

MINISTÉRIO DA SAÚDE



# SAÚDE **BRASIL** 2008

20 ANOS DE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

BRASÍLIA/DF • 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## **Saúde Brasil 2008**

20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

BRASÍLIA/DF • 2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde



# SAÚDE **BRASIL** 2008

20 ANOS DE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

BRASÍLIA/DF • 2009

©2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série G. Estatística e Informação em Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 2.500 exemplares

**Elaboração, edição e distribuição**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação de Saúde

Produção: Núcleo de Comunicação

SAF Sul, Trecho-02 – Lotes 05/06 – Bloco F – Torre 1 – Edifício Premium – Térreo

CEP: 70.070-600 – Brasília/DF

E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

**Produção editorial**

Coordenação: Fabiano Camilo

Diagramação e design da capa: Márcio Duarte – M10 Design

Revisão: Julliany Mucury

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

Saúde Brasil 2008 : 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

416 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1600-0

1. Saúde pública. 2. SUS (BR). 3. Indicadores de saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614(81)

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0824

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Health Brazil 2008: 20 years of Unified Health System (SUS) in Brazil

Em espanhol: Salud Brasil 2008: 20 años del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil

## Considerações finais

O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese

Maurício Lima Barreto, Maria Glória Teixeira,  
Otaliba Libânio de Moraes Neto, Elisabeth Carmen Duarte

the 1990s, the number of people who are employed in the service sector has increased in all countries. The increase is most pronounced in the United States, where the service sector has become the dominant sector of the economy. In the Netherlands, the service sector has also become the dominant sector, but the increase is less pronounced than in the United States.

The increase in the service sector has led to a decrease in the number of people who are employed in the manufacturing sector. This is true for all countries. The decrease is most pronounced in the United States, where the manufacturing sector has become the second largest sector of the economy. In the Netherlands, the manufacturing sector has also become the second largest sector, but the decrease is less pronounced than in the United States.

The increase in the service sector and the decrease in the manufacturing sector have led to a change in the composition of the labor force. The labor force is now more service-oriented than in the past. This is true for all countries. The change is most pronounced in the United States, where the service-oriented labor force has become the dominant labor force. In the Netherlands, the service-oriented labor force has also become the dominant labor force, but the change is less pronounced than in the United States.

The change in the composition of the labor force has led to a change in the demand for skills. The demand for skills is now more service-oriented than in the past. This is true for all countries. The change is most pronounced in the United States, where the demand for service-oriented skills has become the dominant demand. In the Netherlands, the demand for service-oriented skills has also become the dominant demand, but the change is less pronounced than in the United States.

The change in the demand for skills has led to a change in the supply of skills. The supply of skills is now more service-oriented than in the past. This is true for all countries. The change is most pronounced in the United States, where the supply of service-oriented skills has become the dominant supply. In the Netherlands, the supply of service-oriented skills has also become the dominant supply, but the change is less pronounced than in the United States.

The change in the supply of skills has led to a change in the wage structure. The wage structure is now more service-oriented than in the past. This is true for all countries. The change is most pronounced in the United States, where the wage structure has become the dominant wage structure. In the Netherlands, the wage structure has also become the dominant wage structure, but the change is less pronounced than in the United States.

The change in the wage structure has led to a change in the income distribution. The income distribution is now more service-oriented than in the past. This is true for all countries. The change is most pronounced in the United States, where the income distribution has become the dominant income distribution. In the Netherlands, the income distribution has also become the dominant income distribution, but the change is less pronounced than in the United States.

The change in the income distribution has led to a change in the social structure. The social structure is now more service-oriented than in the past. This is true for all countries. The change is most pronounced in the United States, where the social structure has become the dominant social structure. In the Netherlands, the social structure has also become the dominant social structure, but the change is less pronounced than in the United States.

