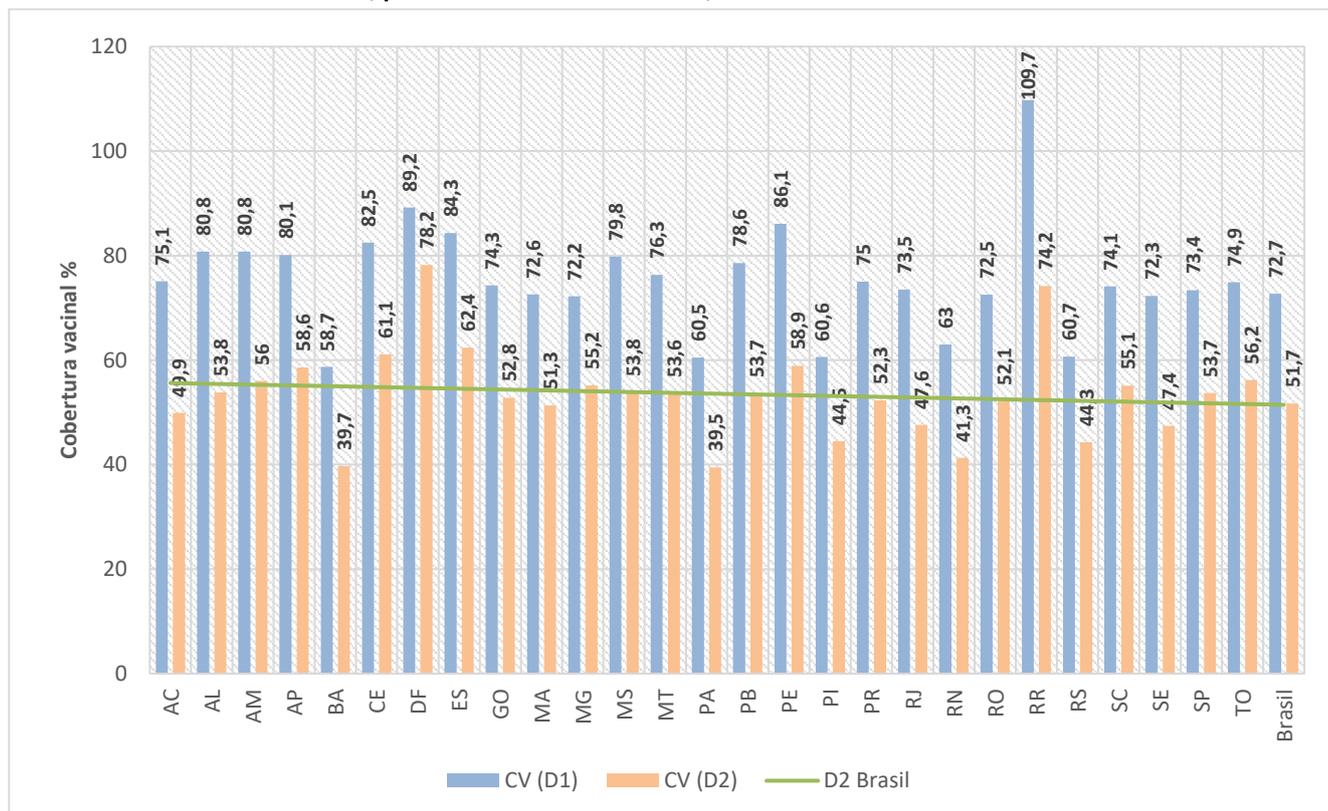
Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>

*Dados preliminares de janeiro a novembro de 2019. Atualizado em: 19/12/2019.

A vacinação da Papiloma Vírus Humano para meninas apresentou, entre 2013 e 2018, coberturas vacinais de 72% para a dose 1 (D1) e 51,5% para a dose 2 (D2), percentuais abaixo de 80% estabelecido como adequado pelo PNI. As coberturas vacinais com a D1 nas meninas variaram de 58,7% a 109%, na Bahia e em Roraima, respectivamente. Em relação à D2, nenhuma UF alcançou a meta de 80% de cobertura (Gráfico 3.110).

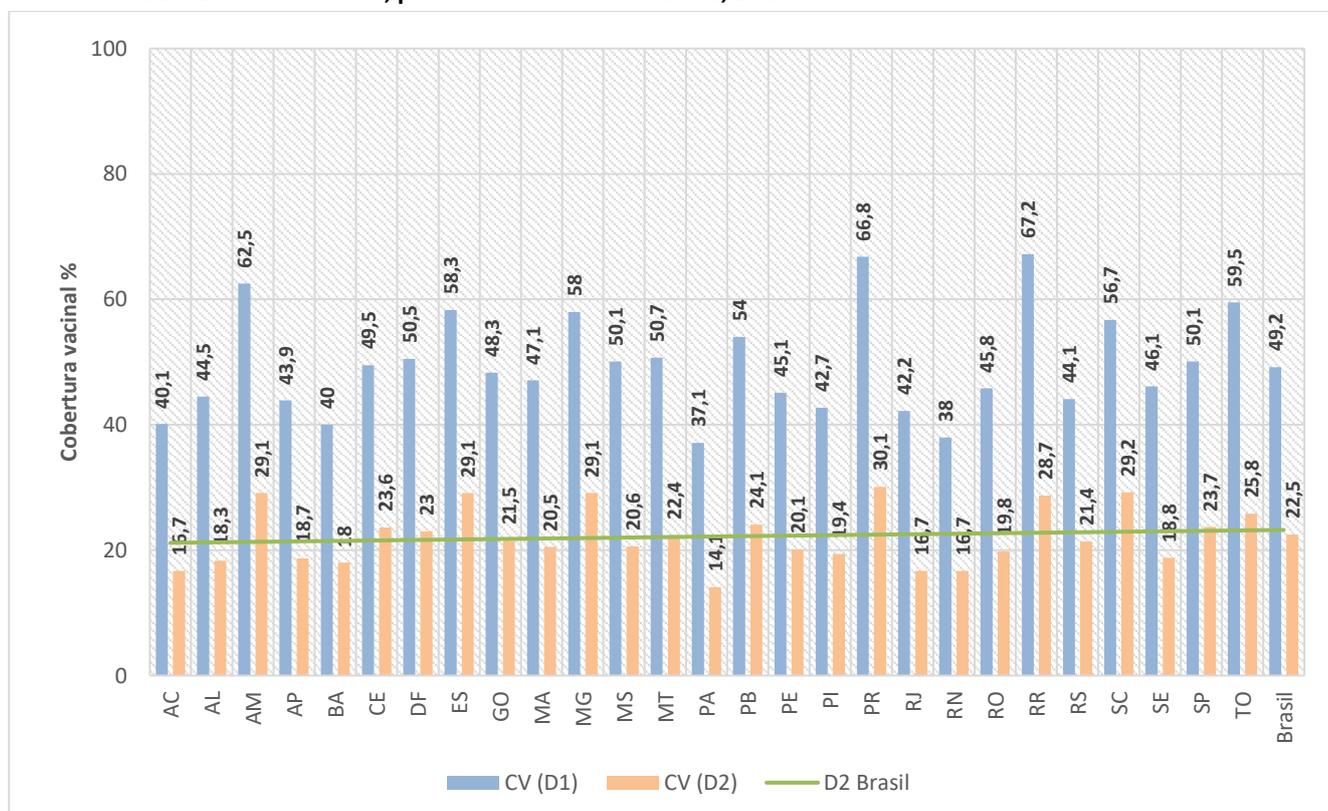
As coberturas vacinais para os meninos de 11 a 14 anos de idade, no mesmo período, apresentaram resultados bem abaixo da meta para ambas as doses do esquema vacinal. A D1 apresentou 49% de cobertura e a D2, 22,5%. A variação por UF com a D1 foi de 37,1% no Pará a 67,2% em Roraima; com a D2, a variação foi de 14% no Pará e 30,17% no Paraná (Gráfico 3.111).

Gráfico 3.110. Coberturas vacinais com primeiras e segundas doses acumuladas* da vacina Papiloma Vírus Humano em meninas de 9 a 15 anos de idade, por Unidade Federada. Brasil, 2013 a 2018.



Fonte: <http://pni.datasus.gov.br>. *Doses acumuladas 2013 a 2018.

Gráfico 3.111. Coberturas vacinais com primeiras e segundas doses acumuladas* da vacina Papiloma Vírus Humano em meninos de 11 a 14 anos de idade, por Unidade Federada. Brasil, 2018.



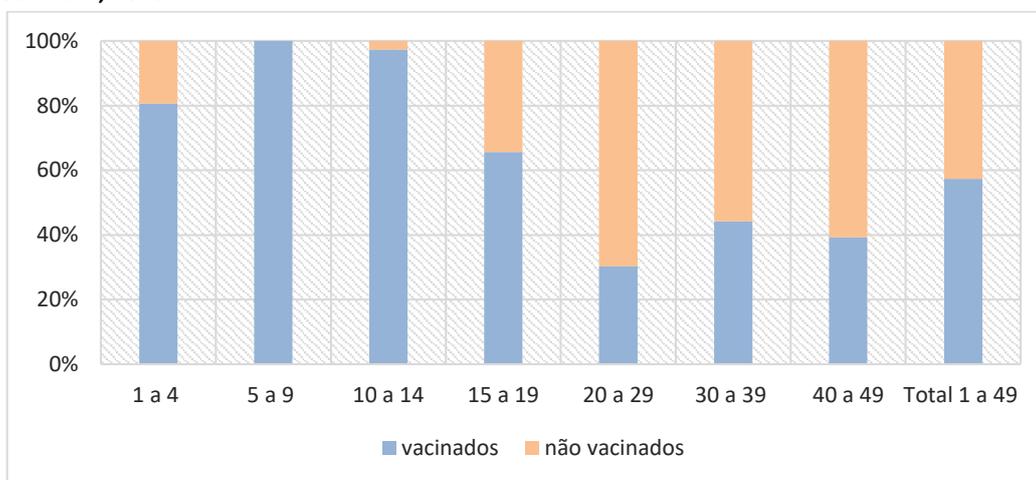
Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>. *Dados preliminares de janeiro a dezembro de 2018.

Em relação às coberturas vacinais com primeiras doses acumuladas da vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) desde janeiro de 2000 a junho de 2019, por grupos de idade, constatou-se que as coberturas

são heterogêneas entre as faixas etárias. As maiores coberturas foram na faixa etária de 5 a 9 anos e 10 a 14 anos de idade, atingindo respectivamente 100% e 97% de cobertura vacinal. Os adolescentes de 15 a 19 anos de idade e os adultos jovens de 20 a 29 anos de idade apresentaram cobertura vacinal de 65% e 30% respectivamente, demonstrando persistência de grupos populacionais suscetíveis (Gráfico 3.112).

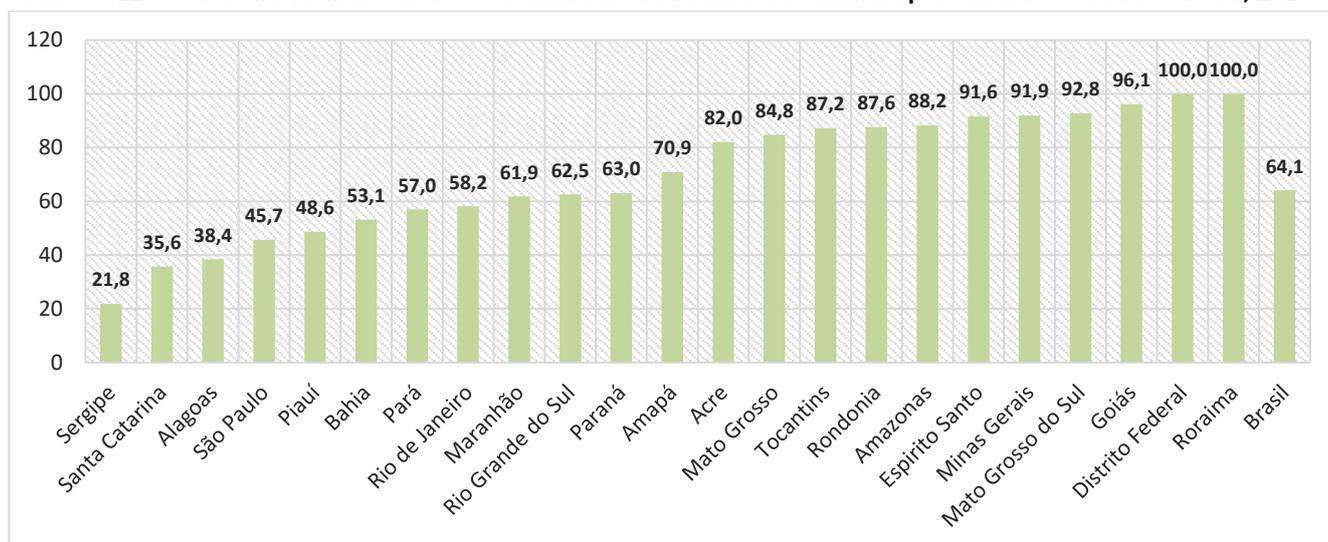
De 2008 a 2018, as coberturas vacinais com doses acumuladas da vacina febre amarela mostraram-se heterogêneas. Em parte, essa heterogeneidade é justificada devido ao período e ao total de habitantes (população alvo) dos municípios em cada UF que passaram a compor as áreas com recomendação de vacinação (ACRV). Portanto, não podem ser perfeitamente comparáveis. Verificou-se cobertura de 100% em Roraima e no Distrito Federal, que historicamente compõem a ACRV, e baixas coberturas nos estados de Sergipe e Alagoas, que tiveram em 2017 inclusão de um município cada na ACRV (Gráfico 3.113).

Gráfico 3.112. Número de vacinados e coberturas vacinais com doses acumuladas da vacina tríplice viral na rotina por grupos etários. Brasil, 2019*.



Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>. *Dados atualizados em 24/10/2019.

Gráfico 3.113. Cobertura vacinal com doses acumuladas da vacina febre amarela por Unidade Federada e Brasil, 2018*.



Fonte: <http://pni.datasus.gov.br>.

Os Estados de CE, PB, PE e RN não constam do gráfico porque não eram áreas de recomendação de vacinação até 2018.

*Doses acumuladas de 2008 a 2018.

3.11.2. Emergências em Saúde Pública

Uma emergência em saúde pública (ESP) caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população.

Dentre as estratégias para a gestão de ESP no país estão os Centros de Operações de Emergência em Saúde (COES), que têm por objetivo promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos. A sua estruturação permite a análise dos dados e das informações para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos, na definição de estratégias e ações adequadas e oportunas para o enfrentamento de ESP. Entre os COES se destacam: inundações em todas as regiões do país, com mais intensidade nas regiões Sudeste e Nordeste; inundações e deslizamentos de terra no estado de Santa Catarina; inundações nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo Enxurradas e deslizamento de terra na Região Serrana do Rio de Janeiro; inundações no estado do Acre; inundações no estado do Amazonas; inundações na Região Norte: estados de Rondônia e Acre; inundações e enxurradas nos estados do Amazonas, Alagoas, Pernambuco, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; e rompimento de barragem de rejeitos de mineração da empresa Vale - Brumadinho/MG.

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-Nacional), foi instituído em 2005 como a unidade operacional para organizar e responder às demandas como ponto focal nacional do Regulamento Sanitário Internacional (PFN-RSI). Além da atribuição internacional, o CIEVS-Nacional realiza comunicação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com o objetivo de detectar, monitorar e responder em tempo oportuno aos eventos de saúde (inusitados, inesperados ou com alterações no padrão epidemiológico) e avaliar se os mesmos apresentam importância em saúde pública de caráter nacional ou internacional. Outra atribuição do CIEVS Nacional é a formação de uma rede de detecção, monitoramento e resposta às emergências em saúde pública no âmbito do SUS, por meio da Rede CIEVS, que é composta por 26 CIEVS Estaduais, 26 CIEVS Municipais e 1 CIEVS de Fronteira em Foz do Iguaçu/PR.

