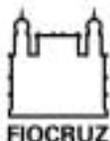


IMPRESSO ESPECIAL
CONTRATO
Nº 050200463-2/2001
SET/DR/RJ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



RADIS

comunicação em saúde



Nº 2 ♦ Setembro de 2002

Av. Brasil 4036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

Maternidades do Brasil

Especial Dados – um panorama da assistência ao parto em 22 páginas

CONFERÊNCIA
INTERNACIONAL
SOBRE AIDS

PROGRAMA
DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA



Como nascem os brasileiros

Depois do impacto positivo do lançamento da revista RADIS, trazemos nesta segunda edição uma extensa matéria de capa que é especial por dois motivos. Primeiro, porque resgata a consistência e a clareza no tratamento de estatísticas que sempre caracterizaram a revista Dados, editada pelo Programa Radis durante 20 anos. Segundo, porque traça um panorama da assistência ao parto no Brasil no final da década de 90, apontando para os problemas ainda atuais a serem enfrentados, com o objetivo de orientar planejamento e ações que tornem o sistema de saúde menos desigual e mais efetivo.

Essa matéria é mais uma parceria da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fiocruz com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que solicitou e financiou a análise do perfil das maternidades públicas e privadas do país, pesquisa coordenada por Maria do Carmo Leal, pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Ensp, e por

Francisco Viacava, coordenador do Departamento de Informação e Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz.

Nos últimos anos, várias medidas têm sido implementadas pela SAS, com vistas à melhoria da atenção pré-natal e ao parto nos hospitais públicos e conveniados do SUS, nos quais o parto e os problemas obstétricos são a principal causa de internação (22,6% do total). A presente análise da disponibilidade de serviços de saúde é condição essencial para o estudo da prestação de assistência às populações, uma vez que 96,8% dos partos são feitos em unidades hospitalares e os recursos tecnológicos utilizados para apoio ao diagnóstico clínico e prevenção de doenças são cada vez mais imprescindíveis. Nossa reportagem traz também o relato do que tem sido feito de positivo no atendimento ao parto em Recife, Rio de Janeiro e Curitiba.

Rogério Lannes Rocha
COORDENADOR DO RADIS

CACO



Memória	2
♦ Mães, partos e bebês	
Editorial	3
♦ Como nascem os brasileiros	
Caco	3
Cartas	4
♦ O leitor quer saber: Dúvidas sobre a Dengue	
Súmula da Imprensa	5
Especial Dados	8
♦ O perfil das maternidades do Brasil	
♦ Capacidade instalada de recursos físicos e humanos, modalidades de financiamento e incorporação tecnológica	
♦ Recife: Saúde Integral da Mulher, da Criança e do Adolescente	
♦ Rio de Janeiro: Humanização do parto reduz mortalidade materno-infantil	
♦ Curitiba: Atenção certa, no lugar certo e no tempo certo	
Aids	30
♦ XIV Conferência Internacional: Participantes cobram compromissos políticos	
Medicamentos	32
♦ Programas de Assistência Farmacêutica tentam garantir acesso integral	
Saúde Bucal	33
♦ Encontro sobre fluoretação	
Tabagismo	33
♦ SUS tratará fumantes que desejam largar o vício	
Serviços	34
Pós-Tudo	35
♦ A caminho de casa	
Ora, Píulas...	35

Capa: Arte de Caco Xavier e Aristides Dutra sobre Madonnas de Bellini e Raphael

CARTAS

DÚVIDAS SOBRE DENGUE

No verão, existe sempre a ameaça de uma nova epidemia de dengue e a possibilidade de essa ameaça se concretizar cresce quando não é feito nenhum trabalho preventivo. Para não deixar o assunto cair no esquecimento, o Radis aproveita a carta de Aramiz Lopes (Tocantins – MG) para trazer de volta o tema que foi amplamente abordado na Súmula nº 87 (março /2002). As perguntas do leitor foram respondidas pelos pesquisadores Elizabeth Sanches (Far-Manguinhos/Fiocruz), Anthony Érico Guimarães e Rita Maria Ribeiro Nogueira (Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz).



♦ *O uso de larvicidas em caixas d'água pode prejudicar a saúde das pessoas?*

Se usados nas dosagens recomendadas, os biolarvicidas não afetam seres humanos ou animais domésticos. Os larvicidas químicos, no entanto, não devem, em hipótese alguma, ser utilizados em caixas d'água.

♦ *É necessário usar larvicida em caixas d'água fechadas ou que estejam acima da altura de vôo do mosquito? A ação do larvicida é imediata?*

Em caixas d'água bem vedadas, inclusive com telas no cano que libere o excesso da água (ladrão), não é necessário. Dificilmente uma caixa d'água estará acima do vôo do mosquito, que pode ser encontrado em prédios muito altos, levado pelas correntes de ar, elevadores ou pelos próprios moradores (principalmente larvas em vasos de plantas). O biolarvicida geralmente impede que as larvas cresçam (sofram mudas) e, como isso leva alguns dias, pode-se ter a falsa impressão que o produto não está fazendo efeito.

♦ *Que tipos de exames devem ser feitos pelas pessoas que lidam com larvicidas?*

No caso dos biolarvicidas, não é necessário nenhum exame específico, pois eles não são tóxicos. No caso dos larvicidas químicos, os exames de controle vão variar de acordo com o tipo e a toxicidade do produto utilizado.

♦ *Será que o uso do veneno cipermetrina líquida ou em pó, misturada ao óleo de soja e aplicado em móveis e paredes para combater o mosquito adulto é eficaz? Por quanto tempo o veneno fica ativo? Se o mosquito não morrer, ele pode adquirir resistência ao veneno?*

No caso do *Aedes aegypti*, os inseticidas que agem exclusivamente sobre os mosquitos adultos não têm grande eficácia. O 'fumacê', por exemplo, tem ação muito restrita e somente em momentos de alta densidade de adultos. Os demais inseticidas, aplicados sobre móveis e paredes, só são recomendados para eliminar mosquitos que têm o hábito de pousar nessas superfícies após sugar o sangue, como é o caso dos anofelinos transmissores de malária. O poder residual varia com a concentração do inseticida, o local e o tipo de aplicação. Todo inseticida usado de forma indiscriminada leva o inseto à resistência.

♦ *Tive todos os sintomas da dengue e o médico diagnosticou a doença, mas os exames deram negativos. Como se explica isso?*

É preciso considerar o tempo da realização dos testes em relação ao início dos sintomas. Soros coletados na fase aguda da doença poderão apresentar resposta negativa para anticorpos IgM anti-dengue. O isolamento de vírus ou a detecção do ácido nucléico – procedimentos mais indicados para a fase aguda da doença – não são realizados em todos os laboratórios clínicos. Por esse motivo, o ideal seria realizar duas coletas de sangue, sendo a segunda em torno de duas semanas após a primeira coleta. Essa conduta aumenta consideravelmente a chance de se confirmar o caso pela sorologia. Persistindo a ausência de anticorpos IgM, devem ser realizados exames complementares, como a pesquisa de IgG ou o diagnóstico diferencial com outras doenças que apresentem sinais e sintomas semelhantes ao dengue.

♦ *Se todo estado febril implica queda do número de plaquetas, como identificar se é dengue ou não?*

Para se confirmar a infecção por dengue, torna-se necessária a realização dos exames específicos. ■

DENGUE

Programa Nacional de Controle da Dengue

No dia 24 de julho, foi lançado o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), cujas metas são: reduzir a menos de 1% a infestação predial pelo *Aedes aegypti* nos 3.529 municípios brasileiros que registram a presença do mosquito e diminuir, em relação a 2002, o número de casos em 50% e o número de óbitos por dengue hemorrágica a menos de 1%.

Este ano, o programa vai priorizar ações de mobilização social que incentivem a população a eliminar os focos residenciais do mosquito. Para

isso, contará com recursos de mais de R\$ 1 bilhão (R\$ 903 milhões do Ministério da Saúde e R\$ 131,1 milhões das contrapartidas estaduais e municipais).

O PNCD é uma cartilha sobre dengue elaborada especialmente para médicos estão disponíveis no site da Funasa (www.gov.br). Mais informações podem ser obtidas pelo telefone (61) 314 6440, pelo Disque-saúde (0800-611997) ou diretamente na Fundação Nacional de Saúde (SAS Quadra 4, bloco N; CEP: 70058-902, Brasília – DF). ■

SÚMULA DA IMPRENSA

CONVOCADA A I CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

No dia 8 de maio deste ano, o Ministério da Saúde convocou a I Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, que havia sido deliberada pela 11ª Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2000.



Em 2001, o Conselho Nacional desencadeou o processo de realização da Conferência, instituindo o Grupo de Trabalho responsável pela coordenação do evento, cujo tema 'Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização da assistência farmacêutica, com controle social' será dividido em quatro subtemas: 'Acesso à assistência farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde', 'Formação e capacitação de recursos humanos para a assistência farmacêutica', 'Pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção nacional de medicamentos' e 'Qualidade de serviços e produtos na assistência farmacêutica'.

A expectativa dos organizadores é que, durante a Conferência Nacional, a

ser realizada até 31 de maio de 2003, sejam discutidas as principais demandas da sociedade e do setor farmacêutico, e que isso resulte em melhorias efetivas para a saúde da população.

As etapas municipais e estaduais da Conferência devem ser realizadas, respectivamente, até 31 de dezembro de 2002 e 30 de abril de 2003.

DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL CONDENAM REMÉDIOS DE MANIPULAÇÃO

O uso de remédio de manipulação, condenado pela quarta edição das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, está provocando um embate: de um lado, médicos dizem que as farmácias de manipulação não passam pelo mesmo controle de qualidade que as indústrias farmacêuticas. De outro, a população tem usado cada vez mais esses medicamentos, que podem chegar a custar treze vezes menos do que aqueles oferecidos em farmácias. Além disso, segundo dados publicados no *Jornal do Brasil*, atualmente o setor emprega 14 mil farmacêuticos, faturando no ano passado US\$ 560 milhões.

A quarta edição das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial foi lançada recentemente em Porto Alegre e traz outras novidades, entre elas a que diz respeito ao monitoramento da pressão arterial. Segundo o documento, o nível considerado ótimo deve estar abaixo de 12 por 8 (a antiga edição determinava que a pressão ideal seria abaixo de 14 por 9). A nova diretriz, que foi elaborada por 108 médicos, também recomenda o uso de terapia de combinação de drogas para reduzir o ritmo de pressão.

FEBRE DO NILO PODE CHEGAR AO BRASIL

Embora ainda não haja nenhum caso da Febre do Nilo registrado no país, o risco de contaminação existe. É o que alerta o entomologista da Fundação Oswaldo Cruz, Anthony Érico Guimarães. Segundo ele, o vírus, transmitido pela picada do mosquito *culex*, principal vetor da Febre do Nilo, é encontrado em aves migratórias que voam para a América Central, mas podem alcançar também o Brasil. No ano passado, o vírus chegou ao país por meio da importação de avestruzes, mas foi imediatamente erradicado. Anthony acredita que, seja por meio de aves migratórias ou da chegada de carregamentos vindos do exterior, existe um grande risco no país. Segundo ele, deverá ser feita uma vigilância epidemiológica e, para o controle, serão utilizados larvicidas, pulverização por aeronaves e dedetização dos domicílios.

Presente nas aves e transmitido aos mosquitos, o vírus do Nilo ocidental foi registrado pela primeira vez em 1937, em Uganda, na África, e chegou na América do Norte em 1999, provavelmente trazido por viajantes que retornavam do continente africano. As pessoas infectadas apresentam sintomas como de resfriado mas que podem se tornar fatais para menores, idosos e pessoas com o sistema imunológico fraco. Este ano, o vírus foi responsável pela morte de 58 pessoas nos Estados Unidos e tornou-se uma preocupação no estado de Louisiana, onde já causou a morte de quatro pessoas.

EXPEDIENTE

RADIS é uma publicação da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp).

Periodicidade: Mensal
Tiragem: 42 mil exemplares
Assinatura: Grátis

Presidente da Fiocruz: Paulo Buss
Diretor da Ensp: Jorge Bermudez

PROGRAMA RADIS

Coordenador: Rogério Lannes Rocha
Editor: Caco Xavier

Redação: Daniela Sophia, Ana Beatriz de Noronha e Katia Machado (reportagem e redação) e Aristides Dutra (projeto gráfico)

Administração: Luis Otávio e Vanessa Santos
Estudos, Pesquisas e Projetos: Justa Helena Franco (gerência de projetos)

Colaboraram nesta edição: Maria do Carmo Leal (Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos

em Saúde/Ensp/Fiocruz) e Francisco Viacava (Departamento de Informação e Saúde/CICT/Fiocruz)

Endereço

Av. Brasil, 4036 sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ / CEP 21040-361
Telefone: (21) 3882-9118
Fax: (21) 3882-9119

E-Mail: radis@ensp.fiocruz.br

Site: www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.htm

RECURSO PARA A DISTRIBUIÇÃO DE REMÉDIOS PARA O MAL DE PARKINSON JÁ FOI LIBERADO



Os recursos do Ministério da Saúde para a distribuição gratuita de todos os medicamentos existentes no mercado para o Mal de Parkinson já estão sendo repassados para os estados. Segundo a assessoria de imprensa do Ministério, as secretarias estaduais deverão abrir licitação para a compra do remédio. Para os medicamentos excepcionais, o Governo desembolsa o total de 483 milhões por ano e espera atender cinco vezes mais pacientes, passando de 2 mil para 10 mil beneficiados.

Esse repasse foi resultado de uma Portaria assinada no dia 23 de julho, ampliando de 49 para 90 o número de medicamentos excepcionais distribuídos pelo SUS. Entre eles estão não só os que servem para o Mal de Parkinson, mas medicamentos para osteoporose, hepatite C crônica, asma grave e hepatite B em transplantados. Hoje existem cerca de 200 mil brasileiros com o Mal de Parkinson, que poderão recorrer ao tratamento nos recém-criados Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Os usuários deverão entrar em contato com a Secretaria de Saúde do estado. Mais informações pelos telefones (61) 315-2005/2748/2784 e (61) 225-7338 (fax) do Ministério da Saúde.

ANÚNCIOS DE ALIMENTOS TERÃO NOVAS REGRAS

Pela primeira vez haverá uma regulamentação para a propaganda e para o marketing de produtos que induzam mães a substituírem o leite materno por outros alimentos. Com isso, as agências de publicidade e as indústrias serão orientadas sobre como deve ser a rotulagem de alimen-

tos para crianças de até três anos. Essa medida faz parte da Resolução nº 222, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), publicada no dia 06 de agosto de 2002 no Diário Oficial da União, e estabelece o prazo de seis meses para que a mudança seja efetuada, evitando, assim, abusos na promoção de alimentos.

Sugestões e críticas sobre o regulamento podem ser enviadas para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no endereço SEPN 515, Bloco B Ed. Ômega, Asa Norte, Brasília, DF, CEP. 70.770-502 ou para o e-mail tecnologia.produtos@anvisa.gov.br.

INICIATIVAS INIBEM AÇÃO DE INDÚSTRIA DE TABACO

Segundo um estudo publicado no Journal of the American Medical Association, os fabricantes de cigarro estão exercendo uma forte pressão financeira sobre empresas que fabricam produtos para deixar de fumar, obrigando-as a reduzir suas campanhas publicitárias. A pesquisa mostra como a indústria do fumo sempre utilizou seu poder financeiro para atentar contra a saúde pública.

A cidade de Nova York, para fazer frente às pressões do mercado de tabaco, ampliou a guerra contra o fumo ao apresentar um projeto de lei proibindo o uso em todos os bares, restaurantes, oficinas e centros recreativos da cidade. Todos os esforços, seja através de pesquisas ou da criação de uma legislação mais rígida, deverão resultar, no ano que vem, na aprovação pela Organização Mundial da Saúde do primeiro tratado mundial para diminuir o uso e o mercado de cigarros.

NOVA ESTRATÉGIA PARA IMUNIZAR CONTRA MALÁRIA

Em uma pesquisa coordenada por cientistas britânicos, está sendo testado um novo tipo de vacina contra a malária. Diferentemente das convencionais, que ensinam o sistema imunológico do corpo a reconhecer e destruir um parasita que causa uma infecção, a nova vacina faria o corpo reconhecer suas próprias células infectadas, matando a célula e o parasita ao mesmo tempo.

Hoje, estima-se que no mundo adoecem mais de 200 milhões de pessoas por ano, principalmente em países da África, situados ao sul do De-

serto de Saara, do Sudeste Asiático e da Amazônia. No Brasil, 99% dos casos registrados encontram-se nos estados da Bacia Amazônica. Outras informações sobre a doença podem ser obtidas no documento Avaliação da Estratégia Global de Controle Integrado da Malária no Brasil, de Antônio Carlos Silveira e Dilermando Fazito de Rezende, disponível no site da Organização Pan-Americana de Saúde (<http://www.opas.org.br/>).

GOVERNO TENTA ACABAR COM FILA POR PRÓTESE, MAS ENTIDADES ESTÃO CÉTICAS



Estão abertas as inscrições nas secretarias estaduais de saúde para a participação dos centros de referência dos portadores de deficiência na Campanha Nacional de Protetização. Atualmente, 17 estados já fazem parte do programa. A campanha, que começou em julho e vai até dezembro, foi criada pela Portaria nº 1099 (publicada no Diário Oficial da União no dia 12 de junho), e está oferecendo aparelhos e tratamento para todos os portadores de deficiência física. No Rio de Janeiro, por exemplo, centros de referência como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e o Instituto Oscar Clarck já estão inscritos para receber os recursos do Ministério, cerca de R\$ 12 milhões que serão distribuídos até o final do ano.

Com isso, pretende-se diminuir as filas de pacientes do SUS que esperam por cadeiras de rodas, pernas mecânicas, braços articulados, andadores, bengalas, coletes e próteses mamárias, mas as entidades que trabalham ou representam deficientes físicos acreditam que as mudanças não acontecerão em apenas seis meses, prazo que durará o Programa. Pelo censo do IBGE, o país tem hoje 6,5 milhões de portadores de deficiências físicas e motoras, mas não existem dados sobre a quantidade das pessoas que aguardam nas fi-

las, numa espera que pode levar até dois anos.

PESQUISAS

INFARTO E DERRAME CRESCEM NO NORDESTE E CENTRO-OESTE

As regiões Nordeste e Centro Oeste lideram o ranking das taxas de mortes por doenças cardiovasculares, representando 28% do total no país, apesar da melhoria das condições de vida nas últimas décadas. O dado faz parte de uma pesquisa da Universidade de São Paulo (USP) divulgada recentemente, que revela também um crescimento da incidência de óbitos decorrentes de derrames e infartos em quase todas as faixas etárias estudadas. Esse aumento é atribuído, entre outros fatores, à melhora no diagnóstico da morte e ao processo de urbanização.