No decorrer do século XX a população brasileira experimentou intensas transformações na sua estrutura e composição, bem como nos seus padrões de nascimento, adoecimento e de morte. A partir da segunda metade daquele século, a constante queda da taxa de fecundidade, mais acentuada que a verificada no coeficiente geral de mortalidade (CGM), provocou diminuição acentuada nas taxas de crescimento populacional no Brasil (Ministério da Saúde, 2004). Essas mudanças foram ainda mais aceleradas nas últimas décadas: a taxa de fecundidade sofreu redução de 2,8 para 2,3 filhos por mulher entre 1990 e 2005 (redução de -17,9%) e o CGM (ajustado por idade) de 7,7 para 6,8 (-11,7%) por 1000 hab. no mesmo período. Em consequência, a taxa de crescimento anual da população caiu de 1,7% para 1,2%, entre 1990 e 2008.

O acúmulo destes efeitos se expressa concretamente no aumento da expectativa de vida que, ao nascimento, passa de 45,9 anos em 1950 para 66,3 anos em 1990 e 72,6 anos em 2008, e na taxa de mortalidade infantil que no início da década de 1960 estava na faixa de 117,0 por 1000 nascidos vivos, decresce para 50,2 por 1000 nascidos vivos no início da década de 1980 e alcança 21,2 por 1000 nascidos vivos no ano de 2005. Em última instância, estas tendências destacam a diminuição da chance de morrer e o aumento da chance de sobreviver de cada cidadão ou cidadã brasileira e refletirá no acelerado processo de envelhecimento populacional, com aumentos contínuos e significativos das populações de idosos. A proporção da população de 65 ou mais anos de idade na população brasileira atingiu 4,9% em 1995 e 6,5% em 2008.

A despeito destas importantes e alvissareiras mudanças demográficas e epidemiológicas, existem ainda percalços, desafios e problemas no campo da saúde que resistem e persistem no tempo ou eventualmente emergem ou recrudescem, em clara demonstração de que a sociedade brasileira tem muito a avançar para estabelecer padrões de saúde que já foram alcançados por muitas sociedades desenvolvidas.

Deve-se destacar que as mudanças na saúde ocorrem imbricadas a um conjunto de mudanças em diversos outros planos da sociedade, quer sejam econômicos, sociais, ambientais, culturais ou comportamentais. Estes fatores, constituem-se nos grandes determinantes que, em última instância, definirão as chances de nascer, viver, adoecer e morrer da nossa população.

Quando comparado com o final dos anos 80, o padrão socioeconômico emergente da população brasileira indica que ela é mais urbana, mais escolarizada, com maiores níveis de emprego, com maior renda e com menor desigualdade social. No entanto, apesar dos avanços, as taxas de analfabetismo funcional, pobreza e desigualdades no Brasil de hoje são ainda muito elevadas, se comparadas com países com semelhante nível de desenvolvimento. Em um país em trajetória de desenvolvimento como o Brasil, estas mudanças – ainda que positivas em geral – por vezes amplificam os diversos tipos de desigualdades em saúde e iniquidades prevalentes. Assim, apesar dos avanços, a sociedade brasileira continua a experimentar barreiras geográficas, sociais e culturais importantes que refletem em grandes tensões entre as classes sociais, os gêneros, as gerações e os grupos raciais e étnicos.



Uma das estratégias utilizadas para reduzir os efeitos negativos destes macrodeterminantes e para estimular efeitos positivos sobre a saúde da população ou indivíduos que os estados modernos lançam mão, é um conjunto, cada vez mais complexo, de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, que se constituem nos sistemas de saúde.

O evoluir deste sistema no Brasil foi acompanhado, no decorrer do século XX, de transformações importantes, merecendo especial destaque as mudanças que ocorreram nas duas últimas décadas. Em 1988, a partir da luta política travada em todo país em busca da criação de um renovado sistema de saúde, a nova constituição federal promulgada naquele ano definiu em seu artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Este será o marco de um processo intenso de transformações que se seguem até o presente e que se projetam para o futuro e que tem por fulcro a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. Nos últimos 20 anos, a tarefa de construir um sistema de saúde que reflita a vontade expressa na Constituição e inspirada nos princípios de equidade, universalidade, integralidade, tem sido uma tarefa complexa que mobiliza recursos e vontades dos mais diferentes setores da nossa sociedade.