3.11.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador

A estratégia de Vigilância em Saúde do Trabalhador configura-se como linha condutora para alcance da atenção integral a essa população. Parte dessa estratégia inclui o fortalecimento da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), criada em 2002, e que tem os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) como componentes essenciais para disseminação e qualificação das ações em toda Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Atualmente existem 213 Centros habilitados abrangendo 4.237 municípios e quase 80 milhões da população econômica ativa ocupada (PEAO). Porém, a cobertura efetiva apresenta diferenças loco-regionais, relacionadas tanto ao quantitativo de municípios e de população abrangida por cada Cerest quanto ao modelo de atuação dos referidos Centros.

3.12. Vigilância Sanitária

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) compõe o Sistema Único de Saúde como coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e está presente em todo o território nacional por meio das Coordenações de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (CVPAF). É competência da Agência promover e proteger a saúde da população por meio do controle sanitário na produção, na comercialização e no uso de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, até mesmo

nos ambientes, nos processos, nos insumos e nas tecnologias a eles relacionados. A Anvisa tem como responsabilidade também o controle sanitário de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.

3.12.1. Registro e Autorizações

3.12.1.1. Alimentos

A maioria das categorias de alimentos segue um rito simplificado para sua regularização e estão dispensadas da obrigatoriedade de avaliação da Anvisa antes da sua entrada no mercado. Atualmente, o registro é uma obrigação para os seguintes grupos ou categorias de produtos: fórmulas, alimentos de transição e alimentos à base de cereais destinados a crianças menores de 3 anos; fórmulas enterais, que são produtos usados por pessoas com estado de saúde vulnerável; suplementos a base de enzimas e probióticos, que requerem a comprovação da segurança e eficácia; embalagens que usam material reciclado que são descontaminados para uso em alimentos; e novos alimentos e alimentos com alegação, que também requerem comprovação da segurança e eficácia.

A tabela abaixo apresenta os registros concedidos, por categorias de produtos, de 2016 até junho de 2019. É necessário esclarecer que em julho de 2018 houve uma importante mudança nas normas de alimentos, com a criação da categoria de suplementos alimentares, entre eles os suplementos de probióticos e enzimas. Em consequência, muitos dos produtos que eram registrados como novos alimentos e alimentos com alegação passaram a ser enquadrados como suplementos alimentares e dispensados de registro. Isso explica a queda no número de registros concedidos para essas categorias a partir de 2018. Essa mudança também explica os resultados na concessão de registro da categoria de suplementos de probióticos e enzimas, criada somente em julho de 2018.

Tabela 3.29. Registros de alimentos concedidos entre 2016 a 2019, por categoria.

Categoria de produtos	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Alimentos infantis	40	30	129	67	266
Fórmulas enterais	23	23	30	13	89
Embalagens recicladas	2	4	6	6	18
Novos alimentos e alimentos com alegação	321	348	228	7	904
Suplementos de probióticos e enzimas	NA*	NA*	1	20	21
TOTAL	386	405	394	113	1.298

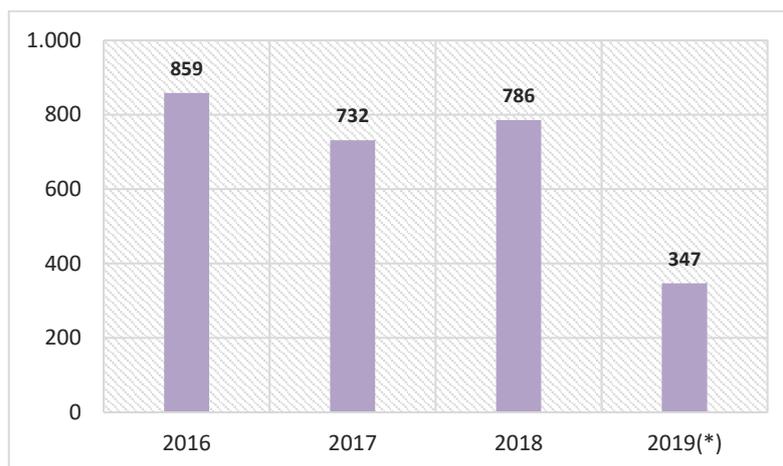
*NA – Não se Aplica

Fonte: Sistema de Produtos e Serviços sob Vigilância – DATAVISA

3.12.1.2. Medicamentos

A Anvisa analisa as solicitações de regularização de medicamentos e produtos biológicos submetidos pelo setor regulado, manifestando-se sobre sua concessão ou não com base no atendimento à legislação vigente. Os gráficos a seguir apresentam os resultados encontrados de 2016 a junho/2019.

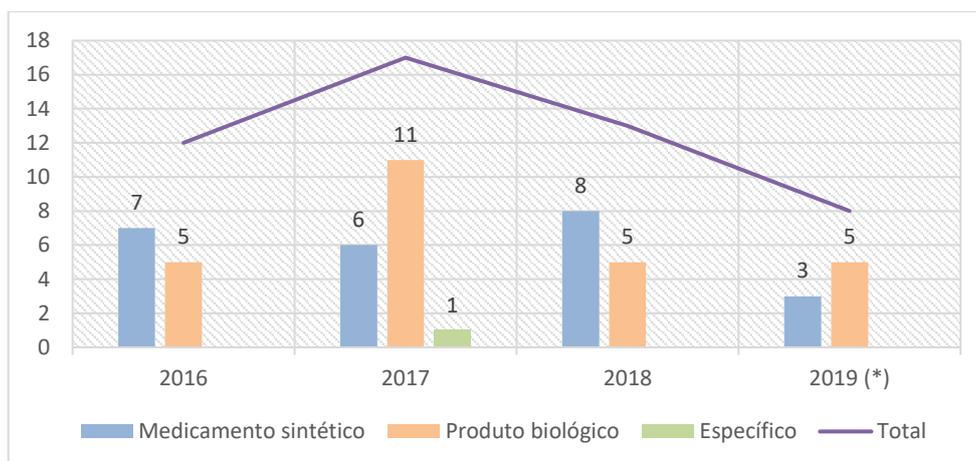
Gráfico 3.114. Número de registros de medicamentos, produtos biológicos e insumos farmacêuticos ativos concedidos, 2016 a 2019*.



*Os dados de 2019 são preliminares (até 30/06/2019).

Desde 2017, a Anvisa possui regra específica para o registro de novos medicamentos e para a anuência de ensaios clínicos envolvendo medicamentos destinados a tratamento, diagnóstico ou prevenção de doenças raras, adotando procedimento especial para registro desses medicamentos, possibilitando maior agilidade no registro e estimulando laboratórios a conduzir pesquisas clínicas no Brasil.

Gráfico 3.115. Número de registros concedidos de medicamentos e produtos biológicos para doenças raras, 2016 a 2019*.



*Os dados de 2019 são preliminares (até 30/06/2019).

3.12.1.3. Produtos para Saúde

A Anvisa também se dedica à regularização de produtos para a saúde, nome dado aos dispositivos médicos utilizados na realização de procedimentos médicos, odontológicos e laboratoriais, para prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção.

Tabela 3.30. Número de produtos para saúde novos regularizados por classificação de risco, 2016 a 2019.

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Todos
2016	2.044	2.093	709	306	5.152
2017	1.928	2.644	763	349	5.684
2018	2.104	2.635	761	388	5.888
2019	1.969	1.709	387	137	4.202

Obs.: Os produtos para saúde nas classes de risco I e II são considerados de baixo risco, enquanto que os classificados nas classes de risco III e IV são considerados de alto.

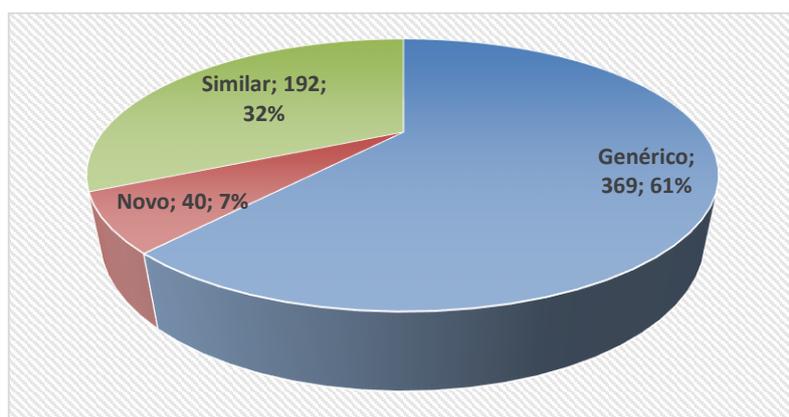
3.12.2. Fiscalização e Monitoramento

3.12.2.1. Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos

O Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos (PROVEME) é um importante instrumento de fiscalização e monitoramento para promover a melhoria contínua da qualidade dos medicamentos disponibilizados para o consumo no Brasil. No total, foram emitidos 601 laudos analíticos no ciclo 2016-2018 do PROVEME.

Os medicamentos sintéticos alopáticos investigados durante o PROVEME 2016-2018 podem ser classificados em três categorias: novos, genéricos e similares.

Gráfico 3.116. Quantidade de medicamentos sintéticos alopáticos investigados durante o ciclo 2016-2018 do PROVEME conforme categoria.



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

3.12.2.2. Fiscalização de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária

As ações correspondem às atividades de auditoria, inspeção, investigação de queixa técnica e adoção de medidas sanitárias para mitigação do risco sanitário.

Tabela 3.31. Número de inspeções nacionais e internacionais, por tipo de produto sob vigilância sanitária, 2016 a 2019.

Produto	2016	2017	2018	2019**	Total
Produto para saúde	218*	288	104	64	674
Medicamento	183	164	139	73	559
IFA	88	75	75	30	268
Alimento***	2	2	1	1	6
Cosmético****	1	4	1	7	13
Saneante****	0	1	6	6	13
Total	492	534	326	181	1.533

Obs.: IFA – insumo farmacêutico ativo.

* No ano de 2016, somente estão disponíveis informações de inspeções internacionais realizadas pela Anvisa.

** Até julho de 2019.

*** A certificação de Boas Práticas de Fabricação (BPF) para alimentos em território nacional não está prevista em legislação.

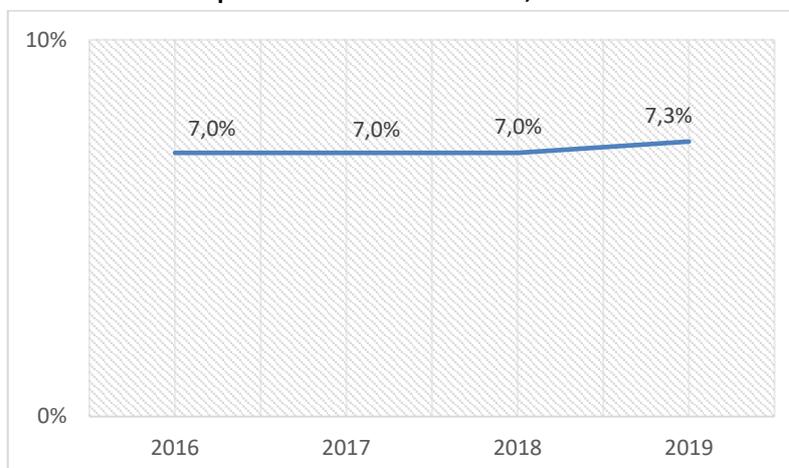
**** A certificação de BPF não é obrigatória para empresas de cosméticos e saneantes, porém está prevista na legislação vigente, dessa forma, havendo interesse das empresas, a solicitação é possível. Não há inspeção internacional de cosméticos.

3.12.2.3. Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados

A Anvisa exerce a fiscalização e o monitoramento em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, abrangendo meios de transporte, produtos e serviços. Também fiscaliza o cumprimento de normas e adota medidas de prevenção e controle de surtos, epidemias e outros agravos à saúde.

O índice de risco sanitário nos pontos de entrada do Brasil (portos, aeroportos e fronteiras), medido a partir das ações de inspeções realizadas na infraestrutura, tem se mantido dentro do esperado, aproximadamente 7,0% ao ano.

Gráfico 3.117. Índice de risco sanitário nos pontos de entrada do Brasil, 2016 a 2019.



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

3.13. Gestão em saúde

3.13.1. Recursos Financeiros – SPO/SE

No âmbito dos processos de gestão, a questão do financiamento e do padrão do gasto é fundamental para o desenvolvimento das demais atividades inerentes ao SUS. Desde a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, a União deve aplicar um montante mínimo que vem variando em consequência de sucessivos instrumentos legais. A LC nº 141/2012 regulamentou a EC nº 29, manteve a indexação à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) e, principalmente, definiu o rol de ações e serviços públicos de saúde. A modificação da condição de indexação ao PIB para a vinculação à Receita Corrente Líquida (RCL) da União ocorreu por meio da EC nº 86, aprovada em 17/03/2015, que vinculou percentuais aos recursos para o setor.

Mais recentemente, foi criado um novo parâmetro de disponibilização de recursos da União para o SUS. Neste sentido, esse novo dispositivo constitucional modificou a determinação anterior da EC nº 86/2015, que escalonou percentuais da Receita Corrente Líquida de 13,2% em 2016 até 15% em 2020, passando a vigorar a correção anual, pelo IPCA, do montante de 15% da RCL de 2017, como piso mínimo das despesas da saúde em 2018, com aplicações subsequentes até 2036 do mesmo fator de correção anual. Esse contexto induz o Ministério da Saúde a aprimorar sua capacidade de gestão, de forma a aperfeiçoar critérios de priorização, qualificação do gasto setorial e criar sinergia entre a programação prioritária e as proposições apresentadas ao Orçamento Geral da União, por meio de emendas parlamentares com tipologias diversas, no sentido de somar esforços para potencializar os resultados positivos da atuação setorial, diante da realidade conjuntural de limitações nas disponibilidades financeiras.

Com relação ao rateio dos recursos da União, vinculados a ações e serviços públicos de saúde, a LC nº 141 estabelece que, além dos critérios fixados no parágrafo anterior, devam ser observadas as necessidades de saúde da população, levando em consideração as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica e espacial, além da capacidade de oferta, em consonância com o propósito de redução das desigualdades regionais, intenção estabelecida no Inciso II, Parágrafo 30 do Art. 198 da Constituição Federal.

