



Municípios
fortes, Brasil
sustentável.



Guia de Apoio para o Alcance das Metas

Agenda de Compromissos
dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio



**Municípios
fortes, Brasil
sustentável.**

Guia de Apoio para o Alcance das Metas

Agenda de Compromissos
dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Governo Federal e Municípios

2013-2016

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	6
O que são os ODM ?	6
Porque trabalhar com os ODM?	7
Adaptação dos ODM ao contexto nacional brasileiro	8
Os ODM e os municípios	9
Responsabilidade municipal	10
Dicas para municipalizar os ODM	10
A municipalização dos ODM e a Agenda de Compromissos	11
Adesão e acesso à Agenda de Compromissos	14



ODM 1 - ERRADICAR A EXTREMA POBREZA E A FOME	15
1. Programa Bolsa Família (PBF)	17
2. Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA)	20
3. Proteção Social Básica (PSB)	22



ODM 2 - EDUCAÇÃO BÁSICA DE QUALIDADE PARA TODOS.....	27
1. Universalizar o atendimento escolar da população de 4 a 5 anos e ampliar a oferta de educação infantil (até 3 anos)	29
2. Oferecer educação em tempo integral nas escolas públicas de educação básica – Programa Mais Educação	31
3. Atingir as médias nacionais para o IDEB	32



ODM 3 - PROMOVER A IGUALDADE ENTRE OS SEXOS E A AUTONOMIA DAS MULHERES	35
1. Programa de Autonomia Econômica das Mulheres e Igualdade do Mundo do Trabalho	36
2. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher	37



ODM 4 - REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL	43
1. Atenção Básica à Saúde	44
2. Políticas de redução da Mortalidade Infantil	48
3. Programa Nacional de Imunização	51



ODM 5 – MELHORAR A SAÚDE DAS GESTANTES..... 55

Rede Cegonha 1 – Pré-Natal ; 2- Partos Normais e

3 – Mortalidade Materna 55



ODM 6 – COMBATER A AIDS, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS..... 61

1. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.....61

2. Programa Nacional de Controle da Malária.....66

3. Programa Nacional de Controle da Dengue70

4. Programa Nacional de Controle da Tuberculose 73



ODM 7 – GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL 77

1. Abastecimento de água..... 79

2. Esgotamento Sanitário.....80

3. Resíduos Sólidos.....82



ODM 8 – TODO MUNDO TRABALHANDO PELO DESENVOLVIMENTO..... 87

1. Programa Microempreendedor Individual – MEI.....89

2. Esforço Fiscal e Receita Corrente Líquida..... 90

3. Simples Nacional 92



Apresentação

A Secretaria de Relações Institucionais e a Secretaria-Geral da Presidência da República trabalharam em conjunto na construção deste **“Guia de apoio para o alcance das metas – Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Governo Federal e Municípios 2013-2016”** porque acreditam que a gestão administrativa apoiada na plataforma dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) traz avanços significativos para a população dos municípios brasileiros.

Temos a crença de que trabalhar com os ODM significa mais do que cumprir uma sugestão da Organização das Nações Unidas (ONU) para tornar o mundo melhor e mais justo. Significa aplicar toda a nossa energia transformadora no desenvolvimento humano, na busca pela garantia da dignidade de homens e mulheres, na luta pelo acesso à cidadania e na inclusão dos excluídos.

Trata-se de um esforço coletivo pela equidade e justiça social que deve envolver a todos nós. Os ODM nos dão a oportunidade de construir um município melhor, de reduzir as desigualdades sociais, de criar oportunidades para os mais pobres e de assegurar uma melhor qualidade de vida para os habitantes das nossas cidades, garantindo assim, um país mais justo e fraterno para todos e todas.

Acreditamos que trabalhar com os ODM nos permite erguer uma Nação onde a fraternidade e a solidariedade sejam os valores determinantes. O que buscamos é a construção de um amplo pacto civilizatório a ser firmado entre o Governo Federal, prefeituras e sociedade civil. Dessa forma, todos nós seremos os signatários de um grande acordo em prol da inclusão. A grande transformação social que buscamos só será possível se caminharmos juntos!

Nesta publicação, vamos contar um pouco da história dos ODM e vamos mostrar o porquê de os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio representar uma referência positiva para orientar a gestão e o planejamento municipal. Em seguida, daremos as principais informações sobre a **Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio- Governo Federal e Municípios 2013-2016**, com orientações, dicas, contatos e referências sobre cada um dos programas e políticas públicas que integram essa Agenda.

O Guia traz um conjunto de informações para subsidiar os gestores municipais sobre a implantação dos programas federais que integram a Agenda de Compromissos. Esperamos que esta ferramenta contribua na gestão do seu município!



Introdução

O “**Guia de apoio para o alcance das metas**” é de fundamental importância para facilitar a utilização da **Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Governo Federal e Municípios 2013-2016** e para auxiliar na implementação dos programas e políticas do Governo Federal, que uma vez desenvolvidos, contribuem para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio nos municípios.

Tanto o Guia quanto a Agenda foram criados como instrumentos de gestão para que prefeitos e prefeitas consigam organizar a administração municipal com base na plataforma dos ODM.

Na Agenda estão inseridos programas, políticas e projetos do Governo Federal que podem ser implantados nos municípios de forma autônoma e que podem ser acompanhados e mensurados por meio de indicadores e metas vinculados a cada um dos programas e políticas públicas selecionados para compor a Agenda. Já o Guia tem a finalidade de orientar os gestores municipais na implantação desses programas. Com isso, os prefeitos e prefeitas têm a possibilidade de assegurar um desenvolvimento socioeconômico significativo nos quatro anos de mandato.

O que são os ODM ?

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram definidos para tentar dar uma resposta aos grandes problemas mundiais que foram objeto de discussão durante as conferências internacionais ocorridas nos anos 90. Nesses encontros foram debatidos temas como população, meio ambiente, gênero, direitos humanos, desenvolvimento social e outros, que vieram à tona como forma de protesto ao modelo de desenvolvimento econômico e social vigente.

Com base no resultados dessas conferências, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou, no ano 2000, a Cúpula do Milênio para buscar reverter os problemas que emergiram nas conferências internacionais. Desse encontro, nasceu a Declaração do Milênio, que estabeleceu os oito ODM. A ONU estipulou um prazo de 15 anos, 1990 a 2015, para que os países cumprissem as Metas do Milênio.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio contemplam questões básicas de cidadania e de dignidade humana. São objetivos de desenvolvimento humano que nos dão a chance de construir um mundo melhor e mais justo para todos e todas. São eles:



São oito Objetivos, 18 metas mundiais e mais de 40 indicadores que descrevem o que deve ser feito para o cumprimento dos ODM até 2015. Os oito Objetivos tratam de temas gerais. Já as metas intrínsecas a cada um dos Objetivos são específicas e mensuráveis. Para cada meta atribuíram-se indicadores que servem para monitorar o avanço em direção à própria meta.


Por que trabalhar com os ODM?

São várias as vantagens obtidas pelos municípios que optam por trabalhar com as Metas do Milênio, a começar pela significativa melhoria da qualidade de vida da população, ancorada por meio da implantação de políticas públicas que reduzem a fome e a miséria, que melhoram a saúde, a educação e o meio ambiente, que reduzem a mortalidade materna e infantil e que asseguram mais espaço às mulheres nas escolas, na política e no mercado de trabalho.

Como os ODM apresentam objetivos, metas e indicadores, fica mais fácil mensurar os avanços obtidos na administração municipal, saber se as coisas estão indo de acordo com os planos traçados, e também, saber a quem recorrer, caso não estejam dentro do planejado.

Obviamente, os objetivos, metas e indicadores são apenas um primeiro passo. É preciso desenhar um planejamento para determinar seus custos e executá-los. Também é necessário encontrar os recursos materiais e as pessoas com conhecimentos e habilidades apropriadas para executar os planos e avaliar se estão atingindo o resultado desejado.

Para atingir um desenvolvimento sustentável e de longo prazo, os governos e comunidades locais precisam estar envolvidos nos processos de gestão, planejamento, execução e monitoramento político. Isso tudo está contemplado na plataforma dos ODM.



Os municípios que adotam os ODM em sua plataforma de gestão obtêm outras vantagens importantes sobre os demais. Com a adoção dos ODM, os municípios têm condições de:

- Atrair as comunidades locais para o diálogo, já que a mensagem dos ODM é popular;
- Aperfeiçoar os serviços públicos e o desenvolvimento de ações de combate à vulnerabilidade;
- Facilitar o monitoramento, a avaliação das políticas públicas e a mensuração de resultados graças a indicadores já consolidados;
- Adotar uma gestão voltada para resultados práticos, que podem ser mensurados de maneira eficiente;
- Agregar as políticas públicas em torno de objetivos comuns; e
- Colher os frutos do alinhamento das políticas locais à estratégia de desenvolvimento adotada pelo Governo Federal, o que permite a injeção de recursos federais.

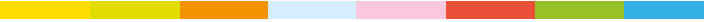
Adaptação dos ODM ao contexto nacional brasileiro

As metas dos ODM não foram criadas para ser um modelo único. Elas devem se adequar ao contexto de cada país ou região, tendo em vista o comprometimento com a aceleração do desenvolvimento humano. Cada país realizou pequenos ajustes nos ODM, aprimorando-os, principalmente em relação às metas e indicadores, procurando adequá-los a suas próprias necessidades e circunstâncias.

O Brasil, por exemplo, definiu compromissos mais ambiciosos do que os previstos nas Metas do Milênio. Como o país avançou rapidamente e alcançou duas metas referentes ao Objetivo 1 muito antes de 2015, foram definidas metas mais ousadas. A chamada meta 1A brasileira propõe reduzir a um quarto, e não apenas à metade, o número de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza. A meta 1C brasileira prevê a erradicação completa da fome até 2015.

Em relação ao Objetivo 2, o país já quase atingiu a universalização do Ensino Fundamental. Tendo em vista os altos índices de evasão escolar e a defasagem idade-série, o desafio agora, refletido na meta 2A brasileira, é garantir que, até 2015, as crianças de todas as regiões do país que estão na escola, independentemente da cor da pele e sexo, concluam o Ensino Fundamental.

Ocorreram avanços na área de saúde, mas o progresso tem sido lento no que se refere à saúde da mulher, prevista no Objetivo 5. Por essa razão, além da meta de diminuição dos óbitos maternos, o Governo Federal estabeleceu duas novas metas. A meta 5B brasileira busca promover a cobertura universal por meio de ações de saúde sexual e reprodutiva até 2015 na rede do Sistema Único de Saúde



(SUS). Já a meta 5C brasileira propõe que o crescimento da mortalidade decorrente dos cânceres de mama e de colo de útero no país seja estagnado e que, até 2015, se comece a inverter a tendência de alta nesses números.

Por meio da meta 6C brasileira, que diz respeito ao Objetivo 6, o Brasil se compromete a deter o avanço da malária e da tuberculose e a reduzir suas incidências. A hanseníase também é alvo dos ODM brasileiros. A meta 6D brasileira foi acrescentada para eliminar completamente essa doença no país até 2010.

A adaptação dessas metas ao contexto nacional e a criação de novas metas geraram a necessidade de também se desenvolver novos indicadores para medidas. O processo de ajuste das metas e dos indicadores foi longo e contou com a participação de diversos ministérios e órgãos do Governo Federal, além de programas e organismos das Nações Unidas.

Os ODM e os municípios

A tarefa de criar uma consciência nacional pelo cumprimento dos ODM exige, certamente, uma ação articulada entre todos os Entes Federados (União, estados, Distrito Federal e municípios). Grande parte dos esforços depende dos gestores locais, pois se na média muitos dos indicadores brasileiros são razoáveis ou bons, os dados desagregados revelam muitas fragilidades regionais e locais.


Nesse contexto, os municípios podem e devem assumir um papel de protagonistas do desenvolvimento. Por estarem próximos da população, eles têm uma posição estratégica na hora de dialogar e compreender os anseios da comunidade. Além disso, são responsáveis pela gestão de diversas políticas públicas que contribuem para os ODM.

Os ODM representam uma grande evolução em relação a outros planos de desenvolvimento mundial porque propõem uma agenda que engloba as dimensões econômica, social e ambiental. Além disso, incentivam a participação conjunta de cidadãos, governos e sociedade para avançar rumo ao desenvolvimento humano.

O Governo Federal tem dirigido seus investimentos a diversas áreas relacionadas aos ODM, em especial para a erradicação da pobreza e da fome. O mesmo vem sendo feito por governos estaduais e municipais e também por empresas e organizações da sociedade civil.

Se o andamento dos ODM vai relativamente bem no âmbito nacional, em termos específicos, no entanto, o país tem muito que caminhar. Quando se faz o recorte da população negra, por exemplo, observa-se que muitas das metas estão longe de ser cumpridas. As disparidades regionais também se fazem presentes. Os estados das regiões Sul e Sudeste continuam com indicadores sociais muito mais favoráveis do que os do Norte e do Nordeste.

Embora os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio tenham sido criados como



diretrizes internacionais para os países membros da ONU, a responsabilidade pelo cumprimento de suas metas precisa ser compartilhada entre os diversos atores e setores da sociedade. Para levar o desenvolvimento humano a todos os cantos do país, é fundamental inserir as metas dos ODM nas gestões municipais.

Responsabilidade municipal

A Constituição de 1988 descentralizou recursos e competências, dotando o município de autonomia e de novas responsabilidades no plano da Federação. Os municípios são responsáveis pela condução de diversas políticas públicas necessárias à concretização dos direitos fundamentais e dos Objetivos do Milênio.

Na área da saúde, por exemplo, que compreende os ODM 4, 5 e 6, os governos municipais são legalmente obrigados a investir 15% do total de suas receitas. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Saúde da Família, a assistência aos partos naturais (parteiras e maternidades) e a distribuição de medicamentos de atenção básica ficaram a cargo dos municípios.

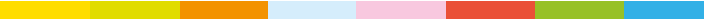
No que diz respeito à educação, o município deve, necessariamente, investir 25% de suas receitas. Dentre as responsabilidades atribuídas à administração municipal pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) está a garantia do acesso gratuito à Educação Infantil (creches e pré-escolas) e ao Ensino Fundamental (1º ao 9º anos). São exatamente essas as metas do ODM 2, que também impactam no ODM 3 (de diminuição da desigualdade de gênero).

Os municípios também assumiram competências relacionadas à gestão ambiental, já que ficaram responsáveis por criar normas e critérios de controle e manutenção da qualidade do meio ambiente em seus territórios. São ainda os gestores do Plano Diretor, tendo o papel de definir as diretrizes básicas da política de desenvolvimento urbano, com forte impacto na sustentabilidade ambiental (ODM 7).

Programas de transferência de renda do Governo Federal, como o Bolsa Família, também possuem gestão municipalizada, o que abre importante espaço para a criação de experiências locais inovadoras no combate à pobreza (ODM 1) e na melhoria das condições de educação (ODM 2).

Dicas para municipalizar os ODM

- Equilibrar ambição e realismo na hora da definição de metas. Metas ambiciosas e pouco realistas dificilmente são atingidas, gerando frustração. Metas pouco desafiadoras prejudicam a mobilização. É essencial criar metas intermediárias para manter o comprometimento político e assegurar a responsabilidade. Elas devem estar ancoradas nos objetivos de longo prazo acordados.
- Adotar uma agenda compatível com a realidade técnica, financeira



e política local. Em pequenos municípios, a municipalização pode significar a adoção de um plano de trabalho limitado a alguns objetivos percebidos como prioritários até que o patamar de possibilidades se eleve.

- Alinhar a agenda dos Objetivos do Milênio às demais agendas políticas do governo. Sem o compromisso e a liderança dos principais gestores municipais, dificilmente a municipalização terá sucesso.
- Incluir as metas finais e intermediárias no Plano Plurianual (PPA) e no orçamento municipal, lembrando que custos dos ODM são melhor estimados durante um período de dois a três anos.

A municipalização dos ODM e a Agenda de compromissos

As prefeituras, certamente, já desenvolvem programas que geram impacto positivo sobre os ODM e já implantam programas em conjunto com o Governo Federal. Isso já é a municipalização dos ODM, mas com a Agenda de Compromissos a tarefa de municipalizar fica mais fácil. A Agenda é uma ferramenta importante para que os gestores possam acompanhar seu próprio desempenho e implementar os programas federais geridos pelos próprios municípios.

Conhecer a realidade do município é o primeiro passo para implantar uma administração exitosa. A Agenda de Compromissos utiliza a informação como principal base de apoio à decisão estratégica dos gestores.

Indicadores sociais fornecidos pelo Governo Federal facilitam o planejamento e o monitoramento dos programas no município. Tais indicadores, alinhados às políticas sociais federativas e aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, permitem traçar um diagnóstico local e estabelecer metas anuais factíveis para os quatro anos de mandato.

Ao disponibilizar informações que podem ser compartilhadas com a sociedade, a Agenda de Compromissos também funciona como instrumento de transparência e coesão social. A participação social também é fundamental para uma administração eficiente. Com isso, o estímulo concreto à cooperação federativa entre governos e sociedade é revigorado e o apoio da sociedade para o planejamento e execução competente das metas é fortalecido.