Esta coletânea – Saúde Brasil 2008, 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil –, traz um apanhado dos acontecimentos destas duas décadas, sem ter o objetivo de ser uma avaliação do SUS. Esta tarefa ainda esta por ser perpretada e certamente exigirá a condução de pesquisas avaliativas especialmente desenhadas para a consecução deste objetivo. Contudo, as análises dos dados e documentos disponíveis revelam que o SUS, no período considerado, tem sido um componente importante dos esforços da sociedade brasileira direcionado para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva. De um lado, tem reestruturado o sistema de saúde para além da mera reorganização da assistência à saúde, passando a ser um instrumento mais amplo da sociedade voltado para atuar sobre os problemas e determinantes da saúde, mediante o fortalecimento das áreas de promoção e vigilância da saúde, prevenção e controle de doenças e regulação. Além disso, essa reestruturação visa estabelecer estreita relação entre o campo da investigação científica e o campo da atenção à saúde, no propósito de atuar sempre sob firmes bases técnicas e evidências científicas. Na contramão das proposições neoliberais que marcaram o final do século XX em escala mundial, que no campo da saúde se refletiu nas recomendações das responsabilidades mínimas dos Estados neste setor, o SUS manteve seus princípios e, passo-a-passo, foi ampliando a participação do Estado brasileiro nesta área.

Apesar dos avanços, imensos desafios se colocam. O setor saúde, tanto no tocante as suas ações como no que se refere ao padrão ideal a ser alcançado, não possui *a priori* metas bem estabelecidas. Estas são construídas de um lado pela pressão dos intensos avanços científicos e tecnológicos que a cada momento adicionam novas (nem sempre custo-efetivas) possibilidades de intervenção. Do outro, os países mais desenvolvidos conquistam elevados níveis de saúde e atingem patamares que passam a ser, legitimamente, desejados por todos. Portanto, a idéia de uma sociedade cada vez mais saudável, na qual

cada cidadão ou cidadã tenha chance de sobrevivência cada vez maior e de adoecimento cada vez menor e a de que cada um tenha assistência digna e efetiva no momento do adoecimento e na medida de sua necessidade é um ideal que deverá ser construído diuturnamente, com ampla participação de toda a sociedade.

As condições de saúde da população e o sistema de saúde que a atende em sua complexidade, refletem muitas das características da sociedade em que se situa. A nação brasileira com seu imenso território e importantes desigualdades sociais e regionais propôs, em sua constituição, o desafio de construir um sistema de saúde equânime. Para atingir este objetivo conta com uma série de elementos positivos, que alavancam o processo de construção, mas, também, elementos negativos que provocam retrocessos ou dificuldades para os avanços necessários.

Organizado em duas partes e em diversos capítulos este número do Saúde Brasil tenta captar diferentes aspectos relacionados tanto ao sistema, como às condições de saúde da população, enfocando as mudanças que aconteceram nestas duas décadas. Os capítulos tiveram o objetivo de transmitir de forma objetiva para a sociedade brasileira análises da trajetória do SUS e das condições de saúde da população, escritas por profissionais de saúde e pesquisadores.

Na primeira parte apresenta análise sobre um conjunto selecionado de políticas, programas e ações de saúde e, na segunda parte, sobre diferentes grupos de problemas de saúde. Em cada capítulo busca-se analisar os processos, políticas e acontecimentos específicos de cada área analisada que ocorreram nas últimas duas décadas. Desta forma, espera-se que, em seu conjunto, seja uma contribuição ao esforço de documentar e interpretar os acontecimentos de saúde na sociedade brasileira desde a constituição de 1988.

