ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	SAÚDE
Autores (as)	Andréa Barreto de Paiva José Aparecido Carlos Ribeiro Luciana Mendes Servo Roberto Passos Nogueira Sérgio Francisco Piola

Título do BOLETIM	POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2008 (n.15)
ISSN	1518-4285

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/ portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SAÚDE

1 Apresentação

O capítulo "Saúde" desta edição de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* examina diversos temas que têm sobressaído no debate recente. A seção 2, que destaca os "Fatos relevantes" da conjuntura, enfoca a mudança na direção do Ministério da Saúde (MS), a convocação da Conferência Nacional, o lançamento do Plano de Aceleração do Crescimento para a área de Saúde (PAC-Saúde, ou, como ficou conhecido, *Mais Saúde*) e a crise gerada pela greve dos médicos no Nordeste, a qual trouxe de volta questões relacionadas à produção e à compra de serviços – enfim, à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Na seção "Acompanhamento e análise da política", dedica-se espaço para a discussão de questões relativas à gestão da política de saúde, incluindo uma análise sobre a proposta de criação de fundações estatais, o debate em torno das modalidades de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde e os desdobramentos relativos à regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29. Por fim, a seção "Tema em destaque" aborda questões relativas à saúde da juventude brasileira.

2 Fatos relevantes

2.1 Mudança ministerial e os posicionamentos do novo ministro

O início da gestão do novo ministro da Saúde, que tomou posse em março de 2007, foi caracterizado por uma abertura para o debate em relação a temas polêmicos, tais como o aborto, o alcoolismo e o tabagismo, problemas de saúde pública que requerem uma séria discussão por parte da sociedade. Esses problemas têm como característica comum demandarem uma ação integrada do conjunto das instituições do Estado, um adequado suporte legal e um grau razoável de consenso entre os segmentos da sociedade. Ao adotar uma pauta política orientada por essas questões – uma espécie de *advocacy* feita de dentro do aparato de Estado –, o ministro pôs em evidência a necessidade de que a sociedade brasileira discuta uma agenda da saúde que ultrapassa em muito o âmbito das competências usuais do SUS. Tal agenda corresponde a objetivos estratégicos desenvolvidos historicamente pelo movimento da Reforma Sanitária e que desaguaram na concepção do direito constitucional à saúde, que deve ser assegurado por um conjunto de políticas econômico-sociais de Estado e não apenas por uma ação setorial de provisão de serviços de saúde.

O destaque dado à questão do aborto nessa agenda se justifica em nome dos interesses gerais da saúde pública, que, quando investidos de suficiente apoio político, legitimamente se sobrepõem aos interesses de grupos religiosos que têm impedido o debate amplo do problema. Os dados disponíveis a esse respeito falam a favor de uma intervenção urgente por parte do Estado. Segundo pesquisa realizada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), atualmente, para cada três nascidos vivos, é realizado um aborto induzido. O número de abortamentos induzidos no Brasil foi estimado em 1.054.243 para o ano de 2005. Acompanhando a queda da fecundidade, a incidência

do aborto diminuiu no período de 1992 a 2005, mas ainda pode ser considerada alta. Em 2006, o SUS realizou cerca de 220 mil curetagens em decorrência de abortos. Num contexto de falta de legalidade e de carência de orientação técnica adequada para as práticas de abortamento, por iniciativa própria ou por entidades clandestinas, é muito alto o risco que essas práticas acarretam para a saúde e para a vida das mulheres em idade reprodutiva. A idéia de um referendo popular sobre a questão está lançada, mas, devido à reação adversa de vários credos religiosos, sobretudo da Igreja Católica, aparentemente aguarda o momento propício para que possa ser retomada e politicamente validada.

Quanto ao tabagismo, convém destacar que é estimado em 200 mil o número de óbitos anuais ocorridos em associação com esse hábito.[1] Ainda assim, o Brasil tem obtido projeção no contexto internacional por haver adotado medidas drásticas de controle da propaganda e de restrição ao fumo em ambientes públicos, que se tornaram mais incisivas a partir de 1996. A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica o Brasil como o país que mais reduziu o número de fumantes nos últimos dez anos. O passo atualmente proposto pelo MS é a proibição dos fumódromos nos locais de trabalho. Seria uma iniciativa a mais para desestimular o hábito e para proteger a saúde dos "fumantes passivos". Essa decisão visa a atender a orientação que foi adotada e aprovada unanimemente por 146 países (inclusive o Brasil) durante a 2ª Conferência das Partes da Convenção – Quadro para o Controle do Tabaco, que aconteceu em Bangcoc entre 30 de junho e 6 de julho de 2007. O acordo internacional, firmado sob patrocínio da OMS, objetiva alcançar a meta de que os lugares públicos e os ambientes de trabalho sejam 100% livres de fumaça do tabaco.

No que concerne ao alcoolismo, a preocupação do governo diz respeito à associação entre o consumo de bebidas e a alta mortalidade por acidentes de transporte. De acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), os acidentes de transporte terrestre acarretam em torno de 38 mil óbitos anualmente. Há a intenção de restringir a propaganda de cerveja (da qual o Brasil é o quarto maior produtor mundial) e tornar mais rígidos os testes de teor alcoólico para motoristas. Com vistas a ampliar para todo o território nacional medidas que estão sendo tomadas em âmbito municipal, uma ação do governo foi publicar a Medida Provisória nº 415, de janeiro de 2008, proibindo a venda de bebidas alcoólicas em rodovias federais.[2] Dados provenientes do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, coordenado pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, mostraram que 24% dos brasileiros acima de 18 anos bebem de maneira potencialmente arriscada, havendo marcantes diferenças de gênero e idade, como mostra a tabela 1, relacionadas à intensidade do consumo de álcool entre os adultos, tanto em freqüência como em quantidade.

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS*. Portaria GM/MS nº 1.035 e Portaria SAS/MS nº 442/2004. Brasília, 2004.

2. Este texto foi elaborado no segundo semestre de 2007 e revisto em março de 2008. Assim, a discussão mais detalhada sobre as medidas de política entre dezembro de 2007 e março de 2008 será incluída na próxima edição deste periódico.

TABELA 1
Intensidade do consumo de álcool – diferença em relação a gênero e idade
(Em %)

Intensidade do consumo de álcool*	Total	Gênero		Faixa etária				
		Masculino	Feminino	18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 59	60 ou +
Bebedor freqüente pesado	9	14	3	12	9	10	7	3
Bebedor freqüente	15	22	9	14	17	19	14	9
Bebedor menos freqüente	15	16	13	19	16	15	12	8
Bebedor não freqüente	14	12	16	17	16	12	13	12
Abstêmio	48	35	59	38	42	44	54	68
Base da pesquisa (absoluto)	**2.346**	**950**	**1.396**	**368**	**588**	**488**	**501**	**401**

Fonte: Senad/PR.

Nota: * Conceitos: *i)* bebedor freqüente pesado: bebe uma vez ou mais por semana e consome cinco ou mais doses por ocasião uma ou mais vezes na semana; *ii)* bebedor freqüente: bebe uma vez ou mais por semana e pode ou não consumir cinco ou mais doses por ocasião pelo menos uma vez na semana, mas mais de uma vez por ano; *iii)* bebedor menos freqüente: bebe de uma a três vezes por mês e pode ou não beber cinco doses ou mais ao menos uma vez por ano; *iv)* bebedor não freqüente: bebe menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano e não bebe cinco ou mais doses em uma ocasião; *v)* abstêmio: bebe menos de uma vez por ano ou nunca bebeu na vida.

2.2 Novas diretrizes para a saúde: a 13ª Conferência Nacional e o lançamento do PAC-Saúde

Em consonância com o entendimento de que o nível de saúde da população está fundamentalmente associado a determinantes sociais, o ministro da Saúde convocou a 13ª Conferência Nacional de Saúde, que tem como tema central *Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento*. São três os eixos temáticos propostos para discussão: *i)* Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; *ii)* Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde; *iii)* A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. A conferência está sendo realizada em três etapas (a municipal, a estadual e do Distrito Federal, e a nacional), nas quais são debatidos tanto o tema central quanto os eixos temáticos. A etapa nacional teve lugar em Brasília, de 14 a 18 de novembro de 2007.

Como está previsto na Lei nº 8.142, a Conferência Nacional de Saúde é a instância de proposição das diretrizes para a formulação da política nacional de saúde. Contudo, o MS tomou a iniciativa de realizar uma definição preliminar das grandes linhas dessa política em torno do chamado PAC-Saúde, que foi lançado em fevereiro de 2008, com a denominação *Mais Saúde*.[3] Até o final de 2007, só tinha sido divulgado o componente específico sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Esse componente prevê a implantação de redes de distribuição de água e de esgotamento sanitário adequado e coleta de lixo e limpeza urbana nos municípios com até 50 mil habitantes e grupos sociais especiais, como as comunidades de quilombolas, indígenas e assentados rurais, além de áreas de risco epidemiológico especial, tais como o de Doença de Chagas. Essas ações abrangem um investimento de R$ 4 bilhões, em mais de mil municípios.