Por meio da Agenda de Compromissos, prefeitos e prefeitas poderão trabalhar com uma plataforma que permitirá o monitoramento de indicadores relacionados ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Confira a seguir os programas selecionados em cada um dos ODM:

ODM	Política Pública/ Programa	Indicador
 1	Programa Bolsa Família	Nível de cobertura municipal do programa
	Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar	Total de agricultores fornecedores
	Proteção Social Básica	Número de atendimentos
 2	Universalizar o atendimento escolar da população de 4 e 5 anos	Número de matrículas em educação infantil 4 e 5 anos
	Ampliar a oferta de educação infantil	Matrículas em educação infantil até 3 anos
	Oferecer educação em tempo integral nas escolas públicas de educação básica	Número de matrículas em tempo integral
	Atingir as médias nacionais para o IDEB	IDEB – Anos iniciais
 3	Programa de Autonomia Econômica das Mulheres e Igualdade de Gênero	Matrículas em educação infantil até 3 anos
	Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher	Total de serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência
 4	Atenção Básica à Saúde	Cobertura de atenção básica
	Mortalidade Infantil	% de óbitos infantis investigados
	Programa Nacional de Imunização	Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+HIB) em crianças menores de 1 ano

ODM	Política Pública/ Programa	Indicador
 5	Rede Cegonha 1 - Pré-natal	Proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal/ano
	Rede Cegonha 2 - Partos Normais	Proporção de partos normais
	Rede Cegonha 3 - Mortalidade Materna	% de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
 6	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e Aids	Proporção de pacientes HIV positivo com 1º CD 4 inferior a 200 cel/mm ³ registrado no SISCEL
	Malária	Índice Parasitário Anual - IPA - da malária
	Dengue	Número de óbitos por dengue
	Tuberculose	Taxa de incidência de tuberculose
 7	Abastecimento de Água	Índice de atendimento urbano de água com rede de abastecimento
	Esgotamento Sanitário	Índice de atendimento urbano de esgoto com rede coletora
	Resíduos Sólidos	% de resíduos recolhidos pela coleta seletiva
 8	Programa Microempreendedor Individual - MEI	Total de MEI existentes
	Esforço Fiscal e a Receita Corrente Líquida	Receita corrente líquida municipal
	Simples Nacional	Quantidade de optantes por município



Adesão e acesso à Agenda de Compromissos

Todos os municípios brasileiros, tanto suas prefeituras como a sociedade civil local, podem ter acesso à Agenda de Compromissos por meio dos sites www.portalfederativo.gov.br e www.agendacompromissosodm.planejamento.gov.br. As prefeituras poderão aderir facilmente à Agenda de Compromissos nesse último endereço eletrônico.

O mecanismo de preenchimento da Agenda é bastante simples. As prefeituras e os prefeitos (ou suas equipes) poderão, assim, acompanhar a evolução de todos os indicadores relacionados aos programas federais e se estão atingindo as metas que se propuseram para o ano seguinte, ano após ano.

O instrumento ainda reconhece os municípios que se comprometem a alcançar os indicadores estabelecidos e os certificam quando têm êxito, além de propor outras possibilidades de apoio (capacitações e consultorias, entre outros) e diversas outras formas de “contrapartidas”.

A seguir serão apresentados com mais detalhes cada um dos programas ou políticas que fazem parte da Agenda de Compromissos. Essas informações buscam ajudar o gestor a implementar ou a melhorar a execução desses programas federais que favorecem uma boa performance municipal no cumprimento dos Objetivos do Milênio, apoiando os responsáveis políticos no cumprimento de suas metas em relação aos indicadores de cada um dos programas.

As informações deste Guia foram encaminhadas pelos próprios Ministérios e foram atualizadas com os dados constantes da última edição do Caderno Destaques de Novembro de 2012.



**ACABAR COM A FOME
E A MISÉRIA**



ODM 1 - ERRADICAR A EXTREMA POBREZA E A FOME

O primeiro e principal ODM é Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome do mundo. Durante a Cúpula do Milênio, foram estabelecidas duas metas a nível mundial:

1. Redução do nível de incidência da pobreza extrema na população mundial e
2. Redução, em 50%, da proporção de pessoas que passam fome.

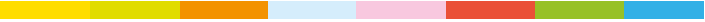
A Meta 2 da ONU de reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome foi alcançada pelo Brasil em 2002. Em 2007, a meta brasileira de reduzir a porcentagem de pobres a do índice verificado em 1990 também foi cumprida e superada em 2008, apesar de ter sido mais ambiciosa. A Meta 2A da ONU é erradicar a fome entre 1990 e 2015.

No Brasil, programas de combate à fome aliados à transferência de renda aos mais pobres vêm assegurando o cumprimento das duas metas. Em outubro de 2012, o Programa Bolsa Família completou nove anos e beneficiou nesse período 50 milhões de pessoas a um custo de 0,46% do PIB. Em outubro de 2012, foi alcançada a marca de 13,7 milhões de famílias beneficiadas pelo programa em todo o país. Somente em 2012, foram transferidos R\$ 17,3 bilhões aos beneficiários do Bolsa Família. A importância do benefício pode ser percebida em seu efeito multiplicador nas economias locais, na progressão e frequência escolar de crianças e adolescentes, na realização do pré-natal e na amamentação.

A busca ativa para “encontrar” essas pessoas conseguiu incluir no Cadastro Único, até agosto de 2012, 781,9 mil famílias extremamente pobres que já estão recebendo o Bolsa Família.

O Programa Brasil Carinhoso ajudou na redução da pobreza e na melhoria do ODM 4, redução da mortalidade infantil. Lançado, em maio de 2012, o programa tem como meta a superação da miséria em todas as famílias com crianças de 0 a 6 anos. O benefício, de pelo menos R\$ 70 por pessoa, é destinado a famílias extremamente pobres com crianças nessa faixa etária.

O início do pagamento, em junho de 2012, reduziu a extrema pobreza total em 40%. Em outubro, foram repassados R\$186,3 milhões a 2,16 milhões de famílias, cerca de 7 milhões de pessoas. Em dezembro, o Brasil Carinhoso foi ampliado para incluir também as famílias com pelo menos um filho de 7 a 15 anos. Ao todo, o benefício agora retira de extrema pobreza nada menos que 16,4 milhões de pessoas, dentre elas, 8,1 milhões de crianças e adolescentes de até 15 anos. A atual meta brasileira é erradicar a fome até 2015.



Três programas do Governo Federal, presentes na Agenda de Compromissos contribuem para o cumprimento dessas metas.

1. Programa Bolsa Família (PBF)

O que é? O PBF, coordenado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), é um programa de transferência de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza em todo o país, com renda per capita de até R\$ 140,00 por mês. É parte integrante do Plano Brasil sem Miséria, que tem como foco as famílias com renda per capita inferior a R\$ 70,00 por mês, e tem como base a garantia de renda, inclusão produtiva e o acesso aos serviços públicos.

Indicador: Na Agenda de Compromisso, o indicador selecionado para medir o alcance das metas relativas a esse programa é o nível de cobertura municipal, que indica a quantidade de famílias com cadastro válido em relação à estimativa de famílias de baixa renda do município, com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo. O cadastro deve ter todas as informações obrigatórias, corretamente preenchidas, o número do CPF ou do título eleitoral do responsável pela unidade familiar, e algum documento para os demais membros da família.


Além desse indicador o gestor público pode utilizar as informações disponíveis no Painel de Indicadores de Condicionais. Nesse painel são sistematizados os dados de acompanhamento das condicionalidades, do acompanhamento familiar, da repercussão e dos recursos apresentados pelas famílias em situação de descumprimento.

Mais informações sobre o Painel e os indicadores, ver:

www.mds.gov.br/bolsafamilia/informes/informe-gestores/arquivos/Orientacoes%20Painel%20de%20Indicadores%20Maio%202012.pdf

Recursos financeiros: O MDS estabeleceu critérios e procedimentos para transferência de recursos financeiros aos estados, municípios e ao Distrito Federal por meio da Portaria GM/MDS nº 256/10, com o objetivo de dotá-los de condições materiais adequadas para as atividades de gestão do Programa Bolsa Família sob sua responsabilidade. O repasse de recursos financeiros aos entes federados é um dos mecanismos adotados pelo MDS para aperfeiçoamento da gestão descentralizada do Programa Bolsa Família. Nesse sentido, o MDS criou o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), que reflete a qualidade da gestão municipal no Programa e serve de base para o repasse de recursos financeiros aos municípios.

Para maiores informações sobre os repasses e o IGD, ver: http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/estados_e_municipios/apoio-a-gestao-descentralizada



Relações Federativas: A gestão do Bolsa Família é descentralizada e compartilhada entre a União, os estados, Distrito Federal e municípios.

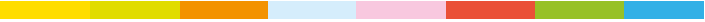
O MDS é responsável pela seleção das famílias para o PBF, mas os municípios têm a responsabilidades e a competência para: identificação e inscrição das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza no Cadastro Único (CadÚnico); gestão dos benefícios do PBF e Programas Remanescentes; apuração e/ou o encaminhamento de denúncias às instâncias cabíveis; garantia do acesso dos beneficiários do PBF aos serviços de educação e saúde, em articulação com os governos federal e estadual; acompanhamento do cumprimento das condicionalidades; acompanhamento das famílias beneficiárias, em especial na atuação em casos de maior vulnerabilidade social; estabelecimento de parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não-governamentais, para a oferta de programas complementares aos beneficiários do Programa Bolsa Família; e atualização das informações do CadÚnico, apuradas por meio do percentual de cadastros válidos e do percentual de domicílios atualizados nos últimos dois anos.

Ações no âmbito do município: Ao gestor municipal cabe o planejamento e a execução do cadastro, assim como analisar os dados em âmbito municipal. Ações para estimular o uso deste cadastro pelas diversas Secretarias Municipais são importantes. É de responsabilidade do município, também, zelar pela qualidade das informações coletadas, digitar, transmitir e acompanhar o retorno dos dados enviados à Caixa Econômica Federal e manter atualizada a base de dados do Cadastro Único.

Os documentos e formulários devem ser arquivados em local adequado por 5 anos. Vale ressaltar que as ações devem ser realizadas para prestar apoio e dar informações às famílias de baixa renda sobre o Cadastro Único.

Implementação: A participação dos municípios no PBF é efetivada por meio de adesão. A Portaria GM/MDS nº 246/05 estabelece os critérios e procedimentos necessários para a assinatura do Termo de Adesão dos municípios ao Programa Bolsa Família e ao Cadastro Único. Duas condições são necessárias para a formalização da adesão municipal: a indicação do gestor municipal e a indicação da instância de controle social.

Boas práticas: A equipe municipal do Programa Bolsa Família (PBF) do município de Santarém (PA) desenvolve a prática “Cadastrando Nossa Gente”, desde outubro de 2005, a fim de cadastrar famílias em situação de vulnerabilidade social, tanto na área rural quanto urbana. Para isso, foi realizada capacitação de jovens da própria localidade, em especial das comunidades quilombolas, para que os mesmos realizem o cadastro em suas comunidades.



Num primeiro momento, a Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTRAS) responsável pelo PBF, realizou o levantamento de material para a experiência. Após esta etapa, foram articuladas parcerias com a Secretaria de Educação, que cedeu espaços físicos e profissionais para o preenchimento dos formulários, e com a Secretaria de Saúde, que disponibilizou os agentes de saúde que atendem diretamente o público mais vulnerável.

Além disso, ocorreram reuniões com as associações de bairros e com a Federação das Organizações Quilombolas de Santarém para a capacitação e seleção dos jovens das próprias comunidades quilombolas. Os jovens já realizaram o cadastramento e a atualização cadastral nessas localidades, já que conhecem seus hábitos e costumes, respeitando assim, a realidade das comunidades e também valorizando a mão-de-obra local.

A digitação dos cadastros foi realizada por alunos do curso de informática contratados, por meio de convênio com o Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE) e a Secretaria Municipal de Assistência Social.

O município de Santarém praticamente dobrou em 3 anos o número de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. Em 2005 eram aproximadamente 11 mil famílias beneficiárias e, em 2008, mais 21 mil famílias.

A prática tem garantido a qualidade das informações e um bom monitoramento e agilidade na identificação de famílias para articulação de programas complementares. O ambiente para o atendimento às famílias também foi reestruturado com a disponibilização de mais atendentes e senha eletrônica.

Outras boas práticas: www.mds.gov.br/programabolsafamilia/observatorio/praticas_publicas_f

Desafios: Ao atrelar o benefício à frequência escolar, houve impacto direto na educação e no combate à pobreza, mas há o desafio de fazer com que o benefício chegue a quem realmente precisa. É necessário melhorar os mecanismos de focalização, ou seja, aumentar a abrangência, cadastrando, inclusive, as famílias que estão acima da linha da pobreza, com renda mensal de até meio salário mínimo. Uma cobertura insuficiente excluindo famílias elegíveis ao programa é um problema que merece atenção especial, além da prática de concessão indevida de benefícios para quem não é elegível ou ainda a seleção de beneficiários por meio do clientelismo.

Contato: O município pode entrar em contato sobre o Programa Bolsa Família pelo endereço eletrônico – email: bolsa.familia@mds.gov.br , pelo telefone 0800-7072003 ou no próprio Ministério, junto à Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc).

Mais informações: www.mds.gov.br/bolsafamilia



2. Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA)

O que é? O PAA foi criado em 2003, no âmbito do Programa Fome Zero, e tem duas finalidades básicas: promover o acesso à alimentação e incentivar a agricultura familiar. Para alcançar esses dois objetivos, o Programa compra alimentos produzidos pela agricultura familiar, com dispensa de licitação, e os destina às pessoas em situação de insegurança familiar e nutricional, e àquelas atendidas pela rede socioassistencial, pelos equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional e pela rede pública e filantrópica de ensino.

O programa contribui ainda para a constituição de estoques públicos de alimentos produzidos por agricultores familiares. Também promove o abastecimento alimentar por meio de compras governamentais de alimentos, fortalecendo circuitos locais, regionais e redes de comercialização; valorizando a biodiversidade e a produção orgânica e agroecológica de alimentos.

O Plano Brasil Sem Miséria prevê a expansão do PAA para contribuir com o alcance das metas estabelecidas no âmbito do Plano Brasil Sem Miséria de ampliar, em todo o país, o número de famílias atendidas, que vai passar de 156 mil para 445 mil famílias de agricultores familiares beneficiados. Dentre as extremamente pobres, o atendimento vai aumentar de 66 mil para 255 mil famílias, até 2014.

Indicador: O número total de agricultores fornecedores no município é o dado utilizado para mensurar a evolução do programa.

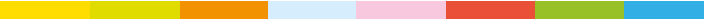
Recursos financeiros: o orçamento do PAA é composto por recursos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA).

Recentemente, o MDS começou a substituir seus convênios com os estados e municípios pelo instrumento Termo de Adesão (Lei Nº 10.696/2011, 12.512/2012 e Decreto Nº 7.775/2012). Esse novo modelo substituirá os atuais convênios e o pagamento será feito pelo MDS diretamente ao agricultor familiar e/ou suas organizações, por meio de um cartão bancário próprio para o recebimento dos recursos do PAA.

Relações federativas: O MDS e o MDA são os órgãos responsáveis pelo Programa. A execução do Programa vem sendo feita pelo Distrito Federal e municípios conveniados com o MDS e pela Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), empresa pública, vinculada ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA).

Ações no âmbito do município:

- Apoiar o MDS na divulgação das normas relativas aos procedimentos de adesão e aos critérios de repasse, execução e prestação de contas dos recursos do PAA;

- 
- Apresentar, regularmente, ao MDS, os dados cadastrais exigidos, com vistas à formalização dos procedimentos de adesão ao programa e a prestação de contas dos recursos recebidos;
 - Disponibilizar, quando solicitada, à comunidade local toda e qualquer informação referente à aplicação dos recursos do programa; e
 - Garantir livre acesso às suas dependências a representantes do MDS, do Tribunal de Contas da União (TCU), do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Ministério Público, prestando-lhes esclarecimentos e fornecendo-lhes documentos requeridos, quando em missão de acompanhamento, fiscalização e auditoria.

É de extrema importância a divulgação do Programa junto aos agricultores, assim como o incentivo e a ajuda à adesão, por meio de campanhas, palestras e apoio técnico.


Implementação: Recentemente, alterações foram realizadas para proporcionar maior continuidade e facilidade na execução do Programa. Essa nova forma de operação prevê a existência de um sistema informatizado, onde serão cadastrados todos os dados de execução pelos gestores locais, e a realização do pagamento pela União, por intermédio do MDS, diretamente ao agricultor familiar, que receberá o dinheiro por meio de um cartão bancário próprio para o recebimento dos recursos do PAA.

Boas práticas: Capacitar os agricultores que fazem parte do PAA garante melhores condições de produção e melhor qualidade dos alimentos. A Secretaria do Desenvolvimento Agrário (DAS) do estado do Ceará ofereceu, no fim do ano de 2012, capacitações sobre fabricação e manipulação de alimentos com a participação de mais de 500 agricultores vinculados ao PAA.