A pesquisa apresenta ainda outro dado alarmante: o número de casos de infartos está aumentando entre as mulheres. Para os pesquisadores, essa taxa é atribuída ao estresse causado pela maior inserção feminina no mercado de trabalho. Em relação a 1969, o infarto entre as mulheres aumentou em 70% no grupo etário compreendido entre 40 e 49 anos, e em 63% no grupo compreendido entre 60 e 69 anos.

PESQUISA MOSTRA QUE É EM CASA QUE CRIANÇA SOFRE

Outro estudo, dessa vez realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, mostra que 97,2% das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no hospital infantil da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foram molestadas dentro de casa, por familiares ou amigos da família. A coordenadora da pesquisa, Ana Lúcia Ferreira, também revela a existência de problemas na assistência, ao apontar que os médicos que prestam o primeiro atendimento estão mal preparados e não recebem treinamento específico para lidar com esse tipo de caso. Além disso, constata-se que as meninas são as maiores vítimas de abuso, com 70,5% dos casos apresentados, e as faixas etárias mais atingidas estão entre 6 e 10 anos (45,2% do total) e entre 2 e 5 anos (36,5%). Para se chegar a essa conclusão, foram pesquisados 129 prontuários do Ambulatório da Família que funciona

em um dos primeiros centros do país voltado para o atendimento de jovens que sofreram violência, o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da UFRJ.

ÁGUA PODE MATAR 76 MILHÕES EM 2020



Se não forem tomadas medidas para limpar as fontes de água de todo o mundo, cerca de 76 milhões de pessoas, em sua maioria crianças, morrerão devido ao consumo de água contaminada até o ano de 2020. É o que diz um estudo divulgado recentemente pelo Instituto do Pacífico, em Oakland, nos Estados Unidos. A pesquisa também mostra que o número de mortes por água contaminada pode ultrapassar as vítimas de doenças como a Aids, nas duas décadas passadas.

TESTES COM REPELENTE MOSTRAM NECESSIDADE DE NOVA REGULAÇÃO

Um levantamento feito recentemente pela Associação Brasileira do Consumidor com 11 marcas de repelente existentes no mercado brasileiro mostrou que em todas elas havia uma baixa concentração de princípios ativos (substâncias que afastam os insetos e evitam as picadas). A iniciativa da Associação, da qual fazem parte 60 mil sócios em todo o país, tem como objetivo fazer com que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleça novos parâmetros de quantidade de princípios ativos, obrigando os fabricantes a seguirem os padrões internacionais. De acordo com os indicadores usados, nenhuma das marcas analisadas foi classificada como 'muito boa'. De acordo com os padrões internacionais, a porcentagem ideal de princípios ativos nas fórmulas dos repelentes é de 20%. Segundo dados divulgados

no Jornal Estado de São Paulo, todos os repelentes analisados tinham menos de 10%.

POR DENTRO DAS LEIS

MEDICAMENTOS NATURAIS CAUSAM IMPASSE ENTRE MÉDICOS E JUSTIÇA

Há um grande impasse entre médicos e Justiça quando o assunto é medicamentos naturais. De um lado, o Supremo Tribunal Superior decidiu que os medicamentos naturais não necessitam mais do registro do Ministério da Saúde para a sua comercialização. A decisão tomada pelo STJ foi baseada em um recurso do município de Curitiba contra a empresa Honinteg Complementos Alimentares Ltda. De outro, uma parte do setor médico defende a obrigatoriedade do registro. Um dos argumentos usados é o de que a venda de produtos naturais sem o registro de medicamentos, apenas como suplementos, produtos alternativos ou manipulados, os desobriga a passarem por estudos rigorosos dos quais são extraídas informações sobre riscos. Essas informações estão publicadas em documento da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), lançado recentemente.

CONSELHOS GESTORES

O município de São Paulo criou a Lei 13.325 (28/12/2001) que dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas unidades do Sistema Único de Saúde. De acordo com a legislação, os Conselhos são responsáveis pelo acompanhamento, avaliação e fiscalização dos serviços e das ações de saúde prestadas à população e também podem propor e aprovar medidas para aperfeiçoar a avaliação, a organização, o planejamento, e o controle das ações e serviços. Além disso, devem acompanhar a participação de cidadãos e organizações na aplicação dos recursos disponíveis. Mais informações podem ser obtidas com o Vereador Carlos Neder (PT) pelo e-mail neder@alternex.com.br

SÚMULA DA IMPRENSA é produzida a partir da leitura crítica dos principais jornais diários e revistas semanais do país.

Responsável pela seção:

Daniela Sophia

Maternidades do Brasil



MARIA DO CARMO LEAL

Pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde/Ensp/Fiocruz

FRANCISCO VIACAVA

Coordenador do Departamento de Informação em Saúde/CICT/Fiocruz

No Brasil, informações sobre a oferta de serviços de saúde estão disponíveis desde a década de 30. A primeira referência aparece no Anuário Estatístico do Brasil de 1936 (AEB ano II, p.263-91) e diz respeito aos serviços existentes nos estados e nos municípios das capitais e do interior, em 1934. O Anuário apresenta dados sobre os estabelecimentos de saúde com ou sem internação, discriminados segundo a entidade mantenedora, destino da assis-

tência, especialidade médica, público alvo, custo da assistência e financiamento. Ao longo das décadas seguintes, estes dados continuaram a ser coletados, mas diversas modificações foram introduzidas devido a mudanças na organização institucional e na conformação do setor da saúde. Essas mudanças tornaram os resultados obtidos dificilmente comparáveis no tempo.

A partir de 1975, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) assumiu a responsabilidade pelo planejamento, coleta e apuração da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), com a publicação anual das Estatísticas de Saúde, cujo primeiro volume foi divulgado em 1976. A série foi interrompida em 1992, quando apenas o cadastro das instituições foi divulgado. Após sete anos, em 1999, com apoio financeiro do Ministério da Saúde,

a AMS voltou a ser publicada, desta vez em forma de monografia, abrangendo aspectos diversos da estrutura física, recursos diagnósticos, tipos de profissionais e características administrativa e financeiras dos estabelecimentos de saúde do país. Os últimos dados, coletados em 2001, ainda não foram divulgados.

A capacidade instalada de recursos físicos e humanos, a modalidade de financiamento e a incorporação tecnológica são elementos importantes na avaliação da oferta de serviços e das potencialidades do sistema de saúde para atender às necessidades da população. Os dados da AMS podem ser de grande importância para o planejamento das ações de saúde, pois permitem o monitoramento da distribuição geográfica dos recursos, a identificação de carências e excesso de oferta de tecnologias e o conhecimento da estrutura jurídico-administrativa dos estabelecimentos de saúde.

Informações sobre a oferta de serviços podem demonstrar a forma como as alterações no nível político-institucional moldam a organização de sistemas públicos e privados, seja pela distribuição geográfica de estabelecimentos de saúde, pela intensificação da descentralização ou pela atuação das operadoras de planos privados de saúde. Além disso, podem ser úteis para conhecer quantos e quais estabelecimentos de saúde compõem a rede de serviços ofertados pelo SUS, assim como quantos e quais respondem pelo atendimento dos clientes dos planos de saúde privados. Da mesma forma, podem indicar como ocorre a expansão ou retração de cada segmento (VIACAVAL & BAHIA, 2002).

As informações referentes às especialidades e tecnologias incorporadas nos estabelecimentos prestam-se à identificação da presença ou não de determinados serviços, especialidades e equipamentos atribuídos à alta complexidade e ao alto custo. As possibilidades de retratar a situação da oferta de serviços necessários à atenção das demandas e necessidades mais simples até às consideradas exigentes de tecnologias sofisticadas e a distribuição desses recursos representam um permanente desafio para os gestores e estudiosos do setor saúde.



Um panorama dos estabelecimentos de saúde que atendem ao parto é fundamental para se avaliar a adequação da rede assistencial às necessidades de atenção médica das gestantes e recém-nascidos neste momento da vida reprodutiva das mulheres.

O parto e os problemas obstétricos são a principal causa de internação nos hospitais públicos e conveniados do SUS, correspondendo a 22,6% do total das 11.756.354 internações realizadas e a 13,7% do gasto total com as hospitalizações no país em 2001. (MS/Datasus – www.datasus.gov.br)

Além de este tema ser importante por sua magnitude, o atendimento ao parto e ao **puerpério** (*) tem recebido nas duas últimas décadas uma especial atenção das autoridades sanitárias nacionais, com o objetivo de reduzir os índices da mortalidade materna e infantil.

Nos últimos anos, algumas iniciativas foram postas em prática pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, com o objetivo de estimular a prática do parto normal (Portaria MS/GM nº 2.815 de 29/5/1998), restringir a incidência de partos cesáreos nos hospitais do SUS (Portaria MS/GM nº 2.816 de 29/5/1998), apoiar a montagem de unidades de cuidado **perinatal** intermediário e intensivo (Portaria MS/GM nº 1.091, DOU 25/08/99) e estimular a acreditação dos serviços de maternidade (Portaria MS/GM nº 3.482 de 20/08/98). Essas medidas tornam o propósito de conhecer o perfil dos estabele-

cimentos hospitalares que atendem ao parto um campo estratégico para o dimensionamento de necessidades de atenção pelo sistema público. Além disso, estabelecem as bases para estudos posteriores de avaliação dos resultados alcançados após as intervenções sugeridas.

No Brasil, o atendimento ao parto é predominantemente hospitalar. Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), no ano de 1999, apenas 3,2% dos nascimentos ocorreram fora do ambiente hospitalar e, se consideradas as outras instituições de saúde, esse valor diminuiu para 1,3%.

A importância da utilização da AMS neste diagnóstico é que seus dados permitem uma avaliação do universo dos hospitais, incorporando os pertencentes ao setor privado não conveniado com o SUS, para os quais são escassas as informações disponíveis atualmente, já que seus dados não estão contemplados no Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH/SUS).

FONTES DE DADOS

Para a análise do perfil das maternidades, foi utilizado o conjunto dos dados coletados pela última Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), em 1999, considerando-se como universo deste estudo o conjunto de estabelecimentos de saúde visitados pelo IBGE, que informaram ter ocorrido pelo menos um nascimento vivo durante o ano anterior (1998). Foram excluídas da análise as instituições que estavam classificadas como não tendo serviço de internação, por terem sido responsáveis por

(*) Para uma definição das palavras em negrito, ver glossário na página 26.

Tabela 1

Oferta de estabelecimentos que atendem ao parto, leitos (berços), e número de nascidos vivos, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil 1999

UF	ESTABELECIMENTOS		BERÇOS		BERÇOS POR ESTAB.	NASCIDOS VIVOS	
	NÚMERO	DISTR %	NÚMERO	DISTR %		NÚMERO	DISTR %
BRASIL	5.709	100,0	67.418	100,0	11,8	3.111.502	100,0
RONDÔNIA	96	1,7	592	0,9	6,2	20.661	0,7
ACRE	22	0,4	213	0,3	9,7	14.478	0,5
AMAZONAS	75	1,3	731	1,1	9,7	56.134	1,8
RORAIMA	26	0,5	173	0,3	6,7	7.879	0,3
PARÁ	229	4,0	2.239	3,3	9,8	125.094	4,0
AMAPÁ	12	0,2	120	0,2	10,0	12.113	0,4
TOCANTINS	89	1,6	582	0,9	6,5	23.162	0,7
NORTE	549	9,6	4.650	6,9	8,5	259.521	8,3
MARANHÃO	292	5,1	3.209	4,8	11,0	108.721	3,5
PIAUÍ	145	2,5	1.274	1,9	8,8	62.991	2,0
CEARÁ	255	4,5	2.745	4,1	10,8	161.057	5,2
RIO GDE NORTE	146	2,6	1.218	1,8	8,3	53.279	1,7
PARAÍBA	167	2,9	1.720	2,6	10,3	66.418	2,1
PERNAMBUCO	284	5,0	3.160	4,7	11,1	160.101	5,1
ALAGOAS	77	1,3	1.124	1,7	14,6	57.624	1,9
SERGIPE	47	0,8	681	1,0	14,5	42.460	1,4
BAHIA	432	7,6	4.364	6,5	10,1	229.309	7,4
NORDESTE	1.845	32,3	19.495	28,9	10,6	941.960	30,3
MINAS GERAIS	579	10,1	6.953	10,3	12,0	309.315	9,9
ESPIRITO SANTO	102	1,8	1.197	1,8	11,7	55.214	1,8
RIO DE JANEIRO	290	5,1	5.268	7,8	18,2	241.337	7,8
SÃO PAULO	649	11,4	12.449	18,5	19,2	640.987	20,6
SUDESTE	1.620	28,4	25.867	38,4	16,0	1.246.853	40,1
PARANÁ	438	7,7	4.684	6,9	10,7	178.143	5,7
STA CATARINA	187	3,3	2.297	3,4	12,3	89.122	2,9
RIO GDE DO SUL	360	6,3	3.793	5,6	10,5	170.057	5,5
SUL	985	17,3	10.774	16,0	10,9	437.322	14,1
MATO GROSSO SUL	121	2,1	1.196	1,8	9,9	38.112	1,2
MATO GROSSO	182	3,2	1.348	2,0	7,4	49.198	1,6
GOIÁS	379	6,6	3.301	4,9	8,7	91.272	2,9
DISTRITO FEDERAL	28	0,5	787	1,2	28,1	47.264	1,5
CENTRO OESTE	710	12,4	6.632	9,8	9,3	225.846	7,3

Fonte: IBGE/AMS 99

apenas um por cento dos nascimentos computados pela AMS.

Embora o produto da gestação possa ser um nascido morto, não se utilizou a ocorrência deste evento para ampliar o critério de inclusão das instituições, porque se considerou a possibilidade de este critério levar à seleção de serviços de emergência que atendam a casos de aborto, que possam ser incorretamente classificados como nascidos mortos, confundindo-os com maternidades. Além disso, os serviços que atendem nascidos mortos,

evento mais raro, atendem, sobretudo, nascidos vivos e, portanto, já estariam incluídos pelo critério anterior.

O número de nascidos vivos que se utilizou como denominador dos indicadores foi retirado da própria AMS. A população de mulheres em idade fértil (10-49 anos de idade) foi retirada do site do IBGE (www.ibge.gov.br) e as taxas de fecundidade foram conseguidas na publicação Indicadores Básicos do Brasil – IDB 2001, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

A análise dos dados segundo o tipo de financiamento apresenta algumas limitações, pois não é possível estimar, para os estabelecimentos que declararam prestar serviços ao SUS e a clientes de planos privados de saúde ou particulares, qual a parte de um mesmo estabelecimento destinada a cada segmento assistencial.

Da mesma maneira, deve-se ter em mente que a informação prestada sobre os recursos humanos presentes nos estabelecimentos pode implicar em múltiplas contagens, pois é comum o vín-

Tabela 1a

Oferta de estabelecimentos que atendem ao parto, leitos (berços), e número de nascido vivos, segundo Grandes Regiões e tipo de município - Brasil 1999

GRANDES REGIÕES	TIPO DE MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS		BERÇOS		BERÇOS POR ESTAB.	NASCIDOS VIVOS	
		NÚMERO	DISTR %	NÚMERO	DISTR %		NÚMERO	DISTR %
BRASIL	CAPITAL	518	9,1	12.502	18,5	24,1	722.531	23,2
	METROPOLITANO	501	8,8	8.884	13,2	17,7	502.039	16,1
	INTERIOR	4.690	82,2	46.032	68,3	9,8	1.886.932	60,6
	TOTAL	5.709	100,0	67.418	100,0	11,8	3.111.502	100,0
NORTE	CAPITAL	34	6,2	582	12,5	17,1	29.728	11,5
	METROPOLITANO	6	1,1	109	2,3	18,2	4.174	1,6
	INTERIOR	509	92,7	3.959	85,1	7,8	225.619	86,9
	TOTAL	549	100,0	4.650	100,0	8,5	259.521	100,0
NORDESTE	CAPITAL	120	6,5	2.662	13,7	22,2	191.681	20,3
	METROPOLITANO	72	3,9	799	4,1	11,1	54.170	5,8
	INTERIOR	1.653	89,6	16.034	82,2	9,7	696.109	73,9
	TOTAL	1.845	100,0	19.495	100,0	10,6	941.960	100,0
SUDESTE	CAPITAL	251	15,5	6.271	24,2	25,0	343.021	27,5
	METROPOLITANO	264	16,3	5.799	22,4	22,0	339.111	27,2
	INTERIOR	1.105	68,2	13.797	53,3	12,5	564.721	45,3
	TOTAL	1.620	100,0	25.867	100,0	16,0	1.246.853	100,0
SUL	CAPITAL	41	4,2	1.400	13,0	34,1	82.272	18,8
	METROPOLITANO	117	11,9	1.841	17,1	15,7	91.176	20,8
	INTERIOR	827	84,0	7.533	69,9	9,1	263.874	60,3
	TOTAL	985	100,0	10.774	100,0	10,9	437.322	100,0
CENTRO-OESTE	CAPITAL	72	10,1	1.587	23,9	22,0	75.829	33,6
	METROPOLITANO	42	5,9	336	5,1	8,0	13.408	5,9
	INTERIOR	596	83,9	4.709	71,0	7,9	136.609	60,5
	TOTAL	710	100,0	6.632	100,0	9,3	225.846	100,0

Fonte: IBGE/AMS 99

culo de um mesmo profissional com diversas instituições.

Os resultados são apresentados por Grandes Regiões Geográficas, por Unidades da Federação e por nível de complexidade das áreas geográficas – Capitais, Regiões Metropolitanas e Interior. As Regiões Metropolitanas selecionadas foram as 15 microrregiões definidas pelo IBGE em 1999 – Belém, São Luís, Fortaleza, Natal, Recife, Maceió, Salvador, Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Florianópolis, Porto Alegre e Goiânia. Brasília e as cidades satélites foram consideradas dentro do grupo das Capitais.

Os nascimentos estão computados por local de ocorrência e, portanto, podem não estar expressando exatamente o padrão demográfico de cada área, mas refletindo também o fluxo das gestantes em busca de atendimento mais qualificado nas capitais e áreas metropolitanas.