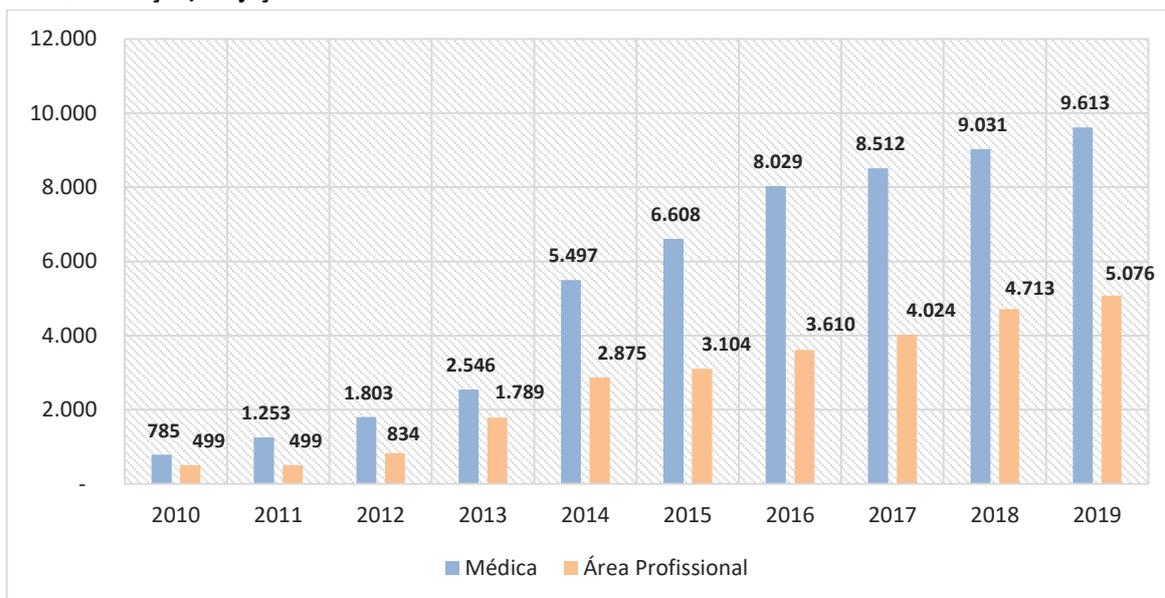
No entanto, ainda se observam fragilidades na execução descentralizada, principalmente com relação à modalidade de transferência dos mais de 43% do total dos gastos públicos em Ações e Serviços Públicos de Saúde de responsabilidade da esfera federal. Para atender à reivindicação recorrente das demais esferas administrativas, devido ao alegado e crescente grau de rigidez do Orçamento Federal, em dezembro de 2017 o MS publicou a Portaria nº 3.992, que modificou o modo como os recursos federais devem ser repassados a estados e municípios, favorecendo a flexibilidade para a gestão financeira dos entes federativos, observada a vinculação com a funcional-programática da União que originou o repasse dos recursos. Essa nova forma de execução das transferências converteu os repasse dos seis Blocos de Financiamento em duas modalidades de repasse: custeio e investimento.

3.13.2. Gestão do trabalho e da educação em saúde

O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) prevê a ampliação da oferta de bolsas de residência médica em especialidades e regiões prioritárias para o SUS.

As atividades estiveram voltadas para o incremento da formação de especialistas na modalidade Residência Médica e Residência em Área Profissional de Saúde.

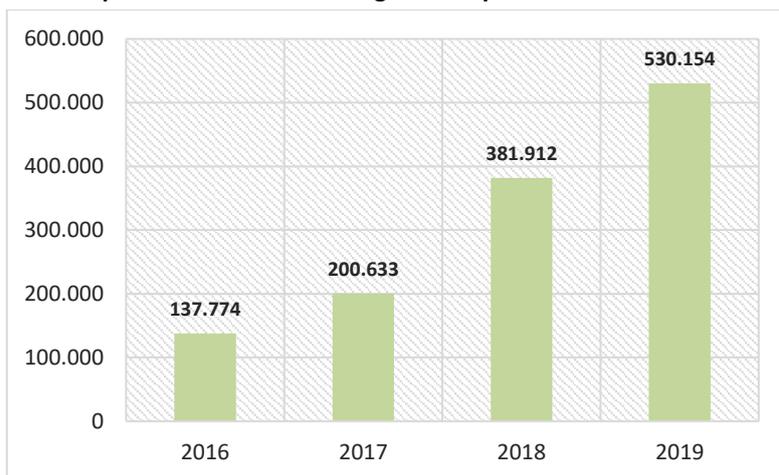
Gráfico 3.118. Evolução/Projeção de bolsas ofertadas de R1 no Pró-Residência entre 2010 e 2019.



Fonte: Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde – DEGTS/SGTES.

Quanto à qualificação dos profissionais de saúde e gestores em processos de educação, foram oferecidos cursos nas diversas áreas da saúde, sendo elaborados por instituições de ensino para formação, qualificação, especialização *lato sensu* e *stricto sensu* voltados para estudantes de nível técnico, graduação, pós-graduação, gestores, docentes, trabalhadores e profissionais da área da saúde. De janeiro de 2016 a dezembro de 2019 foram qualificadas 1.250.473 pessoas.

Gráfico 3.119. Evolução do nº de profissionais de saúde e gestores qualificados.

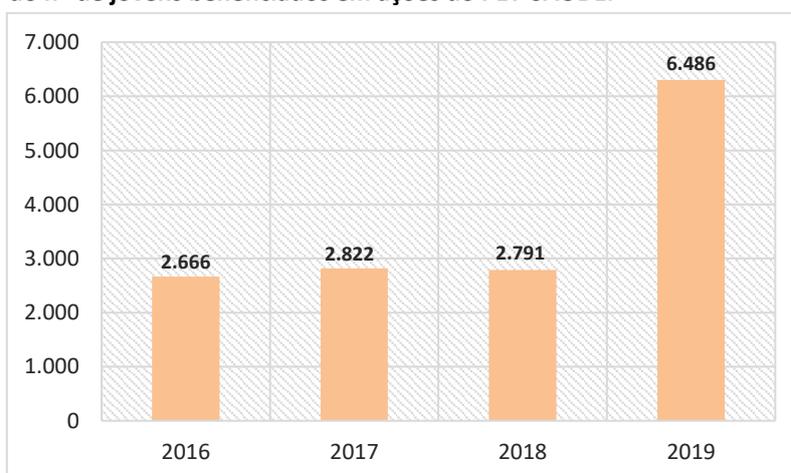


Fonte: AVASUS e UNASUS.

O Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde) tem como pressuposto a educação pelo trabalho, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde. Com objetivo de fortalecer a qualificação para a formação em saúde, foi lançado em 2015 o 8º edital do PET-Saúde/GraduaSUS, que teve como foco a mudança curricular alinhada às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área da saúde e a qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade articuladas entre o SUS e as instituições de ensino. Os 105 projetos aprovados tiveram início em maio de 2016 e término em abril de 2018. O edital beneficiou 8.279 pessoas no âmbito da integração ensino e serviço.

Em continuidade a esta ação, em julho de 2018 foi publicado o 9º Edital do PET – Saúde/Interprofissionalidade, com objetivo de selecionar projetos que promovam a integração ensino-serviço-comunidade, com foco no desenvolvimento do SUS, a partir de elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP), com vistas à implementação dos projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação da área de saúde nessa abordagem. Foram selecionados 120 projetos e a execução das atividades teve início em de abril de 2019, beneficiando 6.486 pessoas até dezembro de 2019.

Gráfico 3.120. Evolução do nº de jovens beneficiados em ações do PET-SAÚDE.



Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde.

3.13.3. Iniciativas para aprimorar a gestão do SUS

O Programa Telessaúde Brasil Redes tem como finalidade a expansão e a melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua interação com os demais níveis de atenção,

fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Fornece aos profissionais e trabalhadores das RAS os serviços de Teleconsultoria síncrona e assíncrona, Telediagnóstico, Segunda Opinião Formativa e Tele-educação.

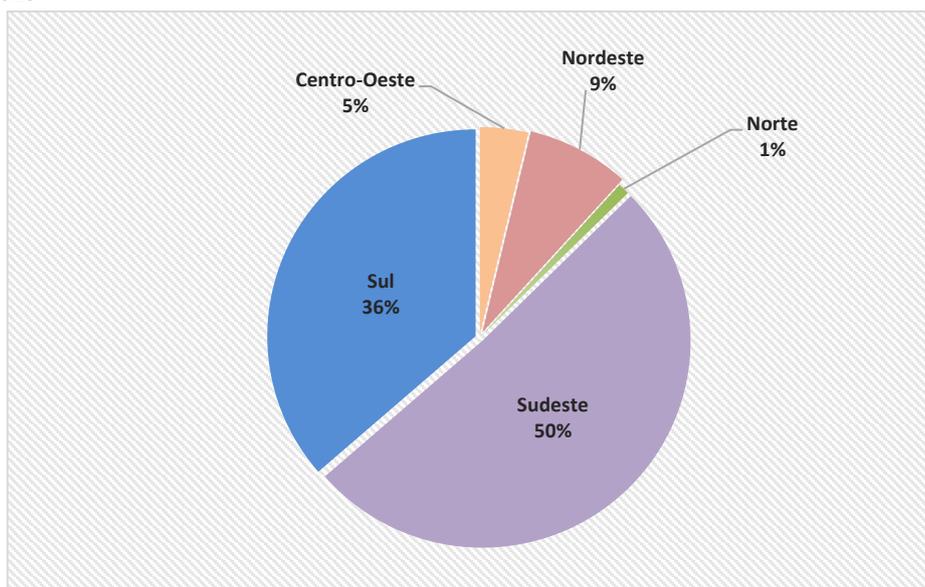
Com o objetivo de sistematizar, monitorar e avaliar as ações/serviços realizados pelos Núcleos de Telessaúde (Teleconsultorias, atividades de Teleducação e Telediagnósticos), foi criado, a partir de 2015, o Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Programa Telessaúde (SMART). Este sistema permite a emissão de relatórios dinâmicos e análises sistemáticas do desenvolvimento das ações realizadas pelos Núcleos de Telessaúde de todo o Brasil.

Tabela 3.32. Número de atividades (Teleconsultoria, Telediagnóstico e Teleducação) por região, 2016 a jul/2019.

Região	Número de Atividades em Telessaúde
Centro-Oeste	163.447
Nordeste	312.668
Norte	37.032
Sudeste	1.738.997
Sul	1.246.656
TOTAL	3.498.800

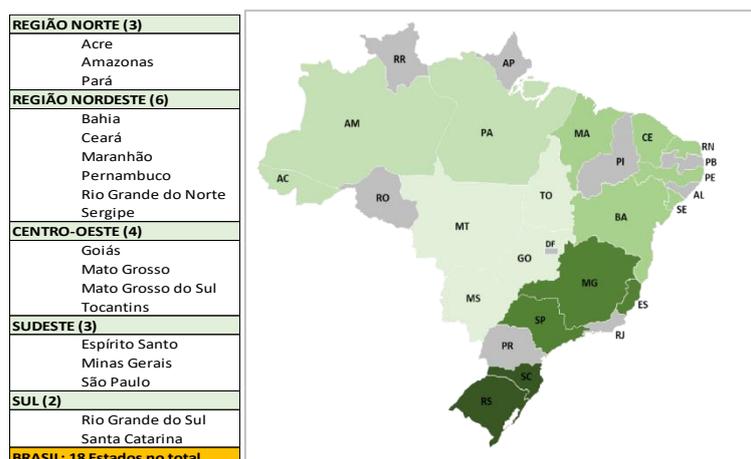
Fonte: SMART/Programa Telessaúde Brasil Redes/Ministério da Saúde.

Gráfico 3.121. Percentual de Atividades em Telessaúde (Teleconsultoria, Telediagnóstico e Teleducação) por Região, jan/2016 a dez/2019



Fonte: SMART/Programa Telessaúde Brasil Redes/Ministério da Saúde.

Mapa 3.11. Estados com Núcleos ativos de Telessaúde – 2019.



Ainda no contexto da melhoria da gestão e da governança no SUS, o processo de organização da rede regionalizada a partir do Decreto nº 7.508/2011 tem exigido aprimoramento nos aspectos de organização regional no SUS. As dificuldades em questão perpassam por aspectos que envolvem:

- Heterogeneidade das atuais 438 regiões de saúde, com diversas características demográficas, socioeconômicas e de governança, o que impacta na capacidade de decidir e organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Elevada dependência de fatores socioeconômicos para promover oferta desconcentrada de serviços, o que dialoga com a elevada interdependência da oferta de serviços no SUS com o setor privado, com ou sem fins lucrativos; e
- A judicialização e a autonomia federativa são desafios frente às iniciativas de cooperação e gestão compartilhada.

Sob esse contexto, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) elaboraram as Resoluções nº 23, de 2017 e 37, de 2018.

Essas resoluções estabelecem as diretrizes e os critérios para a regionalização e o Planejamento Regional Integrado no SUS (PRI), visando à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em macrorregiões. A efetivação do PRI ocorrerá por meio de planos que devem dar conta, dentre outros aspectos, dos vazios assistenciais identificados e da eventual sobreposição de serviços, orientando a futura alocação dos recursos de investimento e custeio e oferecendo maior eficiência na gestão do SUS.

A atual conformação regional do SUS contempla 438 regiões de saúde e 117 macrorregiões de saúde, informadas à CIT pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

No que pode ser objeto de ações do Ministério da Saúde ainda restam como desafios para a organização das ações e serviços de saúde, na forma de uma rede regionalizada, temas que estão em avaliação, discussão, e proposta de reformulação, tanto na agenda interna ao Ministério da Saúde, quanto no âmbito tripartite.

Considerando mais especificamente o processo de planejamento de municípios e estados, cabe destacar o desenvolvimento do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Trata-se de um sistema que permite ao gestor local registrar os dados relativos ao plano de saúde, as programações anuais de saúde, elaborar e encaminhar ao conselho de saúde os relatórios quadrimestrais bem como o relatório anual de gestão e registrar as metas da pactuação interfederativa. O DGMP foi disponibilizado aos estados, Distrito Federal e municípios em maio de 2019.

Ao longo do primeiro semestre de 2019 foram oferecidos treinamentos no DGMP para representantes das secretarias de estado de saúde, dos COSEMS e seções de apoio institucional e articulação federativa (SEINSF) em todos os estados e no Distrito Federal.

As equipes de apoio institucional e articulação federativa, lotadas nas superintendências estaduais do Ministério da Saúde, após tomarem conhecimento da ferramenta DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento e receberem capacitação, prestam apoio às secretarias de estado de saúde, aos conselhos de saúde e aos conselhos estaduais de secretarias municipais de saúde na divulgação e no treinamento no uso do sistema, nos módulos estadual e municipal.

3.14. Complexo Industrial Produtivo e de Ciência, Tecnologia e Inovação da saúde

3.14.1. Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

Indicadores conjunturais internacionais apontam que o desenvolvimento científico e tecnológico dos países está estreitamente relacionado ao seu desenvolvimento econômico. A área da saúde representa um dos mais importantes componentes da relação entre desenvolvimento científico e tecnológico versus desenvolvimento econômico. Os investimentos em ciência e tecnologia em saúde impactam direta e indiretamente na melhoria da situação de saúde, com a ampliação do acesso aos bens e serviços de saúde e a oferta de melhores tecnologias diagnósticas e terapêuticas, reduzindo as vulnerabilidades e promovendo o desenvolvimento social de forma sustentável.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) envolve três eixos temáticos articulados: produção e inovação, pesquisa e desenvolvimento e regulação em saúde. O desenvolvimento científico e tecnológico em saúde é uma das competências constitucionais do SUS, considerando o mérito técnico-científico e a relevância social, devendo considerar o compromisso político e ético com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde.

Nesse contexto, foram estabelecidas estratégias que incluem: a cooperação técnica nacional e internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&IS); a ampliação da difusão do uso compartilhado de conhecimentos científicos e sua aplicação em formato e linguagem adequados aos gestores de saúde; e a articulação intra e interinstitucional para alinhar prioridades e reunir esforços com os diversos atores envolvidos na implementação da PNCTIS.

A cooperação técnica permite que as diretrizes acordadas no nível político sejam concretizadas a partir da execução de programas e projetos. A cooperação técnica internacional, por sua vez, complementa as capacidades nacionais e possibilita a ampliação dos investimentos na área no país. Esse tipo de parceria é crucial para a promoção da inovação em saúde, pois permite o intercâmbio de conhecimento e de informações entre pesquisadores brasileiros e de outros países. O fomento à pesquisa científica e tecnológica em saúde resulta na produção de evidências e na geração de soluções tecnológicas a serem utilizadas na formulação, aprimoramento e implementação de políticas e programas de saúde, bem como na oferta de melhores tecnologias para prevenção, diagnóstico e tratamento.

Para alinhar as prioridades atuais de saúde com as atividades de pesquisa científica e tecnológica, o Ministério da Saúde publicou a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), que traz 172 linhas de pesquisa - distribuídas em 14 eixos temáticos - e permite direcionar os recursos para temas de pesquisas estratégicos para o SUS.