O intuito da ação é orientar os agricultores e entidades sobre as boas práticas de higiene nas diversas etapas da cadeia produtiva, desde a plantação até a distribuição dos alimentos.

Contatos:

1. Departamento de Apoio à Aquisição e à Comercialização da Produção Familiar (DECOM): paa@mds.gov.br, telefone (61) 3433-1202.
2. Coordenação-Geral de Articulação Federativa para o Abastecimento Alimentar: paa@mds.gov.br, telefones (61) 3433-1215 e 3433-1266
3. Coordenação- Geral de Sistemas Locais de Abastecimento Alimentar (responsável pelos *convênios entre o MDS e os governos municipais* - modalidade Compra com Doação Simultânea): paa@mds.gov.br , telefones (61) 3433-1112 e 3433-1192



4. Coordenação-Geral de Incentivo à Produção e ao Consumo de Leite (responsável pelos *convênios entre o MDS e os governos estaduais* para execução do PAA, modalidade à Produção e ao Consumo de Leite):

paa@mds.gov.br, telefones (61) 3433-1178 , 3433- 1179 e 3433-1181

5. Coordenação-Geral de Aquisição e Distribuição de Alimentos (responsável pela Cooperação entre o MDS e a Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), para execução do PAA, modalidades Compras com Doação Simultânea, Compra Direta e Apoio à Formação de Estoques):

paa@mds.gov.br, telefones (61) 3433-1186 e 3433-1185

Mais informações: www.mds.gov.br/segurancaalimentar/aquisicao-e-comercializacao-da-agricultura-familiar

3. Proteção Social Básica (PSB)

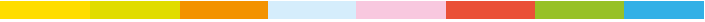
O que é? A Proteção Social Básica passa pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que promove o acesso à assistência social às famílias em situação de vulnerabilidade. A PSB tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Tem com foco a população que vive em situação de fragilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos – como por discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, entre outras.

Indicadores: Número de atendimentos nos equipamentos e estrutura do SUAS, principalmente nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS).

Recursos financeiros e instrumentos de planejamento: Os recursos financeiros da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) são destinados à execução de serviços, programas, projetos e benefícios e também ao aprimoramento da gestão. A transferência dos recursos federais aos estados, municípios e Distrito Federal tem como objetivos a oferta de apoio técnico e o cofinanciamento das despesas relativas aos serviços de Proteção Social Básica e/ou Especial, prestados gratuitamente no âmbito do SUAS.

A transferência de recursos federais se dá por meio de fundos públicos de assistência social, com base nos critérios de partilha aprovados pelos conselhos de assistência social, responsáveis pelo exercício do controle social. No caso dos estados e do Distrito Federal, os critérios também são pactuados nas comissões intergestoras.

Para que o Distrito Federal, os estados e os municípios participem do cofinanciamento federal, há algumas condições a serem cumpridas, tais



como a instituição e o funcionamento dos fundos públicos; a constituição dos conselhos, a elaboração do Plano de Assistência, a comprovação de execução orçamentária e financeira dos recursos próprios alocados nos fundos; a comprovação do acompanhamento e controle de gestão pelos conselhos; a alimentação da base de dados do SuasWeb (sistema integrante da Rede Suas); entre outras. No caso dos municípios, são observados ainda os níveis de gestão do SUAS.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/Suas) define as formas de transferência de recursos, que possibilitam a regularidade do repasse automático na modalidade fundo a fundo para os serviços de ação continuada, garantindo a continuidade na prestação dos serviços e agilidade nos fluxos de transferência.

Os repasses das parcelas do cofinanciamento federal ocorrem por meio de liberações mensais de recursos financeiros direto do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) ao Fundo de Assistência do Distrito Federal, aos Fundos Estaduais de Assistência Social (Feas) e aos Fundos Municipais de Assistência Social (Fmas).


Há também o repasse de recursos financeiros pela celebração de convênios e contratos de repasse que conta com aplicativos informatizados – o sistema Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal (Siconv) –, para a apresentação e análise dos projetos técnicos propostos.

Anualmente, o gestor municipal deve preencher o Plano de Ação no sistema SuasWeb, que trata de um instrumento eletrônico utilizado pelo MDS onde os estados e municípios informam o planejamento anual do cofinanciamento federal para serviços e incentivos de gestão e programas socioassistenciais.

Vale lembrar que o município deve construir seu Plano Municipal de Assistência Social como condição obrigatória de adesão ao SUAS, mas, também, como instrumento principal de Planejamento e Gestão da Assistência Social no âmbito do município.

Relações federativas: O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) comporta quatro tipos de gestão: da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios. As responsabilidades da União passam principalmente pela formulação, apoio, articulação e coordenação de ações. Os estados, por sua vez, assumem a gestão da assistência social dentro de seu âmbito de competência, tendo suas responsabilidades definidas na Norma Operacional Básica (NOB/SUAS).

O processo de gestão do Suas conta também com instâncias de pactuação, que são a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs). A CIT é um espaço de articulação e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais. Ela negocia e pactua sobre



aspectos operacionais da gestão do SUAS e, para isso, mantém contato permanente com as CIBs, para a troca de informações sobre o processo de descentralização.

As CIBs são instâncias estaduais destinadas à interlocução de gestores, constituídas por representantes do Estado e dos municípios, que representam os interesses e as necessidades da região, referentes à assistência social. Elas negociam e pactuam sobre aspectos da organização e gestão do Sistema Estadual de Assistência Social, observando as deliberações do Conselho Estadual de Assistência Social, a legislação vigente e as orientações da CIT e do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Todas as suas pactuações são encaminhadas ao Conselho Estadual para conhecimento, apreciação e/ou deliberações e aos conselhos municipais, CIT e CNAS para conhecimento.

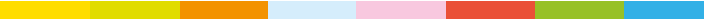
Implementação: Para integrar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e receber incentivos e acesso a recursos do cofinanciamento federal, o Distrito Federal, os estados e os municípios devem consultar a Norma Operacional Básica para verificar os procedimentos de adesão e a documentação necessária.

Os municípios devem atender a determinados requisitos, a serem verificados e aprovados pelas instâncias de controle social e de pactuação, e precisam estar atentos à legislação referente ao repasse de recursos do Governo Federal relativos à Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

A Proteção Social Básica prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Esses programas e serviços deverão incluir as pessoas com deficiência de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas.

Ações no âmbito do município: No caso da gestão municipal, são possíveis três níveis de habilitação ao SUAS: inicial, básica e plena. A gestão inicial fica por conta dos municípios que atendam a requisitos mínimos, como a existência e funcionamento de conselho, fundo e planos municipais de assistência social, além da execução das ações da Proteção Social Básica com recursos próprios. No nível básico, o município assume, com autonomia, a gestão da proteção social básica. No nível pleno, ele passa à gestão total das ações socioassistenciais. Há, também, alguns aspectos que contribuem para a melhoria do atendimento nos CRAS:


- Infra-estrutura e equipamentos adequados para a oferta de atendimento às famílias;
- Composição da equipe de referência, com profissionais qualificados (a NOB/RH traz a indicação da equipe de referência. Esta indicação também pode ser consultada no Caderno de Orientações Técnicas do CRAS);

- 
- Realização de concursos públicos (como o vínculo dos profissionais com as famílias é importante para os atendimentos, o concurso público é fundamental para assegurar esta continuidade das equipes);
 - Investimento em educação permanente (compromisso que envolve os três entes e é objetivo, inclusive, do Capacitasuas);
 - Conhecimento do território de abrangência do CRAS, da realidade das famílias e das situações a serem atendidas;
 - Busca ativa das famílias (equipes do CRAS e também equipes volantes nos territórios de grande extensão territorial e complexidade geográfica);
 - Cobertura de atendimento nos territórios intraurbanos, considerando quantitativo de CRAS e demanda por atendimento no município ou DF;
 - Trabalho integrado com a rede; e
 - Clareza por parte da rede das demais políticas quanto ao papel do CRAS, para facilitar a identificação e encaminhamento das famílias.

Boas práticas: A Política de Assistência Social do Município de Curitiba (PR) tem como objetivo desenvolver e implementar a política de assistência social considerando as potencialidades da população em situação de risco e vulnerabilidade social. Antes da implantação do Arquivo, cada programa tinha um controle individual de suas famílias, cujos dados não eram compilados mutuamente entre os programas. Muitas vezes as famílias eram atendidas por mais de um programa, sem que os técnicos envolvidos tomassem conhecimento. Conforme estabelecido na Política Nacional de Assistência Social, a atuação das equipes deve estar focada nas famílias. Percebeu-se então a necessidade de agruparmos dados das famílias. A questão inicial era de que maneira criar um arquivo que suprisse as necessidades de cada membro da equipe.

Para a criação deste arquivo, o trabalho deve ser iniciado com a elaboração de uma planilha de acompanhamento, onde foram cruzados os dados de todas as famílias, já separadas por territórios, e criada uma única planilha de famílias, com informações como: Nome do Responsável Familiar, Composição dessa família, tipo de Atendimento, Número de indivíduos atendidos e Território a que pertence a família.

À medida que a planilha vai sendo abastecida, outras pessoas da equipe podem ir montando as pastas das famílias, reunindo as documentações necessárias para que informações de uma mesma família não se perdessem. Neste momento, ocorre a avaliação do cadastro da família. Podem surgir pessoas e/



ou famílias, que não residem mais no local ou, até mesmo, na cidade, falecidos, desligados, e a necessidade da criação de uma outra planilha, onde foram cadastradas as famílias inativas, e as pessoas falecidas. Se fosse necessária uma consulta, caso a família inativa, retornasse para atendimento, teríamos o seu cadastro, passaríamos para a planilha de famílias ativas, e no arquivo físico recuperaríamos sua documentação.

Contatos: Departamento de Proteção Básica – SUAS.

protecaosocialbasica@mds.gov.br, telefone: (61) 3433-2916

Mais informações: www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica



2

**EDUCAÇÃO BÁSICA
DE QUALIDADE PARA
TODOS**



ODM 2 - EDUCAÇÃO BÁSICA DE QUALIDADE PARA TODOS

A meta da ONU em relação ao Objetivo 2 é garantir que todas as crianças terminem um ciclo completo de ensino. Já a meta brasileira é assegurar que todas as crianças, de todas as regiões, independentemente da cor, raça e sexo, concluam o ensino fundamental até 2015. No Brasil, nos últimos anos, houve avanços significativos em termos de acesso e rendimento escolar de crianças e jovens. Em 2009, 95,3% da faixa etária de 7 a 14 anos freqüentavam o ensino fundamental. No mesmo ano, 75% dos jovens que haviam atingido a maioridade concluíram o ensino fundamental.

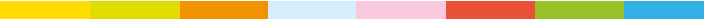
Em 2011 foram atingidas as metas para o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) em todas as etapas do ensino básico. Nos anos iniciais (segundo ao quinto), o índice nacional alcançado correspondeu a 5, ultrapassando a meta para 2011, que era de 4,6. Considerando exclusivamente a rede pública, a meta foi alcançada por 77,7% dos 5.222 municípios que tinham meta calculada para 2011. Nos anos finais (sexto ao nono) do ensino fundamental, o resultado de 4,1 também ultrapassou a meta de 3,9, proposta para 2011. Na rede pública, o Ideb alcançado foi de 3,9 também superando a meta de 3,7.

De acordo com a PNAD de 2011, a taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos aumentou 0,6 % desde 2009, chegando a 98,2% em 2011, indicando a universalização do acesso ao ensino fundamental. Foi registrado também aumento no atendimento da rede pública de ensino. Em 2011, havia 53,8 milhões de estudantes no Brasil. Até o Ensino Médio, a rede pública atendeu a maioria dos estudantes: 73,5% na pré-escola, 87% na alfabetização e no nível fundamental e 87,2% no médio.

A PNAD 2011 revela outros avanços: A taxa de analfabetismo das pessoas com 15 anos ou mais caiu em 9,7% em 2009 (14,1 milhões de pessoas) para 8,6% em 2011 (12,9 milhões de pessoas). O analfabetismo concentra-se, cada vez mais, nas faixas etárias mais elevadas: em 2011, pessoas com mais de 50 anos representavam 63,6% do total de analfabetos do país.

O Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), apresentado pelo MEC em 2007, colocou à disposição dos estados, municípios e Distrito Federal, instrumentos eficazes de avaliação e para a implementação de políticas de melhoria da qualidade da educação, sobretudo da educação básica pública.

O Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação foi instituído em 2007 e é um programa estratégico do PDE. Vem para inaugurar um novo regime de colaboração, conciliando a atuação dos entes federados sem interferir em sua autonomia, envolvendo primordialmente a decisão política, a ação



técnica e atendimento de demanda educacional, visando à melhoria dos indicadores educacionais. Por ser um compromisso fundado em vinte e oito diretrizes e relacionado a um plano de metas concretas e efetivas, compartilha competências políticas, técnicas e financeiras para a execução de programas de manutenção e desenvolvimento da educação básica.

1. Universalizar o atendimento escolar da população de 4 a 5 anos e ampliar a oferta de educação infantil (até 3 anos)

O que é?: A partir da criação do Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (ProInfância), o governo brasileiro busca universalizar o atendimento escolar infantil por considerar que a construção de creches e escolas de educação infantil, bem como a aquisição de equipamentos para a rede física escolar desse nível educacional, são indispensáveis à melhoria da qualidade da educação. O programa foi criado em 2007 e faz parte das ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE). Seu principal objetivo é prestar assistência financeira ao Distrito Federal e aos municípios visando a garantia do acesso de crianças a creches e escolas de educação infantil da rede pública.


Para apoiar os municípios no objetivo de universalizar a educação básica, o Ministério da Educação distribui recursos igualmente através do Fundeb e de Valorização dos Profissionais da Educação. A complementação do dinheiro aplicado pela União é direcionada às regiões nas quais o investimento por aluno seja inferior ao valor mínimo fixado para cada ano.

Indicadores: número de matrículas em educação infantil 4 a 5 anos e matrículas em educação infantil até 3 anos

Recursos financeiros e instrumentos de planejamento: A transferência de recursos para a execução de projeto aprovado é efetuada por meio de repasse automático ou celebração de convênio entre o FNDE e o Município.

Em termos práticos, para obter os recursos do ProInfância, o primeiro passo é fazer um diagnóstico da situação educacional no município. O instrumento para isso é o Simec – Módulo PAR, onde os municípios deverão preencher as informações referentes a cada unidade pleiteada e anexar os documentos pertinentes. Após a análise técnica, os municípios que tiverem suas obras aprovadas receberão os recursos para as construções de pré-escolas.

Recursos suplementares podem ser obtidos através do FUNDEB (http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12407) ou do Programa Brasil Carinhoso, para crianças com pais beneficiários do Bolsa Família. (www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/06/tire-suas-duvidas-sobre-o-brasil-carinhoso)



Relações federativas: o governo federal, por meio do FNDE, apoia e financia a construção das estruturas físicas, mas os municípios são responsáveis pelo funcionamento dos estabelecimentos (equipes, manutenção, gestão etc.).

Implementação: O município que tiver interesse em se beneficiar do ProInfância deve informar essa necessidade em seu Plano de Ações Articuladas (PAR) e encaminhar eletronicamente os documentos pertinentes, via Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (Simec).

Para habilitação na ação de construção, serão adotados projetos-padrão, fornecidos pelo FNDE, cujos parâmetros técnicos de implementação são predefinidos pela autarquia, em consonância com as diretrizes da Secretaria de Educação do MEC. Especificações e condições mínimas para construção da escola.

Mais informações: www.fnde.gov.br/programas/proinfancia/proinfancia-projetos-arquitetonicos-para-construcao

Ações no âmbito do município: De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, além dos objetivos gerais que norteiam a educação básica, a educação infantil “tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social”, em complemento à ação da família e da comunidade (art. 29).

- A educação infantil será oferecida em creches (ou entidades equivalentes), para crianças de até três anos de idade e, cabe ao município incumbir-se do oferecimento da educação infantil com o apoio das esferas federal e estadual.
- Reconhecimento da identidade pessoal de alunos, suas famílias, professores e outros profissionais, bem como a identidade de cada unidade educacional.
- Promoção de práticas de educação e cuidados possibilitando a integração entre os aspectos físicos, emocionais, afetivos, cognitivo/linguísticos e sociais da criança.
- Interação entre as diversas áreas de conhecimento e aspectos da vida cidadã, contribuindo com o provimento de conteúdos básicos para a constituição de conhecimentos e valores.
- Organização de estratégias de avaliação através do acompanhamento e dos registros de etapas alcançadas nos cuidados e na educação para crianças de 0 a 6 anos, sem o objetivo de promoção, mesmo para o acesso ao ensino fundamental.
- Formação mínima de Curso de Formação de Professores para os formuladores, coordenadores, supervisores e avaliadores das propostas pedagógicas; de outro lado, na direção de instituições



de educação infantil, deve participar um educador com, no mínimo, o Curso de Formação de Professores.