ANÁLISE DA OFERTA DE LEITOS PARA ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO

Os dados da Tabela 1 mostram que, no Brasil, em 1999, 5.709 estabelecimentos de saúde realizaram atendimento ao parto. Esse valor representa 73% do conjunto global dos estabelecimentos com serviços de internação e comprova que o atendimento ao parto é amplamente representado na malha da rede hospitalar do país. As maternidades (hospitais especializados em obstetria) representaram somente 5% do total dos estabelecimentos com internações. (VIACAVAL & BAHIA, 2002)

Na mesma tabela, a distribuição das instituições que atenderam ao parto por Grandes Regiões Geográficas aponta o Nordeste como a que detém o maior número de estabelecimentos (32,3%) e a Norte como o menor (9,6%). A região Sudeste é a segunda em

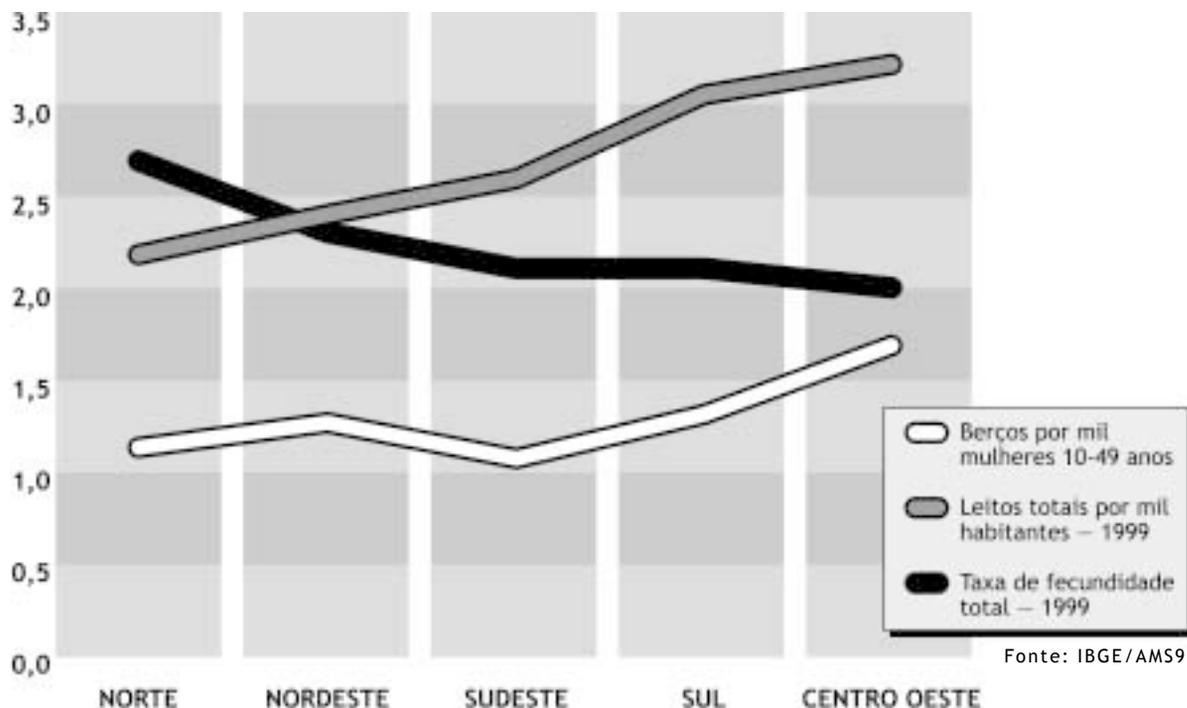
número de estabelecimentos, com 28,4% dos hospitais, seguida da Região Sul, com 17,3% e da região Centro-Oeste, com 12,4%.

Considerando por Unidade da Federação, é no estado de São Paulo que se concentra o maior número de estabelecimentos, 11,4% do total nacional, seguido de Minas Gerais (10,1%), Paraná (7,7%), Bahia (7,6%), Goiás (6,6%) e Rio Grande do Sul (6,3%). Em situação intermediária ficam o Rio de Janeiro (5,1%), Ceará (4,5%) e Pará (4,0%). Os estados com menor número de estabelecimentos são o Amapá (0,2%), Acre (0,4%), Roraima e o DF (0,5%) e Sergipe (0,8%).

Analisando estes mesmos indicadores segundo o tipo de município (Capital, Metropolitano e Interior), verifica-se que 82% dos estabelecimentos estão localizados nas cidades do interior do Brasil e o restante dividido entre a capital e as cidades do entorno metropolitano. Na região Sudeste, esse padrão

Gráfico 1

Taxa de fecundidade e oferta de leitos totais e para recém-nascidos por Grandes Regiões – Brasil 1999



Fonte: IBGE/AMS99

se altera, aumentando para 15% e 16,3% a participação percentual dos estratos da Capital e Metropolitano. (Tabela 1a)

Essas instituições hospitalares disponibilizaram 67.418 berços para atendimento aos recém-nascidos, computados os leitos para recém-nascido normal e os de alojamentos conjunto. O Sudeste tem 38,4% do total, representando a região mais privilegiada, seguida do Nordeste, com 28,9%. A inversão de posição em relação ao número de instituições denota uma variação importante no tamanho dos hospitais da região Sudeste em relação à Nordeste e expressa melhor a real disponibilidade para o atendimento às gestantes e recém-nascidos. Para todas as outras regiões, decresce a proporção dos leitos quando se compara com a distribuição do número de estabelecimentos (Tabela 1).

Quanto à oferta de berços, os estados de São Paulo e Minas Gerais são os mais favorecidos, com 18,5% e 10,3%. Na região Norte, excetuando-se o estado do Pará, que tem 3,3% dos berços, os demais apresentam uma oferta que gira em torno de menos de 1%.

Por tipo de município, a distribuição dos berços é menos discrepante, pois 68,3% deles estão no interior contra 18,5 e 13,2% nas capitais e regiões metropolitanas respectivamente (Tabela 1a). As diferenças entre as regiões são grandes. Na região Norte 85,1% dos berços estão localizados no interior e na região Sudeste apenas 53,3%.

O indicador 'número de berços por estabelecimento' confirma o maior tamanho das instituições da região Sudeste, com destaque para os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, com 19,2 e 18,2 leitos por instituição. Chama a atenção a situação do Distrito Federal que, apesar de dispor de apenas 0,5% dos estabelecimentos do país, tem uma média de 28,1 berços por estabelecimento. (Tabela 1)

Nasceram nos hospitais recenseados 3.111.502 crianças, 40,1% delas na região Sudeste, 30,3% na região Nordeste, 14,1% no Sul, 8,3% no Norte e 7,3% no Centro-Oeste. No mesmo ano, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) registrou 3.256.433 nascimentos, número muito próximo do identificado nas

instituições recenseadas pelo IBGE. Há que se considerar que ainda não é completa a cobertura do Sinasc e que a AMS não inclui os partos não hospitalares, que neste ano corresponderam a 3,3% do total (MS/Datasus).

A localização dos leitos deve seguir o padrão de necessidade de hospitalização das populações. De modo geral há uma correspondência entre a distribuição dos recém-nascidos e dos berços, sendo que no interior é relativamente maior a oferta de leitos, provavelmente pela necessidade de dispersão das instituições, já que estão distribuídas em um território muito maior e de menor densidade demográfica do que nas outras duas áreas. A variação nas taxas de fecundidade entre as áreas também pode explicar as diferenças encontradas.

Nas cidades do interior do Brasil ocorreram 60,6% dos nascimentos hospitalares, nas capitais 23,2% e nas regiões metropolitanas do entorno, 16,1%. Analisando por Região Geográfica, observa-se novamente uma grande dispersão dos nascimentos pelos três estratos no Sudeste e uma concentração no interior nas Regiões Norte e Nordeste. (Tabela 1a)

Só é possível, no entanto, quantificar efetivamente as carências ou excessos de oferta por área geográfica quando se leva em conta o tamanho da população de mulheres em idade fértil. Um indicador para isso é o número de berços por mil mulheres em idade fértil, clientela em potencial destes serviços.

A média brasileira foi de 1,2 berços por mil mulheres de 10 a 49 anos de idade, observando-se uma relativa homogeneidade na distribuição dos leitos por Região Geográfica, que variou de 1,1 nas regiões Norte e Sudeste a 1,7 berços por mil mulheres de 10 a 49 anos na região Centro-Oeste, onde a média de berços por mulheres está 40% acima do padrão nacional. (Gráfico 1)

Uma outra maneira de analisar a oferta de leitos é confrontá-la com a taxa de fecundidade. No Gráfico 1, é possível constatar que as regiões Norte e Nordeste detêm taxas de fecundidade mais elevadas que as outras, possuindo, no entanto, menor oferta de

berços por população feminina em idade fértil. Verifica-se também, no mesmo gráfico, que a distribuição dos leitos totais por mil habitantes não só confirma, como amplifica muito as desigualdades regionais verificadas para a distribuição dos berços, mostrando que as carências são ainda maiores para cobrir as demais necessidades de saúde das populações destas áreas em outras faixas etárias.

A taxa de fecundidade é um indicador mais preciso para se avaliar a oferta de berços porque representa o número de filhos tidos pela população feminina em idade fértil em um determinado ano. No Gráfico 2, os estados foram ordenados por um índice resultante da divisão da taxa de fecundidade total pelo número de berços por mil mulheres em idade fértil para o ano de 1999. São apresentados em ordem decrescente e divididos em três grupos. O primeiro, composto por alguns estados da região Centro-Oeste (Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul), da região

Sul (Paraná e Santa Catarina) e da região Nordeste (Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba e Piauí), ocupam o terço superior desta relação de adequação, evidenciando uma maior oferta relativa de berços. Estados da região Norte (Amazonas, Amapá, Pará e Acre), da região Nordeste (Alagoas, Ceará, Sergipe e Bahia), juntos ao estado de São Paulo, ocupam o terço inferior do gráfico, evidenciando uma situação de maior carência de berços em relação às suas necessidades. Os demais estados têm uma relação mais equilibrada entre a taxa de fecundidade e a oferta de leitos.

ANÁLISE DA OFERTA DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Segundo dados do Sinasc, no ano de 1999 ocorreram 6,2% de nascimentos prematuros e 7,7% com peso inferior a 2500g. Crianças que nascem prematuras, com baixo peso ou com outras patologias específicas, freqüentemente

Gráfico 2

Taxa de fecundidade e oferta de leitos para recém-nascidos por Estados da Federação – Brasil 1999

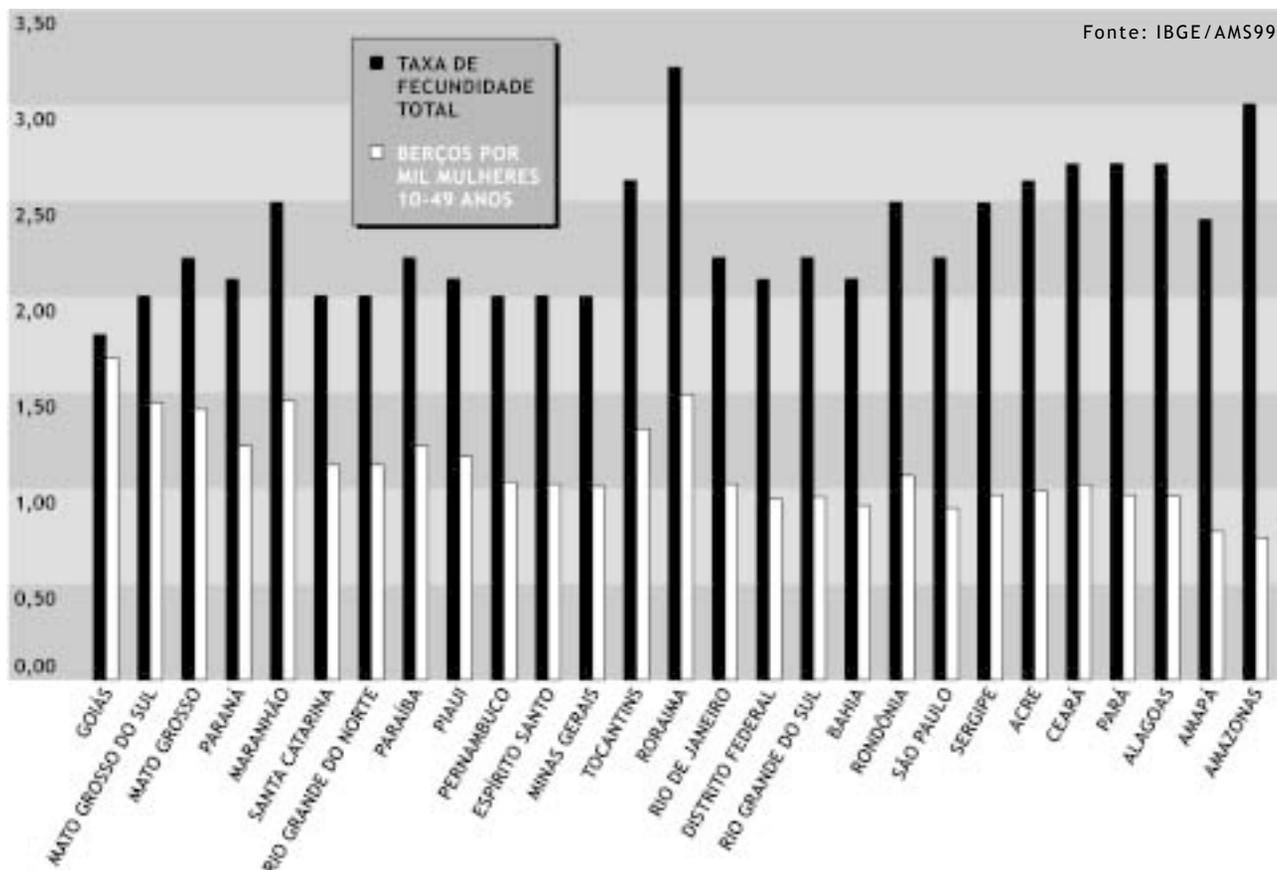


Tabela 2

Porcentagem de estabelecimentos que atendem ao parto e não possuem equipamentos de neonatologia, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil 1999

UF	INCUBADORA	BERÇO AQUECIDO	EQ PARA FOTOTERAPIA	BILIRRUBINÔMETRO	REANIMADOR PULMONAR INFANTIL	RESPIRADOR/ VENTILADOR INFANTIL	UTIN*	UTIN**
BRASIL	24,3	41,3	52,1	94,5	69,9	73,6	92,3	98,8
RONDÔNIA	34,4	76,0	67,7	100,0	84,4	87,5	96,9	100,0
ACRE	59,1	72,7	77,3	100,0	90,9	72,7	95,5	100,0
AMAZONAS	45,3	66,7	78,7	93,3	85,3	86,7	97,3	100,0
RORAIMA	50,0	69,2	84,6	100,0	84,6	84,6	92,3	100,0
PARÁ	21,4	62,0	62,4	96,5	74,7	84,3	95,2	99,6
AMAPÁ	50,0	75,0	83,3	100,0	75,0	83,3	91,7	100,0
TOCANTINS	50,6	66,3	76,4	95,5	84,3	88,8	96,6	97,8
NORTE	35,2	66,8	69,9	96,9	80,5	85,4	95,8	99,5
MARANHÃO	42,5	75,0	85,6	96,9	83,9	82,9	97,9	99,3
PIAUI	73,1	87,6	92,4	96,6	88,3	95,2	99,3	100,0
CEARÁ	49,8	73,7	71,4	97,3	85,5	85,9	95,7	98,0
RIO GDE NORTE	53,4	77,4	84,2	99,3	79,5	89,7	97,3	100,0
PARAÍBA	37,1	70,1	76,6	98,8	85,6	80,8	96,4	100,0
PERNAMBUCO	28,5	59,9	70,1	96,1	79,2	83,8	93,7	99,3
ALAGOAS	14,3	59,7	68,8	98,7	74,0	72,7	90,9	98,7
SERGIPE	57,4	44,7	68,1	100,0	78,7	74,5	95,7	100,0
BAHIA	38,7	61,1	71,8	97,7	78,5	79,4	96,8	99,8
NORDESTE	42,4	68,6	76,5	97,5	81,7	83,3	96,3	99,4
MINAS GERAIS	9,7	29,0	35,2	92,7	63,2	72,0	95,9	99,7
ESPIRITO SANTO	17,6	19,6	38,2	97,1	57,8	71,6	85,3	97,1
RIO DE JANEIRO	4,8	13,1	21,4	81,0	61,7	52,8	80,7	95,5
SÃO PAULO	4,3	10,0	13,4	90,0	50,5	43,9	76,9	96,8
SUDESTE	7,2	18,0	24,2	89,8	57,5	57,3	84,9	97,6
PARANÁ	13,5	11,4	46,3	96,1	58,9	72,6	94,7	99,8
STA CATARINA	12,3	13,4	34,8	98,4	65,2	75,9	94,7	100,0
RIO GDE DO SUL	15,3	14,4	31,7	94,4	61,1	71,7	90,6	96,7
SUL	13,9	12,9	38,8	95,9	60,9	72,9	93,2	98,7
MATO GROSSO SUL	16,5	36,4	48,8	95,9	59,5	77,7	94,2	100,0
MATO GROSSO	24,7	42,9	55,5	96,2	69,2	73,6	96,2	98,9
GOIÁS	24,0	49,1	63,3	93,1	77,6	81,3	96,8	99,7
DISTRITO FEDERAL	0,0	7,1	25,0	71,4	57,1	39,3	67,9	92,9
CENTRO OESTE	22,0	43,7	57,3	93,5	71,5	77,0	95,1	99,3

Fonte: IBGE/AMS 99

* Leitos para cuidado intermediário e intensivo

** Leitos para cuidado intensivo

necessitam de suporte tecnológico de variada intensidade para atendimento na unidade de saúde onde nasceram ou em outra para a qual sejam transportados. Algumas das complicações do recém-nascido são previsíveis antes do parto e a gestante deve ser encaminhada para atendimento em um hospital equipado para recebê-la.

Se a disponibilidade de leitos para os recém-nascidos apresenta grandes desigualdades dentro do país, a situação se agrava com relação à oferta de equipamentos especializados para o atendimento neonatal.

Na Tabela 2, pode-se ver os equipamentos selecionados pela AMS99 para avaliar a atenção ao recém-nascido na sala de parto. De uma maneira geral, pode-se assumir que, dentre os selecionados, o berço aquecido, a incubadora, fixa ou de transporte, e o reanimador pulmonar infantil devem compor o conjunto de equipamentos mínimos disponíveis na sala de parto de qualquer unidade de saúde que atenda ao recém-nascido. O equipamento para fototerapia, o bilirrubinômetro e o respirador/ventilador infantil podem ser considerados como

necessários às unidades com maior nível de complexidade.

Não existe incubadora em 24,3% de todos os hospitais. Nas regiões Norte e Nordeste estas cifras aumentam para 35,2 e 42,4%. O Sudeste e o Sul têm, respectivamente, 7,2 e 13,9% de estabelecimentos sem esse equipamento e a região Centro-Oeste fica com valores próximos da média nacional.