De 2016 a 2018, de forma alinhada a essas estratégias, foram lançadas 11 chamadas públicas no âmbito da modalidade de fomento nacional (chamadas públicas nacionais), totalizando 202 pesquisas fomentadas,

incluindo, principalmente, temas relacionados à infecção pelo Zika vírus e à Resistência a Antimicrobianos (RAM); 28 chamadas públicas estaduais, totalizando 706 pesquisas fomentadas em 22 UF referentes à 5ª e 6ª edições do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS); e, na modalidade contratação direta, foram fomentadas 99 pesquisas, incluindo o Projeto Wolbachia – Eliminar a Dengue, pesquisa que objetiva avaliar a imunidade contra febre amarela considerando o esquema vacinal de dose única. No âmbito da Avaliação de Tecnologias em Saúde e Políticas Informadas por Evidências, foram lançadas quatro chamadas públicas com financiamento de 49 pesquisas. Destaca-se também a implantação do Serviço de Produção de Evidência para Apoio à Tomada de Decisão em Saúde, que sintetiza evidências para o uso adequado na gestão em tempo hábil e auxilia a delimitação de quais lacunas de evidências precisam ser preenchidas por meio do fomento à pesquisa. Até outubro de 2019, foram lançadas 5 chamadas públicas, no âmbito do fomento nacional, nas temáticas alimentação e nutrição, rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS, doenças transmissíveis e negligenciadas, perfil de doenças raras no Brasil e prevenção, detecção e combate à malária. Também foram contratados 35 projetos no âmbito do PPSUS e 6 projetos em temas estratégicos por meio de contratação direta.

Para execução dessas ações, foram estabelecidas parcerias com instituições internacionais e nacionais, principalmente, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), as Fundações de Amparo à Pesquisa Estaduais, o Centro Cochrane do Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Fundação Bill e Melinda Gates e a parceria com os Institutos Nacionais de Saúde (NIH) dos Estados Unidos da América.

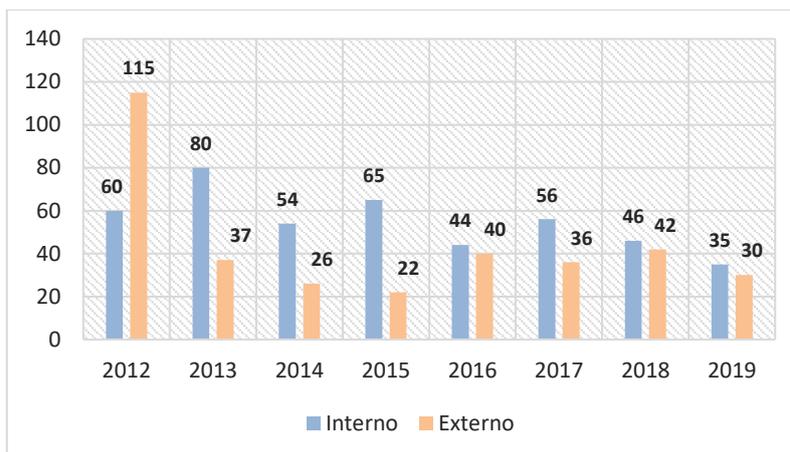
3.14.2. Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde

A avaliação de tecnologias em saúde utiliza a evidência científica, juntamente com a perspectiva de diferentes atores sobre os aspectos decorrentes da incorporação de tecnologias. Considera aspectos como segurança, eficácia, efetividade e eficiência da tecnologia em avaliação, comparando os custos e benefícios em relação às tecnologias já disponíveis.

O processo de incorporação de tecnologias em saúde foi aprimorado e fortalecido a partir de 2011, com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), que tem como atribuição assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, como também na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Entre 2012 e 2019, foram recebidas 788 demandas para incorporação/alteração/exclusão de tecnologias em saúde no SUS.

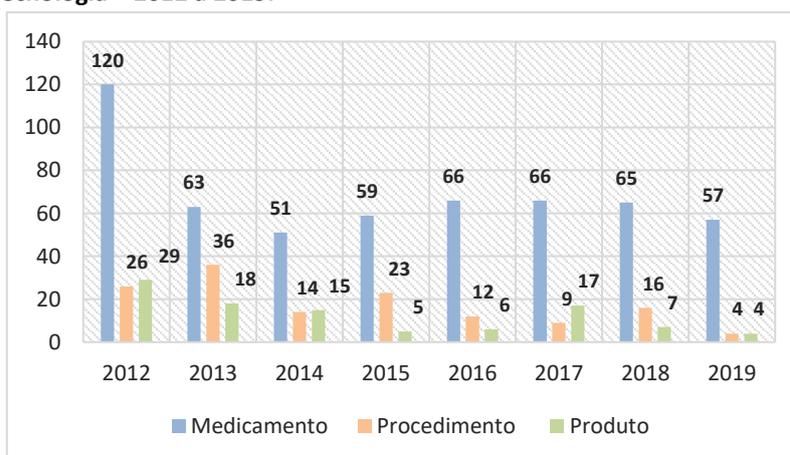
Gráfico 3.122. Demandas recebidas de 2012 a 2019.



Fonte: Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde, outubro de 2019.

Cabe destacar que, de 2016 até 2019, 148 das demandas recebidas foram externas, provenientes principalmente da indústria farmacêutica, sociedades médicas, associações de pacientes e do sistema judiciário, e 181 internas, do Ministério da Saúde e de outros órgãos e instituições do SUS. No que se refere à categorização segundo o tipo de tecnologias, 254 (77,20%) corresponderam a medicamentos, 41 (12,46%) a procedimentos e 34 (10,33%) a produtos para a saúde.

Gráfico 3.123. Tipo de tecnologia – 2012 a 2019.



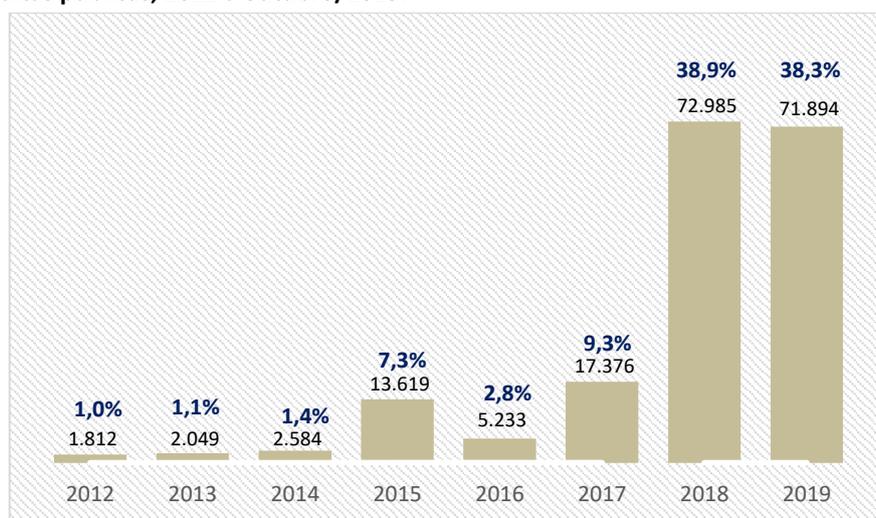
Fonte: Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde, outubro de 2019.

De todas as demandas avaliadas desde 2012, a Conitec recomendou a incorporação de 278 (58,28%) e a exclusão de 47 (9,85%) tecnologias. Apenas entre 2016 e 2019, foram incorporadas 113 tecnologias em saúde para serem disponibilizadas no SUS.

Em 2019, destacam-se as tecnologias recomendadas para doenças raras: nusinersena para o tratamento de pacientes com diagnóstico de atrofia muscular espinhal (AME) 5q para o tipo I; e fórmula metabólica isenta de metionina para tratar homocistinúria clássica.

O processo de avaliação de tecnologias em saúde no SUS inclui a realização de consultas públicas, ocasião em que a sociedade pode apresentar contribuições por meio de sugestões técnico-científicas ou contribuições relativas às experiências de pacientes e cuidadores. No período considerado, foram recebidas em torno de 167.000 contribuições da sociedade nas 253 consultas públicas abertas.

Gráfico 3.124. Consultas públicas, 2012 a outubro/2019.



Fonte: Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde, outubro de 2019.

Além disso, no intuito de ampliar e qualificar a participação popular no processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde, são direcionados esforços para a consonância da informação entre a ciência e a sociedade. Nesse sentido, são disponibilizados pela Conitec relatórios com linguagem para o público em geral, possibilitando ampliar a participação e o protagonismo da sociedade no que se refere ao processo de incorporação de tecnologias no SUS.

No período de maio de 2015 a outubro de 2019 foram elaborados e disponibilizados 176 Relatórios para a Sociedade no Portal da Conitec (<http://conitec.gov.br/index.php/relatorio-para-a-sociedade>).

3.14.3. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Outra importante iniciativa do Ministério da Saúde é a elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado com os medicamentos e demais produtos apropriados, as posologias recomendadas, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos trabalhadores do SUS. Esses documentos são elaborados com base em evidências científicas e consideram os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

De 2016 a outubro de 2019, o Ministério da Saúde elaborou e/ou atualizou 90 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Vale ressaltar que o processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde possui desafios a serem superados. De um modo geral, as demandas possuem especificidades que podem esbarrar em dificuldades técnicas na elaboração dos relatórios, tais como escassez de evidência científica, maior complexidade relacionada ao tema, demandando mais tempo para sistematização da evidência científica.

Dentre os Protocolos elaborados e/ou atualizados durante 2019, ressaltam-se: PCDT da Acromegalia; Diretrizes Brasileiras para utilização de Endoprótese em Aorta Torácica Descendente; Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário; e Imunossupressão em Transplante Hepático em Pediatria; Diretrizes Brasileiras para o diagnóstico e tratamento das intoxicações por agrotóxicos - Capítulos 3, 4 e 5; Esclerose Múltipla; Síndrome de Ovários Policísticos; Dislipidemia para a Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite. Com destaque para os PCDT de doenças raras, tais como: Púrpura Trombocitopênica Idiopática; Colangite Biliar; Hidradenite Supurativa; Atrofia Muscular Espinhal; Uveítes Posteriores Não-Infeciosas; Fenilcetonúria.

Ademais, estão em elaboração e/ou atualização 20 PCDT para doenças raras nos seguintes temas: Artrite Reativa; Doença de Paget – Osteíte Deformante; Esclerose Lateral Amiotrófica; Hipertensão Arterial Pulmonar; Hiperplasia Adrenal Congênita; Hipotireoidismo Congênito; Ictioses Hereditárias; Insuficiência Adrenal Primária (Doença de Addison); Lúpus Eritematoso Sistêmico; Miastenia Gravis; Síndrome de Guillain-Barré; Mucopolissacaridose Tipo IV A; Mucopolissacaridose Tipo VI; Hemoglobinúria paroxística noturna (HPN); Investigação etiológica de deficiência intelectual de causa indeterminada; Doença de Fabry; Doença de Pompe; Homocistinúria Clássica; Doença de Niemann-Pick Tipo C; e Epidermólise Bolhosa.

3.14.4. Complexo Industrial da Saúde

Para estimular a eficiência produtiva do país e reduzir as vulnerabilidades do SUS, o Ministério da Saúde incluiu em suas prioridades o Complexo Industrial da Saúde (CIS), rede produtiva em saúde que contempla as indústrias farmacêuticas de base química e biotecnológica, os produtos para saúde, as Instituições Científicas, Tecnológicas e de Inovação (ICT) e os serviços de saúde, compreendendo o espaço institucional, econômico e social em que se realiza a produção e a inovação em saúde, e concebe uma abordagem orientada ao enfrentamento de desafios estruturais do SUS.

Essa linha de atuação configura-se um projeto nacional de desenvolvimento comprometido com a soberania nacional, autonomia tecnológica, com os direitos sociais e a sustentabilidade ambiental, já que o acesso a serviços, medicamentos, vacinas, produtos para diagnóstico e equipamentos médicos pela população devem ser garantidos pelo SUS.

Em 10 anos de priorização das ações no âmbito do Complexo Industrial da Saúde, identificam-se avanços e benefícios para o país, como o crescimento da indústria farmacêutica nacional, geração de empregos, valorização do perfil de formação de profissionais na área de tecnologia, redefinição do papel dos Laboratórios Públicos, redução dos preços e ampliação do acesso a produtos estratégicos para o SUS.

No período de 2016 a 2019, por meio do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS), foram firmados novos projetos, sendo 18 com 13 instituições em 2016, 25 com 14 instituições em 2017 e 15 com 9 instituições em 2018; assim, envolvendo o empenho de recursos a produtores públicos (Fiocruz, Bahiafarma, FAP, FUNED, LAQFA, LFN, NUPLAN, TECPAR); e às Instituições de Ciência e Tecnologia (ICT) estaduais e federais, quais sejam: UEPB, UFC, UFCG, UFMG, UFPR, UFRJ, UFSC, UNB, UNICAMP, USP, FFM, FUNSAÚDE/PR, IFRN.

Dentre esses projetos, tem-se o projeto estruturante do Reator de Multipropósito Brasileiro (RMB), cujo objetivo é realizar ações voltadas para a análise da viabilidade do desenvolvimento do empreendimento, com ênfase na produção de radiofármacos, a serem fornecidos ao Ministério da Saúde a custo acessível.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem investido na construção de dois novos empreendimentos tecnológicos fabris de Farmanguinhos, que representarão ganhos tecnológicos para o Complexo Industrial implementados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Nessa esfera, a modernização do parque produtivo da Saúde contribuirá para alavancar a capacidade tecnológica e industrial do país e para aumentar a competitividade por meio de inovações voltadas ao atendimento às demandas do MS.

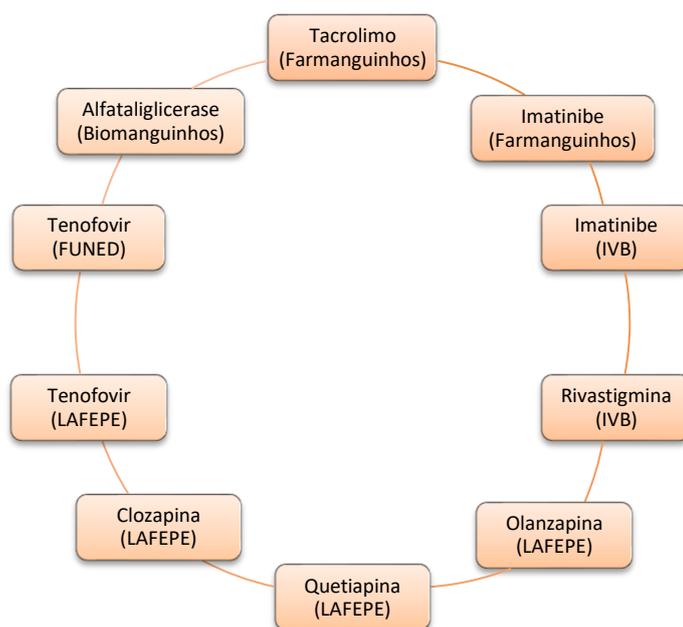
Essa planta tecnológica permitirá a implantação de novas instalações voltadas para as atividades de processamento final, armazenagem de matéria-prima e produtos acabados. Além de ampliar a capacidade de produção de vacinas, diluentes e biofármacos, a unidade irá possibilitar a introdução de novos produtos de forma a ampliar o acesso da população a produtos de alto valor agregado, melhorando a qualidade de vida da população, ao mesmo tempo contribuindo com a diminuição os gastos do MS para atender às crescentes demandas setoriais.

3.14.5. Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP)

As PDP constituem um instrumento estratégico desenvolvido no âmbito da política de desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde que tem como objetivo o desenvolvimento tecnológico, inovação e fabricação de produtos estratégicos para o SUS, utilizando como principal ferramenta a transferência de tecnologia de parceiros privados para Instituições Públicas, com o objetivo de ampliar o acesso à população e diminuição da vulnerabilidade do Sistema.