- Gestão democrática a partir de liderança responsável e de qualidade, garantindo os direitos básicos de crianças e suas famílias à educação e cuidados, num contexto de atenção multidisciplinar com profissionais necessários para o atendimento.
- Regimentos das instituições, bem como suas propostas pedagógicas, devem promover condições de funcionamento das estratégias educacionais, do uso do espaço físico, do horário e do calendário escolar, que contribuam para a implementação e aperfeiçoamento das diretrizes.

Contatos:

MEC : (61) 2022-8335 / 8336 / 8337 / 8338.

Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – Diretoria de Programas e Projetos Educacionais (DIRPE):

sac@fnde.gov.br e telefones 0800-616161 (ligação gratuita) ou (61)2022-4142, 2022-4135 / 4252 / 4789 / 4808 / 4877 / 4879 / 4933.

Mais informações:

PAR: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=159&Itemid=235


FNDE: www.fnde.gov.br/programas/proinfancia/proinfancia-apresentacao

2. Oferecer educação em tempo integral nas escolas públicas de educação básica – Programa Mais Educação

O que é? A partir do Programa Mais Educação, criado em 2007, o intuito é aumentar a oferta educativa nas escolas públicas por meio de atividades optativas, tais como o acompanhamento pedagógico, meio ambiente, lazer e esporte, cultura, artes, cultura digital, direitos humanos, prevenção e promoção da saúde, educomunicação, educação econômica e científica.

O programa visa fomentar atividades para melhorar o ambiente escolar, com base nos estudos desenvolvidos pela UNICEF. A área de atuação do programa foi demarcada inicialmente, em caráter prioritário, as escolas que apresentam baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), em capitais, regiões metropolitanas e cidades com mais de 163 mil habitantes, para beneficiar 3 milhões de estudantes.

O programa busca a ampliação da jornada escolar para, no mínimo, sete horas diárias, além da expansão dos territórios educativos, por meio de um sistema de parcerias construído pelas redes públicas de ensino com a sociedade,



comunidades, clubes, parques, museus, bibliotecas, cinemas, redimensionando a visão de tempo e espaços escolares. . O objetivo do Ministério da Educação é contribuir para oferecer educação em tempo integral em 50 % das escolas públicas de educação básica até 2020.

Indicador: número de matrículas em tempo integral

Recursos financeiros: Para o desenvolvimento de cada atividade, o Governo Federal repassa recursos para o ressarcimento de monitores, materiais de consumo e de apoio. As escolas beneficiárias também recebem conjuntos de instrumentos musicais e rádio escolar, entre outros. Além disso, equipamentos e materiais podem ser adquiridos pela própria escola com os recursos repassados.

Relações federativas: A Coordenação do Programa é da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD/MEC), em parceria com a Secretaria de Educação Básica (SEB/MEC) e com as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação.

Sua operacionalização é feita por meio do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Cabe ao município, através da Secretaria Municipal de Educação, entrar em contato com o órgão responsável e apresentar interesse.

Implementação: Os critérios de atendimento do programa são capitais e cidades de regiões metropolitanas ou do entorno de capitais com mais de 100 mil habitantes; em caráter prioritário, as escolas que apresentam baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), em capitais, regiões metropolitanas e cidades com mais de 163 mil habitantes; cidades com mais de 50 mil habitantes dos estados de pouca densidade populacional, para atuarem como polos; e cidades atendidas pelo Programa de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci).

Contatos: Programa Mais Educação – Coordenação de Ações Educacionais Complementares

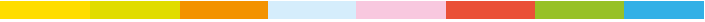
Telefone (61) 2022-9181 / 9211 / 9212 / 9174

Mais informações:

http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12372&option=com_content&view=article/

4. Atingir as médias nacionais para o IDEB

O que é? A partir da adesão ao Plano de Metas, os estados e municípios passaram a elaborar seus respectivos Planos de Ações Articuladas (PAR). A partir de 2011, os entes federados fizeram um novo diagnóstico da situação educacional local e elaboraram o planejamento para uma nova etapa (2011 a



2014), com base no Ideb dos últimos anos (2005, 2007 e 2009). O objetivo é que todos os municípios atinjam, pelo menos, as médias nacionais do Ideb.

O Instrumento para o diagnóstico da situação educacional local está estruturado em 4 grandes dimensões: 1. Gestão Educacional; 2. Formação de Professores e dos Profissionais de Serviço e Apoio Escolar; 3. Práticas Pedagógicas e Avaliação; 4. Infraestrutura Física e Recursos Pedagógicos.

Cada dimensão é composta por áreas de atuação e cada área apresenta indicadores específicos. Esses indicadores são pontuados segundo a descrição de critérios correspondentes a quatro níveis.

A pontuação gerada para cada indicador é fator determinante para a elaboração do PAR, ou seja, na metodologia adotada, apenas critérios de pontuação 1 e 2, que representam situações insatisfatórias ou inexistentes, podem gerar ações.

Assim, o relatório disponibilizado apresenta as seguintes informações: 1. Síntese por indicador – resultado detalhado da realização do diagnóstico; 2. Síntese da dimensão – resultado quantitativo da realização do diagnóstico; 3. Síntese do PAR – apresenta a relação de ações e subações selecionadas por cada estado ou município; 4. Termo de Cooperação – apresenta a relação de ações e subações que contarão com o apoio técnico do Ministério da Educação; 5. Liberação dos recursos – apresenta a relação de ações que geraram convênio, ou seja, a liberação de recursos financeiros.


Indicador: Ideb – Anos iniciais

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) foi criado em 2007 para medir a qualidade de cada escola e de cada rede de ensino. O indicador é calculado com base no desempenho do estudante em avaliações feitas pelo Inep, órgão vinculado ao MEC, e em taxas de aprovação. Em resumo, para que o Ideb de uma escola ou rede cresça é preciso que o aluno aprenda, não repita o ano e frequente a sala de aula.

O índice é medido a cada dois anos e o objetivo é que a média nacional, a partir do alcance das metas municipais e estaduais, seja 6,0 em 2021 – correspondente à qualidade do ensino em países desenvolvidos.

Várias ações contribuem para o aumento da qualidade da educação: transporte adequado dos alunos à escola, boa formação de professores, oferta de alimentação, qualidade dos livros didáticos, infraestrutura das escolas, acesso a tecnologias, entre muitas outras.

Recursos financeiros: O Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) atende toda a educação básica, da creche ao ensino médio. Substituto do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), que vigorou de 1997 a 2006, o Fundeb



está em vigor desde janeiro de 2007 e se estenderá até 2020. A destinação dos investimentos é feita de acordo com o número de alunos da educação básica, com base em dados do censo escolar do ano anterior. O acompanhamento e o controle social sobre a distribuição, a transferência e a aplicação dos recursos do programa são feitos em escalas federal, estadual e municipal por conselhos criados especificamente para esse fim. O Ministério da Educação promove a capacitação dos integrantes dos conselhos.

Relações federativas: A partir da adesão ao Plano de Metas do PDE, os estados, os municípios e o Distrito Federal passaram à elaboração de seus respectivos Planos de Ações Articuladas (PAR), que é um planejamento estratégico que foi concebido para contribuir com a melhoria da educação nos estados, Distrito Federal e municípios e cumpre, a um só tempo, três papéis diferentes e igualmente importantes: promove eficácia, democracia e governabilidade para a gestão.

Planejamento e Implementação: Para auxiliar na elaboração do PAR, o Ministério da Educação criou um sistema, o Simec - Módulo PAR Plano de Metas-, integrado aos sistemas que já possuía, e que pode ser acessado de qualquer computador conectado à internet, representando uma importante evolução tecnológica, com agilidade e transparência nos processos de elaboração, análise e apresentação de resultados dos PAR.

Com metas claras, passíveis de acompanhamento público e controle social, o MEC pode assim disponibilizar, para consulta pública, os relatórios dos Planos de Ações Articuladas elaborados pelos estados e municípios que aderiram ao Plano de Metas Todos Pela Educação.

Inicialmente, os estados e municípios deverão realizar um diagnóstico minucioso da realidade educacional local. E é a partir desse diagnóstico que desenvolverão um conjunto coerente de ações que resulta no PAR.

Contatos: PAR - Plano de Metas e PAR 2010 (acesso ao sistema, senha, inserção de dados, monitoramento do PAR) - planodemetas@mec.gov.br.

MEC: (61) 2022-8335 / 8336 / 8337 / 8338 ;

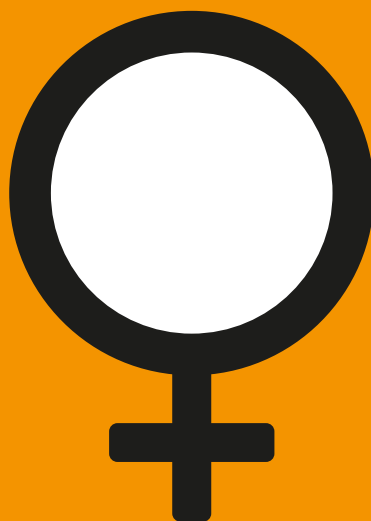
FNDE: (61) 2022-5802/ 5813 / 5831 / 5902 / 5924 / 5928 / 5930 / 5961 / 5973.

Observações: Para mais informações de como elaborar o PAR:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=157&Itemid=365

Mais informações: Consulte o portal do MEC - www.mec.gov.br - “IDEB - Saiba com melhorar”

Pradime - Programa de Apoio aos Dirigentes Municipais de Educação http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=219:pradime-apresentacao&catid=149:pradime&Itemid=447



3

**IGUALDADE ENTRE
SEXOS E VALORIZAÇÃO
DA MULHER**



ODM 3 - PROMOVER A IGUALDADE ENTRE OS SEXOS E A AUTONOMIA DAS MULHERES

Superar as disparidades entre meninos e meninas no acesso à escolarização formal e promover políticas que ofereçam oportunidades para mulheres ocuparem papéis cada vez mais ativos no mundo econômico e político são condições para atingir a superação das desigualdades de gênero. A Meta 4 da ONU prevê eliminar as disparidades entre os sexos no ensino fundamental e médio, se possível até 2015, e em todos os níveis de ensino, o mais tardar até 2015. No que diz respeito ao acesso à educação, o Brasil já alcançou a meta prevista: meninas e mulheres já são maioria em todos os níveis de ensino.

O Brasil celebrou um acordo federativo em torno do “Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher”, que abrange as dimensões da prevenção, assistência, combate e garantia de direitos às mulheres. Atualmente, existem 1.011 serviços de atendimento às mulheres em situação de violência.

A Lei Maria da Penha, que completou 6 anos em agosto, prendeu 4,1 mil agressores, instaurou 685,9 mil procedimentos para coibir a violência e recebeu 2,7 milhões de ligações pela Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180).

No entanto, a desigualdade das mulheres em relação aos homens ainda persiste no mercado de trabalho, nos rendimentos e na política. E a violência doméstica continua atingindo milhares de mulheres brasileiras.

1. Programa de Autonomia Econômica das Mulheres e Igualdade do Mundo do Trabalho

O que é? Através do Programa de Autonomia Econômica das Mulheres e Igualdade de Gênero o Governo Federal busca promover iniciativas de inserção no mercado de trabalho e a inclusão produtiva e geração de renda, além da responsabilização do Estado pelos cuidados e pela educação infantil, por meio da articulação de ações de diversos órgãos. A ampliação da rede de educação infantil é questão central para o sucesso do Programa. Garantindo o acesso de crianças de 0 a 3 anos a creches públicas de qualidade, preferencialmente em período integral, o Estado brasileiro garante, também, o direito das mulheres, homens e responsáveis de inserirem-se em atividades econômicas e terem tempo disponível para outras atividades, com a certeza de que suas crianças estarão vivenciando uma experiência educacional completa, além de serem bem cuidadas.

Indicador: Matrículas em educação infantil até 3 anos

O objetivo do Ministério da Educação é contribuir para universalizar o



atendimento a essa faixa etária até 2016, em todo o país.

Recursos financeiros e instrumentos de planejamento: A transferência de recursos para a execução de projeto aprovado é efetuada por meio de repasse automático ou celebração de convênio entre o FNDE e o Município ou o Distrito Federal, através do Programa ProInfância.

Relações federativas: o governo federal, por meio do FNDE, apoia e financia a construção das estruturas físicas, mas os municípios são responsáveis pelo funcionamento dos estabelecimentos (equipes, manutenção, gestão etc.).

Ações no âmbito do município: Ver ações previstas no ODM 2

Implementação: O Município que tiver interesse em se beneficiar do ProInfância deve informar essa necessidade em seu Plano de Ações Articuladas (PAR) e encaminhar eletronicamente os documentos pertinentes, via Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (Simec).

Para habilitação na ação de construção, serão adotados projetos-padrão, fornecidos pelo FNDE, cujos parâmetros técnicos de implementação são predefinidos pela autarquia, em consonância com as diretrizes da Secretaria de Educação do MEC. Especificações e condições mínimas para construção da escola, ver: www.fnde.gov.br/programas/proinfancia/proinfancia-projetos-arquitetonicos-para-construcao

Contatos: Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – Diretoria de Programas e Projetos Educacionais (DIRPE):


sac@fnde.gov.br e Telefones: 0800-616161 (ligação gratuita) ou (61)2022-4142, 2022-4135 / 4252 / 4789 / 4808 / 4877 / 4879 / 4933.

2. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher

O que é? O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher foi lançado em agosto de 2007, como parte da Agenda Social do Governo Federal. Consiste em um acordo federativo entre o governo federal, os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que consolidassem a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional.

O Pacto apresentou uma estratégia de gestão que orientava a execução de políticas de enfrentamento à violência contra mulheres, no sentido de garantir a prevenção e o combate à violência, a assistência e a garantia de direitos às mulheres.

A proposta era organizar as ações pelo enfrentamento à violência contra mulheres, com base em quatro grandes eixos/áreas estruturantes.



As políticas públicas para estancar a violência foram ampliadas e passaram a incluir ações integradas como a criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública. Esta ampliação é retratada em diferentes documentos e leis publicados neste período, tais como: os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha, a Política e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, as Diretrizes Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, Norma Técnica de Padronização dos Centros de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, entre outros.

O objetivo geral dessa política é enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma visão integral deste fenômeno. O enfrentamento inclui as dimensões da prevenção, assistência, combate e garantia de direitos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Os objetivos específicos são reduzir os índices de violência contra as mulheres; promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero e de valorização da paz; garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional.

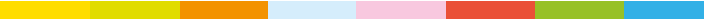
Indicadores: Total de serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência.

Recursos financeiros: O Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres prevê recursos da ordem de R\$ 1 bilhão, a ser executado por diversos órgãos, incluindo os recursos da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

A Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 – fornece suporte técnico por meio das informações que as usuárias prestam ao ligar. É a central que subsidia toda a SPM com dados e informações sobre a violência contra as mulheres.

Os repasses aos municípios se dão por meio de convênios, assinados entre a SPM e as instituições municipais após a aprovação dos projetos apresentados. Os projetos devem ser cadastrados no SICONV a partir dos termos de referência e editais publicados pelos órgãos envolvidos no Pacto Nacional em âmbito federal.

Relações federativas: O pacto nacional inclui ações de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios. Ao governo federal, cabe estabelecer as



diretrizes e normas para a execução das ações e apoiar técnica e financeiramente os estados e municípios, com as devidas contrapartidas.

Os governos estaduais devem cuidar do monitoramento, da articulação e do desenvolvimento das ações do pacto, bem como da execução daquelas previstas nas áreas de justiça e segurança pública. Por fim, é de competência dos municípios a implementação de ações nas áreas de educação, saúde e assistência social. Feita a articulação política e firmada uma agenda de compromissos entre as partes, a SPM reúne-se com governos estaduais e/ou municipais e promove o debate sobre o acordo federativo com os entes envolvidos. Participam da assinatura do pacto, os ministros e ministras envolvidos, governadores e demais autoridades.


As competências de cada uma das esferas de governo na coordenação do Pacto Nacional estão definidas no acordo de cooperação técnica, assinado pela União, estados e municípios e se resumem nas seguintes responsabilidades:

I) Governo Federal: Secretaria de Políticas para as Mulheres

- Assegurar o cumprimento das ações e o alcance dos objetivos estabelecidos no Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres;
- Coordenar a implementação das ações do Pacto junto aos diversos órgãos do Governo Federal que integram o Pacto Nacional;
- Elaborar, em conjunto com os estados, plano de trabalho, com detalhamento das ações do Pacto a serem implementadas e cronograma de execução;
- Monitorar, juntamente com as Câmaras Técnicas de Gestão Federal e Estadual, as ações do Pacto nos estados;

II) Governos Estaduais: Organismos Estaduais de Políticas para Mulheres

- Definir em conjunto com a SPM e demais Ministérios envolvidos no Pacto, as microrregiões e municípios-pólo para implantação das ações do Pacto;
- Articular com os Municípios-pólo para garantir a implementação das ações estabelecidas no Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres e acordadas com a SPM;
- Prestar contas, junto à SPM e demais Ministérios envolvidos, dos convênios firmados pelas instituições estaduais;
- Garantir a sustentabilidade dos projetos;
- Instituir a “Câmara Técnica de Gestão Estadual”, com a participação de representantes das 3 (três) esferas de governo, dos organismos de políticas para as mulheres, dos Conselhos de Direitos da Mulher,



da sociedade civil, das universidades, do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública, cujas atribuições serão, dentre outras: elaborar plano de trabalho, com detalhamento das ações a serem implementadas e seu cronograma de execução; promover a execução, monitoramento e avaliação das ações do Pacto no estado; assim como, sugerir o aperfeiçoamento e divulgação dessas ações;

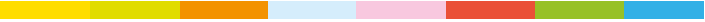
- Incentivar a constituição de consórcios públicos para o enfrentamento da violência contra a mulher.