Para enfrentar alguns dos desafios propostos para o SUS, este se desdobra em um conjunto complexo de políticas e estratégias. No que se refere à reorganização da atenção básica no país a estratégia adotada é o Programa de Saúde da Família (PSF), que após 15 anos de existência seu processo de desenvolvimento pode ser periodizado em três fases: constituição (1994-1998), expansão (1999-2003) e consolidação (2004-2008). A cobertura atual já atinge aproximadamente 50% da população brasileira, correspondendo a mais de 93 milhões de pessoas, em 2008. A oferta de serviços e ações programáticas também tem sido crescente no PSF. Estudos avaliativos demonstram, entre outros efeitos positivos, seu impacto na redução da mortalidade infantil e seu papel na promoção da equidade. A Saúde da Família é uma estratégia bem sucedida de melhoria da efetividade da atenção básica no Brasil. Apesar da clara demonstração do seu grande potencial, o PSF apresenta ainda um conjunto importante de deficiências estruturais e de processos, que trazem limites ao seu desempenho e impacto sobre a situação de saúde da população. A superação dessas deficiências será essencial para viabilizar um salto de qualidade do SUS.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é uma das mais exitosas atuações no campo da saúde pública brasileira. Os resultados diretos desse Programa, expressos em percentuais de cobertura das populações alvo, vêm repercutindo no quadro epidemiológico do país, no que se refere ao controle, eliminação ou erradicação de um número de doenças imunopreveníveis. Uma série de doenças, tais como poliomielite, sarampo, difteria, tétano

neonatal, que atormentavam a vida da população infantil, hoje são parte da nossa história. O PNI, ao mesmo tempo em que busca a auto-suficiência com relação a um conjunto de vacinas que compõem o esquema básico de vacinação, tem estimulado o desenvolvimento científico e tecnológico. Muitas frentes de trabalho são desenvolvidas pela área de imunização na busca contínua de obtenção de maior abrangência e impacto epidemiológico sobre a ocorrência deste grupo de doenças, razão pela qual vem sendo ampliado o leque de imunobiológicos e a expansão das faixas etárias cobertas pelo programa, aperfeiçoada a logística de disponibilização dos imunobiológicos na rede de serviços e a rede de frio, qualificada a força de trabalho e promovido estudos e pesquisas e incentivo a produção nacional. O programa de vacinação do Brasil tem sido reconhecido como referência de qualidade por organismos internacionais como Unicef, OMS e Unesco.

O programa de atenção integral à saúde da Criança (Paisc) possibilitou a organização de linhas de cuidado para a atenção e cuidado da saúde das crianças na direção da integralidade das ações e serviços de saúde. Este enfoque ampliado da atenção dos programas, associado aos princípios da responsabilização, da vinculação de usuários a equipes multiprofissionais que são as bases da estratégia saúde da família – modelo priorizado para a organização da atenção básica no SUS – e a mudança do modelo de financiamento através da implantação do piso da Atenção Básica que garante recursos percapta e regulares foram responsáveis por uma grande expansão do acesso a atenção no Brasil e aos avanços na direção da universalização da atenção primária.

No entanto, a observação da evolução da oferta de leitos, equipamentos e recursos humanos relacionados à atenção à criança ainda sinalizaram as necessidades de mudanças no padrão de assistência observado no país, com melhorias em muitos aspectos, especialmente nas regiões mais pobres, embora ainda persistam desigualdades entre regiões e estados.

As ações governamentais voltadas para as mulheres têm início como ações pontuais, sistematizadas em programa vertical e, aos poucos, se transforma em uma importante política de saúde nacional, acompanhando, par-e-passo a evolução do SUS. Assim, de uma concepção restrita ao ciclo gravídico-puerperal, a partir da articulação com os movimentos sociais, em especial das mulheres, e vários setores de governo, a política passa por aprimoramentos, expansão do leque de ações, acompanhamento e avaliação que fazem com que ela seja norteadas pela perspectiva de gênero, de raça, de etnia, de geração, de orientação e identidade sexual. Nos vinte anos do SUS a mulher passa a ter acesso a uma gama de serviços que expressam a busca pela integralidade da atenção à sua saúde. O Brasil alcançou coberturas quase universais de pré-natal e de parto hospitalar, assim como alta prevalência de uso dos métodos anticoncepcionais, concomitante a uma mudança profunda no padrão de contracepção com redução significativa no percentual de mulheres laqueadas e aumento dos demais métodos modernos disponíveis, marcadamente daqueles utilizados pelo homem. Observa-se uma expansão dos serviços de atenção à mulher em situação de violência abrangendo todas as regiões do país.