2.3 A crise da saúde no Nordeste

Com relação à gestão e ao financiamento do SUS, em meados de 2007 desencadeou-se no Nordeste uma crise na área de saúde. Médicos da região, em estados como Ceará e Alagoas, entre outros, paralisaram suas atividades durante um mês, aproximadamente. As principais reivindicações das entidades médicas, expressas na Carta do Nordeste

3. O Programa *Mais Saúde* foi lançado quando a revisão editorial deste periódico já estava em andamento. Assim, a discussão sobre esse tema, bem como sobre a 13ª Conferência, será objeto de análise mais detalhada em edição posterior de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*.

(redigida após encontro das mesmas com o ministro da Saúde e secretários estaduais e municipais de Saúde), dizem respeito à revisão dos valores dos procedimentos da tabela do SUS, que estaria defasada há oito anos, e à ampliação do financiamento destinado à saúde.

Para contornar a crise, no bojo da Medida Provisória (MP) nº 395, de setembro de 2007, o governo liberou para a saúde recursos da ordem de R$ 1,7 bilhão, além de R$ 300 milhões destinados às emendas parlamentares. Dos recursos a serem aplicados pelo MS, foram destinados R$ 1,2 bilhão para atenção à saúde nos estados e municípios, R$ 45 milhões para atenção à saúde nos hospitais da rede pública e R$ 455 milhões para assistência farmacêutica.

Os recursos descontingenciados para atenção à saúde dos estados e municípios (R$ 1,2 bilhão) têm duas finalidades: *i)* efetivar o reajuste dos valores da "tabela de procedimentos do SUS"[4] (R$ 800 milhões); e *ii)* recompor o "limite financeiro anual da média e alta complexidade"[5] (R$ 400 milhões). O reajuste de valores da "tabela de procedimentos do SUS" foi concedido pela Portaria nº 2.488/GM, que promoveu o aumento de mil procedimentos.[6] Quanto à recomposição dos "tetos estaduais", trata-se da necessidade de diminuir ou eliminar o déficit entre o recurso repassado pelo governo federal e o pagamento de serviços/procedimentos já realizados pelos estados.[7]

3 Acompanhamento e análise da política

3.1 Gestão de unidades hospitalares – fundação estatal: um formato institucional adequado para as unidades hospitalares do SUS?

A crônica deficiência administrativa, de recursos humanos e de qualidade dos serviços prestados que vem há anos acometendo os hospitais federais do Rio de Janeiro motivou o MS, em 2005, a buscar alternativas de formato jurídico-institucional que garantissem autonomia e flexibilidade de gestão a essas unidades. Atualmente, há cinco unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer (Hospital do Câncer), Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), Instituto Nacional de Traumato-Ortopedia (Into), Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INCL) e Hospital dos Servidores do Estado (HSE). A gestão desses hospitais tem enfrentado sucessivas crises, comumente atribuídas à falta de autonomia financeira e administrativa, a par das dificuldades de realização de concurso público para reposição de pessoal.

---

4. A tabela de procedimentos contém o conjunto de procedimentos utilizados para a remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares de prestadores contratados e conveniados ao SUS. Os valores dos procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) são estabelecidos pela direção nacional do SUS, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os procedimentos do SUS também têm sido utilizados como um dos parâmetros para definir os limites financeiros destinados à assistência da população no processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

5. O limite financeiro anual da "média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar" (MAC) constitui um dos componentes de repasse do bloco de financiamento da "atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar", que foram regulamentados pela Portaria GM nº 204, de 29/01/2007. O outro componente é o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). Conforme mencionado na edição nº 14 de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, os recursos do MAC são destinados ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes do MAC e serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos estados, Distrito Federal e municípios conforme a PPI.

6. O reajuste médio foi de 30% e um dos principais itens foi o aumento de 32,4% concedido à consulta médica.

7. Vale lembrar que a recomposição desse teto tem como critério a redução das desigualdades interestaduais, para aproximar as médias *per capita* estaduais à média nacional.

A persistência do problema levou o MS a formular uma solicitação formal ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP) para avaliar a situação, que afeta o conjunto das unidades hospitalares do SUS, incluindo os hospitais federais do Rio de Janeiro. Um grupo de trabalho multiinstitucional vem, desde então, trabalhando em torno da proposta de criação de uma nova figura jurídica, a *fundação estatal de direito privado*.

Essa proposta parte de uma avaliação do modelo de administração direta pelo Estado. Esse modelo tem sido repetidamente indigitado como sendo incompatível com o alto grau de flexibilidade de gestão requerido para fazer funcionar a contento os hospitais públicos. Gestores públicos do SUS e pesquisadores revelam que há uma inadequação patente nos modelos autárquicos, centralizados e burocráticos de administração hospitalar, em face do dinamismo tecnológico e da gestão de recursos humanos que marcam esse setor. Em linhas gerais, a complexidade tecnológica e a gestão de pessoal requerem uma relação ágil com os fornecedores de bens e serviços de saúde e a seleção ou reposição de uma variada gama de profissionais, com diferentes especialidades e graus de formação. Diante disso, as rígidas normas da administração direta revelam-se incompatíveis com o bom desempenho desse tipo de instituição.

Nesse sentido, o relatório do Banco Mundial sobre a qualidade da despesa pública e gerência de recursos em unidades do SUS identificou a falta de autonomia gerencial e orçamentária como um dos maiores problemas enfrentados pelos dirigentes de hospitais.[8] Esse estudo baseou-se em uma amostra de 49 hospitais (33 públicos e 16 privados) e 20 ambulatórios públicos de 17 municípios. Os estados pesquisados foram Amazonas, Ceará, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo. Os principais problemas detectados em relação ao processo de planejamento das unidades são os seguintes: *i)* limitações gerenciais (73%); *ii)* reduzida autonomia na condução da unidade (48%); *iii)* metas indefinidas, incluindo falta de quantificação (30%); e *iv)* excesso de burocracia (27%).

Atualmente, a única figura jurídica dotada de características de gestão institucional flexível é a organização social (OS), que é um resultado do processo da Reforma do Estado da década de 1990 e se caracteriza por ser, ao mesmo tempo, pública e não-estatal. As OSs apresentam-se sob duas modalidades: *i)* entidades privadas não-lucrativas previamente qualificadas como idôneas para gerir patrimônio público sob contrato de gestão com o Estado; e *ii)* ex-entidades públicas que se tornaram autônomas em relação à administração do Estado e apenas obedecem a um contrato de gestão. Contudo, a grande maioria dos gestores do SUS se recusa a adotar o modelo de OS para melhorar o desempenho dos hospitais por entendê-lo como pertencente a uma proposta de privatização do Estado.

A fundação estatal, ao contrário, é parte da administração indireta do Estado e obedece a um conjunto de regras peculiares à administração de qualquer entidade pública dotada de grande autonomia gerencial – por exemplo, as empresas estatais como o Banco do Brasil – e presta serviço público.[9] Sua supervisão compete ao órgão setorial de política ao qual está subordinada e segue os mecanismos de controle financeiro e legal que se aplicam a qualquer órgão público. É um instrumento da ação do

8. WORLD BANK. Governance in Brazil's Unified Health System (SUS). *Raising the quality of public spending and resource management*. February 15, 2007, p. 16 (Report, n. 36.601-BR).

9. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO – Secretaria de Gestão. *Projeto Fundação Estatal, principais aspectos*. Brasília, jan. 2007.

Estado, que pode criá-la ou extingui-la em conformidade com as necessidades detectadas e o interesse público.

Para cada fundação estatal haverá necessidade de uma lei específica que, entre outras determinações, autorize sua criação, destaque os elementos de patrimônio público que irá administrar e estabeleça as normas mínimas de direito público a que deve obedecer.

A matéria é controversa, visto que as prerrogativas de flexibilidade e autonomia das fundações *públicas* de direito privado foram perdidas de vista após a promulgação da Constituição de 1988, que fixou uma série de injunções para toda a administração pública indireta. A proposta de criação desse tipo de fundação precisou, assim, ser objeto de lei complementar, que já foi encaminhada ao Congresso Nacional. O projeto de lei propõe a regulamentação do inciso 19 do artigo 37 da Constituição e define que a fundação estatal será integrante da administração pública indireta. Ela poderá atuar nas áreas de saúde (inclusive hospitais universitários), assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público (para os efeitos do artigo 40, §§ 14 e 15 da Constituição Federal), comunicação social e promoção do turismo nacional. De acordo com os planos atuais do MS, duas unidades hospitalares próprias seriam de imediato transformadas em fundações estatais: o Into e o INCL.

Resumidamente, são as seguintes as características institucionais desse novo tipo de entidade prestadora de serviços públicos:

1. personalidade jurídica de direito privado, patrimônio e receitas próprias;
2. autonomia gerencial, orçamentária e financeira;
3. personalidade jurídica adquirida mediante atos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de acordo com as normas do Código Civil;
4. integrante da administração pública indireta, vinculado a órgão ou entidade do SUS (ou outra área de serviços não exclusivos do Estado);
5. contrato de gestão com órgão público dirigente da área (metas e indicadores nos mesmos moldes de uma OS);
6. submetida ao sistema de controle interno de cada poder federativo;
7. receitas constituídas pelas rendas obtidas na prestação de serviços e no desenvolvimento de suas atividades (não consta do orçamento do ente federativo correspondente);
8. recursos humanos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade, mas com direito à negociação coletiva, sendo assegurada previdência complementar a todos;
9. processo de seleção pública para admissão de pessoal;
10. obrigatoriedade de obediência às normas de licitação pública.