III) Governos Municipais: Organismos Municipais de Políticas para Mulheres

- Prestar contas, junto à SPM e demais Ministérios envolvidos, dos convênios firmados pelas instituições municipais;
- Garantir a sustentabilidade dos projetos;
- Participar da Câmara Técnica de Gestão Estadual;
- Promover a constituição e o fortalecimento da rede de atendimento à mulher em situação de violência, no âmbito municipal e/ou regional, por meio de consórcios públicos (quando couber);

Ações no âmbito do município:

- Ampliação dos serviços especializados da rede de atendimento à mulher em situação de violência- Centros de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, Centros Integrados da Mulher), Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório (Casas de Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Posto de Atendimento Humanizado nos aeroportos (tráfego de pessoas);
- Formação de profissionais das áreas de segurança pública, saúde, educação e assistência social, bem como de operadores de direito, na temática de gênero e de violência contra as mulheres;
- Criação e aplicação de normas técnicas nacionais para o funcionamento dos serviços de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência;
- Promoção do atendimento às mulheres em situação de violência nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros Especializados de Assistência Social (CREAS);
- Difusão do conteúdo dos tratados internacionais e garantia de sua aplicação;


- 
- Manutenção da Central de Atendimento a Mulher – Ligue 180;
 - Promoção de ações educativas e culturais que desconstruam estereótipos de gênero e mitos em relação à violência contra a mulher;
 - Promoção de ações para incorporação das mulheres vítimas de violência no mercado de trabalho;
 - Ampliação do acesso à justiça e à assistência jurídica gratuita;
 - Efetivação da notificação compulsória nos serviços de saúde em todas as Unidades da Federação;
 - Promoção da mobilização social para enfrentamento da violência a partir de projetos capitaneados pelo governo federal;
 - Promoção e realização de campanhas educativas de prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher, voltadas ao público escolar e à sociedade em geral, com destaque para aquelas voltadas às mulheres rurais e para a Campanha 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres;
 - Capacitação de profissionais da rede de atendimento incorporando a cultura como um vetor de qualificação do atendimento; e
 - Definição e implantação das diretrizes nacionais de abrigamento às mulheres em situação de violência.

Implementação: Para sua implementação, o Pacto Nacional compreende seis principais etapas, a saber:

1. Criação e/ou fortalecimento de organismos de políticas para as mulheres estaduais e municipais. Visto que os organismos de políticas para as mulheres têm como atribuição a formulação de políticas públicas voltadas para as mulheres e a garantia da transversalidade de gênero nas ações das diversas esferas do poder público, faz-se necessária a existência desses órgãos (em âmbito estadual e municipal) para coordenação, articulação e monitoramento do Pacto.

2. Elaboração do Projeto Básico Integral (diagnóstico, definição de municípios-pólo e planejamento das Ações do Pacto)

O Projeto Básico Integral, a ser elaborado pela Câmara Técnica Estadual - sob coordenação do organismo de políticas para as mulheres - deverá ser composto pelos seguintes itens: diagnóstico da questão da violência contra as mulheres no estado, a definição dos municípios-pólo e o planejamento estadual de ações do Pacto em seus quatro eixos estruturantes. Vale notar que no processo de definição do planejamento estadual de ações do Pacto Nacional, é fundamental



a participação dos municípios-pólo e de representantes da sociedade civil, em especial do movimento de mulheres.

3. Assinatura do Acordo de Cooperação Federativa

O Acordo de Cooperação Federativa constitui o instrumento de formalização e celebração do compromisso entre a União, estados e municípios para a execução das ações do Pacto Nacional. Para tanto, este documento define as atribuições e responsabilidades de cada ente federativo e de seus respectivos comitês gestores.

4. Constituição das Câmaras Técnicas Estaduais e Municipais de Gestão e Monitoramento do Pacto

Para o planejamento estadual das ações do Pacto, assim como para a sua execução e monitoramento, deverão ser instauradas as Câmaras Técnicas de Gestão e Monitoramento do Pacto Nacional por meio de publicação de portaria de criação e nomeação dos órgãos representantes, em Diário Oficial.

5. Aprovação das propostas e projetos no âmbito da Câmara Técnica Estadual e encaminhamento para a Câmara Técnica Federal

Durante o processo de elaboração do Projeto Básico Integral, todos os projetos encaminhados devem ser analisados e avaliados pela Câmara Técnica Estadual. Com esse procedimento, objetiva-se assegurar a adequação das propostas aos eixos do Pacto e ações propostas, bem como fortalecer a discussão de projetos que contemplem a intersetorialidade na formulação das políticas. No âmbito federal a análise, a aprovação e a liberação de recursos para execução dos convênios são de atribuição da Câmara Técnica Federal.

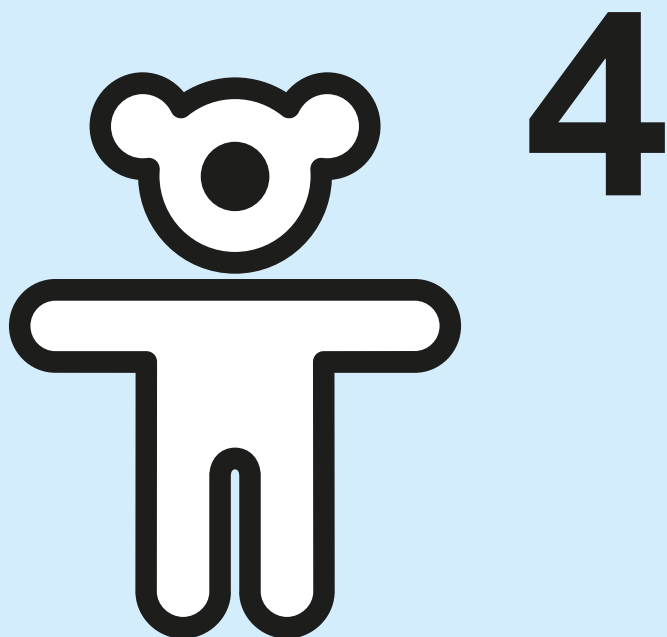
6. Credenciamento e cadastramento no SICONV (Portal Nacional de Convênios) para envio de projetos.

Os projetos devem ser cadastrados no SICONV a partir dos termos de referência e editais publicados pelos órgãos federais envolvidos no Pacto Nacional.

Desafios: Um dos maiores desafios para a boa execução das políticas públicas de proteção à mulher é a construção de uma boa articulação dos diversos órgãos municipais, garantindo assim uma verdadeira intersetorialidade na oferta dos serviços e atendimento (saúde, assistência social, proteção etc.).

Contatos: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres-Via N1 Leste s/n, Pavilhão das Metas, Praça dos Três Poderes – Zona Cívica Administrativa. Brasília-DF - CEP: 70.150-908 /spmulheres@spmulheres.gov.br/ (61) 3411-4211.

Mais informações: www.sepm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres



**REDUZIR A
MORTALIDADE INFANTIL**

ODM 4 – Reduzir a mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por mil nascidos vivos recuou de 26,1 óbitos em 2001, para 15,7, em 2011. Essa taxa é menor que a meta prevista para 2015, de 15,7 por mil nascidos vivos. Com isso, o Brasil atingiu com quatro anos de antecedência a meta dos ODM, que é a redução dessa taxa em 2/3 entre 1990 e 2015.

A taxa de mortalidade das crianças abaixo de cinco anos apresentou queda de 65% entre 1990 e 2010. O número de óbitos por mil nascidos vivos passou de 53,7 para 19 óbitos. Os indicadores demonstram que tanto as taxas de mortalidade na infância (menores de 5 anos) e infantil (menores de 1 ano) apresentaram forte queda entre 1990 e 2010. A mortalidade infantil está concentrada nos primeiros meses de vida, no período neonatal precoce (0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias).

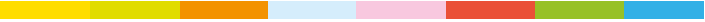
O Programa Brasil Carinhoso, tem ajudado a reduzir os índices de mortalidade infantil. Das 7 milhões de pessoas beneficiadas pelo Programa até outubro de 2012, 2,8 milhões são crianças de 0 a 6 anos, a maior parte delas da região Nordeste, 57,6%. Foram distribuídas 2,2 milhões de doses de sulfato ferroso para 735 mil crianças menores de 5 anos e houve um aumento de 50% na quantidade de crianças que aderiam ao tratamento com megadose de vitamina A, desde maio de 2012, atingindo a marca de 2,9 milhões de crianças, sendo 573 mil durante a campanha de vacinação de agosto.

A meta foi alcançada pelo Brasil e tem tudo para ser atingida pelos municípios. Para isso, o governo federal propõe uma série de iniciativas, das quais três estão presentes na Agenda de Compromissos:

1. Atenção Básica à Saúde

O que é? A Política Nacional de Atenção Básica “Saúde Mais Perto de Você” corresponde a um conjunto de estratégias para o aprimoramento das ações de cuidado, voltado para as necessidades de saúde das pessoas e das coletividades, em todo o Brasil. Entre suas principais ações, destacamos:

- Programa Nacional para Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em seus quatro eixos: a) Construção; b) Reforma; c) Ampliação; d) Informática e informatização de UBS (Programa Telessaúde Rede);
- Construção de UBS Fluviais;
- Implantação de polos da Academia da Saúde;

- 
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) que induz a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões e das Equipes de Atenção Básica para ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, onde as equipes terão valores diferenciados do incentivo federal, a partir da avaliação de padrões de qualidade;
 - Atendimento Domiciliar através do Programa Melhor em Casa;
 - Atendimento à população em situação de rua a partir da atuação de equipes de Consultórios na Rua;
 - Implantação de equipes de Saúde Bucal e Centros de Especialidades Odontológicas do Programa Brasil Sorridente; e
 - Aumentos anuais progressivos do financiamento federal para o custeio das Equipes de Atenção Básica.


Indicador: Cobertura de atenção básica. O indicador é calculado a partir do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) adicionado ao número de equipes da atenção básica, formada por 60h semanais de clínica médica, ginecologia e pediatria para cada 3 mil pessoas residentes no município, no ano. Ele mede a cobertura das equipes básicas de saúde (ESF ou clínica médica, ginecologia e pediatria). Uma maior cobertura indica maior oferta de serviços das clínicas básicas e facilidade de acesso.

Recursos financeiros: Além dos recursos, repasses e investimentos municipais previstos no financiamento do SUS, há o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica, conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.



Instrumentos de planejamento: 1.Plano de Saúde - Deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. 2.Programa Anual de Saúde - É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Ela contém, de forma sistematizada, agregada e segundo a sua estrutura básica, as programações de áreas específicas. Os resultados decorrentes da implementação da Programação compõem o Relatório Anual de Gestão. 3.Relatório Anual de Gestão - É o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (Art. 4º da Portaria 3.332/2006). Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de ações e metas que foi definido na Programação Anual de Saúde.

Relações federativas: O Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde, tem a missão institucional de operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por estados e municípios.

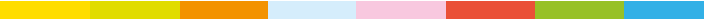
Cabe ao Governo Federal elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; cofinanciar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; manter as bases de dados nacionais.

O governo estadual tem a responsabilidade de acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações intermunicipais; coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; cofinanciar as ações de atenção básica; auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Já os municípios são responsáveis por definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); cofinanciar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

Ações no âmbito do município: são muitas as atribuições dos municípios no Sistema Único de Saúde, não somente no que se refere à Atenção Básica, mas a todos os elementos que o constituem. O município, em contato direto com o usuário, é que pode assegurar um serviço público acessível e de qualidade. É de grande importância que o município conduza um processo de planejamento de alta qualidade e tenha uma gestão da saúde adaptada às necessidades de sua população.

Para saber mais sobre a gestão do SUS e suas complexidades o gestor municipal pode consultar: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/319/gestao-da-saude-publica.html>



Implementação: O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Os municípios deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderá ser utilizada a regulamentação nacional. A proposta deve definir:

- Território a ser coberto, com estimativa da população residente; definição do número de equipes que deverão atuar e o mapeamento das áreas e micro-áreas;
- Infraestrutura, incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;
- Ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- Processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;
- Forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;
- Implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;
- Processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação; e
- Contrapartida de recursos do município.

Contatos: Departamento de Atenção Básica (DAB) - Telefone (61) 3315-9044

Mais informações: www.dab.saude.gov.br/portaldab/



2. Políticas de Redução da Mortalidade Infantil

O que é? Através do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004, o Governo Federal promove a melhoria da atenção obstétrica e neonatal através da mobilização e da participação de gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal e da sociedade civil organizada - universidades, sociedades médicas e ONGs - em um amplo diálogo social que objetiva, entre outros, a promoção e o monitoramento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e neonatal.

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera a iniciativa um modelo de mobilização social e diálogo para a promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Atualmente, o Pacto tem a adesão das 27 Unidades Federadas.

Há ainda a estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional”. O objetivo dessa política é de garantir a todos os brasileiros qualidade de vida desde os seus primórdios, estimulando suas competências e habilidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais.

Entre os desafios e objetivos específicos dessa política estão a garantia de vida da mulher e do bebê e a diminuição da taxa de mortalidade: atenção ao pré-natal, ao parto e ao aleitamento materno:

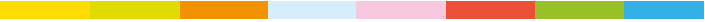
- Pré-natal: ampliação da captação precoce (meta é de atingir 90% das mulheres) em no mínimo quatro consultas, para cuidado diferenciado e em continuidade de mulheres em situação de vulnerabilidade ou risco. A ideia é garantir pré-natal com qualidade. Ex: adolescente grávida, mulher com transtorno depressivo, indígena, usuária de álcool, tabaco e outras drogas, mulher deficiente e em situação de prisão.

- Parto: garantia de parto normal e humanizado, atendendo o direito da mulher de saber onde e com quem terá o seu filho. Ampliação da vinculação entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família e as equipes das maternidades. E garantia de acompanhante no trabalho de parto, no parto e no puerpério.

- Puerpério: garantia do aleitamento materno na primeira hora de vida, quando possível, aleitamento materno exclusivo por seis meses e continuado por dois anos ou mais, ampliando dispositivos ofertados à mulher para favorecer a sua opção. Garantia de atenção aos bebês que nascem ou adquirem deficiências.

Entretanto nessa estratégia, a perspectiva é ir muito além da sobrevivência. A ação visa o crescimento e o desenvolvimento integral da criança, com novas ofertas de cuidado aliadas às ofertas tradicionais dirigidas a mulheres e crianças.

Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis também é uma estratégia direcionada à garantia de desenvolvimento saudável e à qualidade de vida.



Indicador: porcentagem de óbitos infantis investigados. O percentual de investigação de óbitos fetais e infantis mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais, e elucidação das circunstâncias em que ocorreram os óbitos, visando intervenções que possam evitar novos casos semelhantes.

O cálculo é feito a partir do total de óbitos infantis e fetais investigados na região sobre o total de óbitos infantis e fetais ocorridos na região X 100.

Outras informações relevantes: A investigação de óbitos infantis e fetais é regulamentada pela Portaria MS Nº 72/2010. Nesta se estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). A vigilância dos óbitos infantis e fetais é atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e no âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância.

Recursos financeiros: Assim como a Atenção Básica, o financiamento das ações de redução da mortalidade (e do SUS como um todo) é de responsabilidade compartilhada entre União, estados e municípios. Para entender melhor as diferentes formas de financiamento existentes o gestor pode consultar o site do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br)


Relações federativas: No que se refere ao pacto nacional as responsabilidades são compartilhadas entre as 3 esferas:

União: Priorizar os recursos orçamentários e apoiar as ações, garantir equipamentos e insumos para a qualificação da assistência ao parto e nascimento.

Estados: Ampliar e qualificar as equipes neonatais, bancos de leite e leitos de UTI e UCI; instalar comitês estaduais e hospitalares de mortalidade materna e neonatal e ampliar a cobertura e também qualificar a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Municípios: Apoio a programas de acesso à água potável para populações carentes, principal causador das doenças infecciosas infantis; promoção de campanhas de conscientização no combate a AIDS, visando a prevenção de crianças portadoras do vírus; suporte a programas de acesso das crianças portadoras do HIV e outras doenças infecciosas, a medicamentos específicos; programas educacionais, em comunidades carentes, de esclarecimento sobre higiene pessoal e sanitária, aleitamento materno e nutrição infantil.