Com relação aos agravos emergentes surgidos na trajetória do SUS, destaca-se os vinte e três anos da Aids. As políticas e ações voltadas para o seu controle vêm apresentando

resultados positivos, dentre os quais a estabilização da epidemia. Os dados sobre o alcance da resposta brasileira no que se refere ao comportamento sexual da sua população são bastante elucidativos do sucesso das ações de prevenção. Análises recentes confirmam mudanças importantes nesse campo com aumento do uso do preservativo entre os jovens. No que se refere ao conhecimento e acesso à informação, avanços importantes e significativos nos grupos mais vulneráveis vêm sendo registrados. A comparação de dados de diferentes estudos no tempo mostra o acerto das estratégias adotadas, que combinou ações dirigidas à população em geral e ações específicas de prevenção para as populações de homens que fazem sexo com homens, travestis, profissionais do sexo, usuários de drogas, caminhoneiros e carcerária. Por outro lado, o atual cenário ou cenários da epidemia coloca novos desafios tais como a tendência de concentração dos casos com diferenciais de crescimento variável nos grupos vulneráveis e a distribuição desigual, em tamanho e velocidade, sugere a conformação de “endemias” em alguns lugares e “epidemias” em outros, com sobreposição/combinção de fatores que exigem esforço colegiado para entender a atual dinâmica da epidemia. Desse modo, faz-se necessário estabelecer e monitorar os parâmetros da resposta no campo da prevenção que combine estratégias efetivas para o atual cenário epidemiológico.

As políticas de saúde bucal desenvolvidas após a implantação do SUS, produziram redução da prevalência de cárie dentária em crianças e adolescentes, ampliação do acesso populacional à fluoretação das águas e ao consumo de produtos de higiene bucal, expansão dos serviços públicos odontológicos e implantação de um dinâmico complexo médico-industrial nesta área. Graves problemas persistem, a exemplo dos elevados indicadores de doenças bucais em adultos e idosos; distribuição desigual desses problemas de saúde como reflexo das disparidades socioeconômicas regionais, além de manutenção das dificuldades no acesso à assistência odontológica e aumento no número de casos e óbitos por câncer bucal.

Ao se tornar responsável pela área de Saúde do Trabalhador, anteriormente coordenada pelos Ministérios do Trabalho e Previdência Social, o SUS possibilitou expressivo progresso na sua consolidação. Grande ênfase vem sendo dada na prevenção e promoção da saúde, se contraponto ao modelo médico-assistencial vigente antes de 1988. Este processo contou com a participação crescente da sociedade, conforme demonstrado nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. Implantaram-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), a notificação compulsória e protocolos de procedimentos para agravos à saúde relacionados com o trabalho. A capacidade instalada, a formação de pessoal qualificado, e o escopo de ações sob a responsabilidade do SUS vêm sendo ampliados e todas as unidades da federação estão envolvidas. É necessária e urgente a superação da subnotificação de casos e a implementação do registro das atividades da Renast. Além disso, é fundamental definir uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador com a garantia dos recursos necessários à sua execução e avaliações sistemáticas do seu desenvolvimento.

A implantação da Política de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS, traduzida em ações estratégicas como a criação da Rede Nacional de Serviços de Atenção

Móvel de Urgências (Samu 192) vem contribuindo para a qualificação da atenção a população e para a universalização do acesso aos serviços de saúde. O Samu 192 conta com 145 serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, cobrindo uma população de 100.321.950 habitantes, em 1.183 municípios. Os desafios que persistem são a qualificação da atenção a urgência pré-hospitalar e hospitalar no âmbito das unidades ambulatoriais e de internação.

Todo esse leque de ações e serviços ofertados no âmbito do SUS que vêm sendo desenvolvidos nos mais de 5.000 municípios do país, entrelaçam-se e influenciam nas mudanças dos padrões de adoecimento e morte das populações. Alguns dos mais importantes problemas de saúde do ponto de vista epidemiológico foram selecionados como objeto de análise para compor esta publicação, cuja síntese será apresentada seguir.