Por Unidade da Federação, observa-se que alguns estados do Norte – Pará e Rondônia – e do Nordeste – Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Bahia – têm uma situação

Tabela 2a

Porcentagem de estabelecimentos que atendem ao parto e não possuem equipamentos de neonatologia, por Grandes Regiões e Tipo de Município - Brasil 1999

GRANDES REGIÕES	TIPO DE MUNICÍPIO	INCUBADORA	BERÇO AQUECIDO	EQ PARA FOTO-TERAPIA	BILIRRUBINÔMETRO	REANIMADOR PULMONAR INFANTIL	RESPIRADOR/-VENTILADOR INFANTIL	UTIN*	UTIN**
BRASIL	CAPITAL	6,6	12,9	22,0	80,7	50,8	43,4	66,0	90,9
	METROPOLITANO	11,4	19,2	30,7	92,4	60,7	56,9	84,4	97,8
	INTERIOR	27,6	46,8	57,7	96,2	73,0	78,7	96,1	99,7
	TOTAL	24,3	41,3	52,1	94,5	69,9	73,6	92,3	98,8
NORTE	CAPITAL	5,9	23,5	20,6	97,1	41,2	67,6	73,5	97,1
	METROPOLITANO	0,0	66,7	16,7	83,3	16,7	66,7	100,0	100,0
	INTERIOR	37,5	69,7	73,9	97,1	83,9	86,8	97,2	99,6
	TOTAL	35,2	66,8	69,9	96,9	80,5	85,4	95,8	99,5
NORDESTE	CAPITAL	7,5	18,3	35,0	90,0	60,0	48,3	69,2	91,7
	METROPOLITANO	30,6	50,0	65,3	100,0	66,7	80,6	95,8	100,0
	INTERIOR	45,5	73,0	80,0	97,9	84,0	86,0	98,2	99,9
	TOTAL	42,4	68,6	76,5	97,5	81,7	83,3	96,3	99,4
SUDESTE	CAPITAL	6,8	10,4	17,5	74,5	47,8	35,5	60,2	90,0
	METROPOLITANO	5,3	13,3	16,7	89,0	58,3	42,0	76,5	96,2
	INTERIOR	7,7	20,8	27,5	93,5	59,5	65,9	92,5	99,6
	TOTAL	7,2	18,0	24,2	89,8	57,5	57,3	84,9	97,6
SUL	CAPITAL	2,4	0,0	7,3	82,9	43,9	39,0	61,0	80,5
	METROPOLITANO	7,7	6,0	29,9	95,7	59,8	65,0	91,5	99,1
	INTERIOR	15,4	14,5	41,6	96,6	61,9	75,7	95,0	99,5
	TOTAL	13,9	12,9	38,8	95,9	60,9	72,9	93,2	98,7
CENTRO-OESTE	CAPITAL	6,9	15,3	25,0	77,8	54,2	54,2	80,6	95,8
	METROPOLITANO	28,6	33,3	64,3	92,9	73,8	85,7	92,9	100,0
	INTERIOR	23,3	47,8	60,7	95,5	73,5	79,2	97,0	99,7
	TOTAL	22,0	43,7	57,3	93,5	71,5	77,0	95,1	99,3

Fonte: IBGE/AMS 99

* Leitos para cuidado intermediário e intensivo

** Leitos para cuidado intensivo

mais favorável do que os seus pares regionais. Os estados do Rio de Janeiro e São Paulo têm a mais elevada cobertura de incubadoras e o Distrito Federal não tem nenhuma unidade de atendimento ao parto que não disponha desse equipamento.

Quanto ao berço aquecido, verifica-se uma maior carência nos estabelecimentos e a distribuição entre as regiões segue a mesma lógica descrita para a incubadora, sendo que o Sul do Brasil tem relativamente maior oferta desse recurso do que o Sudeste.

Mais de 50% dos hospitais informaram não dispor de equipamento para fototerapia, com grandes variações regionais. No Nordeste esta proporção chega a 76,5%, no Norte 69,9%, no Sul 38,8% e no Sudeste 24,2%. O Centro-Oeste apresenta novamente valores próximos da média do país. Os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e o Distrito Federal continuam liderando o *ranking* dos mais bem equipados.

A presença de um bilirrubinômetro no estabelecimento de saúde pode ser entendida como um indicador da existência de apoio laboratorial para o atendimento ao recém-nascido de risco. Entretanto, poucos serviços têm esse tipo de equipamento (apenas 5,5%), com grande semelhança entre as regiões e Unidades da Federação. Destacam-se, em situação de vantagem, o Distrito Federal e o estado do Rio de Janeiro.

O reanimador pulmonar, equipamento utilizado para melhorar a capacidade respiratória do recém-nascido, estava ausente em 69,9% dos hospitais que atenderam ao parto no país, existindo importantes variações regionais. No Sudeste, o percentual cai para 57,5%, no Sul 60,9%, no Centro-Oeste 71,5%, no Norte 80,5% e no Nordeste 81,7%. Considerando os estados da Federação, verifica-se novamente a situação de vantagem do Distrito Federal (39,3%) e de

São Paulo (50,5%). Nos estados do Norte e Nordeste, o percentual de ausência desse equipamento nos hospitais está acima de 75%, com exceção do Acre, Alagoas e Sergipe.

Procedimentos de ventilação mecânica são utilizados para apoio a recém-nascidos com risco de vida e devem ser executados por profissionais qualificados para esse tipo de intervenção. No Brasil, 73,6% dos estabelecimentos não possuem este equipamento, sendo a situação um pouco mais favorável na Região Sudeste, principalmente São Paulo e Rio de Janeiro, e no Distrito Federal, que tem a melhor situação. (Tabela 2)

Considerando o tipo de município, observa-se que, de modo geral os estabelecimentos das capitais são mais bem equipados do que os da região metropolitana e estes encontram-se em melhor situação do que os do interior (Tabela 2a). A incubadora é o equipamento mais frequente e

Mapa 1

Localização geográfica dos estabelecimentos que atendem ao parto por modalidade de financiamento



está ausente em apenas 6,6% dos hospitais das capitais, com muita semelhança entre as regiões. No interior, a falta deste equipamento é de 27,6%, com grandes variações regionais – 7,2% no Sudeste e 42,4% no Nordeste, regiões que apresentam, respectivamente, os menores e maiores valores. Os equipamentos menos presentes são o bilirrubinômetro e o respirador/ventilador infantil. O primeiro é encontrado em menos de 20% dos estabelecimentos das capitais e em menos de 4% do interior. O segundo está disponível em quase 60% dos hospitais das capitais e em pouco mais de

20% no interior. A variação na disponibilidade de ventilação mecânica para as regiões é pequena em relação às capitais e muito grande em relação ao interior. As regiões metropolitanas têm uma situação próxima à das capitais, com exceção da região Norte, que está mais bem equipada, e do Centro-Oeste e Nordeste, onde a situação está bem pior. As regiões que têm menor desigualdade na distribuição desses dois tipos de equipamentos são a Sudeste e a região Sul. (Tabela 2a)

A existência de equipamentos específicos para atendimento ao recém-nascido não significa a

constituição de uma unidade de cuidado neonatal intermediário ou intensivo, já que um dos elementos mais importantes nesse tipo de atenção é o recurso humano treinado e habilitado para essa função. Por esse motivo, 92,3% das unidades hospitalares declararam não ter uma unidade de terapia intensiva neonatal, embora disponham, em maior proporção, de equipamentos com relativo grau de sofisticação. Utilizando-se o critério de presença de pelo menos um leito declarado como específico para o cuidado neonatal nas instituições, identificam-se somente

Tabela 3

Número de equipamentos em instituições que atendem ao parto por 10 mil nascidos vivos, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil 1999

UF	BERÇOS	INCUBADORA	BERÇO AQUECIDO	EQ PARA FOTO-TERAPIA	BILIRRUBI-NÔMETRO	REANIMADOR PULMONAR INFANTIL	RESPIRADOR/ VENTILADOR INFANTIL	UTIN*	UTIN**
BRASIL	216,7	41,0	30,4	22,2	1,2	17,4	13,5	9,4	4,0
RONDÔNIA	286,5	41,6	14,0	16,0	0,0	10,6	6,3	2,4	0,0
ACRE	147,1	10,4	6,2	4,1	0,0	2,1	4,1	1,4	0,0
AMAZONAS	130,2	16,6	9,1	7,7	0,9	3,4	2,5	0,4	0,0
RORAIMA	219,6	45,7	22,8	22,8	0,0	7,6	7,6	7,6	0,0
PARÁ	179,0	26,0	13,6	12,1	0,6	8,2	5,3	3,8	1,0
AMAPÁ	99,1	19,0	12,4	16,5	0,0	2,5	2,5	5,0	0,0
TOCANTINS	251,3	31,9	16,0	10,8	1,7	7,8	6,9	13,0	10,4
NORTE	179,2	25,1	12,7	11,4	0,7	6,7	4,8	3,8	1,4
MARANHÃO	295,2	23,2	14,2	7,0	0,8	7,5	7,7	4,8	3,4
PIAUI	202,3	10,5	7,6	2,4	1,1	3,5	1,7	0,8	0,0
CEARÁ	170,4	20,0	8,3	8,9	0,4	4,3	5,5	6,9	5,2
RIO GDE NORTE	228,6	19,9	13,3	9,8	0,2	8,8	3,6	3,6	0,0
PARAÍBA	259,0	26,2	14,5	9,8	0,3	6,0	7,7	5,0	0,0
PERNAMBUCO	197,4	31,4	20,3	12,3	0,8	9,9	5,7	4,7	1,4
ALAGOAS	195,1	25,2	12,8	9,7	0,2	6,6	6,1	8,3	3,5
SERGIPE	160,4	8,2	18,8	9,2	0,0	3,8	6,1	2,6	0,0
BAHIA	190,3	21,1	17,3	11,7	0,5	7,3	5,3	3,5	0,5
NORDESTE	207,0	22,2	14,6	9,7	0,5	6,8	5,6	4,6	1,9
MINAS GERAIS	224,8	48,7	33,3	27,4	1,7	22,9	12,0	3,8	1,0
ESPIRITO SANTO	216,8	33,3	40,8	30,4	0,5	24,6	14,3	19,4	8,7
RIO DE JANEIRO	218,3	48,2	32,2	29,8	2,7	20,5	20,8	17,5	8,5
SÃO PAULO	194,2	56,0	41,6	33,5	1,6	28,5	25,3	15,1	5,6
SUDESTE	207,5	51,7	37,7	31,1	1,8	25,4	20,7	12,9	5,2
PARANÁ	262,9	54,7	51,9	25,9	1,0	19,9	14,3	5,9	1,0
STA CATARINA	257,7	47,8	42,2	24,2	0,3	30,1	9,8	5,2	0,0
RIO GDE DO SUL	223,0	64,2	55,0	37,2	1,6	22,5	21,0	22,6	16,3
SUL	246,4	57,0	51,1	29,9	1,1	23,0	16,0	12,3	6,7
MATO GROSSO SUL	313,8	50,9	40,4	25,5	1,3	18,6	10,8	6,3	0,0
MATO GROSSO	274,0	41,1	30,1	21,3	1,4	18,1	16,3	12,4	7,5
GOIÁS	361,7	48,5	32,6	22,8	2,8	15,6	12,3	6,4	1,5
DISTRITO FEDERAL	166,5	52,5	41,9	22,9	2,1	27,3	11,0	18,0	11,2
CENTRO OESTE	293,7	48,1	35,3	22,9	2,1	19,1	12,6	10,1	4,6

Fonte: IBGE/AMS 99

* Leitos para cuidado intermediário e intensivo

** Leitos para cuidado intensivo

7,7% dos estabelecimentos. Observando-se essa porcentagem por Região Geográfica, o Sudeste tem a melhor situação, com 15,1%, e nas demais regiões essa porcentagem gira em torno de 5% dos estabelecimentos. Por Unidades da Federação, essa porcentagem chega, no máximo, a 32,1% no Distrito Federal, fica em torno de 20% em São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, e atinge a menor cifra (0,7%) no Piauí (Tabela 2).

Em uma revisão sobre o cuidado intensivo em neonatologia, Novaes (2000) identificou que a atenção intensiva completa pressupõe instala-

ções físicas e recursos humanos de rotina que dificilmente são viáveis de serem mantidas em serviços com menos de 10 leitos. A análise das unidades, a partir do número de leitos específicos para o cuidado neonatal na AMS99, evidencia que a maioria dos serviços podem ser considerados como unidades intermediárias de atenção neonatal (UI), já que possuem um pequeno número de leitos. Apenas 71 estabelecimentos (1,2% dos 5.079 que atenderam ao parto) têm mais de 10 leitos, podendo ser considerados Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (Utin). As unidades federadas que

têm situação mais favorável são novamente o Distrito Federal, o Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo. (Tabela 2, Mapa 1)

Mais desigual ainda é a distribuição dos leitos para o cuidado neonatal por tipo de município. Nas capitais concentram-se mais da metade desse tipo de leito, que somados aos das áreas metropolitanas equivalem a 71,5% do total, restando apenas 28,5% para serem distribuídos pelo interior. Todas as regiões mantêm o padrão de terem mais da metade dos leitos para o cuidado neonatal localizados na capital, mas diferem quanto à fra-

Tabela 3a

Número de equipamentos em instituições que atendem ao parto por 10 mil nascidos vivos, segundo Grandes Regiões e tipo de município - Brasil 1999

GRANDES REGIÕES	TIPO DE MUNICÍPIO	BERÇOS	INCUBADORA	BERÇO AQUECIDO	EQ PARA FOTO-TERAPIA	BILIRRUBINÔMETRO	REANIMADOR PULMONAR INFANTIL	RESPIRADOR/-VENTILADOR INFANTIL	UTIN*	UTIN**
BRASIL	CAPITAL	173,0	49,8	37,5	30,8	1,8	26,0	22,9	22,1	17,8
	METROPOLITANO	177,0	36,7	30,5	22,5	1,1	16,2	14,2	9,7	2,7
	INTERIOR	244,0	38,8	27,6	18,9	1,0	14,5	9,7	4,4	0,9
	TOTAL	216,7	41,0	30,4	22,2	1,2	17,4	13,5	9,4	4,0
NORTE	CAPITAL	195,8	42,7	23,5	25,9	0,3	14,8	11,8	14,5	4,0
	METROPOLITANO	261,1	28,7	16,8	19,2	2,4	19,2	4,8	0,0	0,0
	INTERIOR	175,5	22,7	11,2	9,4	0,7	5,4	3,9	2,5	1,1
	TOTAL	179,2	25,1	12,7	11,4	0,7	6,7	4,8	3,8	1,4
NORDESTE	CAPITAL	138,9	32,4	22,9	17,6	0,7	11,8	10,4	16,2	8,6
	METROPOLITANO	147,5	17,9	11,1	8,1	0,0	8,1	3,0	1,1	0,0
	INTERIOR	230,3	19,7	12,6	7,6	0,5	5,3	4,5	1,7	0,2
	TOTAL	207,0	22,2	14,6	9,7	0,5	6,8	5,6	4,6	1,9
SUDESTE	CAPITAL	182,8	60,8	42,4	39,9	2,6	38,8	32,1	24,8	12,9
	METROPOLITANO	171,0	38,1	31,7	24,8	1,4	14,1	17,0	11,6	4,4
	INTERIOR	244,3	54,3	38,5	29,6	1,5	24,1	15,9	6,5	0,9
	TOTAL	207,5	51,7	37,7	31,1	1,8	25,4	20,7	12,9	5,2
SUL	CAPITAL	170,2	49,6	55,5	30,5	1,0	12,0	27,7	32,8	25,6
	METROPOLITANO	201,9	43,8	37,8	23,8	0,5	28,8	12,0	8,1	1,9
	INTERIOR	285,5	63,8	54,3	31,9	1,3	24,4	13,7	7,3	2,5
	TOTAL	246,4	57,0	51,1	29,9	1,1	23,0	16,0	12,3	6,7
CENTRO-OESTE	CAPITAL	209,3	47,2	38,4	24,9	2,4	23,1	12,5	16,4	8,8
	METROPOLITANO	250,6	33,6	32,1	13,4	2,2	17,2	7,5	8,2	0,0
	INTERIOR	344,7	50,1	34,0	22,8	2,0	17,1	13,2	6,8	2,7
	TOTAL	293,7	48,1	35,3	22,9	2,1	19,1	12,6	10,1	4,6

Fonte: IBGE/AMS 99

* Leitos para cuidado intermediário e intensivo

** Leitos para cuidado intensivo

ção da área metropolitana e do interior. No Sudeste, há um maior equilíbrio entre estes últimos dois estratos. No Norte, Sul e Centro-Oeste há uma maior participação relativa do interior e, no Nordeste, a quase totalidade dos leitos está nas capitais.

No Brasil, a média de leitos para o cuidado neonatal por recém-nascido foi de 9,4 por dez mil nascidos vivos, ficando as regiões Norte e Nordeste com menos da metade desse índice e as outras três acima (Tabela 3). As desigualdades nesse indicador aumentam muito quando se enfoca as Unidades da Federação. O Rio Grande do Sul, o Espírito Santo, o Distrito Federal e o Rio de Janeiro têm quarenta e cinco vezes mais leitos que o Amazonas. Os estados de Sergipe, Bahia, Rio Grande do Norte e Pará também se encontram em situação de muita desvantagem, apresentando coeficientes quatro a cinco vezes menores de leitos ofertados às suas populações de recém-nascidos.

Por tipo de município, verifica-se que as Capitais têm mais de cinco vezes mais leitos para o cuidado neonatal por recém-nascido do que no interior e é exatamente no interior onde nasce a maioria das crianças brasileiras (Tabela 3a). Nas regiões metropolitanas, a situação é um pouco melhor que no interior e isso deve ser analisado dentro da perspectiva de serem áreas contíguas às capitais, tendo, portanto, possibilidade de deslocamento para acesso aos recursos disponíveis nestas últimas.

Levando-se em conta o critério das instituições terem dez ou mais leitos, a realidade da cobertura às necessidades do cuidado intensivo fica muito mais dramática. As disparidades regionais aumentam e as Unidades da Federação que têm maior presença desse tipo de serviço são o Rio Grande do Sul, com 16,3 leitos por dez mil nascidos vivos, o Distrito Federal (11,2), o Tocantins (10,4), o Espírito Santo (8,7) e o Rio de Janeiro, com 8,5 (Tabela 3). Mesmo nas capitais, 90%

dos estabelecimentos que atendem ao parto não têm esse tipo de recurso. Na região Norte, o percentual sobe para 97% e no Sul baixa para 80%. No interior, a situação se agrava ainda mais e desaparecem as diferenças entre as Grandes Regiões do Brasil. Merece especial destaque a situação das regiões Norte e Nordeste que têm mais de 70% das suas crianças nascendo no interior e contando, respectivamente, com apenas 0,4 e 0,1% de hospitais destas áreas com serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin) com mais de dez leitos. (Tabela 2a)

Não há um parâmetro único de referência para cobertura adequada de leitos de Utin por recém-nascido. A complexidade tecnológica da oferta de leitos varia muito segundo o grau de desenvolvimento dos países. Os países ricos, em especial os Estados Unidos da América, apresentam um elevado grau de incorporação tecnológica e não devem ser tomados como referência para a nossa realidade. Em um

estudo realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) em 1998 sobre o diagnóstico da Assistência Perinatal no Estado, foram estabelecidos, por consenso dos especialistas, alguns parâmetros para a assistência neonatal. Estipulou-se a necessidade de três leitos de Unidade Intermediária Neonatal (UI) e 1 leito de Utin por mil nascidos vivos. Este último critério é semelhante ao definido pela Austrália, que estabeleceu a quota de 1,1 leito de Terapia Intensiva Neonatal (critério de 10 ou mais leitos por estabelecimento) para cada mil nascidos vivos. (Novaes, 2000)

Tendo em vista a ausência, nos dados da AMS99, de maior especificação dos equipamentos e recursos humanos disponíveis nos estabelecimentos, pode-se tomar como parâmetro o critério australiano de considerar como tendo Utin apenas os hospitais que dispõem de dez ou mais leitos de cuidado intensivo e os demais como UI. Assim sendo, pode-se estimar a magnitude da carência destes recursos de atendimento na rede hospitalar nacional de atenção ao recém-nascido. Atualmente dispõe-se de 0,4 leito para cada mil nascidos vivos e o esperado seriam quatro (3 de UI e 1 de Utin).