De acordo com esses requisitos, fica claro que, em momento algum, a fundação estatal pode se alienar do interesse público e das diretrizes de sistemas públicos (como o SUS). O que o poder público espera dessa fundação deve estar especificado em cada contrato de gestão a ser firmado anualmente com o gestor do SUS e precisa ser cumprido pela entidade. Em se tratando de um hospital, seus serviços só podem ser prestados como parte do

SUS; ou seja, é vedado reservar leitos para planos de saúde e atendimentos particulares; tampouco se pode exigir qualquer complementação de pagamento na prestação de serviço previsto dentro da programação do SUS. Mas é facultado obter recursos tanto do SUS quanto de outras fontes para efetuar atividades como pesquisa e ensino, ou a realização de rendas extraordinárias na venda de serviços diversos que não fazem parte de sua missão principal, como qualquer outra fundação de direito privado usualmente o faz.

3.2 A questão do vínculo de trabalho do agente comunitário de saúde

O agente comunitário de saúde (ACS) é hoje um trabalhador plenamente reconhecido pela sua importante contribuição aos objetivos da promoção da saúde e de atenção básica nos âmbitos da comunidade, do domicílio e das unidades de saúde.[10] O programa de agentes comunitários existe desde 1991, tendo sido integrado ao Programa de Saúde da Família (PSF) a partir de 1995, sob orientação e financiamento do MS. Em 2006, computavam-se 219.492 ACSs distribuídos por 5.309 municípios, portanto, abrangendo 95% do total de municípios brasileiros.

A questão do vínculo de trabalho do ACS sempre foi algo polêmico desde a criação do programa: deveria ser ele um trabalhador vinculado diretamente ao Estado, ou seja, um integrante do setor público de saúde, ou um trabalhador formal vinculado às entidades do terceiro setor?

Ao longo dos anos 1990, em um contexto político de desregulamentação dos vínculos de trabalho no setor público, os gestores do SUS acabaram por adotar as mais diferentes modalidades de incorporação dos ACSs. Uma pesquisa organizada pelo MS no início da década de 2000 demonstrou essa extrema variabilidade do vínculo do ACS (ver tabela 2).

TABELA 2
Vínculo de trabalho do ACS nas equipes de saúde da família no Brasil (2001-2002)
(Em %)

Tipo de vínculo	Distribuição
Estatutário	12,2
CLT	13,2
Contrato temporário	34,3
Cargo comissionado	4,3
Prestação de serviços	15,5
Cooperado	3,7
Contrato informal	10,5
Contrato verbal	1,9
Outros	4,3
Número de equipes (absoluto)	**12.259**

Fonte: MS.

Como se observa na tabela 2, apenas $\frac{1}{4}$ dos ACSs tinha vínculo de trabalho regular, como estatutário ou celetista, enquanto a grande maioria detinha contratos temporários ou outras modalidades de contratação. Trata-se de formas de vinculação caracterizadas usualmente como trabalho precário. Embora dentro do setor público, o que ressalta particularmente é seu caráter irregular, porque essas situações de vínculo indireto ou

10. O Texto para Discussão nº 735, do Ipea, descreve o ACS como "um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado."

informais contrariam normas públicas que se tornaram impositivas após a Constituição de 1988. Essas formas precárias, instáveis e sem garantia de direitos trabalhistas não atendem às expectativas dos trabalhadores e não cumprem com as exigências legais já consagradas. Ressalte-se que, para ser plenamente regular, o vínculo contraído com o setor público deve resultar de seleção pública e não apenas de uma nomeação direta. De fato, o direito administrativo brasileiro é muito explícito quanto a essas situações: *i)* o trabalhador, para ser legitimamente integrante do setor público – estatutário ou celetista – precisa ser admitido por seleção pública (por um concurso em que deve constar algum tipo de exame objetivo e não apenas entrevista); *ii)* os trabalhadores de entidades parceiras, organizações não-governamentais (ONGs) e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) não podem estar sob o comando de equipes do setor público, porque, nesse caso, caracteriza-se uma mediação ou terceirização indevida de força de trabalho.

Organizados em entidades representativas da categoria, os ACSs passaram a reivindicar estabilidade e direitos sociais que assistem aos demais trabalhadores do setor. Foi desenvolvida, assim, uma significativa mobilização nacional em prol da regulamentação da categoria e da definição do estatuto de seu vínculo de trabalho com o Estado. Situação similar vivida pelos agentes de combate às endemias fez com que os dois grupos se unissem em torno dessas reivindicações. Como resultado dessa mobilização, definições legais importantes foram alcançadas no âmbito da União. Por iniciativa do governo federal, foi aprovada a Lei nº 10.507, de 10/07/2002, que criou a profissão de agente comunitário de saúde.[11] Em 14 de fevereiro de 2006 foi promulgada a EC nº 51, que estabelece que os ACSs devem ser admitidos pelos gestores do SUS por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação, e deixa para lei específica a regulamentação da forma de vínculo. Finalmente, houve a promulgação da lei complementar correspondente a essa emenda, a já mencionada Lei nº 11.350, que determina em seu artigo 9º que a contratação de ACSs e de agentes de combate às endemias pela Funasa deverá: *i)* ser feita em obediência ao regime jurídico estabelecido pela CLT, salvo se, no caso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, a lei local dispuser de forma diversa; e *ii)* ser "precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições".

Com essas medidas legais, apenas os ACSs que foram anteriormente admitidos por processo seletivo, com as características preconizadas, são considerados plenamente regulares. Todos os demais deverão, para ter direito a continuar exercendo suas funções, ser submetidos em breve a um processo de seleção pública organizado pelas prefeituras. A regulamentação cria a expectativa de que o Ministério Público venha a exercer pressões crescentes sobre os gestores do SUS para que as novas normas sejam devidamente cumpridas. Por outro lado, dado que a lei estabelece o mínimo educacional de conclusão do primeiro grau, é possível que muitos dos ocupantes atuais dessa função percam seu vínculo. No início do programa, era exigida tão-somente a capacidade de ler e escrever.

A regularização do vínculo de trabalho importará em despesas adicionais, exigidas pelo pagamento de encargos sociais. Esse tem sido um fator adicional de preocupação para os gestores locais. No entanto, com o propósito de incentivar a regularização da situação do ACS, o MS aumentou o repasse a cada trabalhador de R$ 350 para R$ 532, dentro do bloco de financiamento da atenção básica.

11. Posteriormente, essa lei foi revogada, dado que suas determinações foram abrangidas pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

Para complicar ainda mais essa situação de incertezas quanto à continuidade do vínculo e do processo de trabalho dos ACSs, houve recentemente uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que suspendeu a aplicação do regime celetista para novos admitidos ao setor público, devido a vício legislativo no processo de aprovação da nova redação dada ao artigo 39 da Constituição pela EC nº 19 (o projeto de emenda não retornou à Câmara após alteração promovida pelo Senado). Até que seja sanada essa pendência, mediante a aprovação de uma nova EC, as prefeituras não poderão selecionar os ACSs ou qualquer outra categoria de trabalhador sob esse regime.

3.3 Gestão financeira do SUS: as negociações em torno da regulamentação da EC nº 29

Em edições anteriores de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, destacou-se a importância de se ter fontes de recursos regulares e em volume suficiente para a área de saúde. A regularidade de recursos é peça-chave para que se possa realizar o planejamento de qualquer ação do Estado. As análises feitas nessas edições mostraram que a EC nº 29 conferiu maior estabilidade aos aportes federais para o SUS, além de ter ampliado a participação de estados e municípios em seu financiamento. Contudo, três pontos têm sido objeto de discussão/preocupação quase contínua desde a aprovação da emenda: *i)* a falta de uma definição do que deve ser considerado como ações e serviços públicos de saúde para efeitos da vinculação de recursos; *ii)* o volume de recursos que ainda é considerado insuficiente, seja para fazer frente às necessidades do setor, seja em comparação com outros sistemas de saúde que buscam a universalidade e integralidade da atenção (como é preconizado pelo SUS); e *iii)* a utilização de dois critérios de vinculação – para estados e municípios, os recursos a serem aplicados na área de saúde foram vinculados a um percentual da receita corrente; para a União, a vinculação está relacionada ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB).[12] Todos esses pontos fazem parte do rol de questões a serem resolvidas por lei complementar.

A regulamentação da EC nº 29, após longo período de hibernação, voltou à pauta. O Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 001/2003, de autoria do deputado Roberto Gouvêa (PT-SP), aprovado pelas Comissões Técnicas da Câmara, aguardava há dois anos sua inclusão na pauta para votação em plenário. Já a proposta de autoria do senador Tião Viana (PT-AC), o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 121/2007, iniciava sua tramitação. Ambos os projetos eram bastante semelhantes entre si e respeitavam os pontos mais fundamentais da Resolução nº 322 do CNS, que consolida o entendimento do movimento sanitário a respeito da questão.