O processo se inicia com a identificação de demanda e elaboração de uma lista de produtos estratégicos para o SUS. O uso do poder de compra do Estado torna-se uma realidade no processo de execução da política, ao mesmo tempo em que a instituição pública passa a receber o processo de transferência de tecnologia do produto.

Figura 3.4. PDPs em Fase IV (Internalização de Tecnologia).



Fonte: CGCIS/SCTIE/MS.

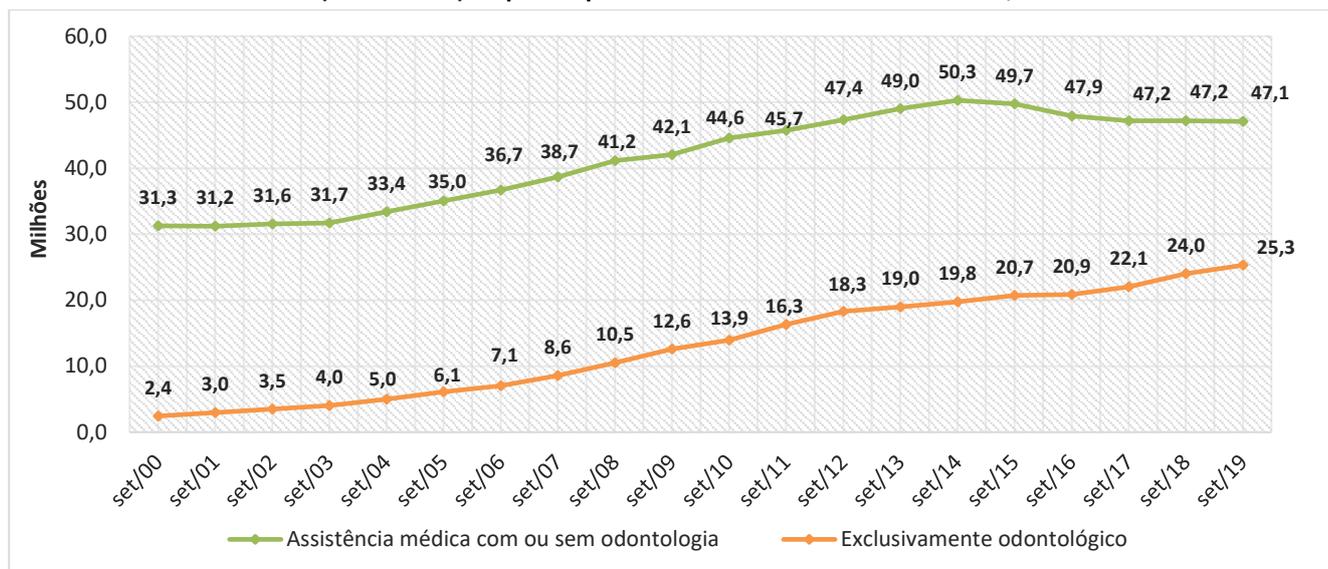
A Fase IV, chamada internalização da tecnologia, dá-se de forma cronológica, uma vez encerrado o prazo de vigência da Fase III, que se inicia com a primeira aquisição no âmbito da PDP. Assim, não significa, necessariamente, completa absorção da tecnologia. As PDP nesta fase encontram-se em diferentes graus de absorção devido às particularidades de cada tecnologia envolvida e de seus respectivos parceiros.

Atualmente, existem 89 PDP vigentes, sendo 84 referentes a Plataforma Sintéticos, Biotecnológicos, Vacinas e Hemoderivados e cinco de produtos para saúde. Desde 2011 até o primeiro semestre de 2019, o Ministério da Saúde adquiriu 29 produtos oriundos de PDP, chegando a R\$ 18 bilhões em medicamentos e vacinas ofertados ao SUS.

3.15. Saúde suplementar

O número de beneficiários de planos de assistência médica no Brasil mostrou-se estável no período 2016-2019, mantendo-se com cerca de 47 milhões de pessoas.

Gráfico 3.125. Beneficiários (em milhões) de planos privados de assistência à saúde. Brasil, 2000 a 2019.



Fonte: SIB/ANS/MS - 11/2019.

O tipo de contratação de plano também se mostrou estável no período 2016-2019. Do total de planos contratados, 19,4% correspondem aos planos individuais/familiares, enquanto o restante são planos coletivos. No período 2016-2019, o tipo de contratação manteve-se estável, com leve tendência de queda observada nos planos individuais/familiares.

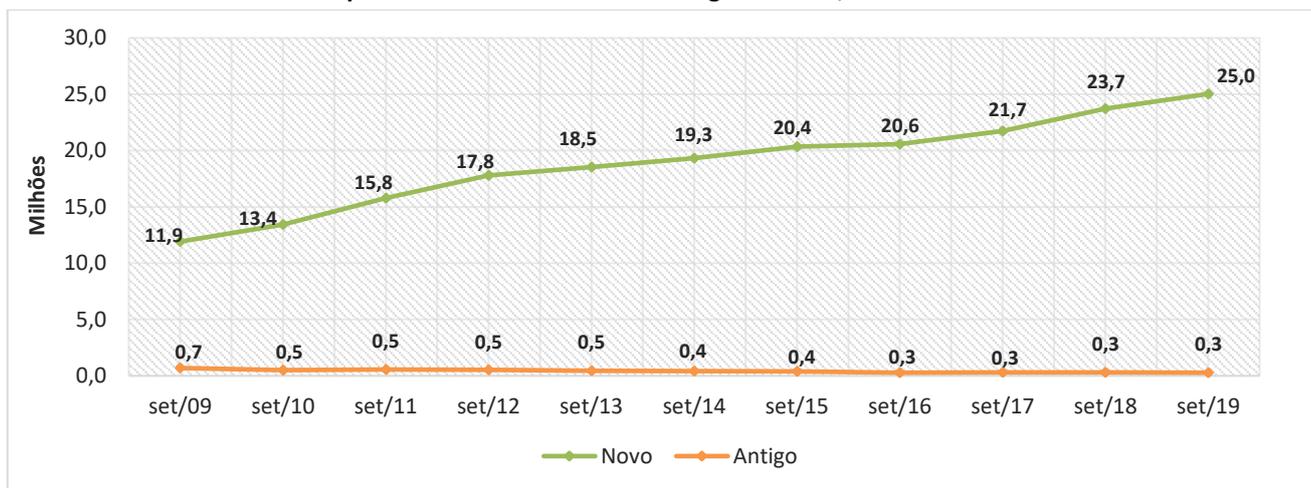
Gráfico 3.126. Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano. Brasil, 2000 a 2019.



Fonte: SIB/ANS/MS - 11/2019.

Os planos exclusivamente odontológicos tiveram um incremento no número de beneficiários na ordem de 21,8% no período 2016-2019, confirmando sua tendência de elevação no número de beneficiários neste setor.

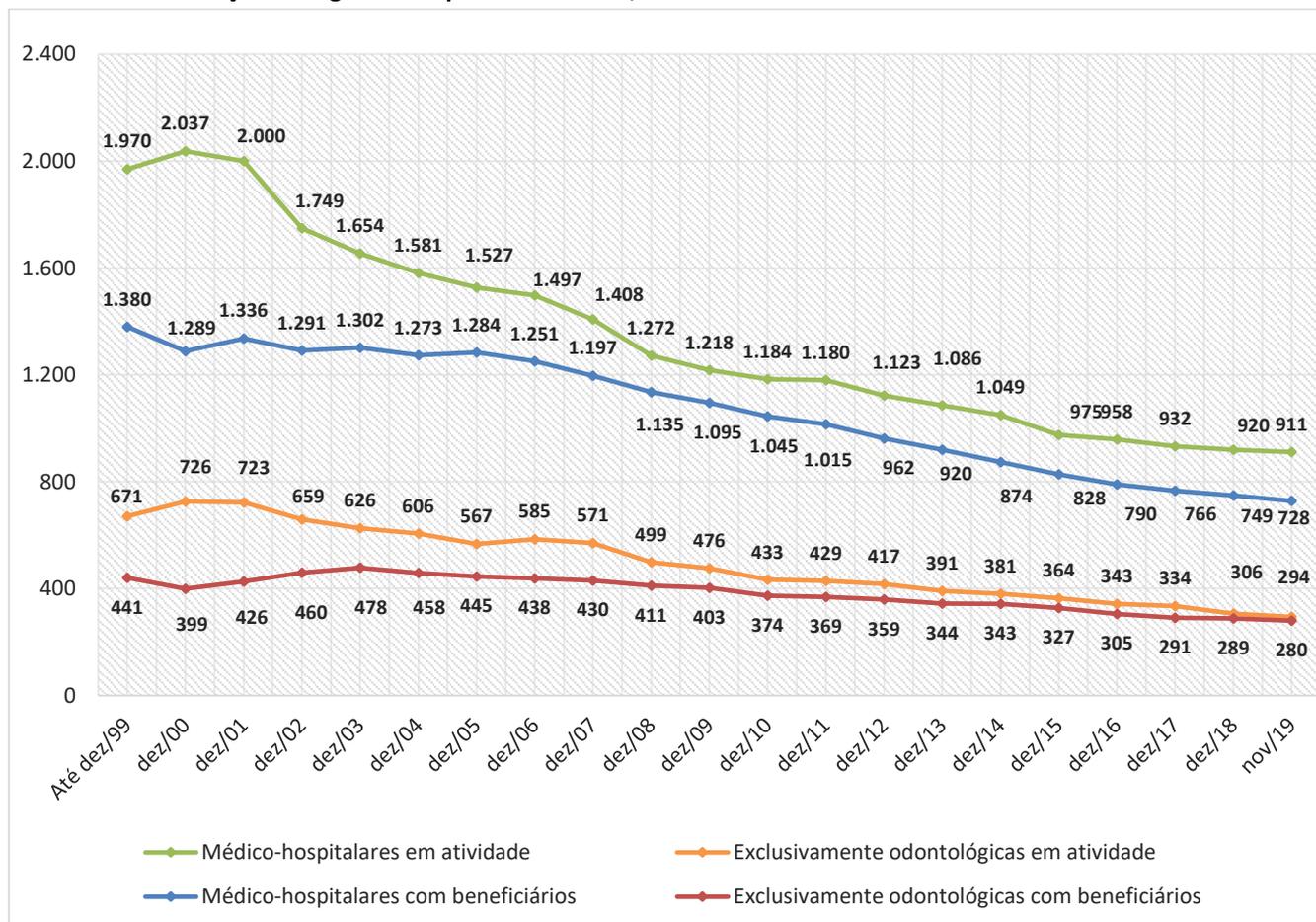
Gráfico 3.127. Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Brasil, 2000 a 2019.



Fonte: SIB/ANS/MS - 11/2019.

O número de operadoras registradas em atividade, em todos os tipos de contratação, manteve-se relativamente estável, com pequena queda.

Gráfico 3.128. Evolução do registro de operadoras. Brasil, 1999 a 2019.



Fontes: SIB/ANS/MS - 11/2019 e CADOP/ANS/MS - 11/2019.

Os beneficiários de planos de saúde realizaram 1,57 bilhão de procedimentos como consultas, exames e internações no ano de 2018. O número representa um aumento de 4,1% em relação ao total de procedimentos realizados em 2017 (1,51 bilhão). Os dados fazem parte do Mapa Assistencial, publicação anual divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

4. Indicadores Gerais da Política Nacional de Saúde

Este capítulo apresenta indicadores para acompanhamento da Política Nacional de Saúde. Anualmente, serão apresentados, por meio dos Relatórios Anuais de Gestão, as evoluções em relação aos índices de referência. Isso permitirá, durante os quatro anos de monitoramento do Plano, apurar o impacto gerado pela realização das metas descritas no próximo capítulo e acompanhadas quadrimestralmente.

Indicador	Índice de referência
Taxa de mortalidade neonatal	8,8/1.000
Taxa de mortalidade na infância	14,4/1.000
Razão de mortalidade materna	58,8/100.000
Coefficiente padronizado de mortalidade por aids	4,8/100.000
Percentual de crianças de 2 a menos de 10 anos que consumiram bebidas adoçadas	66%
Percentual de crianças menores de 10 anos com excesso de peso	21,9%
Percentual de adultos (18 anos ou mais) com obesidade	19,8%
Percentual de adultos (18 anos ou mais) fumantes	9,3%
Percentual de adultos (18 anos ou mais) que praticam atividade física no tempo livre	38,1%
Percentual de adultos (18 anos ou mais) inativos fisicamente	44,1%
Percentual de crianças com aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida	54%
Percentual de adultos (18 anos ou mais) que consomem bebidas adoçadas regularmente	14,4%
Percentual de adultos (18 anos ou mais) que consomem frutas e hortaliças regularmente	33,9%
Percentual de beneficiários de planos de saúde em operadoras com avaliação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) superior a 0,6	70%
Percentual de nascimentos em gestações de mães adolescentes	7,9%

5. Objetivos, Metas e Projetos

Neste capítulo, são apresentados os Objetivos do Ministério da Saúde para os próximos quatro anos, os quais estão alinhados com o Plano Plurianual 2020-2023.

Para cada Objetivo são apresentadas metas quadrienais, as quais serão anualizadas nas Programações Anuais de Saúde. Em alguns deles, são apresentados também projetos prioritários, cujas etapas serão avaliadas anualmente nos relatórios de gestão.

Os Objetivos deste PNS são:

1. Promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada.
2. Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais.
3. Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle.
4. Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável.
5. Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, com qualidade, segurança, eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional.
6. Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde Indígena.
7. Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade.

Promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2023
1	Ampliar para 72,71% a cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde	Cobertura populacional estimada de Atenção Primária à Saúde	63,50%	72,71%
2	Alcançar 185 Equipes de Consultório na Rua (eCnR) implantadas	Número de Equipes de Consultório na Rua (eCnR) implantadas	154	185
3	Alcançar 2.000 Unidades de Saúde da Família em funcionamento com horário estendido financiadas pelo Programa Saúde na Hora	Número de Unidades de Saúde da Família em funcionamento com horário estendido financiadas pelo Programa Saúde na Hora	264	2.000
4	Alcançar 155 equipes de Atenção Primária à Saúde de referência para o atendimento aos adolescentes em medida socioeducativa	Número de equipes de APS de referência para o atendimento aos adolescentes em medida socioeducativa em funcionamento	119	155
5	Alcançar 677 equipes de saúde prisional habilitadas	Número de equipes de saúde prisional habilitadas	357	677
6	Alcançar ocupação superior a 85% das vagas oferecidas em programas de provimento médico federal (Projeto Mais Médicos + Programa Médicos pelo Brasil)	Taxa de ocupação de vagas de programas de provimento médico federal	82%	>85%
7	Alcançar a proporção de 80 % de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	40%	80%
8	Alcançar 49% de cobertura populacional dos Centros de Especialidades Odontológicas	Percentual de cobertura populacional dos Centros de Especialidades Odontológicas	45%	49%
9	Alcançar 689 Centros de Especialidades Odontológicas aderidos à Rede de Cuidados da pessoa com Deficiência	Número de Centros de Especialidades Odontológicas aderidos à Rede de Cuidados da pessoa com Deficiência	579	689
10	Ampliar para 46% a cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária	Percentual de cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária	42%	46%
11	Alcançar 3.118 municípios com serviços de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	Número de municípios com serviços de Laboratório Regional de Prótese Dentária credenciados	2.468	3.118
12	Alcançar 60% de gestantes com pré-natal na Atenção Primária à Saúde que realizaram atendimento odontológico individual com Equipes de Saúde Bucal.	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	25%	60%
13	Implantar 39 Unidades de Saúde da Família Fluvial	Número de Unidades de Saúde da Família Fluvial implantadas.	19	39
14	Implantar serviço de atendimento psicossocial extra-hospitalar para o manejo de situações agudas em 14 capitais	Número de capitais com serviços de atendimento psicossocial extra-hospitalar implantados para o manejo de situações agudas	0	14
15	Reduzir para 26 dias o tempo médio de internação psiquiátrica em instituições hospitalares	Tempo médio (em dias) de internação psiquiátrica	45	26
16	Ampliar para 1,2% a proporção de atendimentos a dependentes de álcool no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Percentual de atendimento a dependentes de álcool no CAPS	0,6%	1,2%
17	Acompanhar, na Atenção Primária, 80% dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) com perfil saúde nas condicionalidades de	Percentual de beneficiários do PBF com perfil saúde acompanhados nas condicionalidades de saúde na Atenção	76,08%	80%