Nenhuma unidade da Federação dispõe do nível de cobertura recomendado pelo Cremerj. As que têm melhor situação – Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Distrito Federal e Rio de Janeiro – estão com valores próximos da metade desta meta. Algumas outras – Amazonas e Piauí – estão muito abaixo, de cinco a dez vezes.

Considerando o critério de 10 ou mais leitos para uma unidade de cuidados intensivos neonatais ser considerada uma Utin, apenas os estados do Rio Grande do Sul, o Distrito Federal e Tocantins ficam dentro do esperado. O Rio de Janeiro, São Paulo e Mato Grosso se aproximam do valor almejado e uma grande quantidade de unidades federadas – Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Amapá, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba Sergipe e Santa Catarina – não têm nenhuma unidade de saúde com esta característica.

A análise da oferta atual permite estimar o *déficit* de leitos para cada unidade federada, levando-se em consideração que a montagem de uma UI e Utin implica, além de

Tabela 4

Porcentagem de estabelecimentos que atendem ao parto sem profissionais selecionados segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil 1999

UF	OBSTETRA	PEDIATRA	ANESTESISTA
BRASIL	27,0	74,0	34,1
RONDÔNIA	40,6	62,5	30,2
ACRE	54,5	81,8	63,6
AMAZONAS	50,7	73,3	13,3
RORAIMA	69,2	84,6	69,2
PARÁ	35,8	72,9	57,2
AMAPÁ	41,7	66,7	58,3
TOCANTINS	64,0	78,7	64,0
NORTE	45,7	72,9	48,5
MARANHÃO	47,6	87,0	45,9
PIAUI	76,6	94,5	75,9
CEARÁ	26,7	69,0	40,8
RIO GDE NORTE	45,9	84,9	61,6
PARAÍBA	28,1	86,2	40,1
PERNAMBUCO	18,0	83,8	34,5
ALAGOAS	2,6	53,2	44,2
SERGIPE	10,6	78,7	55,3
BAHIA	18,5	70,6	34,5
NORDESTE	30,9	78,9	44,0
MINAS GERAIS	14,2	76,5	22,6
ESPIRITO SANTO	11,8	65,7	21,6
RIO DE JANEIRO	1,7	50,7	5,9
SÃO PAULO	4,9	62,9	10,3
SUDESTE	8,1	65,7	14,6
PARANÁ	27,6	75,1	35,4
STA CATARINA	35,3	85,0	21,9
RIO GDE DO SUL	33,1	85,3	30,0
SUL	31,1	80,7	30,9
MATO GROSSO SUL	38,8	73,6	50,4
MATO GROSSO	35,7	70,3	32,4
GOIÁS	45,1	72,0	55,4
DISTRITO FEDERAL	0,0	57,1	0,0
CENTRO OESTE	39,9	71,3	46,5

Fonte: IBGE/AMS 99

equipamentos, em pessoal treinado para que o seu uso redunde na efetividade desejada.

O cuidado intensivo é hoje um recurso necessário à sobrevivência de recém-nascidos prematuros. Sobretudo diante das elevadas taxas de prematuridade do Brasil, a desigualdade na oferta de serviços com este nível de complexidade pode ser vista como um instrumento de manutenção das desigualdades em saúde, que implica em perda de recém-nascidos viáveis nas áreas menos assistidas, aumentando, desta forma, as taxas de mortalidade infantil.

ANÁLISE DA DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS

Quase um terço dos partos do país ocorre em instituições que não têm obstetras nem anestesistas e mais de dois terços não contam com a presença de pediatras (Tabela 4). A situação real pode ser ainda mais grave, porque a existência do profissional no estabelecimento não assegura acompanhamento na sala de parto.

Analisando por Grandes Regiões Geográficas, vê-se que os estados do Sudeste têm uma situação privilegiada em relação aos

demais, mas, ainda assim, 8,1% dos estabelecimentos não têm obstetras e 14,6% não têm anestesistas. Além disso, há ausência de pediatras em 65,7% dos estabelecimentos. As demais regiões têm um perfil semelhante de estabelecimentos com carência desses profissionais, sendo que os percentuais de instituições sem obstetras e anestesistas são um pouco mais elevados no Norte e o de estabelecimentos sem pediatras nas regiões Nordeste e Sul, embora esta última esteja em melhor situação em relação à presença de obstetras e anestesistas nos estabelecimentos. Merece destaque a performance do Distrito Federal, que não tem nenhuma instituição atendendo ao parto sem um médico obstetra e anestesista no seu quadro de pessoal, apesar de 57,1% delas ainda não disporem de pediatras. Os estados do Rio de Janeiro e São Paulo são os que têm melhor cobertura, diferenciando-se muito dos demais. No Nordeste, Alagoas e Pernambuco sobressaem com os melhores índices.

A carência de obstetras e anestesistas ocorre principalmente no interior, como apresentado na Tabela 4a, mas a de pediatras é comum às três áreas. A região metropolitana tem uma situação mais favorável que o interior, mas ainda está em desvantagem em relação às capitais.

O atendimento ao parto, na ausência de complicações, pode ser feito por um médico geral ou mesmo por uma enfermeira obstétrica, como ocorre em países desenvolvidos. No nosso contexto,

GRANDES REGIÕES	TIPO DE MUNICÍPIO	OBSTETRA	PEDIATRA	ANESTESISTA
BRASIL	CAPITAL	3,9	58,5	8,5
	METROPOLITANO	9,8	62,9	13,4
	INTERIOR	31,4	76,8	39,2
	TOTAL	27,0	74,0	34,1
NORTE	CAPITAL	5,9	82,4	8,8
	METROPOLITANO	0,0	83,3	16,7
	INTERIOR	48,9	72,1	51,5
	TOTAL	45,7	72,9	48,5
NORDESTE	CAPITAL	5,8	68,3	8,3
	METROPOLITANO	6,9	72,2	22,2
	INTERIOR	33,8	80,0	47,5
	TOTAL	30,9	78,9	44,0
SUDESTE	CAPITAL	3,2	47,0	8,0
	METROPOLITANO	3,8	51,9	7,6
	INTERIOR	10,2	73,3	17,8
	TOTAL	8,1	65,7	14,6
SUL	CAPITAL	7,3	68,3	4,9
	METROPOLITANO	20,5	78,6	11,1
	INTERIOR	33,7	81,6	34,9
	TOTAL	31,1	80,7	30,9
CENTRO-OESTE	CAPITAL	0,0	65,3	12,5
	METROPOL.	23,8	69,0	40,5
	INTERIOR	45,8	72,1	51,0
	TOTAL	39,9	71,3	46,5

Fonte: IBGE/AMS 99

somente a partir do ano de 1999 o Ministério da Saúde autorizou a enfermagem obstétrica a realizar atendimento ao parto normal, iniciando, a partir daí, um programa de treinamento e modificação das rotinas (Portaria 2815 GM/MS de 29/05/1998). Nesse mesmo ano, foi liberado o paga-

mento para o pediatra na sala de parto, com o intuito de estimular sua presença no momento do nascimento da criança (Portaria 569 GM/MS de 01/06/2000). Embora não seja obrigatória, a presença de obstetras e pediatras nas instituições hospitalares expressa a possibilidade de um atendimento mais qualificado à gestante e à criança. A grande carência destes profissionais, principalmente no interior, merece reflexão sobre quais estratégias adotar para sanar o problema. (Tabela 4a)

CONTROLE E FINANCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS

A Tabela 6 descreve os estabelecimentos segundo o tipo de financiamento e a esfera administrativa. As instituições financiadas exclusivamente pelo SUS, em sua grande maioria instituições públicas, correspondem a 35,4% do total. As privadas, que atendem exclusivamente à clientela particular, cuja grande maioria tem plano de saúde, repre-



sentam 15,5% e as que são financiadas por meio das duas modalidades (mistas) correspondem a 49,0%. Verificando por Grande Região Geográfica, no Norte e Nordeste mais da metade dos estabelecimentos são financiados exclusivamente pelo SUS. As privadas não conveniadas estão mais bem representadas no Sudeste, Norte e Centro-Oeste, e as mistas, majoritariamente no Sul, no Sudeste e Centro-Oeste. (Tabela 5)

A análise por Unidade da Federação revela que, no Nordeste, com exceção da Bahia, Pernambuco e Maranhão, é muita baixa a representação do setor privado não conveniado com o SUS. No Distrito Federal, a participação desse segmento é muito alta, correspondendo a 60,7% dos estabelecimentos, seguindo-se Rio de Janeiro (39,7%), Rondônia (37,9%) e São Paulo (30,2%). As unidades com financiamento misto, que equivalem a mais de 90% dos serviços no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina, são também muito expressivas em Minas

Gerais (73,6%) e no Paraná (72,7%), e representam mais de 50% dos estabelecimentos do estado de São Paulo e dos estados da região Centro-Oeste, excetuando Brasília (Tabela 5).

As instituições de administração privada, incluindo as conveniadas com o SUS, representam 64,8% dos estabelecimentos que atendem gestantes que fazem partos hospitalares no Brasil. No Norte e no Nordeste, o percentual fica entre 47,2 e 45,1% e no Sul e Sudeste, em torno de 80%.

Dentro do total de estabelecimentos, o maior segmento per-

Tabela 5

Distribuição percentual dos estabelecimentos que atendem ao parto, por modalidade de financiamento e esfera administrativa, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil 1999

UF	FINANCIAMENTO			ESFERA ADMINISTRATIVA			
	APENAS SUS	PRIVADAS	SUS E PRIVADAS	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PRIVADA
BRASIL	35,4	15,5	49,0	1,7	7,1	26,4	64,8
RONDÔNIA	44,2	37,9	17,9	1,0	0,0	41,7	57,3
ACRE	86,4	4,5	9,1	0,0	63,6	18,2	18,2
AMAZONAS	81,1	10,8	8,1	5,3	68,0	8,0	18,7
RORAIMA	73,1	26,9	0,0	30,8	46,2	0,0	23,1
PARÁ	41,0	19,4	39,6	2,2	17,5	20,1	60,3
AMAPÁ	75,0	25,0	0,0	8,3	50,0	16,7	25,0
TOCANTINS	57,3	18,0	24,7	0,0	1,1	55,1	43,8
NORTE	53,8	21,1	25,1	3,5	22,6	26,8	47,2
MARANHÃO	59,9	11,8	28,2	1,4	4,5	37,7	56,5
PIAUI	69,0	2,1	29,0	0,7	55,9	22,1	21,4
CEARÁ	57,6	4,9	37,5	1,6	3,5	53,7	41,2
RIO GDE NORTE	84,1	2,8	13,1	3,4	8,2	51,4	37,0
PARAÍBA	67,1	5,4	27,5	1,2	16,2	31,1	51,5
PERNAMBUCO	65,5	12,7	21,8	0,7	7,7	53,2	38,4
ALAGOAS	68,8	6,5	24,7	2,6	7,8	57,1	32,5
SERGIPE	74,5	2,1	23,4	2,1	6,4	38,3	53,2
BAHIA	56,7	12,0	31,3	1,2	7,2	38,0	53,7
NORDESTE	63,9	8,5	27,6	1,4	11,1	42,4	45,1
MINAS GERAIS	16,2	10,2	73,6	1,6	1,0	16,2	81,2
ESPIRITO SANTO	17,6	27,5	54,9	2,0	4,9	11,8	81,4
RIO DE JANEIRO	18,6	39,7	41,7	4,1	2,1	12,8	81,0
SÃO PAULO	15,0	30,2	54,8	0,9	4,2	12,6	82,3
SUDESTE	16,3	24,6	59,2	1,8	2,7	13,9	81,6
PARANÁ	18,2	9,0	72,7	0,9	1,4	22,6	75,1
STA CATARINA	2,1	7,5	90,4	0,0	3,7	13,4	82,9
RIO GDE DO SUL	2,8	6,7	90,5	2,8	1,7	9,4	86,1
SUL	9,5	7,9	82,6	1,4	1,9	16,0	80,6
MATO GROSSO SUL	16,5	24,8	58,7	3,3	0,0	18,2	78,5
MATO GROSSO	24,7	25,3	50,0	0,5	0,5	25,3	73,6
GOIÁS	34,6	11,1	54,4	0,3	0,8	33,8	65,2
DISTRITO FEDERAL	32,1	60,7	7,1	10,7	28,6	0,0	60,7
CENTRO OESTE	28,9	19,0	52,1	1,3	1,7	27,6	69,4

Fonte: IBGE/AMS 99

tence à esfera municipal (26,4%), que corresponde a 75% dos estabelecimentos públicos, refletindo a política de descentralização administrativa e financeira do SUS. Nas regiões Nordeste e Norte, a participação da esfera municipal sobe, respectivamente, para 42,4% e 26,8% do total. Em alguns estados do Nordeste e Norte, a esfera municipal chega a representar mais de 50% do total dos estabelecimentos.

A esfera estadual responde por 7,1% do conjunto dos estabelecimentos no Brasil, sendo mais significativa na região Norte,

onde atinge 22,6%, seguida da região Nordeste, com 11,1%. Nos estados do Amazonas, Acre, Piauí, e Amapá, mais da metade dos estabelecimentos pertencem à esfera estadual.

O governo federal mantém apenas 1,7% das instituições que atendem ao parto sob sua responsabilidade administrativa e as diferenças por regiões geográficas são pequenas, sobressaindo-se o Norte, com 3,5%. Analisando por estado, Roraima tem o mais elevado percentual (30,8%), seguindo-se o DF (10,7%) e o Amapá (8,3%).

Tabela 5a

Distribuição percentual dos estabelecimentos que atendem ao parto, por modalidade de financiamento e esfera administrativa, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil 1999

GRANDES REGIÕES	TIPO DE MUNICÍPIO	FINANCIAMENTO			ESFERA ADMINISTRATIVA			
		APENAS SUS	PRIVADAS	SUS E PRIVADAS	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PRIVADA
BRASIL	CAPITAL	18,8	49,8	31,4	6,4	10,2	6,8	76,6
	METROPOLITANO	23,2	26,7	50,1	1,4	4,8	19,6	74,3
	INTERIOR	38,6	10,5	50,9	1,2	7,0	29,3	62,5
	TOTAL	35,4	15,5	49,0	1,7	7,1	26,4	64,8
NORTE	CAPITAL	11,8	47,1	41,2	2,9	8,8	0,0	88,2
	METROPOLITANO	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	INTERIOR	57,2	19,6	23,2	3,5	23,8	28,9	43,8
	TOTAL	53,8	21,1	25,1	3,5	22,6	26,8	47,2
NORDESTE	CAPITAL	25,2	43,7	31,1	7,5	15,0	8,3	69,2
	METROPOLITANO	54,2	12,5	33,3	5,6	11,1	33,3	50,0
	INTERIOR	67,2	5,7	27,0	0,8	10,8	45,3	43,1
	TOTAL	63,9	8,5	27,6	1,4	11,1	42,4	45,1
SUDESTE	CAPITAL	18,8	57,2	24,0	4,8	8,0	9,2	78,1
	METROPOLITANO	19,4	40,3	40,3	1,1	3,0	15,9	79,9
	INTERIOR	14,9	13,4	71,6	1,3	1,4	14,5	82,8
	TOTAL	16,3	24,6	59,2	1,8	2,7	13,9	81,6
SUL	CAPITAL	7,3	36,6	56,1	17,1	2,4	4,9	75,6
	METROPOLITANO	8,6	8,6	82,8	0,0	6,8	15,4	77,8
	INTERIOR	9,7	6,3	83,9	0,8	1,2	16,7	81,3
	TOTAL	9,5	7,9	82,6	1,4	1,9	16,0	80,6
CENTRO-OESTE	CAPITAL	18,1	43,1	38,9	5,6	15,3	0,0	79,2
	METROPOLITANO	38,1	19,0	42,9	0,0	0,0	33,3	66,7
	INTERIOR	29,5	16,1	54,4	0,8	0,2	30,5	68,5
	TOTAL	28,9	19,0	52,1	1,3	1,7	27,6	69,4

Fonte: IBGE/AMS 99

Na Tabela 5a, são analisados os estabelecimentos segundo a modalidade de financiamento por tipo de município. Para o Brasil como um todo, o setor privado não contratado pelo SUS representa 50,0% dos estabelecimentos nas capitais. Nas regiões metropolitanas e no interior, metade dos estabelecimentos é do tipo misto, ou seja, atende pelo SUS e pelo sistema privado de atenção. A modalidade de financiamento exclusivamente por meio do SUS é mais comum nos municípios do interior, atingindo 38,6% dos estabelecimentos. Os estabelecimentos que atendem exclusivamente pelo SUS predominam no interior da região Norte e no interior e na região metropolitana da região Nordeste, sendo ainda expressivos na região metropolitana e no interior da região Centro-Oeste. Mais de 80% dos estabelecimentos do interior e da região metropolitana da região Sul têm financiamento do tipo misto, situação semelhante à que ocor-

re no interior da região Sudeste.

Dada a importância do setor privado no atendimento ao parto no Brasil, é importante considerar que as políticas públicas destinadas à melhoria da atenção hospitalar ao parto e **puerpério** no país têm que contemplar a regulamentação deste setor, como previsto na lei 8080 que institui o SUS. Investimentos na qualificação dos profissionais de saúde e na melhoria da qualidade da atenção nas instituições hospitalares não podem prescindir da participação do setor privado, sob pena de não se alcançar o impacto desejado sobre a **morbi-mortalidade** peri e neonatal.