Implementação: Os municípios podem aderir ao Pacto. Para isso, cabe aos gestores e/ou representações da sociedade civil: elaborar planos municipais e regionais para a redução da mortalidade materna e neonatal, com a participação da sociedade civil; estimular debates nos conselhos de saúde para garantir



definição de conteúdos e monitoramento das ações; qualificar os profissionais dos serviços de saúde a desenvolverem processos de trabalho adequados às normas e ações estratégicas do Pacto; estimular debates na sociedade civil, visando pautar o tema e incorporá-lo à agenda social mediante sua relevância e magnitude; organizar a vigilância do óbito materno e neonatal; organizar, em conjunto com o Ministério da Saúde e a sociedade civil, um seminário de pactuação.

Boas práticas: Animadores Comunitários- Ação Voluntária que faz a diferença, da Associação Recreativa de Solonópole (CE), é um projeto que contribui para a redução da mortalidade infantil e para manter o índice zero no município. Para isso são desenvolvidas ações voltadas à orientação e ao acompanhamento a gestantes e mães nutrizes que fortalecem a saúde materna e o desenvolvimento humano, educacional e social. O projeto facilita ainda o acesso das famílias ao atendimento básico nas áreas de saúde, educação e socialização.

Mensalmente, os animadores realizam visitas às casas dos moradores e acompanham como anda a saúde deles. Com isso, identificam, por exemplo, surtos de doenças, casos de desnutrição, evasão escolar e como fazem uso da água. Ao todo, 35 animadores comunitários participam do projeto. Os integrantes são moradores de bairros atendidos pela iniciativa, e atuam como voluntários. Cada pessoa fica responsável por cerca de 10 a 12 famílias.

Auxílio a gestantes -Outro papel importante desempenhado pelos voluntários da ARS é o de auxílio às gestantes. Um grupo de mães visita as grávidas das comunidades abrangidas e explica a importância da realização de exames, como pré-natal. As voluntárias levam às futuras mães um kit com banheira, roupinhas para o bebê e itens de higiene corporal, entre outros utensílios.

As animadoras comunitárias também ajudam a tirar dúvidas sobre parto, aleitamento, e ainda perguntam sobre o atendimento na rede hospitalar pública de Solonópole. Isso porque a ARS, depois de anos pleiteando, conseguiu assento no Conselho de Saúde Municipal, onde pode opinar sobre como é possível melhorar os serviços oferecidos à população.

Cada animador possui um caderno de acompanhamento, no qual anota as informações sobre cada família. Os dados são, depois, lançados em um programa de informática, o que ajuda a controlar melhor o que se passa nas comunidades.

Esse tipo de ação, desenvolvido por organizações do terceiro setor podem inspirar novas iniciativas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente no que diz respeito à Estratégia de Saúde da Família.

Contatos: reducaomortalidadeinfantil@saude.gov.br ou Disque Saúde -136

Mais informações: www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area=1583

3. Programa Nacional de Imunização

O que é? O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças que podem ser prevenidas com vacinas, no território brasileiro. A vacinação é a maneira mais eficaz de se evitar diversas doenças como poliomielite (paralisia infantil), sarampo, rubéola, gripe, hepatite B, febre amarela, entre outras.

Indicadores: Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DPT + Hib) em crianças menores de 1 ano. A cobertura é calculada a partir do número de crianças menores de 1 ano vacinadas sobre a população total de menores de 1 ano x 100.

A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações é a responsável pela análise e divulgação das informações. Os dados são sistematizados pelo Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI e API) e pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) para compor a tabela da população alvo e para o IBGE compor a tabela de municípios.


Recursos financeiros e instrumentos de planejamento: Para pleitear os recursos financeiros, as Unidades Federativas deverão: encaminhar para deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) correspondente o Termo de Adesão e encaminhar ao Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, cópias da respectiva Resolução da CIB contendo a pactuação e aprovação dos Termos de Adesão.

O financiamento das ações de vacinação ocorre através de Portarias de Incentivo a Campanhas de Vacinação e o Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais e também por meio da Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro 2009. São repassados recursos para serem utilizados em campanhas mediante portarias, que são aprovadas na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Para mais informações sobre os recursos disponíveis, ver Portaria Nº. 2.363 de 18 de outubro de 2012: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2363_18_10_2012.html

Relações federativas:

Cabe à União coordenar e implementar a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégicas especiais, tais como campanhas e vacinações de bloqueio; definir as diretrizes e os imunobiológicos de utilização obrigatória; adquirir e prover imunobiológicos do PNI aos estados e ao Distrito Federal; orientar os estados quanto aos aspectos relacionados ao planejamento, armazenagem, acondicionamento, conservação, distribuição e utilização dos imunobiológicos e normatizar tecnicamente as ações de imunizações.



Os estados têm a responsabilidade de planejar, acompanhar e normatizar técnica e operacionalmente as ações de imunização, de forma complementar ao nível federal; participar do financiamento das ações de imunizações, em sua área de jurisdição; coordenar em sua área de jurisdição, as ações de imunizações integrantes do PNI, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégicas especiais, tais como campanhas e vacinações de bloqueio, notificação e investigação de eventos adversos temporalmente associados à vacinação; manter e capacitar os recursos humanos necessários à execução das ações; adquirir materiais e insumos necessários à operacionalização das ações de imunizações sob sua responsabilidade, distribuir agulhas e seringas necessárias à execução das ações de imunizações programadas para os municípios; receber os imunobiológicos da SVS, conferir a temperatura, armazenar, conservar em equipamentos de refrigeração exclusivos para esta finalidade, transportar e distribuí-los aos municípios, em condições adequadas, conforme orientações da SVS; orientar os municípios, quanto à aplicação dos imunobiológicos distribuídos, exclusivamente em ações e serviços de saúde pública, de acordo com as orientações técnicas da SVS; supervisionar e acompanhar as ações de imunizações nos municípios e a adequada utilização dos imunobiológicos.

Já os municípios devem planejar, acompanhar as ações de imunização, de forma complementar nas esferas federais e estaduais, para sua área de jurisdição; participar no financiamento das ações de imunização, em sua área de jurisdição; coordenar e executar, em sua área de jurisdição, as ações de imunizações integrantes do PNI, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégicas especiais, tais como campanhas e vacinações de bloqueio, além da notificação e investigação de eventos adversos temporalmente associados à vacinação; orientar os profissionais quanto aos procedimentos relacionados ao planejamento, armazenagem, acondicionamento, conservação, distribuição e aplicação dos imunobiológicos, conforme orientações do Estado de jurisdição; manter e capacitar recursos humanos necessários à execução das ações de armazenagem, acondicionamento, manipulação, transporte e aplicação dos imunobiológicos; receber os imunobiológicos, conferir a temperatura, armazenar, conservar em equipamentos de refrigeração exclusivos para esta finalidade e transportá-los sob condições técnicas adequadas, conforme orientações do Estado de jurisdição; garantir a segurança dos imunobiológicos sob sua responsabilidade e garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de refrigeração que os acondicionam; aplicar os imunobiológicos exclusivamente em ações e serviços de saúde pública, de acordo com as orientações técnicas do Estado de jurisdição; supervisionar e acompanhar as ações de imunizações em salas de vacina sob sua responsabilidade; controlar o estoque dos imunobiológicos e informar, periodicamente, nos prazos definidos pelo Estado de sua jurisdição, o recebimento, a distribuição, o consumo e




eventuais perdas e saldos, para fins de reposição.

Ações no âmbito do município: Coletar, consolidar e analisar os dados provenientes das unidades de saúde locais; alimentar mensalmente os Sistemas de Informações do PNI, conforme orientações do Estado de jurisdição; Retro alimentar e divulgar as informações referentes ao PNI às unidades de saúde de sua área de jurisdição.

Implementação: Às Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios compete apresentar e cumprir o Termo de Adesão para a implantação do SI-PNI e do Sinan nas unidades de saúde com salas de vacinação de sua abrangência.

Desafios: Para que o município consiga alcançar o objetivo de imunização, alguns problemas foram levantados e considerados um desafio para os gestores. Entre eles:

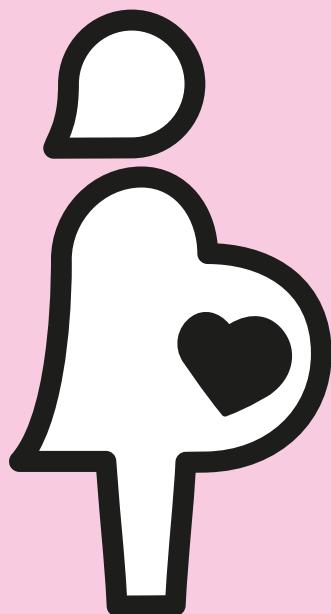
- A expansão das áreas urbanas; surgimento de novos bairros e superpopulação nas periferias sem que haja expansão da rede básica, com unidades de saúde com sala de vacinação equipada.
- Horário de funcionamento da rede básica: meio período, horário corrido, horário comercial; dificuldade de acesso à vacinação para pais e jovens que trabalham, ou estudam.
- Limitação das equipes de vacinação em termos do quantitativo de vacinadores.
- Pessoal auxiliar das salas de vacinação atuando de forma isolada, tendo, muitas vezes, que tomar decisões complexas; ausência do enfermeiro na coordenação e na supervisão direta ao trabalho realizado na sala de vacinação.
- Acomodação das equipes ou dificuldade logística para a realização de atividades extramuros tendo em vista a busca de faltosos ou a vacinação em bolsões de suscetíveis e de não vacinados, especialmente em áreas descobertas ou carentes de serviços.
- Limitação da informação gerada pelo sistema de informação do PNI, associada à baixa utilização de todo potencial do para o planejamento em nível local, com desconhecimento do real contingente de população a vacinar.
- Ausência de monitoramento periódico das coberturas alcançadas e resultados alcançados, com consequente desarticulação entre vacinação e vigilância das doenças imunopreveníveis.
- Capacitar as equipes para o monitoramento e avaliação.
- Limitação das equipes de vacinação em termos do quantitativo de vacinadores.

- 
- Profissionais despreparados, desmotivados e com dificuldades de acesso a informações sobre vacinação, especialmente as mudanças e avanços do PNI.
 - Baixa articulação com as instituições e organizações da sociedade no dia-a-dia da vacinação, com mobilizações realizadas somente em função de operações de vacinação, a exemplo das campanhas.
 - Não envolvimento do sistema de ensino, desde o fundamental até o superior, nas atividades de vacinação, seja para vacinação dos diversos segmentos, seja para educação ou para mobilização.
 - Informação e mobilização da população de forma sistemática, utilizando as diferentes mídias, a partir do nível nacional, estando restrita às campanhas de vacinação.

Contatos: Disque Saúde - 136

Mais informações: Os gestores municipais podem procurar a Secretaria de Saúde de seu estado e o Ministério da Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448.



5

**MELHORAR A SAÚDE
DAS GESTANTES**



ODM 5 – Melhorar a saúde das gestantes

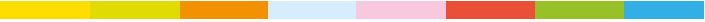
A ONU estabeleceu como meta para esse indicador reduzir em , entre 1990 e 2015, a razão da mortalidade materna e o governo brasileiro criou mais duas metas: promover a cobertura universal por ações de saúde sexual e reprodutiva até 2015, na rede do SUS e ter detido o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero invertendo a tendência atual.

Este é o Objetivo que o Brasil tem mais dificuldade de atingir. O país melhorou, mas ainda não alcançou a meta. Segundo estimativas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, entre janeiro e setembro de 2011, a mortalidade materna diminuiu 21%. Ocorreram 1.038 óbitos por complicações na gravidez e no parto, contra 1.317 no mesmo período de 2010. A meta é atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015. De 2003 a 2010, aumentou em 125% o número de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal e a proporção de mães brasileiras que não fizeram nenhuma consulta foi reduzida de 4,7% para 1,8%. Em 2011, mais de 1,7 milhão de gestantes fizeram no mínimo sete consultas de pré-natal.

Em outubro de 2012, receberam benefícios adicionais do Bolsa Família 195,6 mil gestantes, como compromisso de realizar o pré-natal de forma adequada e 216,1 mil nutrízes, garantindo melhores condições de saúde e alimentação à mãe e ao bebê. Desde maio de 2012, 57 milhões de comprimidos de sulfato ferroso foram distribuídos para as gestantes.

Uma maior redução da mortalidade materna depende das ações de promoção integral da saúde das mulheres em idade fértil, em um contexto de desenvolvimento de sistemas integrados de saúde pública em regime de cooperação entre os governos Federal, Estadual e Municipal e com a participação da sociedade.

Para melhorar a saúde materna o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. O Programa constituiu-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Até novembro de 2012, 4.783 municípios haviam recebido recursos para ampliação dos exames pré-natal e aquisição de testes rápido de gravidez. Foram distribuídos 7,27 mil detectores fetais para unidades básicas de saúde do Acre, Amapá, Bahia, Pernambuco, Rondônia e Tocantins. Já em relação ao parto e ao nascimento, até outubro de 2012, foram disponibilizados 5,9 mil leitos na rede hospitalar do SUS para assistência na Rede Cegonha. Foram



aprovados R\$ 3,3 bilhões para instalação de novos leitos, qualificação e custeio da assistência em todo o país.

Em outubro de 2012, receberam benefícios adicionais do Bolsa Família 195,6 mil gestantes, como compromisso de realizar o pré-natal de forma adequada, e 216,1 mil nutrizes, garantindo melhores condições de saúde e alimentação à mãe e ao bebê. As gestantes receberam ainda 57 milhões de comprimidos de sulfato ferroso desde maio de 2012.

O governo lançou também um programa de prevenção de câncer de colo de útero e de mama. No primeiro trimestre de 2012 foram realizados 2,14 milhões de exames de mamografia de rastreamento, 21% a mais que no mesmo período de 2010; e 4,34 milhões de exames de papanicolau, de janeiro a junho de 2012.

Em julho de 2012, o Trastuzumabe, um dos mais eficientes medicamentos de combate ao câncer de mama, passou a ser distribuído gratuitamente pelo SUS, beneficiando 20% das pacientes com câncer de mama inicial ou avançado.

Rede Cegonha 1 - Pré-Natal ;2- Partos Normais e 3 - Mortalidade Materna

O que é? A Rede Cegonha é um programa do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê. A atuação é integrada às demais iniciativas do SUS para a saúde da mulher.


O objetivo do programa é assegurar às mulheres adultas, jovens e adolescentes o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao pós parto, e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Por meio da oferta de novos equipamentos, como a Casa da Gestante Bebê e Puérpera, o Centro de Parto Normal, o incentivo financeiro para melhorar a ambiência e a compra de equipamentos mais modernos para as maternidades, espera-se contribuir para um parto mais humanizado.

Indicadores:

Rede Cegonha 1 - Pré-Natal: Proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal/ano, ou seja, número de gestantes tendo realizado 7 ou mais consultas, sobre o número total de gestantes.

Rede Cegonha 2 - Partos Normais: Proporção de partos normais, ou seja, número de partos normais sobre o número total de partos.



Rede Cegonha 3 – Mortalidade materna: porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil investigados. Morte Materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Os indicadores foram definidos para identificar a melhoria da qualidade no pré-natal, parto e nascimento. Por meio deles é possível verificar se os gestores de saúde estão conseguindo melhorar a atenção à gestante e à criança quando no resultado é possível verificar exames em tempo oportuno, vinculação da gestante a maternidade onde ela terá o bebê, se houve redução da taxa de cesárea, se houve redução de mortalidade neonatal, dentre outros. Cada gestor deve elaborar seu plano de ação com metas específicas a serem atingidas.

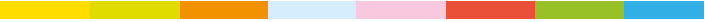
Cabe aos municípios a identificação da situação dos dados epidemiológicos definidos pela portaria da Rede Cegonha e realizar uma análise e propor as ações para mudar e melhorar a atenção obstétrica e neonatal, localmente.

Recursos financeiros: O Ministério da Saúde se compromete a realizar o seguinte aporte de recursos: Pré-Natal: 100% de custeio dos exames; fornecimento de kits para as UBS e para as gestantes; Transporte: 100% de custeio do transporte (vale transporte e vale táxi); Centro de Parto Normal (CPN) e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGB): 100% de custeio/ano, com investimento para construção nos dois primeiros anos; Leitos: 80% de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI, UCI, Canguru). Financiamento da ambiência para os locais de parto e investimento nos dois primeiros anos.

Relações federativas: De acordo com o Ministério da Saúde, cabe à União, por intermédio do MS, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional.

Ao estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, recai a responsabilidade de: apoio à implementação; coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha; financiamento; contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão; monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada. Já o município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, tem a responsabilidade de: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha; financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão; monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

Alguns atores são fundamentais para a execução e sucesso do Programa Rede Cegonha, como os gestores municipais e estaduais e os profissionais de saúde. Também é fundamental o apoio dos inúmeros parceiros do Ministério da Saúde, tais como Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),



Agência Nacional de Saúde (ANS), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), movimentos de mulheres, serviços pioneiros de saúde, órgãos formadores de profissionais de saúde, sociedade civil, entre outros.