No Senado, o PLS nº 121 sofreu modificações importantes na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) e na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE). As emendas sofridas na CAE geraram muita polêmica e rejeição junto aos atores vinculados ao setor saúde.

As principais modificações foram:

1. manutenção da vinculação dos gastos da União com ações e serviços públicos de saúde à variação nominal do PIB, frustrando-se a expectativa de um acréscimo de cerca de R$ 20 bilhões no orçamento do MS caso fosse aprovada a formulação original, que definia 10% da receita corrente bruta como participação dos recursos federais;

12. Ver *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* nºs 10, 11, 12 e 13.

2. em relação ao escopo do que poderia ser considerado como "ação e serviço público de saúde", tornou-se aceitável, entre outras, a inclusão dos gastos com inativos e pensionistas do setor e com saneamento em municípios com até 50 mil habitantes;
3. redução do escopo das receitas que deveriam ser consideradas no cálculo dos percentuais vinculados para estados e municípios, excluindo-se do cálculo das receitas próprias, por exemplo, os recursos destinados ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais de Educação (Fundeb);
4. proposição de que os percentuais para repasse dos recursos da União para estados e municípios fossem os mesmos de distribuição do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Embora à primeira vista benéficos para as localidades mais pobres, os critérios do FPM e do FPE não guardam, necessariamente, relação com as necessidades locais de atenção e promoção à saúde. Além disso, essa medida reduziria de modo repentino os recursos disponíveis ao setor em estados importantes, o que poderia afetar negativamente o atendimento de sua população.

Frente a tal situação, ocorreu uma rápida mobilização entre os atores do setor. Nas palavras do deputado Darcísio Perondi (PMDB-RS), presidente da Frente Parlamentar da Saúde, "não há outra alternativa que não seja a de trabalhar ainda mais forte para que a proposta da Câmara seja votada com urgência".[13] Isso, de fato, foi feito, aproveitando-se também, em algum grau, o discurso do governo em defesa da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), o que permitiu uma reaproximação das duas questões: prorrogação da CPMF e regulamentação da EC nº 29.

No dia 31 de outubro, o PLP nº 0001/2003 foi finalmente posto em votação no plenário da Câmara. Foi aprovado por 291 votos a favor, 111 contra e 1 abstenção, seguindo então para o Senado.[14] Frente ao cenário que se delineava poucos dias antes, no Senado, a votação do PLP poderia ser considerada uma vitória parcial dos atores vinculados ao setor saúde.

Para aprovação do PLP na Câmara, foi negociado como solução intermediária com o governo federal (que não aceitou a regra proposta originalmente – vinculação de 10% das receitas correntes brutas, o que permitiria um acréscimo de R$ 20 bilhões já em 2008) um aumento do percentual da CPMF repassado à saúde, não incorporável ao piso.[15] Os recursos do orçamento federal para ações e serviços públicos em saúde receberiam um acréscimo de R$ 24 bilhões no período de 2008 a 2011, assim distribuídos: R$ 4 bilhões em 2008; R$ 5 bilhões em 2009; R$ 6 bilhões em 2010; e R$ 9 bilhões em 2011.

As estimativas de recursos federais para o SUS, de acordo com a proposta que estava sendo negociada, podem ser vistas na tabela 3.

Contudo, em dezembro de 2007, o Senado Federal não aprovou a prorrogação da CPMF. Com isso, fica a questão central de como irá avançar a regulamentação da EC nº 29

13. PERONDI, D. *Regulamentação da EC 29*: esclarecimentos sobre as propostas em tramitação na Câmara e no Senado. 2007. Disponível em: <www.fio.org.br/Note_712007.htm>.

14. Paralelamente, o PLS nº 121/2007 transitou na Comissão de Assuntos Sociais do Senado (CAS), e várias das emendas polêmicas acolhidas pela CAE foram revertidas.

15. Não fariam parte da base sobre a qual incidiria a variação nominal do PIB para efeitos da determinação do valor mínimo para o ano subseqüente.

a partir deste momento, uma vez que os recursos adicionais que estavam sendo negociados teriam como fonte essa contribuição. Ademais, parte significativa dos investimentos previstos no PAC-Saúde viria dessa fonte adicional de recursos. Dessa forma, ainda é uma incógnita o futuro desse plano.

TABELA 3
Recursos adicionais para saúde (2008 a 2011)*
(Em R$ bilhões)

Ano	Estimativa da CPMF	% adicional de arrecadação da CPMF	Valor adicional de arrecadação da CPMF	Recursos para saúde - var. nom. PIB	Recursos totais para saúde
2008	40,00	10,178	4,071	49,7	53,8
2009	43,47	11,619	5,051	54,5	59,6
2010	47,69	12,707	6,080	59,7	65,8
2011	52,46	17,372	9,114	65,5	74,6
Total			**24,296**		

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional e Ministério da Saúde

Elaboração: Disoc/Ipea.

Nota: * Para estimar a CPMF, considerou-se a participação média da arrecadação da CPMF no PIB de 2004 a 2008, que foi 1,43%, e aplicou-se este percentual nas estimativas do PIB (cerca de 10% ao ano).

As discussões avançaram, contudo, no sentido de uma definição mais clara sobre quais as políticas públicas que podem ser consideradas "ações e serviços públicos de saúde" (ASPS) e quais não podem. O artigo 2º do PLP nº 0001/2003, por exemplo, estabelece que serão consideradas na apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e que sejam de caráter universal, igualitário e gratuito. O entendimento é que isso excluiria, por exemplo, o pagamento de benefícios para assistência à saúde de funcionários públicos e militares. Ademais, define-se também que essas ações "sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, *não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde* (grifos nossos)".[16] A interpretação é que isso excluiria aplicações de recursos em outros programas, como Bolsa Família, ou ações de saneamento que não sejam para controle de vetores, ou ainda, outras ações que atuem sobre os determinantes sociais da saúde. Sob esse norte, o artigo 3º lista 11 áreas que serão consideradas ASPS e o artigo 4º lista 10 áreas que "não constituem despesas com ações e serviços públicos de saúde".[17]

16. CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Redação final - projeto de lei complementar nº 1 de 2003*. Disponível em: <www.camara.gov.br/sileg/integras/520708.pdf>.

17. Foram definidas como ASPS: *i)* vigilância epidemiológica e sanitária; *ii)* atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade; *iii)* capacitação de pessoal do SUS; *iv)* desenvolvimento científico e tecnológico promovidos por instituições vinculadas ao SUS; *v)* produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, como imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; *vi)* ações de saneamento básico de nível domiciliar ou de pequenas comunidades; *vii)* ações de manejo ambiental para controle de vetores de doenças; *viii)* gestão do sistema público de saúde; *ix)* investimentos na rede física do SUS, como recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; *x)* ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS; *xi)* remuneração de pessoal ativo em exercício na área de saúde, incluindo os encargos sociais. Não se incluem como ASPS: *i)* pagamento de inativos e pensionistas, inclusive os da saúde; *ii)* pessoal ativo da área de saúde, quando em atividade alheia à respectiva área; *iii)* serviços de saúde de "clientela fechada", isto é, para o atendimento de servidores ativos e inativos, civis e militares, e dos respectivos dependentes; *iv)* merenda escolar e outros programas de alimentação; *v)* ações de saneamento básico em cidades em que os serviços sejam implantados ou mantidos com recursos provenientes de fundo específico, taxas, tarifas ou preços públicos; *vi)* limpeza urbana e remoção de resíduos; *vii)* preservação e correção do meio ambiente realizadas pelos órgãos públicos de meio ambiente e/ou por entidades não-governamentais; *viii)* ações de assistência social – o que inclui transferências diretas de renda; *ix)* obras de infraestrutura urbana, como pavimentação de ruas, por exemplo; *x)* ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na lei complementar – aqui pretende-se evitar que os recursos transferidos pela União aos fundos de saúde estaduais e municipais possam ser computados novamente no âmbito dos governos locais.

Novamente, deve-se destacar que o fim da CPMF implicará retomar as negociações em torno da regulamentação da EC nº 29, especialmente no que se refere a recursos adicionais.

4 Tema em destaque

Jovens: morbimortalidade, fatores de risco e políticas de saúde

No período entre 10 e 24 anos, transita-se, do ponto de vista biológico, da adolescência à condição de adulto. A parte inicial desse período é marcada, independentemente da condição social ou econômica, por um crescimento rápido, principalmente no período da adolescência, dos 10 aos 19 anos, e por mudanças somáticas importantes.

A adolescência é uma fase de adoção de novas práticas comportamentais, de exposição a diversas situações e riscos presentes e futuros para a saúde. Alguns desses comportamentos, geralmente estabelecidos durante a infância e a adolescência, incluem: consumo de cigarro; consumo de álcool e drogas; falta de atividade física; comportamento alimentar inadequado; comportamentos sexuais "descuidados", que contribuem para a ocorrência de gravidez na adolescência e de infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive Aids; e situações que propiciam a exposição à violência e a lesões acidentais. As causas externas, principalmente violência e acidentes de trânsito, e os problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva são as principais causas de morbimortalidade entre adolescentes e adultos jovens. As ações setoriais têm tido maior sucesso em relação ao segundo grupo de problemas. As causas externas necessitam, para seu enfrentamento mais efetivo, de ações intersetoriais mais estruturadas, que ainda não saíram do papel.