No Brasil, em relação à área do atendimento materno-infantil, as instituições públicas têm tido um papel fundamental na disseminação de novas e adequadas tecnologias, como ocorreu no passado com a introdução da reidratação oral para o tratamento das diarreias. Da mesma forma, atualmente, vem qualifi-

cando melhor o seu quadro profissional, buscando maior humanização no atendimento ao parto e aos recém-nascidos de risco, conforme recomendado pela Portaria 356 SAS/MS de 22/09/2000. Esse esforço louvável, no entanto, deve ser simultaneamente compartilhado com o conjunto das instituições privadas, tendo em vista a importância delas no atendimento da clientela obstétrica e neonatal.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

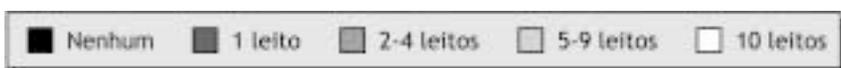
Os dados apresentados evidenciam diferenças abismais na oferta e qualificação dos serviços de atenção ao parto entre as regiões do Brasil e os estados da Federação. Entretanto, é necessário reconhecer que as desigualdades regionais verificadas na área materno-infantil são menores do que as observadas na oferta global de leitos para outras necessidades de saúde do conjunto da população brasileira. Possivelmente, a maior disponibilidade relativa de recursos é reflexo das políticas que vêm sendo desenvolvidas especificamente dirigidas para a área materno-infantil, no intuito de reduzir a mortalidade infantil e materna.

As regiões Centro-Oeste e Sul têm a maior cobertura de leitos por mil nascidos vivos e a Norte tem a menor. O Distrito Federal, embora não disponha de uma oferta de berços das mais elevadas, tem melhores indicadores quanto à composição do corpo técnico profissional e equipamentos hospitalares. O Rio Grande do Sul tem a maior oferta de leitos específicos para o cuidado neonatal, inclusive de tecnologia de cuidado intensivo. Além destes, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro têm uma situação privilegiada quanto à maioria dos indicadores aqui analisados, quando comparados aos demais.

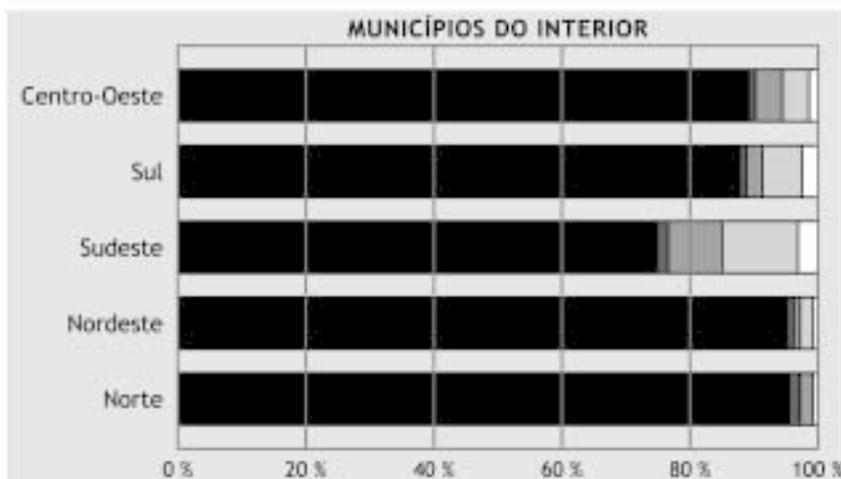
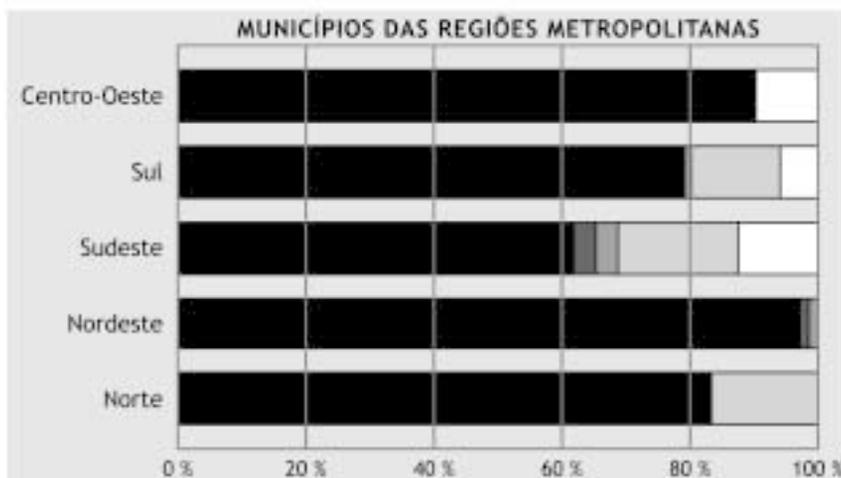
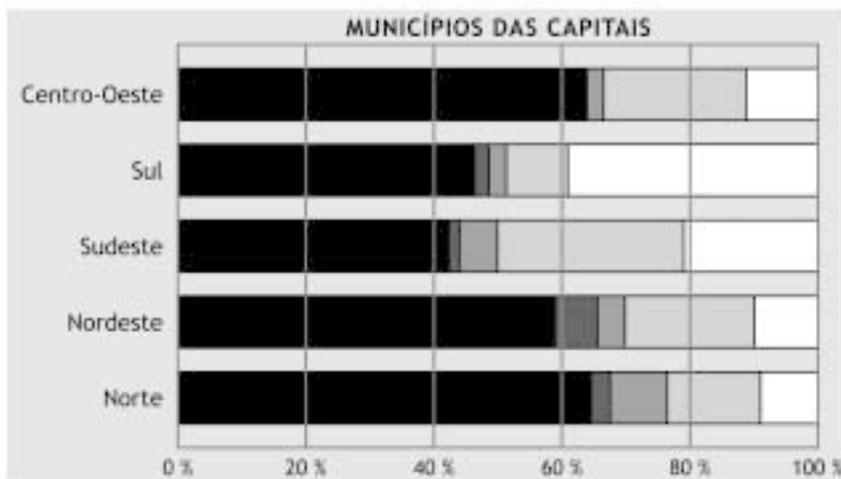
De todas as áreas, o interior é a que tem pior performance. Há uma grande quantidade de estabelecimentos de saúde de pequeno porte e grande oferta de berços, mas os serviços estão muito mal equipados para atender minimamente às demandas da clientela, tanto da perspectiva da estrutura física e dos equipamentos quanto de pessoal técnico qualificado. Para essas áreas, faz-se necessário implementar uma política de melhoria da atenção ao recém-nascido que considere os princípios da regionalização e hierarquização das redes assistenciais, (vide portarias MS/GM nº 3016 de 19/06/98 e MS/GM nº 3477 de 20/08/98) em conformidade com as diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2002. A dimensão territorial do interior, em contraste com a capital e região metropolitana, demanda uma programação estratégica da rede assistencial,

Gráfico 3

Distribuição percentual dos estabelecimentos segundo número de leitos de UTI neonatal segundo o Tipo de Município e Grandes Regiões – Brasil 1999



Fonte: IBGE/AMS99



com a criação de pólos regionais em cidades maiores, qualificados para o atendimento a recém-nascidos de risco.

A carência de equipamentos e leitos para o cuidado neonatal identificada não pode ser sanada sem um concomitante investimento na qualificação dos profissionais que irão manejá-los, sob pena de se fazer uma incorporação inadequada da tecnologia, com alto custo da atenção neonatal e baixa efetividade. Deve-se também atentar para a maior necessidade de leitos de atenção intermediária, que são capazes de solucionar a maior parte dos problemas neonatais com menor custo.

Embora não sendo objeto da análise dos estabelecimentos hospitalares, é necessária uma apreciação sobre a importância da melhoria do atendimento pré-natal no país, como instrumento capaz de prevenir uma grande parte das complicações obstétricas tanto para a mãe quanto para a criança, com mais baixo custo e melhores resultados. Estudos

da área materno-infantil vêm sistematicamente apontando o efeito protetor do pré-natal contra fatores de risco da gestação, principalmente para a população carente.

Por último, foi verificado se os dados aqui apresentados eram atuais, uma vez que já haviam se passado três anos da coleta. A análise do movimento de autorização hospitalar (SIH/SUS) para o ano 2001 mostrou que a situação, em termos de número de leitos disponíveis no SUS para o atendimento ao cuidado neonatal, não se modificou em relação aos dados da AMS.

Tabela 6

Distribuição percentual dos nascidos vivos por modalidade de financiamento e esfera administrativa do estabelecimento onde nasceram, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil 1999

UF	FINANCIAMENTO			ESFERA ADMINISTRATIVA			
	APENAS SUS	PRIVADAS	SUS E PRIVADAS	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PRIVADA
BRASIL	31,0	10,6	58,4	3,1	13,6	18,0	65,3
RONDÔNIA	69,2	16,7	14,1	0,6	0,0	62,9	36,4
ACRE	72,8	0,5	26,7	0,0	62,9	6,6	30,5
AMAZONAS	56,2	8,7	35,2	3,6	43,1	9,3	44,0
RORAIMA	95,9	4,1	0,0	1,3	94,2	0,0	4,5
PARÁ	37,4	6,9	55,8	2,0	13,0	20,7	64,4
AMAPÁ	98,1	1,9	0,0	0,1	96,3	1,8	1,9
TOCANTINS	35,5	6,1	58,4	0,0	4,6	41,1	54,3
NORTE	50,4	7,3	42,3	1,8	26,9	21,1	50,2
MARANHÃO	67,6	6,1	26,3	5,5	15,6	28,4	50,5
PIAUI	30,9	0,3	68,8	0,1	67,7	10,9	21,2
CEARÁ	31,0	5,0	64,0	0,4	11,8	29,7	58,1
RIO GDE NORTE	48,7	14,9	36,5	14,3	14,9	23,9	46,9
PARAÍBA	33,1	4,8	62,1	1,5	26,1	25,7	46,7
PERNAMBUCO	62,0	8,4	29,6	1,9	20,2	33,9	44,0
ALAGOAS	41,4	2,3	56,3	5,2	9,6	23,3	62,0
SERGIPE	29,6	2,1	68,3	4,4	2,7	8,1	84,7
BAHIA	51,6	2,6	45,8	2,5	18,4	23,2	55,9
NORDESTE	47,3	5,1	47,6	3,1	19,6	25,5	51,8
MINAS GERAIS	10,7	7,9	81,5	2,4	3,7	10,1	83,8
ESPIRITO SANTO	14,4	11,0	74,6	3,3	5,3	8,2	83,2
RIO DE JANEIRO	36,2	12,8	51,0	7,1	6,3	21,8	64,7
SÃO PAULO	23,8	22,7	53,5	0,3	9,9	14,6	75,2
SUDESTE	22,5	16,6	60,9	2,3	7,4	14,6	75,7
PARANÁ	12,7	7,1	80,3	2,8	3,3	14,3	79,6
STA CATARINA	0,6	5,8	93,6	0,0	23,2	11,3	65,5
RIO GDE DO SUL	4,3	7,1	88,6	14,2	3,3	7,5	75,0
SUL	7,0	6,8	86,2	6,7	7,4	11,0	74,9
MATO GROSSO SUL	10,1	8,5	81,4	2,3	0,0	10,6	87,1
MATO GROSSO	18,1	10,1	71,8	1,1	0,6	21,2	77,1
GOIÁS	30,2	12,0	57,8	1,2	5,6	24,4	68,8
DISTRITO FEDERAL	82,0	13,0	5,1	6,9	78,4	0,0	14,7
CENTRO OESTE	35,0	11,2	53,8	2,6	18,8	16,3	62,4

Fonte: IBGE/AMS 99



Estabelecimentos que atendem ao parto e são financiados exclusivamente pelo SUS

Fonte: IBGE/AMS99

Tabela 6a

Distribuição percentual dos nascidos vivos por modalidade de financiamento e esfera administrativa dos estabelecimentos, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil 1999

GRANDES REGIÕES	TIPO DE MUNICÍPIO	FINANCIAMENTO			ESFERA ADMINISTRATIVA			
		APENAS SUS	PRIVADAS	SUS E PRIVADAS	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PRIVADA
BRASIL	CAPITAL	38,6	22,6	38,8	8,8	24,4	10,7	56,1
	METROPOLITANO	26,6	15,0	58,4	1,1	9,4	21,1	68,3
	INTERIOR	29,2	4,7	66,1	1,5	10,5	20,1	68,0
	TOTAL	31,0	10,6	58,4	3,1	13,6	18,0	65,3
NORTE	CAPITAL	27,0	14,9	58,1	0,7	26,0	0,0	73,3
	METROPOLITANO	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	INTERIOR	54,4	6,4	39,2	2,0	27,5	24,3	46,2
	TOTAL	50,4	7,3	42,3	1,8	26,9	21,1	50,2
NORDESTE	CAPITAL	46,3	16,7	37,1	8,8	36,5	8,3	46,4
	METROPOLITANO	53,7	1,4	44,8	3,4	17,4	22,5	56,7
	INTERIOR	47,1	2,1	50,8	1,5	15,2	30,4	52,9
	TOTAL	47,3	5,1	47,6	3,1	19,6	25,5	51,8
SUDESTE	CAPITAL	38,3	28,4	33,3	5,1	15,2	17,0	62,7
	METROPOLITANO	26,5	20,1	53,4	1,1	6,1	20,6	72,1
	INTERIOR	10,6	7,3	82,1	1,3	3,5	9,5	85,7
	TOTAL	22,5	16,6	60,9	2,3	7,4	14,6	75,7
SUL	CAPITAL	7,3	19,9	72,7	30,1	5,4	3,6	60,9
	METROPOLITANO	9,8	5,3	84,9	0,0	18,5	20,4	61,1
	INTERIOR	5,8	3,3	90,9	1,7	4,2	10,1	84,1
	TOTAL	7,0	6,8	86,2	6,7	7,4	11,0	74,9
CENTRO-OESTE	CAPITAL	59,3	17,5	23,1	5,8	55,6	0,0	38,6
	METROPOLITANO	40,8	12,3	46,8	0,0	0,0	39,9	60,1
	INTERIOR	20,9	7,6	71,5	1,0	0,2	23,0	75,8
	TOTAL	35,0	11,2	53,8	2,6	18,8	16,3	62,4

Fonte: IBGE/AMS 99

Mapa 2

Localização dos estabelecimentos que atendem ao parto segundo modalidade de financiamento



Estabelecimentos que atendem ao parto e são financiados apenas por plano de saúde ou particulares



Estabelecimentos que atendem ao parto e são financiados pelo SUS ou planos de saúde



BIBLIOGRAFIA

VIACAVAL, F. & BAHIA, L. *Oferta de serviços de saúde: uma análise da Pesquisa Assistência Médico Sanitária de 1999* (AMS99). IPEA, Brasília, no prelo.

NOVAES, H.M.D. *Mortalidade neonatal e avaliação de qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido no município de São Paulo*. São Paulo: 1999. Tese (livre-docência) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva.

GLOSSÁRIO

♦ **Acreditação** – Segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), a acreditação é um sistema de verificação externa para determinar a conformidade com um conjunto de padrões, consistindo, assim, um processo de avaliação dos recursos institucionais, de caráter voluntário, periódico e reservado; e deve ser diferenciada de outros processos como licenciamento, classificação, habilitação ou credenciamento.

A acreditação envolve aspectos relacionados ao desenvolvimento da qualidade em saúde, tais como o acesso e a garantia da continuidade do atendimento; os processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação/recuperação; a segurança dos procedimentos e atos médicos; o desempenho dos recursos humanos e, ainda, as adequadas condições das instalações e equipamentos. É uma

das estratégias mais importantes no campo da garantia da qualidade, permitindo uma abordagem inovadora e integradora para tratar a questão da saúde a partir de sua lógica e especificidade, que vem sendo utilizada em vários países.

O sistema de acreditação foi utilizado originalmente para proteção da profissão médica e dos pacientes contra os efeitos nocivos de ambientes e organizações inadequadas à prática. A história da acreditação aponta um deslocamento da ênfase sobre o ambiente para a ênfase da prática clínica.

♦ **Bilirrubinômetro** – Equipamento usado para medir a bilirrubina (principal pigmento dos componentes biliares, presente na bilis e nas fezes) total estimada em aproximadamente 15 segundos, através de colocação de pouquíssima quantidade de sangue do recém-nascido. O aumento da bilirrubina no sangue do recém nascido (hiperbilirrubinemia) normalmente é resultante do sangue materno e pode aumentar nos primeiros dias de vida, e seu ex-

cesso pode provocar alterações neurológicas.

♦ **Equipamento para fototerapia** – Quando o nível de bilirrubina excede os parâmetros normais torna-se necessário o uso da fototerapia (banho de luz) que ajuda a metabolizá-la, por meio da ação dos raios ultravioleta, que passa a ser mais facilmente eliminada pelo fígado.

♦ **Morbi-mortalidade** – Termo utilizado para adoecimento e morte em populações.

♦ **Neonatal** – Período que vai do nascimento ao 27º dia de vida.

♦ **Neonatologia** – Especialidade pediátrica que trata do recém-nascido.

♦ **Perinatal** – Período que vai da 22ª semana de gestação até o 6º dia de vida da criança.

♦ **Puerpério** – Período que se inicia ao término da gestação e se estende até o 42º dia de vida da criança.

♦ **Respirador** – Máscara facial que deve ser perfeitamente adaptável ao rosto da criança e ambú, uma espécie de balão que, quando apertado com as mãos, joga o ar sob pressão para dentro dos pulmões do recém-nascido.

♦ **Ventilador infantil** – Equipamento utilizado para tratamento de problemas respiratórios do recém-nascido, tais como períodos apneicos (período da parada da respiração) e a Síndrome de Angústia Respiratória. O objetivo é oferecer oxigênio puro para o pulmão da criança e assim otimizar as trocas gasosas com o mínimo de pressão e de ventilação. ■

Foto: Damon Hart-Davis / DHD Photo Gallery



O RADIS ADVERTE:

Nascer é prejudicial à saúde, porque não há no mundo nenhum ambiente mais controlado e confortável do que o útero materno. Mas como viver é um risco inevitável e necessário, é bom saber que tem gente empenhada em garantir maior qualidade ao nascimento e à vida.

Saúde integral da mulher, da criança e do adolescente

KATIA MACHADO

Investir nos serviços de atenção básica, tendo como princípio o cuidado e a promoção da saúde da mulher, da criança e do adolescente. Por meio desta proposta, a Secretaria Municipal de Saúde de Recife conseguiu reduzir a taxa de mortalidade infantil e materna e busca melhorar as condições de vida da população. De acordo com Paulo Frias, diretor-executivo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde, nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil vem diminuindo consideravelmente. Em 2001, foram registradas 18,23 mortes por 1.000 nascidos vivos, uma taxa 10,51% menor do que a observada em 2000.

O investimento na atenção básica vem sendo realizado por meio da substituição do modelo tradicional de atenção à saúde — centrado em Unidades de Saúde que atendem à demanda espontânea — pelas Unidades de Saúde da Família que delimitam a área de abrangência, estabelecem a responsabilidade sanitária e identificam os grupos que estão expostos a riscos de saúde e pela ampliação dos Programas Saúde na Família (PSF) e Agentes Comunitários (Pacs). “Em 2000, eram 27 equipes de PSF. Em 2002, já tínhamos 125”, informa Paulo Frias.