Significativa redução na mortalidade infantil (MI) vem sendo observada em todas as regiões do Brasil, entre 1980 e 2005, sendo mais acentuada na região Nordeste e menor na região Norte; contudo, os diferenciais regionais se mantiveram no período. O componente pós-neonatal apresentou maior variação anual das taxas (8,1%) e o componente neonatal precoce a menor variação (2,9%). As taxas de MI por causas imunopreveníveis, desnutrição/anemias e doenças diarréicas agudas apresentaram a maior redução, seguidas pelas infecções respiratórias agudas e afecções perinatais; esses dois últimos grupos de causas tiveram maior declínio entre 1995-2005. A mortalidade neonatal segue como uma preocupação por sua menor velocidade de queda e menor redução das taxas de MI por causas relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e ao RN, que representam a primeira causa de óbito infantil.

Inquéritos nacionais probabilísticos realizados ao longo de 30 anos, evidenciam progressos inequívocos na melhoria do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos. O fato de que essas melhorias estejam sendo mais rapidamente observadas em crianças é bastante positivo e autoriza vislumbrar perspectivas otimistas para as avaliações futuras. Por exemplo, mantida a velocidade da evolução da altura observada entre 1996 e 2006/07, as meninas brasileiras igualariam os valores de referência em aproximadamente 10 anos e os meninos em aproximadamente 15 anos. Ainda com relação à desnutrição, a ausência de desvios negativos na distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) da população brasileira, independente de faixa etária, confirma indicações anteriores de que a deficiência crônica de energia não mais alcança relevância epidemiológica no País. Estudos anteriores indicam que o contínuo incremento observado na altura da população brasileira, que atualmente tem na infância seu maior ponto de inflexão, está associado principalmente a variações na renda das famílias e/ou na cobertura de serviços públicos essenciais.

Nesses 20 anos de existência, o SUS acumulou vitórias importantes contra muitas das Doenças Transmissíveis (DT), especialmente, como já referido, na área das imunopreveníveis com erradicação, eliminação ou substancial controle de algumas delas. Também vem se obtendo algum nível de redução de incidência de outras DT, a exemplo da tuberculose que nos cinco primeiros anos da década de 1990 apresentou discreta tendência de crescimento, variando de 51,8 a 58,4, por 100.000 hab. Desde então, essa taxa foi declinando, alcançando 38,2 casos por 100.000 hab. em 2007. Desafortunadamente,

o Brasil vem convivendo com algumas DT, dentre as quais se destaca o dengue por estar causando danos, pânico e sofrimento à sua população. O vetor desta virose (e da febre amarela urbana), o *Aedes aegypti*, que havia sido declarado erradicado do país em 1973, ressurgiu em 1976. No início dos anos 80, foram notificados os primeiros casos de dengue, em Roraima, porém sem se estabelecer, naquele momento, transmissão autóctone persistente. Em 1986, ocorre a primeira epidemia da doença, produzida pelo sorotipo DENV1, localizada, inicialmente, no estado do Rio de Janeiro e disseminando-se, a seguir, para outros seis estados. O SUS nasceu, portanto, quase imediatamente após a primeira epidemia desta doença que veio a se constituir em dos principais problemas de saúde pública do mundo nas décadas recentes, a despeito de consumir parcelas significativas dos recursos da saúde destinados às ações de prevenção de doenças. Este cenário deve-se ao fato de não se dispor de vacinas contra o dengue e das ações de combate vetorial não produzirem impacto na circulação do vírus, não só no Brasil, como também em outros países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento atingidos pelo dengue.

A situação das internações e mortalidade por causas externas no Brasil aponta para um cenário ainda dramático. Destaca-se o fato das quedas e das lesões causadas pelos acidentes de transporte terrestre serem as principais causas de internações por causas externas no Brasil, em anos recentes. Além disso, as altas taxas de mortalidade por causas externas estão associadas aos acidentes de transporte terrestre e aos homicídios. No entanto, um conjunto de indicadores aponta para certa melhoria no cenário desses eventos, como por exemplo: estabilização (com ligeira tendência de decréscimo) do risco de morte por acidentes de transporte terrestre e redução, em anos recentes, da taxa de mortalidade por homicídios, em especial daqueles vinculados às armas de fogo. Ao longo dos 20 anos do SUS grandes avanços puderam ser notados no que se refere à formulação e implantação de políticas saúde, voltadas para a vigilância e prevenção das violências e para o enfrentamento dos determinantes e das consequências das causas externas no Brasil. Exemplos importantes são a criação de sistemas de vigilância de violências e acidentes e a formulação das políticas de redução da morbimortalidade por violências e acidentes e a Política de Promoção da Saúde, responsáveis por ações de prevenção de violências e promoção da saúde nos municípios e estados brasileiros.