4.1 A morbimortalidade entre os jovens[18]

No Brasil, na faixa etária de 15 a 29 anos,[19] morre um número significativamente superior de homens do que de mulheres. Entre 2003 e 2005, a taxa de mortalidade média dos jovens do sexo masculino de 20 a 24 anos, por exemplo, foi de 261,80 por 100 mil habitantes, ao passo que a das jovens do sexo feminino foi de 58,43 por 100 mil. A explicação para esse fenômeno está na violência, que ocasiona uma sobremortalidade dos adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, fazendo com que esse período etário seja considerado de alto risco, quando poderia ser um dos mais saudáveis do ciclo vital.

Entre 2003 e 2005, morreram cerca de 60 mil jovens do sexo masculino, sendo que, destas mortes, 46 mil (ou 78%) foram por causas externas, associadas majoritariamente a homicídios e acidentes de transporte. As outras mortes com causas definidas estavam, basicamente, concentradas em três grandes grupos: neoplasias (cânceres), doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias. No mesmo período, morreram em média 15 mil jovens do sexo feminino. Também entre elas as causas externas representam a maior parte das mortes (cerca de 5 mil, ou 35% dos óbitos), igualmente seguida pelas mortes por neoplasias, doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias.

---

18. As estimativas de mortalidade dos jovens foram feitas a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

19. Ao longo da análise foram utilizadas diversas faixas etárias, variando de 10 a 29 anos, isso porque os recortes serão diferenciados de acordo com o problema abordado em cada seção. Por exemplo, no caso da morbimortalidade trabalha-se com a faixa etária de 15 a 29 anos e subgrupos dentro desse recorte: 15 a 24 anos, 18 a 24 anos, 15 a 29 anos. Essas são as fases críticas para a juventude, principalmente em termos de mortatilidade. Na descrição da política, utilizou-se como referência a faixa etária por ela determinada: 10 a 24 anos.

É possível notar significativas diferenças por cor ou raça. Nesse mesmo período, a taxa de mortalidade de jovens de 18 a 24 anos foi de 204,58 para cada 100 mil jovens brancos contra 325,04 para cada 100 mil jovens pretos. As causas externas são parte importante da explicação sobre essas diferenças, visto que vitimam proporcionalmente mais jovens pretos e pardos do que jovens brancos do sexo masculino.

A análise da morbidade – número de casos novos de doenças e agravos (incidência) e número de casos existentes (prevalência) – nos jovens é prejudicada, principalmente, pelo mesmo motivo que afeta a análise dos outros grupos etários, ou seja, a falta de dados e informações. São, contudo, causas importantes de morbidade nesse grupo: as complicações de gravidez, parto e puerpério, doenças de transmissão sexual, lesões e envenenamentos, e transtornos mentais e psicossociais.

Diante da escassez de dados referentes à morbidade jovem, utilizam-se como *proxy* dados de internações em hospitais vinculados ao SUS no ano de 2006. Nesse ano, na faixa de 15 a 24 anos de idade, foram realizadas 2.196.654 internações, o que representa 19,4% do total de internações realizadas pelo SUS, correspondendo a uma taxa de 58,49 internações por mil habitantes desse grupo de idade. As internações nessa faixa etária são, majoritariamente, do grupo feminino. As mulheres foram responsáveis por 81,60% das internações, com uma taxa de 95,56 por mil habitantes. As internações relacionadas a gravidez, parto e puerpério constituem o principal grupo de causas entre as mulheres, representando 78,4% do total. Contudo, mesmo excluindo esse grupo de internações, a taxa entre mulheres (49,67 por mil habitantes) é superior à dos homens (21,5 por mil habitantes).

Entre os diagnósticos mais prevalentes entre os jovens, há variações importantes na participação em cada sexo. Excluindo gravidez, parto e puerpério, podem-se observar algumas variações significativas: lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas são a primeira causa de internação entre os homens (taxa de 6,35 por mil) e a sexta causa entre as mulheres (taxa de 1,64 por mil); as internações por transtornos mentais são mais freqüentes entre os homens (1,55 por mil) do que entre as mulheres (0,64 por mil); por outro lado, as internações devidas a doenças do aparelho geniturinário, segunda causa entre as mulheres, com uma taxa de 4,92 por mil, são apenas a sexta causa entre os adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, com uma taxa de 1,19 por mil. As principais causas de internações, por sexo, podem ser vistas na tabela 4.

Uma importante causa de morbimortalidade no grupo das doenças infecciosas e parasitárias é representada pela Aids. No Brasil, foram notificados 112 mil casos dessa doença entre jovens de 15 a 29 anos até 2005. Esse número representa 30% do total de casos notificados no país desde o início da epidemia, nos primeiros anos da década de 1980.

TABELA 4

Morbidade hospitalar do SUS (CID10), faixa de 15 a 24 anos, principais causas por sexo (2006)

Diagnóstico	Taxa (homens) por 1.000	Internações (homens) %	Taxa (mulheres) por 1.000	Internações (mulheres) %
Gravidez, parto e puerpério	n.d.	n.d.	74,8	78,4
Doenças do aparelho geniturinário	1,19	5,5	4,92	5,1
Doenças infecciosas e parasitárias	2,13	9,9	2,58	2,7
Doenças do aparelho digestivo	2,43	11,3	2,81	2,9
Doenças do aparelho respiratório	2,25	10,3	2,39	2,5
Lesões e envenenamentos	6,35	29,6	1,64	1,7
Transtornos mentais	1,55	7,2	0,64	0,7

Fonte: Datasus - Informações de Saúde (MS: SIH/SUS).

Elaboração: Núcleo de Gestão de Informações Sociais (Ninsoc)/Disoc/Ipea.

Nota: n.d. = não-disponível.

Nessa faixa etária, a transmissão sexual apresenta-se como a principal forma de contágio, respondendo por cerca de 60% dos casos desde o início da epidemia até 2005. A via sanguínea é, também, uma forma importante de transmissão: corresponde a 23% dos casos notificados. Destes, 96% são devidos ao uso de drogas injetáveis. Cabe observar que, em 17% dos casos notificados até 2005, não havia informação sobre a categoria de exposição.

Na epidemia de Aids tem havido um aumento de incidência entre as mulheres. A relação, que já foi de 2,4 casos registrados em homens para cada caso registrado em mulheres em meados da década de 1990 (1996), hoje é quase de 1,5 caso registrado em homens para cada caso registrado em mulheres. Entre adolescentes e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos, essa relação é ainda mais baixa: 1,1 homem para cada mulher.

Outras DSTs também são problemas relevantes entre os jovens, como sífilis, uretrites e *papiloma virus* humano (HPV), por exemplo. A disseminação de informação e de formas de proteção, como o uso de preservativos, são importantes instrumentos no combate a essas doenças, que preocupam ainda pela possibilidade de complicações associadas, como é o caso das lesões provocadas por alguns subtipos de papilomas, que podem se transformar em lesões cancerosas.[20] Por isso, a educação sobre saúde sexual e reprodutiva e a disponibilização de preservativos são instrumentos importantes no controle dessas doenças.

O MS tem dado ênfase às ações de promoção e prevenção no combate às DSTs, contando, nesse sentido, com parcerias com organizações da sociedade civil. O resultado desse esforço pode ser percebido nas pesquisas sobre conhecimento, atitudes e práticas da população (ver box 1).

BOX 1

Uso de preservativos por jovens na relação sexual

Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas realizada pelo MS mostrou que o percentual de uso de preservativo na última relação sexual, no Brasil, em 2004, foi de 57%, sendo 68% entre os homens jovens e 44% entre as mulheres jovens. Nesse mesmo ano, 39% dos jovens brasileiros declararam o uso regular de preservativos, independentemente da parceria, alcançando 58% quando o parceiro era eventual (esse índice se altera em função do sexo: é de 64% entre os homens jovens e 45% entre as mulheres jovens).

O aumento no uso de preservativos na primeira relação sexual entre os jovens também foi revelado em pesquisas realizadas a partir da década de 1980. Enquanto em 1986 apenas 9% faziam uso desse instrumento de prevenção, em 1998 a proporção de jovens entre 16 e 25 anos que usaram preservativos na primeira relação foi de 49%. Em 2004, esse percentual atingiu 53%, não apresentando diferença significativa entre os sexos.*

Nota: * Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento/coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para Acompanhamento ODM. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2007.

20. O HPV pode também ser prevenido por vacina, especialmente entre adolescentes. Segundo as pesquisas, as principais beneficiadas pela vacina serão as meninas antes da fase sexualmente ativa. As mulheres deverão manter a rotina de realização do exame Papanicolau. Mesmo que comprovada a eficácia da vacina e que sua aplicação ocorra em larga escala, uma redução significativa dos indicadores da doença pode demorar algumas décadas. É estimado que entre 3% a 10% das lesões de papiloma vírus de colo de útero podem se transformar em lesões malignas (câncer).