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2023
	saúde	Primária		
18	Alcançar 48% de mulheres usuárias do SUS na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico de rastreamento realizado nos últimos 3 anos	Percentual de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico de rastreamento realizado nos últimos 3 anos	36%	48%
19	Alcançar 35% de mulheres usuárias do SUS na faixa etária de 50 a 69 anos com realização de mamografias de rastreamento nos últimos 2 anos	Percentual de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos com realização de mamografias de rastreamento nos últimos 2 anos	23%	35%
20	Reduzir para 52,4% a proporção de partos cesáreos	Taxa de parto cesáreo	55,7%	52,4%

Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2023
1	Alcançar 50% de macrorregiões de saúde com oferta de reabilitação concomitante nas quatro modalidades: auditiva, física, intelectual e visual	Percentual de macrorregiões de saúde com oferta concomitante de Serviços Especializados em Reabilitação nas modalidades: auditiva, física, intelectual e visual	34%	50%
2	Alcançar 70% de Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal - TAN	Percentual de Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal - TAN	32%	70%
3	Alcançar 10 milhões de procedimentos de concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção não cirúrgicos	Número de procedimentos de concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção não cirúrgicos	6.712.991	10.000.000
4	Ampliar para 60% o número de crianças nascidas com cardiopatia congênita operadas no primeiro ano de vida	Percentual de crianças nascidas com cardiopatia congênita operadas no primeiro ano de vida	37,6%	60%
5	Ampliar para 60% a cobertura do exame doppler transcraniano para crianças com doença falciforme com 2 anos de idade	Percentual de crianças com doença falciforme com 2 anos de idade que realizaram o exame doppler transcraniano	25,5%	60%
6	Alcançar 70% de recém-nascidos vivos com coleta do teste do pezinho até o 5º dia de vida, triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN	Percentual de recém-nascidos vivos com coleta do teste do pezinho até o 5º dia de vida, triados no PNTN	58,25%	70%
7	Reduzir para 1,54 a frequência de eventos hemorrágicos em pacientes com hemofilia A e B	Nº de eventos hemorrágicos em pacientes com hemofilia A e B por paciente/ano	3,66	1,54
8	Ampliar para 46,7 o índice de transplantes de órgãos sólidos realizados/por milhão de população (pmp)	Índice de transplantes de órgãos sólidos por milhão de população (pmp)	42,6	46,7
9	Alcançar 15.954 leitos de terapia intensiva adulto habilitados para o SUS	Número de Leitos de UTI adulto habilitados ao SUS	14.175	15.954
10	Ampliar para 70% a admissão de usuários procedentes de unidades hospitalares nos Serviços de Atenção Domiciliar	Percentual de admissão de usuários procedentes de unidades hospitalares nos Serviços de Atenção Domiciliar	48%	70%
11	Alcançar 221.000 crianças atendidas anualmente pela Rede de Bancos de Leite humano	Número de crianças atendidas por ano	191.000	221.000

Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2023
1	Alcançar 18 Unidades da Federação notificando 90% de óbito materno em até 30 dias da data de ocorrência	Unidades da Federação notificando 90% de óbito materno em até 30 dias da data de ocorrência	11	18
2	Alcançar 18 Unidades da Federação notificando no mínimo 80% de óbito infantil em até 30 dias da data de ocorrência	Unidades da Federação notificando 80% de óbito infantil em até 30 dias da data de ocorrência	11	18
3	Alcançar 60% dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) regionais e municipais com atuação satisfatória	Percentual de Cerest regionais e municipais com atuação satisfatória	0%	60%
4	Alcançar 60% de municípios desenvolvendo ação de vigilância de qualidade da água para consumo humano	Percentual de municípios desenvolvendo ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano	40%	60%
5	Implantar em 60% dos municípios prioritários a Vigilância de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA)	Percentual de municípios prioritários que implantaram a Vigilância de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA)	0%	60%
6	Alcançar no mínimo 3.600 municípios que cumpram pelo menos 50% das metas do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde - PQAVS	Número de municípios atingindo pelo menos 50% das metas do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde - PQAVS	3.170	3.600
7	Alcançar 90% dos resultados dos exames de casos suspeitos de sarampo liberados em até 4 dias, nas Unidades Federativas que não estejam em situação epidêmica	Proporção de resultados sorológicos de IgM para sarampo liberados em até 4 dias, nas Unidades Federativas que não estejam em situação epidêmica	69,43%	90%
8	Aumentar para 77,5% a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	74,1%	77,5%
9	Aumentar para 85% a proporção de contatos examinados dos casos novos de hanseníase	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	81,4%	85%
10	Reduzir para 35% o percentual de casos de sífilis congênita	Percentual de casos de sífilis congênita	50,1%	35%
11	Aumentar para 50 mil ao ano o número de pessoas tratadas para hepatite C.	Número de pessoas tratadas para hepatite C ao ano	48.295	50.000
12	Reduzir para, no máximo, 94.000 o número de casos autóctones de malária no Brasil	Número absoluto de casos autóctones de malária	187.756	94.000
13	Reduzir para 1.038 o número de casos novos de leishmaniose visceral (LV) nos municípios prioritários	Número de casos novos de LV notificados nos municípios prioritários	1.298	1.038
14	Reduzir, para menos de 750, o número de óbitos por arboviroses (dengue, chikungunya, zika e febre amarela)	Número de óbitos pelas arboviroses dengue, chikungunya, zika e febre amarela	1.071	<750
15	Alcançar 50% de municípios com cobertura vacinal adequada (95%) para 5 vacinas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade: Penta (DTP + Hep B + Hib), Poliomielite, Pneumocócica 10 valente, Tríplice Viral e Febre Amarela	Percentual de municípios com cobertura adequada (95%) das vacinas Penta, Poliomielite, Pneumocócica 10 valente, Tríplice Viral e Febre Amarela em crianças menores de 1 ano de idade	24%	50%
16	Reduzir a zero o número de casos autóctones de sarampo	Número de casos autóctones confirmados de sarampo no Brasil	10.330	0
17	Alcançar 50% dos Centros de Informações	Percentual dos CIEVS com capacidade	14%	50%

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2023
	Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) com desempenho satisfatório	satisfatória de monitoramento, alerta e resposta às emergências de saúde pública		
18	Adquirir e distribuir 100% de imunobiológicos de responsabilidade do Ministério da Saúde, conforme programação anual	Percentual de imunobiológicos distribuídos de acordo com a programação anual	100%	100%
19	Realizar, em 3.000 comunidades rurais/especiais, ações de promoção e proteção da qualidade da água para consumo humano	Número de comunidades rurais/especiais atendidas com ações de promoção e proteção da qualidade da água para consumo humano	0	3.000
20	Realizar, em 2.000 municípios, ações de promoção e proteção da qualidade da água para o consumo humano	Número de municípios com ações de promoção e proteção da qualidade da água para consumo humano	0	2.000
21	Promover a implementação de ações de educação em Saúde Ambiental em 400 municípios com populações rurais em situação de risco e vulnerabilidade socioambiental e sanitária	Número de municípios com ações de educação em Saúde Ambiental	0	400
22	Atender 90% das demandas de apoio diagnóstico em emergências sanitárias em tempo oportuno	Percentual de atendimento às demandas de exames de referência em tempo oportuno	75%	90%

Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2023
1	Fomentar 20 projetos para o desenvolvimento tecnológico e produtivo no âmbito do Complexo Industrial da Saúde	Número de projetos de desenvolvimento tecnológico e produtivo fomentados no âmbito do Complexo Industrial da Saúde	0	20
2	Ofertar 8 novos produtos estratégicos para o SUS por meio de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)	Número de novos produtos estratégicos ofertados ao SUS por meio de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)	0	8
3	Fomentar 500 pesquisas científicas e tecnológicas visando à produção de evidências e à geração de soluções tecnológicas para subsidiar a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações e serviços de saúde	Número de pesquisas fomentadas	0	500
4	Elaborar e/ou atualizar 60 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	Número de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) elaborados e/ou atualizados	0	60
5	Elaborar 150 estudos de resposta rápida para a tomada de decisão no âmbito do SUS	Número de estudos de resposta rápida elaborados	0	150
6	Avaliar 120 tecnologias em saúde para incorporação no Sistema Único de Saúde	Número de tecnologias em saúde avaliadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde	0	120

Nº	Projeto
1	Implementar e estabelecer os mosquitos <i>Aedes aegypti</i> com Wolbachia em 80% da área de atuação do <i>World Mosquito Program</i> (WMP) nos municípios de Petrolina (PE), Campo Grande (MS) e Belo Horizonte (MG)
2	Construir o Novo Centro de Processamento Final de imunobiológicos
3	Concluir a fábrica de oncológicos de Farmanguinhos/Fiocruz
4	Implantar a Fábrica de Recombinantes (Fator VIII) da Hemobrás
5	Alcançar 89% de transferência de tecnologia para produção de Hemoderivados
6	Concluir a Indústria de Hemoderivados

Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, com qualidade, segurança, eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2023
1	Adquirir 100% dos medicamentos e insumos estratégicos sob responsabilidade de compra centralizada pelo Ministério da Saúde para abastecimento do SUS	Percentual de aquisições de medicamentos e insumos estratégicos em relação à programação	100%	100%
2	Expandir o Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" para 90% dos municípios com menos de 40.000 habitantes	Percentual de municípios com menos de 40.000 habitantes que possuem pelo menos 1 estabelecimento credenciado no Programa "Aqui Tem Farmácia Popular"	75%	90%
3	Ampliar para 25% o número de municípios que disponibilizam fitoterápicos da Rename na Atenção Primária à Saúde	Percentual de municípios brasileiros que disponibilizam fitoterápicos da Rename	10,8%	25%
4	Adequar em 100% dos municípios brasileiros habilitados no Programa Qualifar-SUS o modelo de remuneração por desempenho nas ações de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde	Percentual de municípios habilitados no Programa Qualifar-SUS com modelo de remuneração por desempenho	0	100%
5	Efetivar o Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde em 75% das Secretarias Estaduais de Saúde e Distrito Federal	Percentual de Secretarias Estaduais e Distrital de Saúde que efetivaram o Cuidado Farmacêutico no âmbito da Assistência Farmacêutica	0%	75%
6	Alcançar 87,5% de processos de Licença de Importação com conclusão da análise em até 5 dias	Percentual de processos de Licença de Importação com conclusão da análise em até 5 dias	84,96%	87,5%
7	Reduzir para 134 dias o tempo médio da primeira decisão de petições primárias de produtos para saúde	Tempo médio da primeira decisão de petições primárias de produtos para saúde	146	134
8	Fornecer 1,3 bilhão de medicamentos para doenças prevalentes (negligenciadas, de alto custo e de alta incidência)	Número de medicamentos para doenças prevalentes (negligenciadas, de alto custo e de alta incidência) fornecidos por Farmanguinhos ao SUS	0	1.300.000.000

Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde Indígena.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2023
1	Alcançar 90% das crianças indígenas menores de 5 anos com esquema vacinal completo (EVC)	Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com esquema vacinal completo	83,7%	90%
2	Alcançar 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (C & D)	Proporção de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento	38,5%	60%
3	Alcançar 92% de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional	Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional	82,8%	92%
4	Alcançar 50% das gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal	Percentual de gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal	34%	50%
5	Alcançar 92% de investigação de óbito materno em mulheres indígenas	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados	87,6%	92%
6	Alcançar 90% de investigação de óbitos em crianças indígenas menores de um ano	Proporção de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados	86,6%	90%
7	Alcançar 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática	Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática	41,38%	60%
8	Alcançar 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica	Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica	54,26%	60%
9	Ampliar para 26% a cobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos	Cobertura de aldeias com destinação adequada dos resíduos sólidos domésticos.	11%	26%
10	Ampliar para 61% a cobertura de aldeias indígenas com água potável	Cobertura de aldeias com acesso à água potável	54%	61%
11	Alcançar o tratamento da água em 100% das aldeias com Sistemas de Abastecimento de Água	Cobertura de aldeias com tratamento da água	56%	100%
12	Ampliar para 23% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água	Cobertura de aldeias com monitoramento da qualidade da água	8%	23%

Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2023
1	Realizar 3.100.000 laudos de diagnóstico por meio do Telessaúde	Número de laudos realizados por meio do Telessaúde	0	3.100.000
2	Alcançar 4.400 entes federados com Relatório Anual de Gestão enviados ao conselho.	Número de entes federados com Relatório Anual de Gestão enviado ao conselho	0	4.400
3	Alcançar 400 estabelecimentos de saúde gerando informações de custos por meio do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS)	Número de estabelecimentos de saúde que geram informações de custos no sistema APURASUS	161	400
4	Aumentar em 50% o número de bolsas de residências em saúde.	Percentual de aumento do número de bolsas de residências em saúde	19.879	29.800 (50%)
5	Alcançar 8.072 bolsas nos Programas Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade e nos Programas de Residência em área profissional da saúde na Atenção Primária/Saúde da Família custeadas pelo PRÓ-RESIDÊNCIA	Número de bolsas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade ou em área profissional da saúde na Atenção Primária/Saúde da Família custeadas pelo PRÓ-RESIDÊNCIA	5.722	8.072
6	Ampliar para 92% a informatização das equipes da Atenção Primária à Saúde	Percentual de Equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária à Saúde Informatizadas	62%	92%
7	Realizar 460.000 certificações de qualificação para profissionais, trabalhadores, gestores e acadêmicos ligados ao SUS	Número de certificações emitidas	0	460.000
8	Desenvolver ações do Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE) direcionadas a 10.000 professores, estudantes, trabalhadores e profissionais da saúde, no âmbito do SUS.	Número de professores, estudantes, trabalhadores e profissionais da saúde envolvidos em ações do Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE)	0	10.000
9	Certificar 380.000 profissionais em iniciativas educacionais relacionadas à vigilância em saúde	Número de certificações em iniciativas educacionais (presenciais e à distância) em vigilância em saúde	0	380.000
10	Realizar, anualmente, 4.560.000 contatos ativos e receptivos pela Ouvidoria	Número de contatos ativos e receptivos realizados pela Ouvidoria por ano	2.280.000	4.560.000
11	Qualificar 14.334 profissionais do SUS nos níveis técnico e de especialização	Número de profissionais do SUS qualificados nos níveis técnico e de especialização	3.234	14.334
12	Capacitar 12.000 profissionais de saúde e gestores com cursos de educação continuada e permanente para qualificação da Assistência Farmacêutica do SUS	Número de profissionais capacitados para a qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS	700	12.000
13	Disponibilizar informações qualificadas e sistematizadas de 100% das políticas públicas implementadas pelo Ministério da Saúde, em plataforma digital.	Percentual de políticas públicas implementadas pelo Ministério da Saúde com informações disponibilizadas em plataforma digital	0	100%
14	Conectar 27 Unidades da Federação à Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS	Número de UF conectadas à Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS	0	27

Nº Projeto

1 Implantar o Conjunto Mínimo de Dados (CMD) em território nacional

6. Gestão do Plano

O PNS é um instrumento de planejamento que reflete a ampla discussão técnica e política sobre as prioridades e desafios do setor Saúde no âmbito nacional e que respeita à participação social, uma vez que considera as diretrizes e os resultados das Conferências de Saúde.