Implementação: De acordo com o Plano de Ação e a partir da Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, os gestores de saúde devem elaborar um Plano de Ação Regional que poderá contemplar todo o estado ou uma determinada região prioritária. A partir de um diagnóstico dos dados epidemiológicos e da rede de atenção materno infantil existente, o gestor estadual deverá em conjunto com os municípios da região definida, elaborar uma nova proposta que garanta: o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e o acesso às ações do planejamento reprodutivo.


Ações no âmbito do município: Ao município, cabe: implementar as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, adequar a ambiência dos serviços de saúde que realizam partos; implantar Centros de Parto Normal Intra e Peri – Hospitalar; implantar Casas de Gestante, Bebê e Puérperas e definir fluxos de atendimento à gestante, parto e nascimento.

Para participar do Programa Rede Cegonha, o gestor deve entrar em contato com o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, que está instituído oficialmente em todas as Secretarias Estaduais de Saúde. As orientações estão disponíveis no site www.saude.gov.br/redecegonha.

Boas práticas: O programa ainda está em fase de implementação, não havendo ainda registro de boas práticas. Entretanto, as orientações da OMS sobre as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento podem ser encontradas em www.saude.rj.gov.br

Desafios: A Capacitação permanente das equipes de saúde para um atendimento de qualidade a gestante, puérpera e aos recém-nascidos - conforme preconizado nas normas do Ministério da Saúde- e a organização dos serviços de saúde em rede para um atendimento contínuo, são os grandes desafios a serem vencidos.

No caso dos municípios que possuem maternidades, é preciso uma atuação firme e determinada para capacitar e formar profissionais que atuem de acordo



com as evidências científicas valorizando a fisiologia do parto, o protagonismo feminino e a participação do acompanhante de livre escolha da mulher em todos os momentos do parto.

Contatos:

SISPRENATAL e SISPART:

saude.mulher@saude.gov.br e Telefone (61) 3315-9101.

Departamento de ações programáticas estratégicas – Área técnica de saúde da mulher:

Telefone (61) 3306.8101

Mais informações: Todas as informações sobre a Rede Cegonha estão disponíveis em www.saude.gov.br/redecegonha



6

**COMBATER A AÍDS,
A MALÁRIA E OUTRAS
DOENÇAS**



ODM 6 – COMBATER A AIDS, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS

A meta da ONU para o Objetivo 6 é ter detido, até 2015, a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual. O governo brasileiro inseriu duas novas metas: reduzir a incidência da malária e da tuberculose e eliminar a hanseníase.

No Brasil, estima-se que cerca de 630 mil pessoas são portadoras do vírus HIV/AIDS. Desde a identificação do primeiro caso, em 1980, até junho de 2009, foram notificados 544.846 casos de AIDS no país, dos quais, 65,4% entre os homens e 34,6% entre mulheres. As taxas de incidência foram crescentes até 2000 e estão estabilizadas desde então, embora em patamares elevados, comparados a padrões internacionais. Mas a experiência brasileira de combate à epidemia de HIV/AIDS se tornou referência mundial para outros países, graças a uma eficiente estratégia de enfrentamento da doença.

Em relação à malária, o país tem conseguido manter o controle da doença. Houve uma redução de 56% entre 2005 e 2011. A doença está fortemente concentrada na Região Norte, mais de 95% dos casos de malária se concentram em seis estados da denominada Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima).

Outra doença que deve ser controlada é a *dengue*, que é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 50 a 100 milhões de pessoas se infectem anualmente, em mais de 100 países, de todos os continentes, exceto a Europa. Cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue.

Em nosso país, as condições socioambientais favoráveis à expansão do *Aedes aegypti* possibilitaram a dispersão do vetor desde sua reintrodução em 1976 e o avanço da doença. No entanto, nos primeiros seis meses do ano de 2012, 84.535 pessoas tiveram dengue, enquanto que, em 2003, as notificações chegaram a 299.764. Em relação a 2011, houve uma redução de 90% de óbitos e menos 66% de casos graves da doença.

A tuberculose também é referenciada na Agenda de Compromissos. É uma doença infectocontagiosa causada por uma bactéria e que afeta principalmente os pulmões. No Brasil, a taxa de incidência da tuberculose, em 2010, foi de 37,6 por 100 mil habitantes, isso significa que o país tem conseguido alcançar a meta de reduzir a incidência da doença, ou seja, o Brasil antecipou em cinco



anos o cumprimento da meta dos ODM, que era reduzir pela metade os óbitos pela doença entre 1990 e 2015.

Diversas iniciativas do Governo Federal podem ser destacadas para apoiar os municípios no combate à AIDS, assim como na incidência da malária, da dengue e da tuberculose.

1. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS

O que é? Criado em 1986, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais tornou-se referência mundial no tratamento e atenção à AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. É ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Tem como missão a redução da transmissão destas doenças na população, além de melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem e convivem com as DSTs, o HIV, a AIDS e as hepatites virais.

Tem o papel de ser referência, fomentar e normatizar as práticas em saúde relacionadas aos agravos. A resposta brasileira à AIDS, ao HIV e às Hepatites Virais é uma conquista dos três níveis governamentais, federal, estadual e municipal. Além, do trabalho conjunto entre o governo e a sociedade.


Indicadores: Proporção de pacientes HIV positivo com 1ª CD4 inferior a 200cel/mm registrados no SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+).

Este indicador expressa o poder de captação precoce dos casos de HIV positivo para tratamento a partir do nível de comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados ao serem testados para verificação de indicação de Terapia Antirretroviral (TARV).

O indicador é calculado a partir do número de indivíduos residentes na região, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, com contagem inicial de CD4 abaixo de 200 cel/mm, sobre o número de indivíduos residentes na região, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, que realizaram a primeira contagem de CD4 X 100.

O objetivo é de reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.

Recursos financeiros e instrumentos de planejamento: A transferência fundo a fundo é repasse regular e programado de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios, independentemente de convênio ou instrumento similar. Destina-se ao financiamento das ações estratégicas e serviços de saúde. A política pretende fortalecer a Política Nacional de DST e AIDS, tendo em vista as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos.



Esse mecanismo permite o acordo de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia, capacidade de execução e das responsabilidades nos níveis de governo. Para isso, foram instituídos:

- Instrumento de planejamento de programação anual;
- Plano de Ações e Metas (PAM), que deve ser apresentado pelo Gestor de Saúde e aprovado pelos conselhos de saúde locais; e
- Sistema de monitoramento, que acompanha o alcance das metas propostas, a execução financeira dos planos, o cumprimento de acordos para aquisição de medicamentos e preservativos e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/AIDS e DST.

Recurso para financiar projetos - O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais conta com o apoio do Banco Mundial abrangendo todos os estados, municípios, organizações da sociedade civil e organizações não-governamentais para:

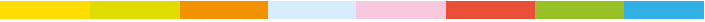
- Fortalecer a efetividade e eficiência do programa brasileiro de controle de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis; e
- Reduzir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV, vírus causador da AIDS.

Para isso, repassa às instituições financiadas recursos do Acordo de Empréstimo, celebrado entre o Banco Mundial e o Brasil. A partir de metas definidas pelo Departamento, os estados, municípios, organizações governamentais, organizações da sociedade civil e organizações não-governamentais são os responsáveis pela implementação do programa.

Relações federativas: Estados e municípios recebem recursos federais para que possam implementar ações por meio de política de incentivo e avaliam, por meio da vigilância epidemiológica e das pesquisas existentes, as necessidades de cada região. Assim, as respostas aos agravos são dirigidas às populações de acordo com a sua área de cobertura.

Os resultados monitorados fazem parte de planos pactuados em diversas esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal), como o Plano Plurianual (PPA), Plano Nacional de Saúde (PNS), Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), Agenda Estratégica do Ministério da Saúde.

As atividades são de condução compartilhada entre os níveis federal, estadual e municipal. Considerando que o município é o ente que está mais próximo no atendimento do usuário do SUS, fica para o estado o papel de indução e fomento de ações programadas no plano, assim como a publicação e reporte



de informações ao nível federal. Uma vez no nível federal, os resultados são analisados e avaliados quanto ao impacto desejado. O Ministério da Saúde, por meio de seu portal eletrônico e/ou publicações impressas, publicam os principais achados e suas respectivas recomendações.

O monitoramento dos resultados se dá por meio de marcos intermediários e atividades específicas a cada um desses marcos. A temporalidade é ajustada de acordo com a dimensão da atividade e orientações de cada um dos planos, sendo, normalmente, monitorada quadrimestralmente. Sistemas informatizados são utilizados para facilitar o manejo e disseminação das informações monitoradas.

Com o intuito de promover o aprimoramento constante das ações, e como forma de garantir a sua qualidade, efetividade e eficiência, o Departamento induz aos ajustes, arranjos e reflexão necessária para sucesso da sua missão.


O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, os estados e os municípios trabalham de forma articulada em um esforço conjunto entre governo, sociedade, iniciativa privada e academia. As ações reconhecidamente mais efetivas são as ações intersetoriais e interdisciplinares.

Ações no âmbito do município: O planejamento das ações localmente deve considerar seis grandes eixos:

- Fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado às DST, AIDS e hepatites virais;
- Prevenção, diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, pelas hepatites virais e redução de risco e vulnerabilidade;
- Promoção de direitos humanos e articulação com redes e movimentos sociais;
- Aprimoramento e desenvolvimento da vigilância, informação e pesquisa;
- Aprimoramento da governança e da gestão; e
- Acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos.

Implementação: A cada ano, estados e municípios desenvolvem um planejamento orçamentário e estratégico, baseado em linhas de atuação desenvolvidas no âmbito federal, para as ações dirigidas às populações prioritárias, com a participação de representantes da sociedade civil organizada. Esse planejamento é a base para o trabalho a ser realizado pelo gestor local durante o ano.

No âmbito municipal, a prioridade dos gestores, deve ser o reconhecimento das características da sua epidemia. Diante de uma avaliação precisa das



necessidades da sua população, as ações devem ser planejadas de forma a responder a essas demandas. A focalização das ações, assim como a intensificação em populações de maior vulnerabilidade, são fundamentais para o atual momento da epidemia.

Boas Práticas: O grande foco das ações no último ano e nos próximos três anos é o “*Fique Sabendo*”, uma mobilização de incentivo à testagem do HIV, à sífilis e às hepatites virais. Estados e municípios se organizam para que mais pessoas se testem e que o diagnóstico possa ser feito no serviço de saúde o mais precocemente possível.

Esta ação de mobilização é também fundamental para que possamos atingir a meta estipulada para 2015, a proporção de pacientes HIV positivo com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3 registrado no SISCEL de 20,1. O aumento do diagnóstico tem se refletido no aumento da proporção de indivíduos HIV positivos que são identificados precocemente, indicando diminuição no percentual dos pacientes com o sistema imunológico comprometido. Quanto antes esses pacientes forem reconhecidos, por meio da testagem precoce, maior é o controle das novas infecções e melhor a qualidade de vida de quem tem o vírus.

Considerando quem vive com o vírus e com hepatites virais, há de se focalizar também as ações locais no que se refere à assistência a essas populações.

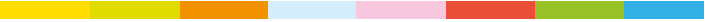
Desafios: Um desafio que merece a atenção dos novos gestores é a desburocratização do acesso ao preservativo no serviço de saúde. O Brasil é o maior comprador governamental do mundo de camisinhas e possui estoque suficiente para atender a todo o país. O Investimento local no acesso ao preservativo deve ser uma das prioridades. Adolescentes, gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas com HIV/AIDS, usuários de drogas, devem ser estimuladas ao uso do insumo. É dever do gestor local planejar formas de acesso a essas populações e garantir, que por meio dos canais de saúde, todos tenham facilidades para acessar os preservativos, sem burocracia.

Contatos: informacoes@aids.gov.br e a página www.aids.gov.br são os melhores canais de comunicação para gestores locais.

Mais Informações: www.aids.gov.br

2. Programa Nacional de Controle da Malária

O que é? O Programa Nacional de Controle de Malária (PNCM) tem como objetivo reduzir a mortalidade, a gravidade dos casos e a incidência de malária, além de manter a ausência da transmissão nos municípios onde ela já tiver sido interrompida, como é o caso da maioria dos municípios fora da Região Amazônica.



Ao reduzir a carga de malária, o município contribui com o alcance de diversos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Primeiramente no combate a malária (ODM 6), mas contribui também na redução da mortalidade infantil (ODM 4) e na melhoria da saúde das gestantes (ODM 5) e também tem impacto na redução da fome e da miséria (ODM 1) e na melhoria do acesso a educação básica (ODM 2).

Indicadores: índice parasitário anual de malária (IPA), que representa o número de casos de malária para cada mil habitantes.

O sistema de informação utilizado para registro de casos e obtenção de grande parte dos indicadores de processo e de resultado é o SIVEP-Malária em toda região Amazônica, e o SINAN para os estados fora da Região Amazônica. Para o registro das ações de vigilância entomológica e controle vetorial existe o Vetores-Malária. É de fundamental importância que estes sistemas sejam alimentados pelos municípios de forma ágil e com ótima qualidade, para que seus dados possam ser utilizados na esfera local para direcionar as ações do programa.


O SIVEP-Malária emite relatórios padronizados com os principais indicadores que podem ser monitorados em tempo real pelas equipes municipais, estaduais e federais. Além disso, os principais indicadores estão disponíveis, por município, na página *web* do Ministério da Saúde (Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde).

Recursos financeiros: O financiamento para as ações de prevenção e controle de malária se dá por meio do Piso Fixo de Vigilância em Saúde e os municípios certificados são os responsáveis pela execução das ações com apoio da esfera estadual e federal.

Relações federativas: A mobilização do setor político é fundamental para assegurar o apoio financeiro e a articulação intersetorial necessária à implantação e execução do PNCM. O programa considera que a malária é um problema dos governos federal, estadual e municipal, atingidos direta ou indiretamente pela endemia. Cabe a cada organização, governamental ou não, e à população, em particular, assumir as responsabilidades que lhes cabem no cumprimento de seus papéis, no controle da doença.

Considera, também, que esse controle só pode ser alcançado pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, nas esferas locais, municipal, estadual e nacional, capazes de dar sustentabilidade ao combate seletivo da endemia, nas comunidades onde ela ocorra.

Implementação: Em todas as localidades maláricas deve-se ter acesso a um posto com diagnóstico parasitológico e tratamento em menos de 24 horas do início dos sintomas. Este é o principal objetivo na gestão do programa da malária no município.



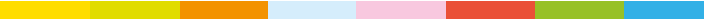
A criação de postos fixos de microscopia depende de uma análise de custo-efetividade. Além da demanda de diagnóstico, deve-se levar em consideração a estabilidade da transmissão da malária nas localidades beneficiadas, a sustentabilidade do recurso humano, a viabilidade de manter fluxo de insumos e informação.

Em algumas situações, o alto custo de instalar um ponto fixo de diagnóstico leva a identificar melhores alternativas, como por exemplo, implantar o uso de testes rápidos ou estabelecer uma rotina da coleta de amostra para leitura em outro posto já existente.

A criação de novos postos de diagnóstico (PD) deve se basear na análise das localidades com transmissão de malária, da localização dos postos de diagnóstico atuais e das dificuldades de acesso. O exercício deve ser realizado em todos os municípios com transmissão e, especialmente em situações de alta mobilidade da população, ser revisado pelo menos a cada três meses. A seguir apresentam-se os passos a serem seguidos:

1. Identificação de localidades com transmissão;
2. Mapeamento de localidades com transmissão: em um mapa do município, identificar as localidades com transmissão e sua relação com rotas de acesso (rios, estradas, caminhos);
3. No mesmo mapa identificar os postos de diagnóstico existentes;
4. Mapeamento de outras unidades da rede de saúde sem posto de diagnóstico para malária (hospitais, postos de saúde, unidades de saúde da família): identificar no mesmo mapa;
5. Identificação de localidades em que o acesso a um posto de diagnóstico demore mais que 24 horas;
6. Na identificação de localidades com necessidade de novos postos de diagnóstico, considerar: localidades com transmissão estável de malária e sem acesso adequado; possibilidade de inserção nas estruturas de saúde já existentes; existência de recursos humanos com perfil adequado para ser treinado nas técnicas de diagnóstico (microscopia ou teste rápido); condições para garantir o funcionamento da rede (fluxo permanente de insumos, supervisões, monitoramento do desempenho diagnóstico e fluxo de informação); articulação com laboratório de referência para a rede de microscopia no município e no estado (Laboratório central de Saúde Pública – LAcEN); possibilidade de criação de um laboratório móvel de microscopia; e
7. Inclusão no Sivep_malária do novo posto de notificação, laboratório, agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias.

Ações no âmbito do município: Para garantir êxito no controle da doença é necessário um bom planejamento das iniciativas, um monitoramento



sistemático das ações executadas e, principalmente, a supervisão das ações em campo. As atividades de supervisão, além de permitirem a identificação rápida de problemas para correção imediata, também funciona como educação em serviço e estímulo para as equipes de profissionais envolvidos.