4.2 Exposição a fatores de risco[21]

A adolescência é uma fase caracterizada pela adoção de novas práticas de comportamento, com exposição a diversas situações e riscos presentes e futuros para a saúde. A exposição a fatores de risco comportamentais – como tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo – tem, com freqüência, início na adolescência. Esses fatores estão associados ao desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não-transmissíveis, como as cardiovasculares, o diabetes e o câncer, que lideram as causas de óbito na vida adulta no país e no mundo.

O MS implantou, em 2006, a "Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico" (Vigitel). Trata-se de um monitoramento contínuo que avalia indivíduos com 18 anos ou mais residentes em domicílios com telefone fixo nas 26 capitais do país e no Distrito Federal. A partir dos cadastros das empresas de telefonia, foi realizada uma amostragem probabilística, totalizando 54.369 entrevistas em 2006. Os dados são ajustados para representar a composição sociodemográfica da população adulta de cada cidade.

Da pesquisa realizada em 2006, é possível obter os dados das pessoas entre 18 e 29 anos de idade (18.351 indivíduos, sendo 48% do sexo masculino e 52% do feminino). Foram consideradas, nessa tabulação especial, as seguintes variáveis para homens e mulheres nas faixas etárias de 18 a 24 anos e 25 a 29 anos de idade: fumante, abuso de bebida alcoólica, atividade física no lazer e excesso de peso (ver tabela 5).

TABELA 5
Percentual de indivíduos segundo variáveis de risco ou proteção para doenças crônicas não-transmissíveis, por sexo, idade e escolaridade, em todas as capitais e o Distrito Federal – Vigitel (2006)
(Em %)

Variáveis		Idade (anos)		Escolaridade (anos)		Total	Total
		18-24	25-29	0-7	≥ 8	18 a 29 anos	≥ 18 anos
Fumante	**Total**	**14,2**	**15,0**	**21,1**	**12,3**	**14,5**	**16,2**
	Homens	18,4	19,8	27,4	15,9	18,9	20,3
	Mulheres	10,3	10,6	14,6	9,1	10,4	12,8
Ex-fumante	**Total**	**13,0**	**13,0**	**18,3**	**11,2**	**13,0**	**22,1**
	Homens	13,9	15,0	19,0	12,7	14,3	26,3
	Mulheres	12,1	11,0	17,5	9,9	11,7	18,6
Abuso de bebida alcoólica	**Total**	**18,9**	**24,1**	**23,2**	**20,0**	**20,8**	**16,1**
	Homens	28,1	35,2	32,0	30,3	30,7	25,3
	Mulheres	10,3	14,0	14,3	10,9	11,7	8,1
Ativo no lazer	**Total**	**18,3**	**15,7**	**13,6**	**18,6**	**17,3**	**14,9**
	Homens	27,4	19,9	21,4	25,8	24,7	18,3
	Mulheres	9,9	11,8	5,5	12,1	10,6	11,9
Excesso de peso	**Total**	**21,2**	**35,3**	**29,7**	**25,6**	**26,5**	**43,0**
	Homens	24,9	44,5	29,4	33,1	32,2	47,3
	Mulheres	17,1	26,0	30,2	18,2	20,6	38,8
Obesidade	**Total**	**4,3**	**8,5**	**7,7**	**5,4**	**5,9**	**11,4**
	Homens	4,1	10,2	6,8	6,2	6,4	11,3
	Mulheres	4,5	6,8	9,0	4,5	5,4	11,5

Fonte: MS/SVS. Sistema Vigitel.

21. Essa parte do texto foi elaborada a partir dos dados compilados e analisados por MALTA, D. C.; MOURA, E. C. de; NETO, O. L. de M. *Vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico* (*Vigitel*) *na faixa etária entre 18 e 29 anos*. Brasília, out. 2007. Mimeo. Foram utilizadas, também, informações de apresentação realizada por MALTA, D. C. *A vigilância no contexto da adolescência*: inquéritos de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas. Congresso Brasileiro de Adolescência. Foz do Iguaçu, 28 de setembro de 2007.

O tabagismo está entre os grandes problemas de saúde pública. De acordo com a OMS, esse hábito é responsável por cerca de 5 milhões de mortes por ano em todo o mundo, por aumentar o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, bronquite, enfisema e câncer. Na faixa entre 18 e 29 anos de idade, o percentual de fumantes, segundo dados da Vigitel, é de 14,5%, um pouco abaixo da prevalência na população maior de 18 anos, que é de 16,2%. O percentual de fumantes na faixa entre 18 e 29 anos é maior entre os homens de menor escolaridade, situação em que atinge 27,4%. Chama a atenção o percentual de ex-fumantes (13%), o que significa que, nesse grupo etário, cerca de 30% dos indivíduos já tiveram contato com o fumo.

O excesso de peso – índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 25 kg/m^2 – é encontrado em 21,2% dos jovens na faixa etária entre 18 e 24 anos e em 35,3% dos que têm entre 25 e 29 anos. É maior entre jovens de maior escolaridade (33,1%). Na população total (18 anos e mais), no entanto, sua prevalência é maior (43%). No que diz respeito à obesidade, 5,9% dos jovens entre 18 e 29 anos e 11,4% da população adulta são obesos (IMC igual ou superior a 30 kg/m^2).

O consumo de bebidas alcoólicas é outro importante fator de risco. Além de contribuir para o aumento da incidência de acidentes de trabalho e de trânsito, violência, suicídios e internações hospitalares, o uso excessivo de bebidas alcoólicas pode também acarretar doenças cardiovasculares e cânceres, além de trazer transtornos à vida familiar e profissional. O indicador de consumo excessivo de bebidas alcoólicas é construído a partir de respostas afirmativas à pergunta "nos últimos 30 dias, você consumiu, em um único dia, mais de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens) de bebidas alcoólicas?"[22] Os percentuais encontrados são preocupantes: 30,7% dos jovens do sexo masculino e 11,7% das jovens mulheres responderam afirmativamente à pergunta. Na média de ambos os sexos, o percentual é de 20,8%. Observe-se que esse percentual é mais elevado que aquele observado para o conjunto da população adulta, de 16,1%.

A inatividade é também um fator de risco, pois aumenta a probabilidade de desenvolvimento de doenças, particularmente as cardiovasculares. A atividade física, por outro lado, pode ser considerada um elemento protetor contra diversas doenças, tais como: hipertensão arterial, diabetes tipo II, osteoporose, depressão, doenças isquêmicas do coração, entre outras. Na pesquisa do sistema Vigitel, foi considerada atividade física suficiente no lazer a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada ou leve em cinco ou mais dias da semana ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. Nesse item, a população entre 18 e 29 anos leva vantagem sobre a população geral (de 18 anos e mais): 17,3% são ativos no lazer, contra 14,9% dos indivíduos com 18 anos e mais. As maiores taxas de atividade no lazer são encontradas entre os homens que têm entre 18 e 24 anos (27,4%) e, na faixa de 18 a 29 anos, entre os de maior escolaridade (25,8%).

A realização de pesquisas e de inquéritos mais ou menos sistemáticos é de grande importância na geração de subsídios para a formulação de políticas e práticas de promoção da saúde. No Brasil, além do sistema Vigitel, foram realizados outros inquéritos sobre fatores e comportamentos de risco. A Senad, em parceria com Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), financiou a realização de cinco inquéritos sobre o uso de

22. A pesquisa considera como dose de bebida alcoólica o correspondente a uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio residentes em capitais do país.[23] Além disso, essa mesma parceria permitiu a realização de duas pesquisas domiciliares sobre uso de drogas psicotrópicas em mais de 100 cidades brasileiras (todas as cidades com mais de 200 mil habitantes). O Instituto Nacional do Câncer (Inca), em parceria com o Center for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos e a Opas-OMS, implementou, em 2002-2003, o Sistema de Vigilância de Tabagismo em Escolares (Vigiescola) em 12 capitais brasileiras, pesquisando estudantes do 8º e do 9º anos do ensino fundamental e do 1º ano do ensino médio de escolas públicas.

No último inquérito realizado pelo Cebrid nas escolas, destacam-se alguns dados, como, por exemplo, aquele que mostra que, na faixa etária de 10 a 12 anos, 41,2% dos estudantes brasileiros da rede pública de ensino já tinham feito uso de álcool. Para o conjunto dos entrevistados, o uso freqüente de álcool (6 vezes ou mais no mês que antecedeu a pesquisa) foi de 11,7% e o uso pesado (20 vezes ou mais no mês que antecedeu a pesquisa) foi de 6,7%, dados que são muito preocupantes.

As informações sobre o uso de álcool que foram obtidas em pesquisas anteriores fizeram com que a Senad realizasse, em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), uma pesquisa específica, o *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*, cujos resultados foram divulgados em 2007. Uma das principais conclusões sugeridas pelos dados coletados pela pesquisa foi que os adolescentes brasileiros (14 a 17 anos) estão iniciando o consumo de álcool cada vez mais cedo. Para os adolescentes que bebem, metade das doses consumidas é de cerveja ou chope, seguido pelo vinho (30% das doses). Além disso, não houve diferenças significativas entre adolescentes dos sexos masculino e feminino.