Tão importante quanto definir os resultados prioritários que se pretende alcançar nos próximos quatro anos é estipular como será desenhada a gestão do Plano que, entre outras questões, deve obedecer à dinâmica da administração federal e do processo de planejamento do SUS, tendo em atenção os prazos estabelecidos e os subsídios gerados pelos demais instrumentos de gestão e de controle.

O processo de planejamento no âmbito do SUS tem como base diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei nº. 8.080/90, a Lei Complementar nº. 141/2012 e, em particular, a Portaria nº. 2.135, de 2013, incorporada na Portaria de consolidação nº 1, de 2017, que estabeleceu as diretrizes e indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e o Relatório de Gestão (RAG).

As metas quadrienais expressas e organizadas no PNS em objetivos são anualizadas na PAS, instrumento de operacionalização essencial para promover a eficiência da gestão do plano. Além de explicitar a anualização das metas, a Programação apresenta a previsão de alocação dos recursos orçamentários a serem executados no exercício.

A gestão do PNS está orientada para a adoção de um processo de monitoramento intensivo no decorrer de cada ano de vigência, além de avaliações anuais, submetidos à gestão estratégica do MS para subsidiar à tomada de decisões e adequações de rumos, para posterior entrega à apreciação do Conselho Nacional de Saúde.

O RQPC, instrumento de monitoramento, informará ao controle social e ao Poder Legislativo a evolução da execução física e financeira, bem como a situação das auditorias realizadas na fase de execução do PNS.

Como forma de avaliação anual do desempenho das metas propostas e do emprego dos recursos orçados, o PNS conta com o RAG. Por determinação da Lei nº 141/12, o Poder Público de todas as esferas deverá submeter o RAG à deliberação dos Conselhos de Saúde. Dessa forma, explicitará os resultados anuais alcançados com a execução da PAS, gerando subsídios para orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Figura 6.1. Sistemática de Programação, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS.



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento (GPL/SPO/SE/MS).

O PNS apresenta, ainda, um capítulo específico com um rol de indicadores da Política Nacional de Saúde, além daqueles identificados nos objetivos específicos que indicarão o desempenho das metas e que, ao final do período correspondente, possibilitará uma avaliação global do desempenho setorial.

Merece destaque também o alinhamento entre a programação do Plano Plurianual (PPA) e o PNS. Esta relação, aprimorada nos últimos quatro anos durante o período de vigência do PNS 2016-2019, permitiu ao MS identificar as potencialidades e fragilidades em sua atuação, o que tem aperfeiçoado o processo de planejamento e, conseqüentemente, a interface com o controle social. As observações originadas desse processo possibilitam uma análise mais consistente de metas e indicadores do Relatório Anual de Gestão RAG, originando também ganho de resultados nas apreciações do CNS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

INTRODUÇÃO	4
1. ESTRUTURAÇÃO DO PLANO	5
Figura 1.1. Estrutura do PNS 2020-2023.	6
Figura 1.2. Relação PPA e PNS (2020-2023).	6
Figura 1.3. Objetivos PNS 2020-2023.	7
Figura 1.4. Elementos do Plano Plurianual 2020-2023 e do Plano Nacional de Saúde.....	7
2. ORIENTADORES ESTRATÉGICOS	9
Tabela 2.1. Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde.	10
Tabela 2.2. Diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8º+8).	12
Figura 2.1. Cadeia de Valor do Ministério da Saúde.	15
Figura 2.2. Mapa Estratégico do Ministério da Saúde.	16
3. ANÁLISE SITUACIONAL DO PNS 2016-2019	17
Gráfico 3.1. Taxas de Fecundidade Total, por Grandes Regiões, Brasil, 2000-2019.	19
Gráfico 3.2. Taxas Específicas de Fecundidade, segundo os grupos de idade, Brasil, 2000-2019.	19
Gráfico 3.3. Pirâmide etária do Brasil, 2000, 2010 e 2019.	20
Gráfico 3.4. Distribuição proporcional da população brasileira por faixa etária, 2000, 2010 e 2019.	21
Gráfico 3.5. Proporção da população na faixa etária de 0 a 14 anos e de 65 anos ou mais em relação ao total, no Brasil, de 2018 a 2060.	21
Gráfico 3.6. Expectativa de vida ao nascer no Brasil, 2010 a 2060.	22
Gráfico 3.7. Série histórica de casos de dengue, chikungunya e Zika, número de óbitos pelos três agravos e sorotipos de vírus dengue predominantes, Brasil, 1986-2019.	23
Gráfico 3.8. Casos humanos de febre amarela silvestre por período de monitoramento (julho a junho) e por região do local provável de infecção (Amazônica [endêmica] e Extra-Amazônica), Brasil.....	24
Gráfico 3.9. Casos de malária notificados no Brasil, 2000 -2018*.	26
Gráfico 3.10. Prevalência do HIV em populações chave, Brasil 2013-2017.	27
Gráfico 3.11. Taxa de detecção de aids (por 100.000 habitantes) em homens, segundo faixa etária e sexo, Brasil 2008-2018.....	27
Gráfico 3.12. Taxa de incidência/detecção de hepatites virais segundo agente etiológico e ano de notificação. Brasil, 2008 a 2018.	28
Gráfico 3.13. Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018.	29
Gráfico 3.14. Status do alcance das metas 90-90-90. Brasil, 2012-2018.	29
Gráfico 3.15. Número de PVHIV de 18 anos ou mais iniciaram tratamento e número total de indivíduos em tratamento, por ano. Brasil, 2009-2019.....	30
Gráfico 3.16. Coeficiente de incidência de tuberculose, por 100 mil habitantes. Brasil, 2001 a 2018*.....	30
Gráfico 3.17. Percentual de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. Brasil, 2001 a 2017*.	31
Gráfico 3.18. Percentual de casos novos de tuberculose que realizaram teste para HIV. Brasil, 2001 a 2018*.	32
Gráfico 3.19. Coeficiente de mortalidade por tuberculose, por 100 mil habitantes. Brasil, 2001 a 2017*.....	32
Gráfico 3.20. Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase e taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos por 100 mil habitantes. Brasil, 2009 a 2018.....	33
Gráfico 3.21. Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico por 1 milhão de habitantes. Brasil, 2009 a 2018.	33
Mapa 3.1. (A) Taxa de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes. Brasil, 2018 e (B) Taxa de detecção de casos novos em menores de 15 anos por 100 mil habitantes. Brasil, 2018.....	34

Gráfico 3.22. Coeficiente de mortalidade prematura por DCNT, geral e segundo grupos de causas. Brasil, 2010 a 2017.....	35
Gráfico 3.23. Tendência da prevalência de hipertensão arterial sistêmica (2006-2018). Brasil, 2018.....	35
Gráfico 3.24. Tendência da prevalência de diabetes (2006-2018). Brasil, 2018.....	36
Gráfico 3.25. Tendência da prevalência de obesidade (2006-2018). Brasil, 2018.....	36
Gráfico 3.26. Percentual de atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência, geral, entre homens e entre mulheres, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2017.....	38
Gráfico 3.27. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e nº absoluto dos Acidentes de trabalho com material biológico (AT-BIO), grave (ATG) e com animais peçonhentos (AT-animaisp). Brasil, 2006-2019*.....	39
Gráfico 3.28. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e nº absoluto das doenças relacionadas ao trabalho (Câncer, Dermatose, Pair, Pneumoconiose e Transtorno Mental). Brasil, 2006-2019*.....	40
Gráfico 3.29. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e nº absoluto das doenças relacionadas ao trabalho (Ler/Dort e intoxicação exógena). Brasil, 2006-2019*.....	40
Tabela 3.1. Distribuição de casos notificados de doenças e agravos relacionados ao trabalho, segundo sexo, Brasil, 2006-2019.....	41
Tabela 3.2. Distribuição de casos notificados de doenças e agravos relacionados ao trabalho, segundo faixa etária, Brasil, 2006-2019.....	41
Gráfico 3.30. Taxa de mortalidade padronizada (por 1.000 habitantes), segundo sexo. Brasil, 2000 a 2017.....	41
Gráfico 3.31. Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grandes grupos da CID10. Brasil, 2000 a 2017.....	42
Gráfico 3.32. Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grandes grupos da CID10 e sexo masculino. Brasil, 2000 a 2017.....	42
Gráfico 3.33. Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grandes grupos da CID10 e sexo feminino. Brasil, 2000 a 2017.....	43
Tabela 3.3. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) e por sexo e região. Brasil, 2010 a 2017.....	43
Gráfico 3.34. Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de transporte terrestre, segundo regiões. Brasil, 2000 a 2017.....	44
Gráfico 3.35. Taxa padronizada de mortalidade por homicídio, segundo sexo. Brasil, 2000 a 2017.....	44
Gráfico 3.36. Taxa padronizada de mortalidade por homicídio, segundo tipo de arma. Brasil, 2000 a 2017 e risco relativo arma fogo/outros meios.....	45
Gráfico 3.37. Taxa padronizada de mortalidade por homicídio em pessoas brancas e negras. Brasil, 2000 a 2017 e risco relativo negra/branca.....	45
Gráfico 3.38. Taxa padronizada de mortalidade por suicídio, segundo o sexo. Brasil, 2000 a 2017.....	46
Gráfico 3.39. Razão da mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1990 a 2017.....	46
Gráfico 3.40. Taxa de Mortalidade Infantil. Brasil e Regiões, 1990 a 2017.....	47
Gráfico 3.41. Mortalidade Infantil por idade do óbito. Brasil, 2017.....	47
Gráfico 3.42. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças com menos de 1 ano de idade, em 2017, no Brasil.....	48
Gráfico 3.43. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 1 a 4 anos de idade, em 2017, no Brasil.....	48
Gráfico 3.44. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 5 a 9 anos de idade, em 2017, no Brasil.....	49
Gráfico 3.45. População economicamente ativa (PEA), População Economicamente ativa ocupada (PEAO), População em idade ativa (PIA) e taxa de desemprego, por ano, Brasil 2016 a 2019.....	49
Gráfico 3.46. Coeficiente de Mortalidade por água insegura, ausência de saneamento e falta de água no Brasil (WASH), de 2007 a 2018.....	51
Gráfico 3.47. Percentual de domicílios atendidos com abastecimento de água, por forma de atendimento, nas áreas urbana e rural do País, em 2010 e 2017, segundo dados do Censo e da PNAD-Contínua (Plansab_Versão Consulta Pública, 2018).....	51

Gráfico 3.48. Percentual de domicílios atendidos com esgotamento sanitário, por forma de afastamento, nas áreas urbana e rural do País, em 2010 e 2017, segundo dados do Censo e da PNAD-Contínua (Plansab_Versão Consulta Pública, 2018).....	52
Gráfico 3.49. Tendência da prevalência de tabagismo (2006-2018). Brasil, 2018.....	53
Gráfico 3.50. Tendência da prevalência de consumo abusivo* de álcool (2006-2018). Brasil, 2018.....	53
Gráfico 3.51. Tendência da prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças (2008-2018). Brasil, 2018.....	54
Gráfico 3.52. Tendência da prevalência de atividade física no lazer (2009-2018). Brasil, 2018.....	54
Gráfico 3.53. Número de Equipes de Saúde da Família – Brasil, janeiro de 2016 a novembro de 2019.....	55
Gráfico 3.54. Percentual de cobertura populacional de equipes de saúde da família, por ano. Brasil, 2014 a outubro de 2019.....	55
Gráfico 3.55. Número de Agentes Comunitários de Saúde implantados no Brasil (2019).....	56
Tabela 3.4. Implantação do Programa Saúde na Hora, dezembro de 2019.....	56
Figura 3.1. Composição das Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I.....	57
Gráfico 3.56. Expansão de Equipes de Saúde Bucal por ano.....	58
Tabela 3.5. Quantidade de Unidades Odontológicas Móveis (UOM) por ano.....	58
Gráfico 3.57. Evolução dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciados e das adesões à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).....	58
Gráfico 3.58. Evolução no credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).....	59
Gráfico 3.59. Número de equipes de atenção básica prisional (eABP).....	60
Gráfico 3.60. Número de habilitações de municípios na PNAISARI.....	61
Gráfico 3.61. Evolução do uso do Prontuário Eletrônico (PE) nas Unidades Básicas de Saúde por região. Brasil, 2016 a 2019*.....	61
Tabela 3.6. Distribuição das obras por componente, no período de 2009 a 2019*.....	62
Gráfico 3.62. Estágios das Unidades Básicas de Saúde Fluviais em implantação.....	63
Tabela 3.7. Percentual de adultos que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2010 a 2018, por sexo.....	65
Tabela 3.8. Percentual de adultos que referem diagnóstico médico de <i>Diabetes Mellitus</i> , 2006 a 2018, por sexo.....	65
Tabela 3.9. Percentual de adultos (pessoas com idade igual ou maior que 18 anos) que realizam atividade física no tempo livre, em 2018, por faixa etária e escolaridade. Brasil, 2019.....	67
Figura 3.2. Ações do Programa Saúde na Escola. Brasil, 2019.....	67
Tabela 3.10. Panorama da construção de Polos de Academia da Saúde.....	68
Gráfico 3.63. UPA 24h em funcionamento.....	70
Gráfico 3.64. Evolução de habilitações e qualificações de Unidades Móveis – SAMU 192 - (Unidade de Suporte Básico – USB e Unidade de Suporte Avançado – USA).....	71
Gráfico 3.65. Evolução de habilitações e qualificações de Unidades Móveis – SAMU 192 – Moto, Lancha e Aeromédico.....	71
Gráfico 3.66. Evolução da cobertura populacional do SAMU 192. Brasil, 2004 a 2019.....	72
Tabela 3.11. Total de internações no SUS, por especialidade/leitos gerais, 2015 a 2018.....	72
Tabela 3.12. Total de internações no SUS, por especialidade/leitos complementares, 2015 a 2018.....	73
Tabela 3.13. Evolução do Quantitativo e PMP de Potencial Doador e de Doador Efetivo, 2016-2018.....	73
Gráfico 3.67. Evolução de Potencial Doador (PMP) e de Doador Efetivo (PMP), 2001-2018.....	74
Gráfico 3.68. Evolução de Transplantes Realizados de Órgãos, Córnea e Medula Óssea, 2001-2018.....	74
Tabela 3.14. Distribuição dos serviços de hemoterapia em relação ao tipo de serviço, Brasil, 2017.....	75
Tabela 3.15. Número de coletas de bolsas de sangue e transfusões no SUS, 2010 a 2018.....	75
Tabela 3.16. Número de pacientes informados em acompanhamento para as coagulopatias e hemoglobinopatias. Brasil, 2019.....	76
Gráfico 3.69. UI de Fator VIII e Fator IX disponibilizado.....	76
Gráfico 3.70. Bolsas de sangue coletadas no SUS testadas com teste Nat brasileiro, para HIV / HCV / HBV disponibilizado.....	77