As equipes de PSF e de agentes comunitários trabalham segundo alguns projetos propostos pela secretaria. Para melhorar a atenção à saúde da criança, foi implantado o ‘Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança’ (Paisc) que tem como objetivos acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, incentivar o aleitamento materno, prestar orientação alimentar para o desmame e fazer o controle das doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e da imunização. O ‘Projeto Cidadão Recife, de Vigilância à Criança de Risco’ tem sido outra atividade desenvolvida no município. Para Paulo Frias, esse programa é essencial no controle da mortalidade infantil porque permite identificar as crianças expostas a maior risco de morte, garantindo a elas assistência integral à saúde, monitorar os óbitos

de grupos específicos, observando os pontos críticos da assistência, e apontar os caminhos para superação dos problemas.

SAÚDE DA MULHER

Para enfrentar a crise na área da atenção à saúde da mulher, Recife conta com o ‘Programa de Assistência à Saúde da Mulher’ (Paism) que desenvolve ações de pré-natal, planejamento familiar, assistência clínico-ginecológica e prevenção do câncer de mama e de colo de útero. Os agentes comunitários são responsáveis por capacitar precocemente as mães, as enfermeiras se responsabilizam pelos pré-natais de baixo risco, os médicos apóiam todas as gestantes e monitoram a gravidez de risco e toda a equipe presta orientação quanto ao funcionamento da Central de Parto. Além disso, todas as mães com risco na gestação são encaminhadas para os ambulatórios especializados.

O ‘Programa de Atenção à Saúde do Adolescente’ (Prosad) é voltado exclusivamente para mães adolescentes. A proposta do trabalho é acompanhar o crescimento e o desenvolvimento desse grupo, prestar orientação sexual e informá-lo sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

A grande preocupação no momento, segundo Paulo Frias, tem sido o transporte inter-hospitalar de mães e bebês realizado pelo Serviço de Assistência Médica de Urgência da Secretaria de Saúde Municipal (Samu). “Para tanto, algumas estratégias estão sen-

do viabilizadas, como a aquisição de ambulâncias com equipamentos adequados”, esclarece.

CAPACITAÇÃO

A importância dada a esses serviços fez com que a Secretaria promovesse a capacitação de todos os profissionais da saúde envolvidos. Em parcerias com as universidades Federal e Estadual de Pernambuco, com o Instituto Materno-Infantil (Imip) e com a Sociedade Estadual de Pediatria, a Secretaria submeteu médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos e agentes comunitários a cursos de atenção integral às doenças prevalentes na infância, reanimação neonatal, suporte avançado em pediatria, saúde dos adolescentes, aleitamento materno, pré-natal, aspiração manual intra uterina e humanização da atenção.

Outra proposta da Secretaria é que a saúde seja trabalhada de forma lúdica, positiva, centrada nas práticas de promoção. Para isso, foram criados o ‘Projeto de Humanização da Atenção à Saúde’ e os Núcleos Comunitários de Educação Popular em Saúde, que utilizam o diálogo e o respeito pelo saber popular como instrumentos de construção do conhecimento e aplicação de novas práticas em saúde. ■

Mais informações:
Secretaria Municipal de Saúde (Recife)
 Tel. (81) 3224-5901 / 3425-8715
 Paulo Frias ou Maria Bezerra Guimarães



Humanização do parto reduz mortalidade materno-infantil



DANIELA SOPHIA

O município do Rio de Janeiro tornou-se uma referência nacional na assistência ao pré-natal e ao parto, com 35 mil partos realizados anualmente, apresentando uma queda na mortalidade materna e mudanças no modelo assistencial. O segredo do sucesso é atribuído a uma equipe de profissionais que sobrevive às intempéries das mudanças de governo, a maior parte vinda de movimentos feministas. O restante pode ser atribuído ao trabalho contínuo, que prossegue a passos de formiga, mas com muita vontade. É o que garantem a coordenadora do Programa de Saúde da Mulher, Katia Ratto, e o gerente do Programa, Marcos Augusto Bastos Dias.

O trabalho da equipe começou em 1993 com a mudança de Governo. Segundo eles, na ocasião, o município apresentava uma péssima qualidade no atendimento, falta de comunicação com os níveis federal e estadual, e deficiência de leitos obstétricos de risco. Na época, a equipe traçou um diagnóstico da assistência ao pré-natal e ao parto, concluindo que os problemas repetiam-se em todos os estabelecimentos.

Para mudar a situação, o município implantou uma série de medidas tentando incorporar a idéia de humanização, entre elas o treinamento e qualificação profissional — realizada por meio de seminários —, a criação da Portaria n° 985, de 5 de agosto de 1999, — que estabeleceu como direito das mulheres a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto —,

e a elaboração do Projeto de Enfermagem, incluindo enfermeiras obstetras na assistência às gestantes.

Mas ainda existem algumas dificuldades que podem ser atribuídas ao processo de humanização da assistência, apesar de todas as iniciativas que estão sendo tomadas para mudar esse quadro.

— No Brasil, há todo um discurso sobre o processo de humanização, mas na verdade a mulher entra no hospital e acaba despida da sua individualidade — disse Marcos.

Além disso, e dificuldade do acesso da mulher à informação ainda é uma realidade nas redes. Para Katia, o difícil acesso está ligado ao número insuficiente de profissionais, que atendem simultaneamente a um grande número de gestantes, comprometendo a qualidade do atendimento.

MODELOS

Para resumir a situação atual, Katia descreve a presença de dois modelos diferentes encontrados na assistência à mulher: o modelo médico, focado na patologia da gestação, e o modelo social, com uma abordagem na promoção da saúde, qualidade de vida e humanização. As mudanças estão acontecendo no convívio com as duas abordagens e alguns resultados já podem ser apontados. Hoje, o processo de humanização da assistência, do qual o Rio de Janeiro é um dos pioneiros, já está na pauta das discussões dos profissionais de saúde. A cidade também apresenta outras iniciativas que tornam o município um modelo na atenção: são o Projeto das Doulas, as Casas de Parto e o Projeto Canguru.

Projeto das Doulas: Segundo o site www.doula.com.br, a palavra “doula” vem do grego ‘mulher que serve’. As doulas são profissionais que dão suporte físico e emocional às mulheres antes, durante e após o parto. De acordo com uma pesquisa

divulgada no site da Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), a atuação dessas profissionais no parto reduziu em 20% a duração do trabalho de parto, em 60% os pedidos de anestesia e em 50% as taxas de cesárea.

Projeto Canguru: Iniciado em 1990, já está implantado em seis maternidades no município. Nas enfermarias Cangurus, onde o bebê fica pele a pele com a mãe, o município do Rio recebeu o total de 536 bebês em 2001. Segundo uma das coordenadoras do Projeto, Nicole Mota Gianini, esse número é bem maior, pois o projeto envolve, além das Enfermarias Canguru, unidades de pré-natal que trabalham dentro da mesma filosofia de trabalho.

Casas de parto: As casas de parto, lugares onde presta-se assistência no pré-natal e no parto com uma abordagem mais humanizada, foram criadas por meio do Decreto 20.996 publicado no dia 18 /01/2002. No Rio de Janeiro, a primeira casa ainda está sendo construída em Realengo e funcionará articulada com a maternidade de referência Alexandre Fleming.

Para Katia e Marcos, muitas mudanças ainda vão acontecer. Segundo os dois, hoje há quatro desafios que estão sendo enfrentados pela equipe:

- ♦ Melhorar a parceria com as universidades, incorporando os princípios da humanização nos centros de pesquisas.
- ♦ Implantar em todos os hospitais do município o sistema de informação pré-natal (SIS) do Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde.
- ♦ Criar uma central de vagas para as gestantes de risco.
- ♦ Ampliar os leitos de UTI para as mulheres.

A experiência do processo de humanização é relatada no vídeo ‘Parto de mim’, produzido pelo Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio. 

Mais informações:
E-mail comsaude@fiocruz.br
Tel.: (21) 2280-9441

Atenção certa, no lugar certo e no tempo certo

ANA BEATRIZ DE NORONHA

Organização do sistema, comprometimento profissional e controle social. Esses têm sido os principais ingredientes de uma experiência vitoriosa: o Programa Mãe Curitibana, implantado em 1999, com o objetivo de vincular as gestantes aos serviços de saúde, aumentando a segurança, melhorando a qualidade da atenção e humanizando o atendimento.

No ano seguinte, vieram o Protocolo do Programa Mãe Curitibana, versão 2000, e o Protocolo de Planejamento Familiar e Risco Reprodutivo que visavam incrementar, respectivamente, ações de pré-natal relacionadas à redução da transmissão vertical (da mãe para o filho) do HIV, da sífilis e da toxoplasmose, e ações de anticoncepção – voltadas para mulheres que não queiram engravidar ou que tenham risco reprodutivo (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças renais e cardiopatias), com a introdução dos métodos definitivos de laqueadura e vasectomia – e de assistência às mulheres que desejam mas têm dificuldades para engravidar.

Segundo Edvin Javier Boza Jimenez, coordenador do Programa, os protocolos são discutidos com profissionais, universidades, sociedades científicas e entidades de classe, sendo legitimados pelos vários atores sociais envolvidos no processo.

SIMPLICIDADE E EFICIÊNCIA

Para participar do Programa, as gestantes devem procurar a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa, onde é aberto o prontuário pré-natal e entregue uma pasta com a carteira de identificação da gestante e material educativo. Nesse momento, é feita a vinculação da gestante à maternidade de referência, são solicitados os exames laboratoriais de rotina e é agendada a primeira consulta médica.

Durante o pré-natal, caso seja detectado risco gestacional, é feito acompanhamento por equipe especializada na Unidade de Saúde ou numa referência de pré-natal de alto risco. As gestantes participam ainda de oficinas sobre problemas e cuidados durante a gravidez, parto,

aleitamento materno e cuidados com o recém nascido. Para as mulheres com risco reprodutivo, são realizadas atividades educativas sobre planejamento familiar.

O parto é realizado por médico ou enfermeiro obstetra, na presença de um pediatra ou neonatologista. As gestantes portadoras de HIV ou toxoplasmose são encaminhadas para um dos hospitais universitários ou para a maternidade municipal, onde recebem os cuidados especiais necessários.

Também fazem parte do Programa diversas ações pós-parto e de cuidado com a criança.

OS RESULTADOS E AS PERSPECTIVAS

A redução da mortalidade neonatal, pós-natal e infantil, a implementação de uma nova metodologia de investigação da mortalidade materna mais abrangente e eficaz, a extensão da cobertura pré-natal a 96% das gestantes do município e a queda dos índices de natalidade por conta do planejamento familiar são apenas alguns dos resultados do trabalho realizado em Curitiba, trabalho que vem servindo de exemplo para muitos outros municípios, estados e até mesmo países.

O uso de um sistema de informação eficiente, para monitoramento e realimentação do Programa, e da comunicação, para levar essas informações para todos os envolvidos, tam-

bém tem sido fundamental. Como explica Javier Jimenez:

– O Protocolo é o instrumento de comunicação destinado a profissionais, prestadores de serviços e gestores. Pastas e bolsas, com cartilhas e folhetos, são materiais destinados às gestantes. Para os Conselhos, são apresentados relatórios trimestrais.

Sobre a possibilidade de descontinuidade do Programa, seu coordenador é taxativo:

– A possibilidade existe, mas tentamos minimizá-la fazendo com que todos os programas estruturantes da SMS constem no Plano Municipal de Saúde, que é aprovado na Conferência Municipal de Saúde e referendado pelo Conselho Municipal de Saúde, instâncias deliberativas de controle social. Além disso, os Conselhos Locais de Saúde avaliam a satisfação das usuárias e a qualidade dos serviços oferecidos pelas maternidades, trazendo subsídios para a manutenção ou exclusão dos estabelecimentos conveniados. Afinal, compete à sociedade organizada ser co-responsável e também cobrar dos governos a qualidade e continuidade de programas que tenham impacto positivo. ■

Mais informações:

Programa Mãe Curitibana

Tel.: (41) 350-9342

E-mail:

maecuritibana@sms.curitiba.pr.gov.br

Site: www.curitiba.pr.gov.br



AIDS

Conferência mundial cobra compromisso político



KATIA MACHADO

‘**C**onhecimento e compromisso para a ação’ foi o lema da XIV Conferência Internacional de Aids, realizada em Barcelona, na Espanha, entre os dias 7 e 12 de julho. Organizada pela Sociedade Internacional de AIDS e pela Fundação Aids Barcelona 2002, o encontro reuniu portadores do vírus do HIV, cientistas, profissionais de saúde, economistas, líderes políticos, empresários da indústria farmacêutica e representantes de organizações não-governamentais e de órgãos internacionais das Nações Unidas que com-

punham uma multidão de mais de 17 mil participantes de cerca de 124 países. Todos tinham uma única proposta: estabelecer acordos mais consistentes no combate à epidemia da Aids.

Philippa Lawson, da Comunidade Internacional de Mulheres que Vivem com HIV/Aids, afirmou que “a Conferência é um lugar para que todas as pessoas se reúnam e digam o que pode ser feito para o controle da doença”. E foi o que aconteceu. Além de várias palestras, debates e trabalhos expostos, o congresso foi palco de protestos que exigiam os US\$ 10 bilhões prometidos pelo G8 – grupo composto pelos sete países mais ricos do mun-

do e mais a Rússia – para a criação de um fundo mundial de combate à Aids. “Se na Conferência contra o Racismo, em Durban, foi revelada ao mundo a realidade da África e o assunto mais discutido foi prevenção, em Barcelona todos os esforços se uniram para cobrar dos governos maior compromisso por meio de políticas públicas que dêem respostas efetivas para o controle da epidemia”, informa Renato Farias, gerente de projetos especiais do Canal Saúde (Fiocruz).

Segundo representantes da Sociedade Viva Cazuza, os discursos foram veementes e ressaltaram que a Aids não precisa de heróis. São ne-

cessárias ações públicas não apenas nas áreas de prevenção, por meio de educação e acesso à camisinha, mas, sobretudo, na área de assistência, oferecendo aos portadores do HIV testes e medicamentos. Em 1991, durante a sétima edição da Conferência, ocorrida em Florença, estimava-se que nos dez anos seguintes, se nada de concreto fosse feito, cerca de 10 milhões de pessoas seriam infectadas na África e mais 6 milhões de pessoas no restante do mundo. Em 2000, os números ultrapassavam as expectativas e, somente na África, já havia cerca de 30 milhões de portadores do HIV, a maioria sem acesso a tratamento

Em entrevista ao Canal Saúde, Michel Lotrowska, do projeto Médicos sem Fronteiras, informou que apenas 230 mil soropositivos que vivem em países em desenvolvimento têm acesso aos medicamentos, sendo que metade deles são brasileiros. No mesmo programa, Eloan Pinheiro, diretora de Far-Manguinhos (Fiocruz), lembrou que a Unáids e a Organização Mundial de Saúde (OMS) sempre trazem à tona o assunto e, no entanto, os governos não assumem o compromisso de fornecer recursos a esses países. "Não há intervenção das Nações Unidas, como acontece nas guerras civis. Esse fato faz a gente pensar no que está por trás disso, já que o mundo todo sabe que é possível oferecer tratamento às pessoas com Aids", questiona.

Para a Sociedade Viva Cazuzu, o encontro mostrou que os avanços globais no combate à doença não foram promissores. Apesar de ter deixado claro que as ações de prevenção são essenciais para evitar que, nos próximos anos, 45 milhões de pessoas sejam infectadas pelo vírus do HIV, a Conferência alertou para o fato de que apenas uma pequena parcela dos 40 milhões de soropositivos tem acesso ao tratamento da doença. A instituição, em seu site (www.vivacazuzu.org.br), informou que durante os seis dias de Conferência 48 mil pessoas morreram de Aids.

Na Conferência, especialistas mostraram preocupação não apenas com o continente africano, mas também com os países centro-americanos. Segundo o médico espanhol Alberto de Dios, que desenvolve um projeto na região, a Guatemala, por exemplo, tem taxas de transmissão do vírus tão altas que pode viver situação semelhante à da África, pois os remédios

e testes de diagnósticos são muito caros e o Estado não cobre os gastos dos doentes. Preocupados com esta situação, Nelson Mandella, presidente da África do Sul, e Bill Clinton, ex-presidente dos EUA, encerraram o evento pedindo solidariedade, maior compromisso político dos governantes e maior investimento dos países ricos no combate à epidemia.

BRASIL É MODELO NO COMBATE À AIDS

Se falta maior participação das grandes nações, países em desenvolvimento apresentam ótimos resultados no combate à Aids. Citado em várias palestras e reconhecido na Conferência como um dos mais bem



O Brasil apresenta princípios que podem ser seguidos por todos. O programa brasileiro, no entanto, não é um modelo que deve ser adotado indiscriminadamente por todos os países. Cada nação tem que agir segundo sua realidade.



sucedidos no mundo, o programa brasileiro de combate à doença impediu que, em 2000, o Brasil tivesse o 1,2 milhão de infectados que se previa em 1992. Segundo Paulo Roberto Teixeira, coordenador do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids), do Ministério da Saúde, uma das ações que contribuiu para o sucesso do programa foi a produção de genéricos. Ele manifestou sua decepção com o fato de nenhum outro país em desenvolvimento ter adotado a produção de genéricos no combate à Aids e cobrou maior compromisso de países da Europa, dos EUA e Japão nesta questão. Paulo Teixeira criticou ainda o pequeno investimento feito por esses países tanto no acesso ao tratamento como em pesquisas para a produção de uma vacina.

Marco Antônio de Vitória, da coordenação Nacional de DST/Aids, em entrevista ao Canal Saúde, disse que o Brasil trabalhou política de acesso a tratamento junto com ações de prevenção:

— O Brasil apresenta princípios que podem ser seguidos por todos. São eles: assistência, prevenção e direitos humanos. Com isso, você consegue compromisso político, participação social e efetiva e resposta global no combate à epidemia de Aids. O programa brasileiro, no entanto, não é um modelo que deve ser adotado indiscriminadamente por todos os países. Cada nação tem que agir segundo sua realidade.

Além do Brasil, Argentina e a República Dominicana apresentaram resultados positivos no controle da doença.

PREVENÇÃO

Ao divulgar pesquisas que buscam o desenvolvimento de preservativos químicos, o evento serviu para afirmar mais uma vez a importância da prevenção no combate à Aids. Atualmente, existem cerca de 50 substâncias sendo testadas em todo mundo para que se possa produzir um gel de baixo custo, mas eficiente contra o vírus da doença. Em uma reportagem publicada no jornal O Estado de São Paulo, em 12 de julho, Stefano Vella, presidente da Sociedade Internacional de Aids e um dos organizadores de XIV Conferência de Aids, diz que um preservativo químico seria importante principalmente na África, onde é maior a rejeição aos preservativos convencionais por parte dos homens.