BOX 2

Experiências internacionais de monitoramento

Várias pesquisas estão sendo realizadas ao longo dos últimos 20 anos com o objetivo de levantar informações sobre os fatores comportamentais de risco para a saúde que contribuem para morbidade, mortalidade e problemas sociais entre jovens e adultos.

O principal objetivo dessas pesquisas é subsidiar a formulação de políticas e práticas de promoção da saúde, além de permitir a comparação internacional de fatores de risco. Permitem, também, analisar as tendências dos comportamentos de riscos para a saúde dos estudantes e avaliar em que medida os esforços de prevenção, no ambiente da escola, contribuem para reduzir determinados comportamentos entre os jovens.

As pesquisas geralmente são realizadas nas escolas por meio de um questionário auto-aplicável, entre os jovens de 11 a 15 anos. São exemplos dessas iniciativas pesquisas como a Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a Global School-based Student Health Survey (GSHS) e a Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS).

A HBSC é uma pesquisa entre países (*cross-national*) conduzida em parceria com o Escritório Regional para Europa da OMS e conta com 41 países-membros da Europa. Esse projeto teve início em 1982, conduzido por pesquisadores de três países, e logo em seguida foi adotado pela OMS. Já a GSHS é conduzido pelo Ministério da Saúde ou da Educação de cada país, em colaboração com o CDC. Essa pesquisa já conta com informações disponíveis de 28 países, e outros 15 estão aplicando os questionários em suas escolas. Por fim, a YRBSS é uma pesquisa realizada apenas nos Estados Unidos, em níveis nacional, estadual e local, e também conta com o apoio do CDC.

23. Os quatro primeiros inquéritos (1987, 1989, 1993 e 1997) foram realizados em algumas capitais, ao passo que, no quinto (2004), a pesquisa foi realizada em todas as capitais.

4.3 As políticas federais de atenção à saúde dos jovens: principais iniciativas

A preocupação com a definição de políticas ou programas específicos para o adolescente e o adulto jovem não é recente na área da saúde. Ainda em 1989, o MS lançou o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad). Em 1993, com o objetivo de orientar as equipes de saúde na atenção aos jovens, foi lançada, como parte do Prosad, a primeira norma de atenção à saúde integral do adolescente, cujo foco principal era estabelecer diretrizes e recomendações para a qualificação da atenção a essa população, incluindo uma proposta detalhada de recursos físicos e humanos. Essa primeira norma trazia, também, uma descrição detalhada de doenças mais comuns nessa fase, além de instrumentos para acompanhamento do desenvolvimento e crescimento dos adolescentes.

Mesmo levantando vários pontos importantes, a proposta para ação nessa área não teve o desenvolvimento esperado. Deve ser lembrado, contudo, que o começo dos anos 1990 é, também, o período de início da implementação do SUS, sendo ainda incipientes várias discussões sobre as atribuições e responsabilidades dos gestores federal, estadual e municipal, sobre critérios e mecanismos para o financiamento descentralizado da política de saúde e sobre modelo de atenção, entre outras questões. Assim, mesmo que a política sempre tenha discutido a importância de se considerar, na provisão de assistência à saúde, as diferenças de ciclo de vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos), os diferenciais de gênero e outros recortes, foi a organização dos serviços por níveis de atenção (atenção básica, de média e alta complexidade) que ganhou maior relevância e destaque na discussão sobre o modelo assistencial.

Em 1999, o MS lançou uma agenda nacional de atenção à saúde dos adolescentes e jovens – faixa etária de 10 a 24 anos –, apresentando dados epidemiológicos e orientações para atenção integral a esse grupo populacional. Contudo, as questões de gestão do SUS, os problemas relativos ao financiamento e as discussões sobre níveis de atenção continuaram tendo mais destaque na estruturação da política nacional de saúde.

A criação da Secretaria da Juventude e do Conselho Nacional de Juventude, ao final de 2005, reforçou a retomada do debate dentro do MS, que iniciou em 2006 um processo de discussão com gestores locais, profissionais de saúde, ONGs e representações de jovens para elaboração de uma proposta de política nacional de atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens. Em fevereiro de 2007, o documento da política foi aprovado pelo CNS, mas a sua operacionalização ainda deverá ser pactuada na CIT.

Logo no seu início, o documento do MS assume que existem diversidades e diferenças entre os jovens que precisam ser consideradas na elaboração da política:

> A presente Política adota os termos adolescência e juventude em seu plural – adolescências e juventudes – no intuito de reconhecer a grande diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual que compõem o universo desses segmentos populacionais.[24]

O documento discute a questão da vulnerabilidade dos jovens para, em seguida, apresentar o marco legal sobre o qual a política está assentada, composto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais; pelas Leis Orgânicas da Saúde, que

24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Politica Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem*. Brasília, 2006. Mimeo.

regulam a atenção à saúde; e pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), com destaque para a garantia de amparo às crianças e adolescentes carentes. O objetivo da política é "promover a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, de 10 a 24 anos, no âmbito da Política Nacional de Saúde, visando à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade". Os eixos prioritários de atuação serão: crescimento e desenvolvimento saudáveis; saúde sexual e saúde reprodutiva; e redução da morbimortalidade por violências e acidentes. O documento da política reconhece aquilo que tem sido apontado em diversos estudos: os serviços de saúde encontram dificuldades para atender a esse público.

Importa destacar, no âmbito da Política Nacional de Saúde, visto que define o modelo de atenção adotado, que não estão sendo propostos centros de referência específicos para a atenção à saúde de adolescentes e de jovens. Assim como em outras ações voltadas para grupos específicos, como saúde da mulher e saúde da criança, a proposta é qualificar a atenção à saúde realizada no SUS, por meio do recorte da faixa etária para que se atenda às necessidades e especificidades desse grupo populacional. Com isso, nos diversos níveis de complexidade do SUS (atenção básica, média e alta complexidade), seriam realizados trabalhos de qualificação dos profissionais de saúde e dos sistemas para uma adequada atenção à saúde.

Como preconizado para o modelo assistencial, a atenção básica à saúde é eleita como estratégia prioritária também para adolescentes e jovens. A concepção da política parte do princípio de que a estruturação da atenção à saúde dos adolescentes via fortalecimento da atenção básica é um caminho que permite maximizar o alcance das ações. Além disso, entende-se que, nesse nível de atenção, pode-se realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desse grupo populacional, garantindo a atenção à saúde sexual e reprodutiva.

Para garantir que, em cada nível de atenção, seja realizado um acompanhamento adequado dos jovens, a proposta é utilizar mecanismos de incentivos já existentes. Por exemplo, no financiamento da atenção básica, o Piso da Atenção Básica (PAB) prevê a realização de ações específicas voltadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desse grupo populacional, bem como para a educação preventiva em saúde sexual e reprodutiva.

Em suma, contando com os recursos já existentes, as estratégias passariam a ser, aparentemente, a qualificação dos profissionais, a articulação com outros setores (como a educação) e o fomento à participação juvenil, buscando promover a atenção integral à saúde desse grupo populacional. Contudo, como já foi dito, a política ainda não foi pactuada na CIT. Um dos motivos alegados para sua não aprovação, até o momento, é a ausência de incentivos financeiros para sua implementação. O argumento do MS, por sua vez, é que os incentivos já estão sendo transferidos em diversas ações custeadas pelos blocos financeiros existentes.

A falta de aprovação de uma política nacional não tem impedido, no entanto, que diversas iniciativas direcionadas à promoção da saúde dos adolescentes e dos jovens sejam implementadas. Destacam-se, por exemplo: o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção ao uso de drogas; a regulação das "Práticas alimentares saudáveis no ambiente escolar"; a implementação do Cartão do Adolescente; e a "Expansão de redes de atenção às jovens em situação de violência".

Há uma leitura de diversos atores, entre eles do MS e do Ministério da Educação (MEC), que concebe a escola como espaço privilegiado para articulação de políticas

voltadas para jovens, entre elas, as políticas de atenção à saúde. Desde 1995, os dois órgãos têm se articulado em iniciativas voltadas para ações na área de saúde sexual e reprodutiva de jovens. Essa parceria foi revigorada em 2003, quando foi criado o projeto SPE, ainda como uma iniciativa piloto, implementada em Curitiba e em algumas outras cidades. Em 2005, esse projeto foi reformulado e ampliado.

O projeto reúne ações que envolvem a participação de adolescentes e jovens de 13 a 24 anos, professores, diretores de escolas, pais de alunos e gestores estaduais e municipais nas áreas de saúde e educação. É uma iniciativa que conta com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e do Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA). O foco central é a promoção da saúde sexual e reprodutiva de jovens, "visando a reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis (DST), à infecção pelo HIV, à Aids e à gravidez não-planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde".[25]

O gestor federal é responsável por coordenar o projeto em âmbito nacional, além de apoiar os gestores locais. Como insumos principais para realização do projeto, são produzidos materiais didático-pedagógicos e disponibilizados preservativos. Esses insumos são disponibilizados em escolas cujas comunidades estejam mobilizadas e articuladas em parcerias para a execução das ações de prevenção.