Gráfico 3.71. Evolução EMAD e EMAP implantadas – 2011 a 2019.....	77
Gráfico 3.72. Situação dos projetos do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS em novembro de 2019..	79
Gráfico 3.73. Evolução das etapas do Plano de Expansão. 2016 a 2019*.....	79
Gráfico 3.74. Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 0 a 9 anos. Brasil, 2016 a 2019*.....	80
Gráfico 3.75. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações pediátricas, para crianças (0 a 9 anos). Brasil, 2016 a 2019*.....	81
Mapa 3.2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, para crianças (0 a 9 anos), 2018.....	81
Tabela 3.17. Estrutura de Rede de Atenção à Saúde da Criança, no período entre 2016 a 2019.....	82
Mapa 3.3. Proporção da estimativa de cobertura populacional das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, por UF.....	82
Mapas 3.4 e 3.5. Proporção da cobertura populacional das Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), por UF.....	83
Gráfico 3.76. Proporção de gravidez na adolescência, na faixa etária de 10 a 19 anos. Brasil, 2014 a 2017...84	84
Mapa 3.6. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária na população de 10 a 29 anos, em 2018, por UF.....	84
Gráfico 3.77. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, na faixa etária de 10 a 19 anos. Brasil, 2016 a 2019.....	85
Mapa 3.7. Proporção da população na faixa etária de 60 anos ou mais por unidades federativas no Brasil, em 2019.....	86
Gráfico 3.78. Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 60 anos e mais. Brasil, 2016 a 2019*.....	87
Gráfico 3.79. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, para a população de 60 anos e mais. Brasil, 2016 a 2019*.....	87
Mapa 3.8. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, para a população com 60 anos ou mais, em 2018, por UF.....	88
Gráfico 3.80. Razão de morte materna por ano, no período de 1990 a 2017, no Brasil.....	88
Gráfico 3.81. Principais causas de mortalidade materna por ano, no período de 2010 a 2017, no Brasil.....	89
Gráfico 3.82. Número de gestantes que fizeram a 1ª consulta pré-natal até a 12ª semana de gestação. Brasil, 2014 a 2017.....	89
Tabela 3.18. Estrutura de Rede de Atenção à Saúde da Mulher, no período de 2016 a 2019, no Brasil.....	90
Gráfico 3.83. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, para o sexo feminino, de 10 a 59 anos, no período de 2016 a 2019, no Brasil.....	90
Mapa 3.9. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, para o sexo feminino, de 10 a 59 anos, em 2018, por UF.....	91
Gráfico 3.84. Principais causas de Internações em homens de 10 a 49 anos, por capítulo CID 10. Brasil, 2016 a 2018.....	91
Gráfico 3.85. Principais causas de Internações em homens de 50 anos e mais, por capítulo CID 10. Brasil, 2016 a 2018.....	92
Gráfico 3.86. Principais causas de óbitos em homens de 10 a 49 anos e mais, por capítulo CID 10. Brasil, 2015 a 2017.....	92
Gráfico 3.87. Principais causas de óbitos em homens de 50 anos e mais, por capítulo CID 10. Brasil, 2015 a 2017.....	92
Gráfico 3.88. Proporção de consultas realizadas por médicos e enfermeiros na atenção primária, por sexo, na faixa etária de 20 a 59 anos. Brasil, 2015 a 2018.....	93
Tabela 3.19. Número de CAPS, UA, SRT e leitos de saúde mental em hospital geral habilitados na RAPS, e de beneficiários do PVC, de 2016 a 2019.....	94
Figura 3.3. Redes de Atenção Psicossocial – RAPS.....	95
Tabela 3.20. Distribuição CER e Oficina Ortopédica Habilitados. Brasil, 2019.....	95
Tabela 3.21. Distribuição por Região Geográfica- Triagem Auditiva Neonatal. Brasil, 2019.....	96

Gráfico 3.89. Obras para implantação e qualificação de Centros Especializados em Reabilitação. Brasil,nov/2019.	96
Gráfico 3.90. Obras para implantação e qualificação de Oficinas Ortopédicas. Brasil, nov/2019.....	96
Tabela 3.22. Panorama de Obras da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.	97
Tabela 3.23. Caracterização dos estabelecimentos de saúde habilitados pelo MS como serviço especializado de reabilitação por região geográfica, tipo, modalidade e natureza jurídica. Brasil, 2012 a 2017.	97
Tabela 3.24. Oferta regional de serviços especializados em reabilitação nas 438 Regiões de Saúde, por nível de desenvolvimento humano e porte populacional, segundo Modalidade de Reabilitação. Brasil, 2012 e 2017.....	98
Mapa 3.10. Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs no Brasil.	99
Gráfico 3.91. Crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo (em %).	100
Gráfico 3.92. Gestantes indígenas com ao menos 1 consulta de pré-natal realizada (em %).	101
Gráfico 3.93. Crianças menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (em %).....	101
Gráfico 3.94. Cobertura da população indígena com primeira consulta odontológica programática (em %).	102
Gráfico 3.95. Crianças indígenas, menores de 5 anos, acompanhadas pela vigilância alimentar e nutricional (em %).	102
Gráfico 3.96. Taxas de Mortalidade Infantil na população indígena assistida pelo SASISUS, (x 1.000 nascidos vivos). Brasil, 2010-2017*	103
Gráfico 3.97. Óbitos maternos indígenas investigados (em %).....	103
Gráfico 3.98. Óbitos infantis indígenas investigados (em %).	104
Gráfico 3.99. Obras de edificações* (construção/reforma/ampliação).....	104
Gráfico 3.100. Construção de novos Sistemas de Abastecimento de Água.....	105
Gráfico 3.101. Reforma de Sistemas de Abastecimento de Água existentes.	105
Gráfico 3.102. Aldeias com aferição da qualidade da água para consumo humano (em %).	106
Gráfico 3.103. Aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos (em %).	106
Gráfico 3.104. Municípios brasileiros que utilizam o sistema Hórus e enviam dados do Componente Básico da AF pelo Webservice, entre 2016 e 2019.	109
Gráfico 3.105. Unidades federativas brasileiras que utilizam o sistema Hórus e enviam dados dos Componentes Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF) da AF pelo Webservice, entre 2016 a 2019..	109
Tabela 3.25. Mudanças ocorridas no Calendário Nacional de Vacinação. Brasil, 2016 a 2018.	110
Tabela 3.26. Doses aplicadas nas localidades participantes do Movimento Vacina Brasil nas Fronteiras.	111
Tabela 3.27. Distribuição dos casos confirmados de sarampo por UF de residência e coeficiente de incidência. Brasil, 2018 e 2019*.....	112
Tabela 3.28. Indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas. Brasil, 2016 a 2019*	112
Gráfico 3.106. Número de casos, óbitos e letalidade de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza, no período de 2016 até a Semana Epidemiológica 50 de 2019. Brasil.	113
Gráfico 3.107. Coberturas vacinais por vacinas em menores de 1 ano de idade. Brasil, 2015 a 2019.*	114
Gráfico 3.108. Coberturas vacinais por vacinas em crianças de 1 ano de idade. Brasil, 2015 a 2019*.....	115
Gráfico 3.109. Homogeneidade de coberturas vacinais por vacinas selecionadas em crianças de 1 ano de idade ou menos. Brasil, 2015 a 2019*	115
Gráfico 3.110. Coberturas vacinais com primeiras e segundas doses acumuladas* da vacina Papiloma Vírus Humano em meninas de 9 a 15 anos de idade, por Unidade Federada. Brasil, 2013 a 2018.	116
Gráfico 3.111. Coberturas vacinais com primeiras e segundas doses acumuladas* da vacina Papiloma Vírus Humano em meninos de 11 a 14 anos de idade, por Unidade Federada. Brasil, 2018.	116
Gráfico 3.112. Número de vacinados e coberturas vacinais com doses acumuladas da vacina tríplice viral na rotina por grupos etários. Brasil, 2019*.....	117
Gráfico 3.113. Cobertura vacinal com doses acumuladas da vacina febre amarela por Unidade Federada e Brasil, 2018*.....	117

Tabela 3.29. Registros de alimentos concedidos entre 2016 a 2019, por categoria.	119
Gráfico 3.114. Número de registros de medicamentos, produtos biológicos e insumos farmacêuticos ativos concedidos, 2016 a 2019*	120
Gráfico 3.115. Número de registros concedidos de medicamentos e produtos biológicos para doenças raras, 2016 a 2019*	120
Tabela 3.30. Número de produtos para saúde novos regularizados por classificação de risco, 2016 a 2019.	120
Gráfico 3.116. Quantidade de medicamentos sintéticos alopáticos investigados durante o ciclo 2016-2018 do PROVEME conforme categoria.....	121
Tabela 3.31. Número de inspeções nacionais e internacionais, por tipo de produto sob vigilância sanitária, 2016 a 2019.....	121
Gráfico 3.117. Índice de risco sanitário nos pontos de entrada do Brasil, 2016 a 2019.....	122
Gráfico 3.118. Evolução/Projeção de bolsas ofertadas de R1 no Pró-Residência entre 2010 e 2019.....	123
Gráfico 3.119. Evolução do nº de profissionais de saúde e gestores qualificados.	124
Gráfico 3.120. Evolução do nº de jovens beneficiados em ações do PET-SAÚDE.....	124
Tabela 3.32. Número de atividades (Teleconsultoria, Telediagnóstico e Teleducação) por região, 2016 a jul/2019.	125
Gráfico 3.121. Percentual de Atividades em Telessaúde (Teleconsultoria, Telediagnóstico e Teleducação) por Região, jan/2016 a dez/2019	125
Mapa 3.11. Estados com Núcleos ativos de Telessaúde – 2019.	126
Gráfico 3.122. Demandas recebidas de 2012 a 2019.....	129
Gráfico 3.123. Tipo de tecnologia – 2012 a 2019.....	129
Gráfico 3.124. Consultas públicas, 2012 a outubro/2019.....	130
Figura 3.4. PDPs em Fase IV (Internalização de Tecnologia).....	132
Gráfico 3.125. Beneficiários (em milhões) de planos privados de assistência à saúde. Brasil, 2000 a 2019..	133
Gráfico 3.126. Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano. Brasil, 2000 a 2019.....	133
Gráfico 3.127. Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Brasil, 2000 a 2019.	134
Gráfico 3.128. Evolução do registro de operadoras. Brasil, 1999 a 2019.	134
4. INDICADORES GERAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	135
5. OBJETIVOS, METAS E PROJETOS	136
6. GESTÃO DO PLANO	146
Figura 6.1. Sistemática de Programação, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS.....	146
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	148
LISTA DE SIGLAS.....	154

LISTA DE SIGLAS

ACRV	Áreas com recomendação de vacinação
AE	Atenção Especializada em Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
AME	Atrofia muscular espinhal
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APPMS	Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
AT	Agência Transfusional
AT-animaisp	Acidentes de trabalho com animais peçonhentos
AT-BIO	Acidentes de trabalho com material biológico
ATG	Acidentes de trabalho graves
ATT	Acidentes de transporte terrestres
AVASUS	Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde
BLH	Banco de Leite Humano
Bnafar	Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica
BPF	Boas Práticas de Fabricação
C&D	Crescimento e Desenvolvimento
CADOP	Cadastro de Operadora
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CDS	Coleta de dados simplificada
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
Cerest	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CET	Centrais Estaduais de Transplantes
CGAHD	Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar
CGBP	Casas de Gestante Bebê e Puérpera
CGCIS	Coordenação Geral do Complexo Industrial de Saúde
CGFAP	Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária
CGGAP	Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CGPL	Coordenação-Geral de Planejamento
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CGPROFI	Coordenação de Promoção de Atividade Física e Ações Intersetoriais
CGSB	Coordenação-Geral de Saúde Bucal
CGSPD	Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

CGURG	Coordenação-Geral de Urgência
CI	Coeficiente de incidência
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIS	Complexo Industrial da Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMD	Conjunto Mínimo de Dados
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COES	Centros de Operações de Emergência em Saúde
COGE	Coordenação de Garantia da Equidade
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
COP	Primeira Consulta Odontológica Programática
COSEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPN	Centros de Parto Normal
CRIE	Centro de Referências para Imunobiológicos Especiais
CT&IS	Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CTLD	Central de Triagem Laboratorial de Doadores
CVPAF	Coordenações de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados
DAA	Antivirais de ação direta
DAET	Departamento de Atenção Especializada e Temática
DAHU	Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DASNT	Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DCA	Doença de Chagas aguda
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DDA	Doenças Diarreicas Agudas
DEGTS	Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde
DEIDT	Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
DEPROS	Departamento de Promoção da Saúde
DESF	Departamento de Saúde da Família
DGMP	DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento
DigiSUS	Estratégia de saúde digital no Brasil
DM	Doença meningocócica
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
eABP	Equipes de atenção básica prisional

EC	Emenda Constitucional
eCnR	Equipes de Consultório na Rua
EIP	Educação Interprofissional
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
eSB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFF	Equipes de Saúde da Família Fluvial
ESP	emergência em saúde pública
e-SUS AB	Estratégia e-SUS Atenção Básica
EVC	Esquema vacinal completo
FA	Febre Amarela
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
GAR	Serviços Hospitalares de Referência em Atenção à Gestação de Alto Risco
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
GIF 2	Grau 2 de incapacidade física
GRS	Gerenciamento de Resíduos Sólidos
GSM/NAT	Gerenciador do Sistema Multicêntrico/Testes de Ácidos Nucleicos
GT	Grupo de trabalho
HC	Hemocentro Coordenador
HEMOCAD	Sistema Nacional de Cadastro de Serviços de Hemoterapia
Hi	<i>Haemophilus influenza</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPN	Hemoglobinúria Paroxística Noturna
HR	Hemocentro Regional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	Instituições Científicas, Tecnológicas e de Inovação
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LER/Dort	Lesões por esforços repetitivos e distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
MSD	Módulos Sanitários Domiciliares
MVPI	Mês de Vacinação dos Povos Indígenas
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância
NH	Núcleo de Hemoterapia
NIH	Institutos Nacionais de Saúde
NutriSUS	Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

OPM	Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
Pair	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAS	Programação Anual de Saúde
PCD	Pessoas com deficiência
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDP	Parceria para o Desenvolvimento Produtivo
PEA	População Economicamente Ativa
PEAO	População econômica ativa ocupada
PEAO	População Economicamente Ativa Ocupada
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PER-SUS	Plano de Expansão da Radioterapia
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho na Saúde
PFN-RSI	Ponto focal nacional do Regulamento Sanitário Internacional
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIA	População em Idade Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PMP	Partes por Milhão da População
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
Pneumococo	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
PNH	Primatas não humanos
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNMASUS	Política de Monitoramento e Avaliação do SUS
PNPMF	Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PPA	Plano Plurianual
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
PRI	Planejamento Regional Integrado no SUS
PROCIS	Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
PROVEME	Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos
PSE	Programa Saúde na Escola
PVC	Programa De Volta Para Casa
PVHIV	Pessoas Vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana
Qualifar-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS

RAG	Relatório Anual de Gestão
RAM	Resistência a Antimicrobianos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPCD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
Renast	Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
Requalifica UBS	Requalificação das Unidades Básicas de Saúde
RMB	Reator de Multipropósito Brasileiro
RMM	Razão de mortalidade materna
RQPC	Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas
RUE	Rede de Atenção às Urgências
RVS	Resposta Viroológica Sustentada
SAA	Sistemas de Abastecimento de Água
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SasiSUS	Subsistema de Saúde Indígena
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SE	Secretaria Executiva
SEINSF	seções de apoio institucional e articulação federativa
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SIG-SNT	Sistema Informatizado de Gerenciamento - Sistema Nacional de Transplantes
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCAN	Sistema Nacional de Câncer
SISMOB	Sistema de Monitoramento de Obras
SISPré-Natal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
Sivep-gripe	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe
Sivep-Malária	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária
SMART	Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Programa Telessaúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes

SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TASP	Tratamento com Prevenção
TC	Termos de Compromisso
TEF	Taxas Específicas de Fecundidade
TFT	Taxas de Fecundidade Total
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UA	Unidade de Acolhimento
UBSF	Unidades Básicas de Saúde Fluvial
UBSI	Unidades Básicas de Saúde Indígena
UC	Unidade de Coleta
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCT	Unidade de Coleta e Transfusão
UNASUS	Sistema Universidade Aberta do SUS
UOM	Unidades Odontológicas Móveis
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USF	Unidades de Saúde da Família
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VA	Violências (interpessoais e autoprovocadas) e acidentes (VA)
Vigitel	Vigilância e Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
VIP	Vacina inativada poliomielite
Viva	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VOPb	Vacina oral poliomielite bivalente
VOPt	Vacina oral poliomielite trivalente
VSPEA	Vigilância de Populações Expostas a Agrotóxicos
WASH	Coeficiente de Mortalidade por água insegura, ausência de saneamento e falta de água no Brasil
WMP	<i>World Mosquito Program</i>