Em 2006, ocorreram no Brasil 302.682 óbitos por doenças do aparelho circulatório, o que correspondeu a 29,4% do total de óbitos no país. Entre todas as causas específicas, a doença cerebrovascular foi a primeira causa de óbito na população correspondendo a 9,4% da mortalidade geral. O risco de morte por doença do aparelho circulatório na população entre 20 a 74 anos passou de 187,9 por 100 mil habitantes em 1990 para 149,4 por 100 mil em 2006. Para o diabetes, esse risco evoluiu de 16,3 por 100 mil habitantes, em 1990, para 24,0 por 100 mil habitantes em 2006. Essas variações das taxas mostram uma tendência decrescente das doenças do aparelho circulatório, provavelmente relacionada à expansão da atenção a saúde e mudanças comportamentais relevantes, como a redução do tabagismo nas últimas décadas.

As frequências de fatores de risco e proteção (hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, índice de massa corporal, consumo alimentar, atividade física, entre outros) vem sendo monitorados no sentido de subsidiar políticas mais efetivas de prevenção nesta área. O SUS vem consolidando a prática de identificar os condicionantes sociais, econômicos e ambientais de ocorrência de doenças com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e de outras políticas públicas, setoriais e extrasetoriais, voltadas para a promoção da saúde.

Houve melhora de acesso às ações de rastreamento do câncer do colo do útero e da mama e o investimento do SUS no tratamento especializado tem sido crescente. Observa-se, que a mortalidade para os principais tipos de câncer é ascendente com exceção dos de estômago, em ambos os sexos, e esôfago, entre mulheres. As informações disponíveis oferecem uma linha de base para implementar políticas de controle deste grupo de doenças e permitem o monitoramento constante para o acompanhamento das ações.

Com relação às condições de saúde dos idosos observam-se tendências positivas: diminuição da taxa geral de mortalidade e da mortalidade por doenças cerebrovasculares e doença isquêmica do coração, discreta melhoria da auto-avaliação da saúde e da capacidade funcional, aumento do número de consultas médicas e dos postos ou centros de saúde como referência para atendimento e redução das internações sensíveis à atenção primária (ICSAP). Por outro lado, como referido, observou-se aumento da taxa de mortalidade por neoplasias neste grupo etário, baixa prevalência na realização da mamografia entre usuárias do SUS com 60-69 anos e alta prevalência de fatores de risco modificáveis entre hipertensos. Apesar desses problemas a melhoria dos indicadores das condições de saúde dos idosos, em parte, é devida à atuação do SUS, sem desconsiderar a importância dos fatores externos e a combinação deles.

Os organizadores desta edição do livro Saúde Brasil 2008 têm a convicção de que ao final da leitura dos capítulos, o leitor estará mais informado sobre os avanços apresentados na trajetória da construção do SUS e sobre as condições de saúde da população brasileira. Espera-se também que possam entender a complexidade e os desafios postos – em uma sociedade fundada em imensas desigualdades, para organizar um sistema de saúde que tenha por base a busca da equidade. Isto significa conquistar uma nova ordem social em que o risco de adoecer e morrer não só decresça de maneira mais coerente ao desenvolvimento econômico do Brasil, como sejam extintos os excessos de riscos associados aos grupos menos favorecidos economicamente, permitindo que a saúde se distribua de forma mais equânime, entre os vários grupos e estratos que compõem a sociedade.

O SUS é uma proposta generosa que precisa ser entendida e interpretada por cada cidadão ou cidadã, para que tenha o respaldo necessário para o seu contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento. Este sistema, uma conquista do povo brasileiro, pode ser considerado o maior Programa Social das Américas e apenas 20 anos do seu início e também da redemocratização do país, importantes resultados podem ser associados à sua implantação.