Na elaboração do projeto, foram analisados dados do Censo Escolar, como aqueles de 2005, que mostram que "das 207.214 escolas da educação básica recenseadas no Censo Escolar, 161.679 responderam ao questionário. A análise dos dados demonstra que 60,4% das escolas realizam ações de prevenção em DST/Aids. Dessas, 9,1% distribuem preservativos".[26] A coordenação do projeto entende que o envolvimento da comunidade é importante para reduzir a resistência quanto à distribuição de preservativos em ambiente escolar. O desafio seria ampliar a cobertura para toda a rede de ensino fundamental e médio.

Ainda dentro dessa articulação entre MEC e MS, foi publicada, em 08/05/2006, a Portaria nº 1.010, que ficou conhecida como "Práticas alimentares saudáveis no ambiente escolar", contendo as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil e de ensinos fundamental e médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. De acordo com essa portaria, a prioridade seria realizar ações de educação alimentar e nutricional, estimulando a produção de hortas escolares, boas práticas alimentares, correta manipulação dos alimentos, restrição à produção e comercialização de produtos com insumos que sejam prejudiciais à saúde e monitoramento da situação nutricional dos escolares.

Assim, no ambiente escolar, a atuação partiria de uma perspectiva formadora, no sentido de impulsionar entre os adolescentes a adoção de hábitos e práticas que poderão contribuir para a construção de trajetórias de vida saudáveis, seja no que diz respeito às DSTs, seja no que concerne a um dos grandes fatores de risco para doenças crônicas: as

25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 7 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

26. Idem, p. 10.

práticas alimentares. Como suas formulações e seu lançamento são muito recentes, não se sabe ainda quão efetivas elas serão.

Outra iniciativa ainda recente e em fase piloto é a implementação do Cartão do Adolescente. Esse cartão contém informações sobre a saúde do jovem, com registro sobre: consultas feitas na rede que conta com financiamento público, fatores de risco (como pressão alta, excesso de peso e obesidade, entre outros), informações sobre crescimento e desenvolvimento biológico, relação entre peso e altura, gravidez na adolescência, entre outras. O cartão é acompanhado de uma cartilha com dicas de alimentação e noções de educação sexual. A proposta do MS é que ele seja distribuído em todo o país em 2008.

A redução da morbimortalidade por causas externas entre jovens segue a mesma lógica apontada na discussão da política nacional: atuar por meio dos níveis de atenção e em conjunto com outros setores governamentais e sociais. A partir da compreensão de que a prevenção da violência depende da atuação de vários setores, foi proposta a estruturação de redes com a participação de gestores, profissionais de saúde, instituições públicas, instituições de pesquisa, conselhos de saúde e instituições não-governamentais. O objetivo seria que esses atores, cada um em sua área de conhecimento, pudessem compartilhar os resultados de seus trabalhos, pesquisar, monitorar, avaliar e promover ações que levem à redução da violência e ampliem a atenção às vítimas.[27] Nesse sentido é que, em 2004, foi implantada a Rede Nacional de Prevenção de Violências. Nesse processo foram priorizados municípios com mais de 100 mil habitantes e com piores índices de mortalidade por homicídios, acidentes de transporte e suicídios.

O MS, dentro da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, propõe-se a realizar ações de vigilância, assistência, promoção e prevenção. No caso das ações de vigilância, nos sistemas de monitoramento dos fatores de risco, busca-se incluir um módulo de monitoramento de acidentes e violência. Além disso, está em curso a implementação de um Sistema de Informação Sentinela de Violências em municípios selecionados, a ser implementado em locais de atendimento às vitimas de violência e de acidentes, buscando monitorar o comportamento desses agravos para diversos grupos populacionais, entre eles os adolescentes.[28]

Em relação à assistência à saúde, o ministério tem buscando organizar o atendimento às urgências e emergências, adotando como ação central a estruturação do atendimento pré-hospitalar, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu/192). Este se caracteriza por ser uma central de regulação que busca fazer a triagem e realizar, com apoio de ambulâncias equipadas e profissionais capacitados, o primeiro atendimento às vítimas de violência e acidentes. O objetivo é reduzir a mortalidade e os agravos ao realizar um atendimento ágil e qualificado no local e, quando for o caso, encaminhar para urgências e prontos-socorros de hospitais. O planejamento da atenção às urgências prevê, também, a reorganização das grandes urgências e prontos-socorros em hospitais.

Considerando-se que, no modelo de política de saúde brasileira, a atenção básica é a porta de entrada preferencial para o restante do sistema, isso implica que os profissionais

27. MALTA, D. C. *et al*. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 16, n. 1, p. 45-55, mar. 2007.

28. Idem.

de saúde desse nível de atenção teriam de estar preparados para atuar sobre os mais diversos problemas de saúde e com qualificação para atender os mais distintos grupos populacionais. Um exemplo desse tipo de dificuldade pode ser vislumbrado em uma avaliação que foi feita em Londrina, no Paraná, em 2003.[29] As autoras, analisando os discursos dos médicos e enfermeiros, afirmam: "o adolescente recebe atendimento no serviço, mas não de forma sistematizada e sim de acordo com a demanda da unidade, pois existem outras prioridades, adiando assim a organização de trabalho com esse grupo etário".[30]

Assim, a política de saúde ainda precisa lidar de forma mais atenta com a expansão e qualificação da atenção básica, de modo que esta seja um espaço efetivo de atenção à saúde do adolescente. Outro desafio importante é o de articular a atenção nas unidades de saúde com a atenção nas escolas, como previsto no PAC, e em outros espaços institucionais.

5 Considerações finais

O ano de 2007 foi marcado pela mudança ministerial e por importantes posicionamentos do novo ministro envolvendo temas polêmicos, mas de grande relevância para a saúde pública, como o aborto e o combate ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool e outras drogas. Paralelamente ao debate desses temas, no campo das políticas, questões centrais foram objeto de discussão, particularmente as relacionadas à gestão. Entre elas, destacaram-se a proposta de criação das fundações estatais de direito privado, a questão das relações de trabalho dos agentes comunitários de saúde e a regulamentação da EC nº 29.

O grande destaque desta edição, todavia, é o tema da saúde dos jovens. Esta apresenta importantes desafios para a organização das políticas públicas. A sobremortalidade de adolescentes e adultos jovens, especialmente por causas violentas, continua sendo o principal desafio para a proteção desse grupo etário, não só para a área de saúde, mas para as políticas públicas de uma forma geral.

No tocante aos serviços de saúde, mais importante do que a existência de instalações específicas é capacitar os profissionais no atendimento às demandas, necessidades do(a) adolescente e aprimorar a articulação das ações, tanto no âmbito intersetorial (no combate aos homicídios e aos acidentes, por exemplo), quanto no âmbito da saúde propriamente dita. Exemplificando: a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis deveria ser articulada à saúde reprodutiva e assim por diante. Entender as particularidades desse grupo populacional e capacitar as equipes de saúde no atendimento de suas demandas e necessidades, aproveitando as oportunidades e os espaços adequados para a promoção da saúde, pode ser mais importante do que ter serviços específicos.

Há avanços importantes em algumas áreas, como o monitoramento dos fatores de risco à saúde dos jovens. Contudo, o monitoramento deve ser transformado em uma

29. FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006. Disponível em: <www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100024&lng=pt&nrm=iso>.

30. O trabalho cita também o depoimento de um médico que alega não desenvolver ações de saúde sistematizadas para adolescentes porque há uma alta demanda relacionada a outros problemas nas unidades básicas de saúde, como atenção ao diabetes, à hipertensão etc. Um profissional da área de enfermagem releva ainda dificuldade para trabalhar com os adolescentes e fazê-los participar das atividades propostas (ver referência nota 28).

vigilância continuada e as informações obtidas precisam ser efetivamente utilizadas para elaborar as políticas públicas para esse grupo populacional.

Ademais, é importante considerar que muitos dos fatores de risco a que estão expostas as populações mais jovens não são exclusivos desse grupo populacional. Alguns, como o tabagismo e o alcoolismo, têm sido objetos de medidas concretas de desestímulo ao uso, já se observando, no caso do tabagismo, resultados positivos. No caso do uso de álcool, além de certas restrições à propaganda de bebidas alcoólicas, o governo busca, como foi visto anteriormente, a proibição da venda em estradas e em lojas de conveniência de postos de gasolina. Será que, nesse último caso, terá o mesmo sucesso das campanhas contra o tabagismo?

Uma importante questão que se coloca, quanto à estratégia de organizar a atenção à saúde do jovem em cada um de seus níveis (básica, média e alta complexidade), é até que ponto os profissionais da atenção básica conseguirão lidar com todas as demandas que lhes estão sendo repassadas, qualificando-se para atender, na integralidade, os diversos grupos populacionais: jovens, mulheres, negros, crianças, trabalhadores, indígenas etc.

Embora a proposta original do SUS incorpore a preocupação com as particularidades da atenção à saúde dos diversos grupos populacionais, ampliar a atenção e qualificar de forma continuada os profissionais da área para essas necessidades ainda é um desafio de grandes proporções para a política pública de saúde.