Ainda no âmbito da prevenção, estão as pesquisas para se descobrir uma vacina contra a Aids. O tema, que também mereceu destaque na Conferência, surgiu em razão da necessidade de se investir em outras estratégias para o controle do HIV e da existência de limitações na terapia anti-retroviral. Na plenária sobre 'Vacinas Anti-HIV: Ciência e Política', o médico americano, Lawrence Corey, afirmou que o maior investimento nas pesquisas de medicamentos anti-retrovirais em detrimento de estudos de vacinas e o desenvolvimento rápido do vírus são alguns dos impecilhos para o desenvolvimento de uma vacina eficaz contra a doença. Para ele, é preciso que se tenha um otimismo cauteloso em relação à descoberta de uma vacina contra a Aids, pois esse é um longo processo.

A XV Conferência acontecerá em Bangkok, Tailândia, em julho de 2004. ■

MEDICAMENTOS

Programas de Assistência Farmacêutica tentam garantir acesso integral

ANA BEATRIZ DE NORONHA

Existem muitos programas de governo destinados a apoiar as ações de saúde demandadas pela população por meio da assistência farmacêutica. As iniciativas, no entanto, estão dispersas em várias áreas e são coordenadas no nível federal por inúmeros órgãos do Ministério da Saúde. Entender e mapear essas iniciativas acaba sendo uma tarefa bastante complexa, mas vale a tentativa.

DESCENTRALIZANDO A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em 1999, o Ministério da Saúde, cumprindo uma deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, estabeleceu o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a ser financiado pelos três níveis de governo. Isso significa que a transferência anual de recursos federais (R\$ 1,00 por habitante) está condicionada à contrapartida de, no mínimo, R\$ 0,50 por habitante por parte dos estados e dos municípios que desejarem receber o incentivo. O Programa tem caráter descentralizador — os recursos são administrados localmente — e é pactuado com cada estado separadamente. Muitos estados e municípios oferecem apenas o mínimo permitido em contrapartida ao investimento federal, o que totaliza R\$ 2,00 por habitante. Em outros, como é o caso do Ceará, os recursos chegam a ser de R\$2,60 por habitante. O total de recursos disponíveis gira em torno de R\$ 350 milhões anuais.

Segundo Carlos Alberto Pereira Gomes, gerente técnico da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), os recursos são utilizados pelos municípios e estados na compra dos medicamentos utilizados na rede ambulatorial do SUS. "Hoje, cerca de 99% dos municípios brasileiros já recebem, direta ou indiretamente, os incentivos", informa Carlos Alberto.

Para participar do Programa, os estados precisam elaborar um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, discriminando a lista de medi-



camentos para assistência básica, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Além disso, devem estabelecer os mecanismos de adesão e responsabilidade dos municípios, para integrarem o Plano Estadual, e determinar como será feita a programação, o acompanhamento, o controle e a avaliação da implementação do plano no estado.

Seguindo a idéia de descentralização, existe ainda o Programa de Incentivo à Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Saúde Mental, estabelecido pela Portaria GM nº 1077, de 24/03/99, que determina que os Núcleos de Apoio Psicossocial (Naps) e Centros de Apoio Psicossocial (Caps), unidades de saúde que prestam assistência a pacientes com transtornos mentais, devem ter disponíveis os medicamentos necessários ao tratamento realizado. De acordo com o Programa, o Ministério tem a responsabilidade de repassar 80% dos recursos previstos aos estados, que arcarão com os 20% restantes. Em 2002, estão previstos recursos totais na ordem de R\$ 28 milhões. Os medicamentos que compõem o Programa estão discriminados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e pertencem ao grupo terapêutico dos medicamentos que atuam no sistema nervoso central.

A CENTRALIZAÇÃO NECESSÁRIA

Se todos concordam que o princípio da descentralização é fundamental para a melhoria da gestão e do controle social na efetivação do SUS, é importante buscar soluções para a questão dos medicamentos, quando alguns problemas impedem que, ainda que haja disponibilidade de recursos, os medicamentos cheguem à população.

Nem todos os municípios encontram a mesma facilidade para comprar diretamente os medicamentos que precisam. Alguns estão muito distantes das indústrias farmacêuticas, outros encontram dificuldades para realizar suas licitações em tempo hábil. O resultado é que muitas vezes as ações de saúde acabavam prejudicadas pela falta de medicamentos.

Para sanar esse tipo de problema, foi criado, entre outros, o Programa Farmácia Popular, que está diretamente relacionado ao Programa Saúde da Família (PSF). O objetivo é que as pessoas atendidas pelas equipes do PSF em todo o Brasil recebam gratuitamente os remédios necessários ao seu tratamento. Para isso, o Ministério da Saúde envia trimestralmente para cada equipe habilitada do PSF um conjunto de 33 medicamentos básicos indicados para os problemas de saúde mais frequentes. A montagem e distribuição dos kits são de responsabilidade do Instituto de Tecnologias em Fármacos da Fundação Oswaldo Cruz (Far-Manguinhos/Fiocruz).

Em 2001, foram encaminhados 28.560 kits de medicamentos, para 3.401 municípios. Este ano, em cada uma das três distribuições realizadas, foram enviados cerca de 15 mil conjuntos. Para Fernando Cárdenas, diretor de Programas Estratégicos do Ministério da Saúde e responsável pelo Programa Farmácia Popular, apesar de terem caráter bastante distintos, os Programas acabam se complementando. "Não basta melhorar a qualidade dos serviços de saúde. É fundamental que a população tenha acesso aos medicamentos", conclui. ■

Mais informações:

Secretaria de Políticas de Saúde — Assistência Farmacêutica

Tel: (61) 315-2848

E-mail: assfarm@saude.gov.br

Saúde Mental

Tel: (61) 315-2655

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Programas Estratégicos do Ministério da Saúde — Farmácia Popular

Tel: (61) 315-3359

Far-Manguinhos (Fiocruz)

Tel.: (21) 3977-2424

TABAGISMO

SUS tratará fumantes que desejam largar o vício

No Dia Nacional de Combate ao Fumo, foi assinada, pelo ministro da Saúde, Barjas Negri, uma portaria que estabelece o tratamento no SUS de fumantes que queiram largar o vício. A Portaria nº 1575, de 29 de agosto de 2002, consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo a ser coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), que já está capacitando equipes de multiplicadores — coordenadores estaduais que orientarão a implantação do programa nos municípios.

Inicialmente, com recursos da ordem de R\$ 3,1 milhões, serão tratados 20 mil pacientes, nos 41 Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante já habilitados no SUS. A previsão é que dentro de um ano o número de atendidos chegue a 200 mil, e que em dois anos já estejam funcionando 320 centros.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o tabagismo como dependência de nicotina, como um transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de substâncias

psicoativas. Além disso, estima que o fumo, principal fator isolado de adoecimento e morte, é responsável por 25 doenças e 4 milhões de óbitos anuais no mundo. No Brasil, calcula-se que mais de 80 mil mortes por ano aconteçam em decorrência do vício.

Outros dados importantes influenciaram a decisão de baixar a portaria: o alto grau de dependência de nicotina entre os fumantes (entre 70 e 90% dos que fumam regularmente) e a dificuldade de abandonar o vício sem apoio ou tratamento específico (80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 3% conseguem). A expectativa é que o Programa proporcione uma economia significativa nos R\$ 200 milhões gastos anualmente no tratamento das diversas doenças atribuídas ao fumo.

As diretrizes do tratamento e da capacitação dos profissionais de saúde que trabalharão no apoio aos fumantes estão sendo determinadas pelo documento 'Abordagem e Tratamento do Fumante', publicado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Inca.

Os pacientes serão avaliados por uma equipe multiprofissional e divididos em grupos, participando durante um ano de quatro sessões semanais e uma mensal, nas quais aprenderão a identificar e evitar as situações que os levam a fumar. "O tratamento tem uma base cognitivo-comportamental, ou seja, fornece orientações ao paciente para que ele resista à vontade de fumar e aprenda a viver sem o cigarro", explica o médico Ricardo Meirelles, responsável pelo Programa Abordagem e Tratamento de Fumantes do Inca. Dependendo da gravidade do vício, o paciente receberá ainda goma de mascar e adesivos de pele com pequenas porções de nicotina ou anti-depressivos à base de Bupropiona para auxiliar o tratamento.

Os interessados em participar do programa, que começa a funcionar em outubro, devem se inscrever pelo telefone 0800 703-7033.

Mais informações:
Instituto Nacional do Câncer (Inca)
Tel.: (21) 2506-6000
E-mail: www.inca.gov.br/contato
Site: www.gov.inca.gov.br

SAÚDE BUCAL

Encontro reafirma a importância da fluoretação

O III Encontro dos Municípios Fluminenses por Fluoretação (Emffluor) será realizado em Petrópolis, nos dias 18 e 19 de outubro, tendo como tema 'Fluoretação e Vigilância: Subsídios para Organização das Políticas Públicas em Saúde Bucal'. Os objetivos são ampliar os conhecimentos históricos sobre o tema, apoiar a organização das políticas públicas de saúde bucal em outros estados e exigir a execução do cumprimento das leis, que estão em vigor desde 1974, pelas empresas responsáveis pelo tratamento das águas de consumo público.

Para se ter uma idéia da importância do evento, basta lembrar que o flúor tem sido a substância mais utilizada no fortalecimento dos dentes e no combate às cáries. Seu uso pode ser considerado uma das maiores descobertas da odontologia preventiva.



O III Emffluor também servirá de cenário para a criação da Frente Pró-Fluoretação do Estado do Rio de Janeiro e marcará o lançamento das bases de formação da Associação Fluminense de Saúde Bucal Coletiva.

O Emffluor faz parte das ações do Movimento dos Coordenadores de Saúde Bucal dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro para promover a fluoretação das águas de consumo público. Mas, como explica José Antônio de Oliveira, presidente do Emffluor e coordenador de Saúde Bu-

cal de Varre-Sai, pequena cidade do noroeste do estado, o movimento não se resume a isso:

- A pauta ampliou-se em um ano de existência. Hoje, buscamos promover a organização das vigilâncias sanitárias municipais no controle do flúor nas águas, estimular as comunidades a realizarem o censo de saúde bucal e reorganizar os serviços nessa área, segundo o conceito de promoção da saúde bucal. Além disso, está sendo organizada na internet uma rede de cooperação técnica e solidária entre os municípios interessados.

Qualquer município brasileiro ou profissional interessado pode participar da rede de cooperação técnica, bastando enviar um e-mail para joanton@ieg.com.br solicitando sua inclusão na lista de discussão.

Mais informações: **III Emffluor**
Site: www.webcanal.com.br/emffluor

SERVIÇOS

EVENTOS

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

‘Governos novos, desafios antigos: investindo sempre nos processos de mudança’ será o tema central do V Congresso Nacional da Rede Unida, a ser realizado de 27 a 30 de maio de 2003, em Londrina/PR. Durante o evento, acontecerão ainda o I Fórum Nacional de Redes em Saúde e a II Mostra Paranaense de Produção em Saúde da Família. A inscrição de trabalhos para o Congresso poderá ser feita de 1º de outubro a 15 de dezembro deste ano.

Mais informações: **Rede Unida**
Rua Souza Neves, 9/110 - Londrina - Paraná - CEP: 86010-921
Tel.: (43) 324-2340
E-mail: rede.unida@uol.com.br
Site: www.redeunida.org.br

GESTÃO

Organizado pelo Laboratório de Tecnologia, Gestão de Negócios e Meio Ambiente da Universidade Federal Fluminense (UFF), o Congresso Nacional de Excelência em Gestão terá como tema central o desenvolvimento sustentável. Durante o evento, que ocorrerá entre os dias 22 e 23 de novembro, em Niterói, no Rio de Janeiro, serão discutidos a gestão da saúde e a segurança do trabalho, entre outros assuntos. O prazo para o envio de resumos já se esgotou, mas os interessados em participar podem obter mais informações nos telefones (21) 2618-3427, 2717-6390, pelo mail cid@latec.uff.br ou no site www.latec.uff.br.

SEMINÁRIO COMEMORATIVO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL (ENSP/FIOCRUZ)

Durante os dias 11 e 13 de dezembro, a Fiocruz será palco de uma série de debates envolvendo a saúde mental no país. O evento tem por objetivo promover uma confraternização entre os antigos estudantes do Curso de Especialização em Saúde Mental (Cesm), abrindo novas discussões sobre a assistência, gestão e ensino na área.

Para a ocasião, estão programadas conferências, seminários, apresentação de temas livres (trabalhos apresentados por ex-alunos) e atividades festivas e culturais (vídeos, exposição de artes, divulgação dos novos serviços



em saúde mental etc).
Mais informações:
Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (Ensp/Fiocruz)
Av. Brasil, 4036/ sala 506 – Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21.040-361
Tel.: (21) 3882-9105
E-mail: cesm20@ensp.fiocruz.br.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A Oficina Regional Latino-Americana da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (Uipes/Orla) está organizando a III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção e Educação para a Saúde. O evento, que tem apoio do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), será realizado em São Paulo, de 10 a 13 de novembro, com o objetivo de promover um extenso debate entre profissionais, gestores, pesquisadores, professores e estudantes, afim de identificar novas estratégias políticas que resultem em maior equidade social e melhores condições de vida para a população.

Mais informações:
Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades/Municípios Saudáveis (Cepedoc Cidades Saudáveis)
Tel.: (11) 3079-6724 e 3071-3904
E-mail: cepedoc@cmfeventos.com.br
Site: www.fsp.usp.br/cepedoc

6º CONGRESSO MUNDIAL DE BIOÉTICA

Com o tema ‘Bioética, poder e injustiça’, Brasília sediará o 6º Congresso Mundial de Bioética, onde profissionais de diversos países estarão reunidos para discutir questões ligadas ao tema como biodireito, globalização, direitos humanos, pesquisa genética, genoma, AIDS, pesquisa com seres humanos, clonagem humana, eutanásia, transplante de órgãos, entre outros.

O evento, que tem apoio da Associação Internacional de Bioética, da Sociedade Brasileira de Bioética

(SBB), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília, será realizado entre os dias 30 a 3 de novembro e acontecerá por meio de sessões plenárias, mesas redondas, seminários, conferências e apresentação de temas livres.

Mais informações:
Tel.: (61) 328-6912
Fax: (61) 328-6912
E-mail: congressobioetica@cfm.org.br
Site:
www.bioethicscongress.org.br/
?diretonet

PUBLICAÇÕES

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS LANÇA NO BRASIL O DOCUMENTO ‘DESEQUILÍBRIO FATAL’

Nenhum novo medicamento vem sendo desenvolvido para doenças que afetam os mais pobres. É o que aponta o documento ‘Desequilíbrio Fatal’, lançado na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), na Fiocruz, elaborado pela Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais do Programa Médicos Sem Fronteiras. O documento aborda a crise na pesquisa e no desenvolvimento de medicamentos para as doenças negligenciadas, que atingem principalmente os países em desenvolvimento. Como conclusão, o estudo traz uma série de recomendações para se sair do impasse.

Mais informações:
Programa Médicos Sem Fronteiras
Rua da Quitanda, 185/201 – Centro
Rio de Janeiro – RJ
CEP 20091-000
Tel.: (21) 2253-4200.

NA INTERNET

OPORTUNIDADES DE EMPREGO

Por meio de seu site internacional (www.paho.org), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) divulga várias chances de emprego para consultores e profissionais das áreas de saúde, finanças e administração, entre outras, na América. A maioria das oportunidades tem data limite para a seleção dos candidatos. O ideal é acessar sempre o site e clicar no link ‘Oportunidades de empleo’ (espanhol) ou ‘job opportunities’ (inglês) para conferir novas vagas abertas. ■

Responsável pela seção:
DANIELA SOPHIA

PÓS-TUDO

A caminho de casa

Aristides Dutra

Eu me lembro do Caio ainda criança, quando brincávamos de pique. E agora ele me conta, orgulhoso, que sua filhinha está aprendendo a andar. O tempo não voa. Ele desaba sobre nossas cabeças. A filha de meu amigo está começando a exercer seu direito de ir e vir em um mundo cada vez mais violento, competitivo e envenenado. Seu orgulho não esconde sua angústia.

Há algum tempo atrás, eu estava passando por um momento complicado da minha vida e o Caio me contou um caso que aconteceu com ele. Hoje, com a imagem do andar vacilante de sua filhinha, eu lhe devolvo a mesma história. Todo dia, após o trabalho, Caio pegava a barca para ir para casa. Eis o seu relato do trajeto:

Na hora do rush, era sempre aquela multidão ansiosa para chegar em casa. A longa rua que vai do cais das barcas até a igreja era inundada por ondas consecutivas de passageiros. Os primeiros a desembarcar eram sempre os mesmos apressadinhos. Eles andavam rápido, ultrapassando todo mundo. Mas não competiam entre si, apenas iam o mais rápido que podiam. O parâmetro era interno e individual. Geralmente estavam sozinhos e não conversavam com ninguém. O segundo grupo, que constituía a grande maioria, era o dos medianos. Frequentemente andavam em pequenos grupos e as con-



versas não eram raras. O terceiro grupo era o dos retardatários. Assim como os apressados, estes também caminhavam sozinhos. Iam em seu passo metódico e espantosamente regular, com a segurança de quem sabe que, mais cedo ou mais tarde, vai chegar em casa. Com suas pernas compridas, Caio era sempre um dos primeiros no grupo dos apressados.

Um dia uma cena lhe chamou a atenção. Naquele terreno baldio antes da igreja tinha um gato se preparando para dar o bote num pombo. O interessante é que a cena só fez parar alguns dos apressados. Eles ficaram ali, todos calados, aguardando para ver se o gato ia conseguir.

O gato estava ainda um pouco longe do pombo. Escondido pela grama, ele ia

andando muito lentamente. Uma pata. Pausa. Outra pata. Pausa. Outra pata. E o pombo seguia ciscando despreocupadamente um pouco mais à frente. A paciência da platéia parecia ser tão grande quanto a do gato. O grupo ficou ali, parado, esperando. Por eles, passaram todos os apressados, todos os medianos e até o último dos retardatários. A rua deserta e eles ali. Os da barca seguinte passando. E eles ali. E o gato já estava pronto para o bote quando um cara jogou uma pedra e espantou o pombo, que voou. "Num vou deixar uma maldade dessas não", ele disse, indo embora. Os outros também foram.

Caio ainda ficou ali, atônito. Aquela pedrada realmente o desconcertou. Ele ficou muito frustrado de não saber se o gato ia conseguir atingir seu objetivo ou não. E pensou que, se o gato fosse uma pessoa, provavelmente já estaria chutando tudo, xingando, furioso por um idiota ter se metido em seus planos.

Mas o gato ficou na dele. E o pombo, que voou por causa da pedra e não do gato, pousou tranqüilo um pouco mais à frente. Com a maior calma do mundo, o gato começou tudo de novo, escondido pela grama e andando muito lentamente. Uma pata. Pausa. Outra pata. Pausa. Caio saiu dali com um sorriso bobó na cara como quem acaba de fazer uma grande descoberta. E com aquela segurança de quem sabe que, mais cedo ou mais tarde, vai chegar em casa. ■

ora, pílulas...