Boas práticas: Algumas experiências bem sucedidas se destacaram nos últimos anos. Houve uma boa adequação da rede de diagnóstico e tratamento locais, com base na realidade local de transmissão e na utilização da rede de atenção básica, de forma conjunta com a rede de agentes de controle de endemias, para garantir bom acesso ao diagnóstico e tratamento e interromper a cadeia de transmissão da malária.

Municípios que fazem parte da área de influência de grandes empreendimentos na Amazônia, nos quais o licenciamento ambiental é feito pela esfera federal por meio do IBAMA, devem ficar atentos ao processo de licenciamento ambiental. Nestes é exigido um Plano de Ação de Controle de Malária por parte do empreendedor, caso o empreendimento tenha potencial impacto na transmissão de malária na região.


A maioria dos municípios fora da Região Amazônica eliminou a transmissão de malária desde o século passado, mas sofrem a pressão constante de casos de malária importados de outras regiões do Brasil ou de outros países endêmicos, e, portanto, devem manter uma vigilância constante para evitar a reintrodução da doença em áreas onde há a presença do mosquito transmissor (anofelino). Os municípios também apresentam as maiores taxas de letalidade do país. Esses municípios devem preparar a rede de atenção para fazer uma suspeita de malária e garantir o diagnóstico e tratamento adequados para esses casos.

Desafios: Um dos maiores desafios para o controle de malária é a continuidade das ações. A malária é uma doença muito sensível ao controle, com boa redução quando as ações são mantidas, entretanto há rápida elevação no número de casos quando as ações são suspensas.

Outro ponto importante, e de grande dificuldade na maioria dos municípios, é a programação e execução das ações de controle vetorial, notadamente a borrifação residual intradomiciliar, de forma contínua e adequada. Esta importante atividade de controle vetorial exige uma programação detalhada uma vez que necessita de transporte para áreas rurais, muitas vezes de difícil acesso por via terrestre ou fluvial.

Contatos: Para maiores informações, assessoria ou assistência técnica entre em contato com a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle de Malária pelo telefone (61) 3213 8083.

Outras publicações de interesse da gestão local estão disponíveis na página *web* http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1526



Mais informações: Guia Prático de Tratamento da Malária: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_pratico_tratamento_malaria_brasil_2602.pdf

3. Programa Nacional de Controle da Dengue

O que é? O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) tem sob sua responsabilidade a normalização técnica das ações de prevenção e controle da dengue no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PNCD está organizado em dez componentes de ação que abrangem atividades de vigilância, controle vetorial e assistência aos pacientes com dengue, como também ações de caráter ambiental que tem influencia direta nos fatores determinantes da doença. Visto que muitos desses fatores estão fora do setor saúde, a implementação de ações inter e intra-setorial são essenciais para o sucesso do programa.

Indicadores: Número de óbitos por dengue

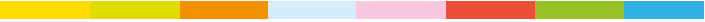
O PNCD propõe o monitoramento dos indicadores epidemiológicos, entomológicos e operacionais de dengue em locais que apresentam vulnerabilidade para ocorrência da doença.

Recomenda-se o período de outubro a maio para intensificação deste monitoramento, pois de maneira geral no país, corresponde ao intervalo da sazonalidade de transmissão da doença.

Nos municípios e unidades federadas que já implantaram o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (Cievs), esses indicadores deverão ser acompanhados pelo Comitê Cievs, em conjunto com as áreas envolvidas. Nos demais municípios, as áreas envolvidas devem se reunir semanalmente, para avaliar em conjunto os dados que estão sob sua responsabilidade, com o objetivo de subsidiar a definição de estratégias e a tomada de decisão dos gestores.

Outros indicadores são: Vigilância epidemiológica: Incidência de dengue; Vigilância entomológica: Índice de infestação predial, Índice de Breteau, Índice de Tipo de Recipiente. Estes indicadores estão detalhados nas PNCD com as respectivas definições, métodos de levantamento e interpretação. O PNCD é um programa implantado em todos os municípios brasileiros com as SES com um importante papel de acompanhamento e assessoramento técnico.

Os indicadores devem ser produzidos e analisados em primeira mão pelo município não havendo monitoramento direto pelo Ministério da Saúde. Importante destacar que embora estes indicadores cheguem ao Ministério da Saúde cabe ao gestor estadual a sua consolidação para monitoramento e acompanhamento das ações de controle nos municípios sob sua responsabilidade.



Recursos financeiros: O financiamento das atividades descentralizadas passou a ser feito fundo a fundo há mais de dez anos, sendo que, atualmente é regulamentado por meio da Portaria MS nº 3252/2009 no art. 35.

Os recursos repassados a cada quadrimestre pelo PFVPS são destinados ao financiamento do bloco de vigilância em saúde, inclusive as ações de prevenção e controle da dengue.

Além dos recursos regulares transferidos pelo PFVPS, o Ministério pode repassar recursos de incentivo às atividades de prevenção em controle da dengue como foi o caso dos recursos transferidos pela Portaria MS nº 2.557 de 2011 e Portaria MS nº 2.804 de 2012.

Com relação aos demais recursos deve-se destacar que os inseticidas utilizados na rotina operacional do programa de controle da dengue, são adquiridos pelo Ministério da Saúde, pelo Fundo Rotatório da OPAS/OMS, e distribuído às SES para posterior encaminhamento aos municípios.


Relações federativas: As responsabilidades para cumprimento das ações previstas no PNCD se inserem no contexto da Lei nº 8.080 e regulamentadas por Portarias específicas. A Portaria em vigor é a Portaria MS nº 3252 de dezembro de 2009. Essa Portaria define as atribuições dos três entes federados e trata de assuntos relativos ao financiamento e das responsabilidades específicas.

Os indicadores gerados no âmbito do município são informações primordiais para a tomada de decisão e devem ser repassados às SES para que se tenha o panorama da situação no âmbito do estado.

Da mesma maneira as SES devem repassar estas informações ao Ministério da Saúde para avaliações e acompanhamentos da situação nos diversos estados.

Ações no âmbito do município:

- **Controle de vetores:** garantir número adequado de agentes de saúde para as visitas domiciliares, garantir ampla cobertura de visitas domiciliares, realizar os inquéritos entomológicos e acompanhar os indicadores.
- **Organizar a rede de assistência:** garantir insumos básicos para atendimento do paciente, implantar classificação de risco, capacitar os profissionais de saúde, articular a participação, se for o caso, da rede privada de assistência no atendimento do paciente com dengue.
- **Vigilância epidemiológica:** alimentar os sistemas de informação com a regularidade estabelecida, garantir articulação com a área de controle vetorial, produzir informes periódico da situação epidemiológica do município.



Planejamento e implementação: As “Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle da Dengue - DNPCD” definem as atribuições das três esferas de governo referentes a quatro componentes de ação que são considerados essenciais para condução do programa. São eles: assistência aos pacientes; vigilância epidemiológica; controle vetorial e comunicação e mobilização. Também se inclui temas relacionados à gestão das ações preconizadas e ao financiamento.

Em razão da característica explosiva da dengue, com ampla disseminação da transmissão ocasionando grandes epidemias em aglomerados populacionais, é de fundamental importância que este cenário não encontre os gestores despreparados para enfrentamento rápido do problema.

Nesse sentido o PNCD tem reforçado a necessidade de que os estados e municípios instituem seus Planos de Contingência de forma que os processos e estratégias estejam pré- estabelecidos o que facilitará o enfrentamento dos problemas de maneira preventiva, evitando transtornos em períodos críticos.

Nos Planos de Contingência devem estar o planejamento das principais ações (vigilância, assistência, controle vetorial), com o detalhamento dos fluxos, prazos e responsáveis por cada ação. Este plano de ação deve ser construído envolvendo também os atores fora do setor saúde, como órgãos responsáveis pela limpeza urbana e abastecimento de água, além da rede particular de assistência.

As Diretrizes trazem orientações às áreas técnicas dos municípios para a elaboração e aplicação dos Planos de Contingência. Informações estão disponíveis no documento “Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”.

Boas práticas: - A Secretaria de Vigilância em Saúde anualmente promove a EXPOEPI que é uma mostra das experiências bem sucedidas na área de vigilância em saúde. Em todos os anos alguns municípios de destacam com experiências inovadoras no campo da vigilância epidemiológica, controle de vetores e mobilização da população. São eles: Belo Horizonte/MG, Jaboatão dos Guararapes/PE, São Paulo/SP, Cacoal/RO e Campo Grande/MS.

Mais informações podem ser obtidas na Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia (CGDEP), Dra. Elisete Duarte (elisete.duarte@saude.gov.br)

Desafios: Um dos principais desafios a serem vencidos pelos gestores municipais é a estruturação de um programa de controle da dengue que articule: ações intrasetoriais como, por exemplo, a efetiva participação da área de assistência para evitar a ocorrência de óbitos; ações intersetoriais, por intermédio do fortalecimento das atividades de coleta de lixo e abastecimento regular de água com o propósito de minimizar os riscos de ocorrência de epidemias; e a mobilização da população promovendo iniciativas para manutenção do



ambiente doméstico livres da presença do vetor transmissor da doença.

Embora o problema da dengue possa ser mais agudo em municípios maiores e nos que estão localizados em regiões metropolitanas, a prevenção e controle em municípios pequenos não deve ser descuidada.

Contatos: Em razão da estrutura funcional do SUS, os assuntos relacionados às atividades técnicas e administrativas devem sempre ser feitas com a interveniência do nível estadual. Isto, entretanto, não impede que eventuais contatos para esclarecimentos relativos à rotina dos programas sejam feitos diretamente ao Programa Nacional de Controle da Dengue no endereço eletrônico dengue@saude.gov.br ou pelos telefones (61) 3315 2755/3410.

Para assuntos relacionados à alimentação do sistema de informação, a instância estadual deve ser acionada primeiro, uma vez que a SES tem função de acompanhar, monitorar e supervisionar as ações de vigilância em saúde no âmbito do estado.

Mais informações

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_epidemias_dengue_11_02_10.pdf


Cartilha da Dengue: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/flash/cartilha_dengue.html

4. Programa Nacional de Controle da Tuberculose

O que é? O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) é baseado na busca de casos, diagnóstico precoce e adequado e seu tratamento até a cura, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos. A atuação do Programa compreende estratégias inovadoras que visam ampliar e fortalecer a estratégia DOTS, com o enfoque na articulação com outros programas governamentais para ampliar o controle da Tuberculose e de outras comorbidades, como, por exemplo, a AIDS.

Além disso, o Programa privilegia a descentralização das medidas de controle para a Atenção Básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a Tuberculose, como as populações em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e a população indígena. O PNCT prevê também a articulação com organizações não governamentais ou da sociedade civil para fortalecer o controle social e garantir a sustentabilidade das ações de controle.

Indicadores: Taxa de incidência de tuberculose, ou seja, número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas - códigos A15 a A19 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.



Para manter o controle da Tuberculose, o Ministério da Saúde utiliza os indicadores monitorados pelo PNCT, que são: proporção de cura de casos de TB BK+; taxa de incidência de TB (todas as formas); taxa de mortalidade por TB (todas as formas); proporção de casos de novos de TB com realização de testagem anti-HIV, proporção de casos de retratamento de TB com realização de cultura; proporção de contatos de casos novos de TB examinados e a proporção de abandono de casos de TB.

Todas as esferas de gestão possuem base de dados que permitem monitorar seus indicadores, observando a execução de seus planos de trabalho. O PNCT monitora a proporção de cura mensalmente (para o ano anterior à análise). Os demais indicadores são monitorados bimensal/quadrimestralmente. Há ainda visitas de monitoramento e avaliação junto com os programas estaduais e municipais, sendo uma das formas de manter a parceria entre as esferas.

Recursos financeiros: O recurso disponível para financiar as ações dos programas estaduais e municipais vindo da esfera federal está presente no bloco de financiamento da vigilância em saúde, que é repassado fundo a fundo. Não existe um recurso específico para a tuberculose.

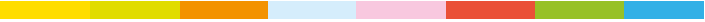
Relações federativas: O PNCT é descentralizado nos estados e municípios e as relações se baseiam no apoio técnico e político entre as diferentes esferas.

Programa Nacional: monitorar a situação epidemiológica da tuberculose a nível nacional; elaborar as diretrizes do programa e as recomendações das ações de controle; realizar visitas de monitoramento e avaliação aos estados; prestar apoio técnico e político aos estados e municípios nas áreas de vigilância epidemiológica, atenção a saúde e CAMS; realizar compra nacional de medicamentos; promover articulações intra e intersetoriais; cooperação internacional; fomento e incentivo a pesquisas.

Programas Estaduais: monitorar as transferências intermunicipais de casos; monitorar e apoiar tecnicamente os municípios; receber e distribuir medicamentos; implantar e monitorar as referências secundárias e terciárias estaduais; articulação com o sistema prisional e com os órgãos responsáveis pela saúde indígena.

Programas Municipais: diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encerramento dos casos; implantação e monitoramento dos programas de controle da tuberculose nas unidades de saúde e ações de vigilância epidemiológica.

As secretarias de saúde estaduais e municipais são responsáveis pela implementação e execução das ações de controle da Tuberculose e pela articulação com outros setores, como a Assistência Social, o Sistema Prisional, a sociedade civil, etc. Para efetividade do PNCT é necessário articulações intra e interinstitucionais.



Ações no âmbito do município: A Secretaria Municipal de Saúde pode realizar ações para combater e tratar a Tuberculose. Entre elas, destacam-se a identificação dos sintomas respiratórios, diagnosticar e tratar os casos de TB (estratégia de tratamento diretamente observado), examinar os contatos dos casos de TB, preencher os instrumentos de registro, a inserção dos dados no Sinan, realizar a crítica dos dados (completitude, consistência) e das rotinas do Sinan (duplicidade, monitoramento das transferências), a transferência dos dados para a Secretaria Estadual de Saúde e realizar campanhas e divulgações das informações da doença à população.

Implementação e planejamento: Não existe um Plano de Ação nos moldes de outros agravos, porém essa temática está inserida no Plano Nacional de Saúde, em instrumentos de pactuação entre os entes federativos e em diversos instrumentos de monitoramento e avaliação do Ministério da Saúde, como a Agenda Estratégica, o Painel de Monitoramento e a SAGE. Também existem diversos documentos internacionais e nacionais que trazem as diretrizes e estratégias que orientam as ações dos Programas de Controle da Tuberculose.

A principal medida para o controle da tuberculose é a estratégia DOTS proposta pela OMS. Esta contempla seis componentes: compromisso político, detecção de casos por baciloscopia, esquemas de tratamento padronizados, tratamento diretamente observado (TDO), suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados e sistema de registro / notificação dos casos. O Ministério da Saúde pode disponibilizar os diversos documentos que orientam as ações.

Os municípios elaboram seus próprios planos de trabalho baseados nas diretrizes e estratégias nacionais, principalmente nas recomendações do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil 2011.

Para a implementação das ações do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) os municípios contam com a orientação dos Programas Estaduais de Controle da Tuberculose (PECT) e o apoio do Programa Nacional de Controle (PNCT).

Boas práticas: Existem estados/municípios que se destacam na execução das ações de controle da Tuberculose pela execução apenas das orientações do programa, como: Roraima/Boa Vista, Sergipe/Aracaju, Acre/ Rio Branco.

Outros já apresentaram ações inovadoras, com destaque para:

São Paulo: Tuberculose WEB, ações na PPL consolidadas, incentivos para o TDO;

Paranaguá: incentivos para o TDO, diagnóstico e tratamento da co-infecção Tuberculose x HIV;

Santa Catarina: Sistema de Informação on-line para ILTB, diagnóstico e



tratamento da co-infecção Tuberculose x HIV;

Fortaleza: PCT descentralizado na APS, ações na PPL consolidadas;

Porto Alegre: Investigação de óbitos por Tuberculose, ações na PPL consolidadas;

Desafios: Os principais desafios da esfera municipal são o acesso ao diagnóstico laboratorial; acompanhamento dos casos de TB através do TDO; a descentralização para a APS; os recursos humanos; a alimentação e acompanhamento do sistema de informação da TB (Sinan), bem como a análise dos indicadores pactuados e da qualidade dessa informação.

Para os municípios de pequeno porte, muitas vezes não existe um “PMCT” e suas funções são acumuladas pelo responsável pelas Doenças de Notificação Compulsória ou por um profissional que acumule diferentes programas (Hanseníase, DST/AIDS), o que dificulta ainda mais a qualidade das ações recomendadas pelo PNCT nesses municípios.

Contatos: Existe acesso direto dos programas estaduais e municipais ao programa nacional, para esclarecimentos de dúvidas, assessoria, orientações técnicas.

Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – CGPNCT SCS Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal, 3º andar, Brasília/DF. CEP: 70.304-000

draurio.barreira@saude.gov.br e Telefone (61) 3213 8234.

No que diz respeito às orientações relacionadas ao sistema de informação, o programa nacional possui uma área específica (Informação Estratégica) que responde a estas demandas com apoio direto da Unidade Técnica do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). São realizadas visitas técnicas e um monitoramento específico para a melhoria da qualidade da informação, naqueles estados e municípios com maiores necessidades nessas áreas ou por demanda.

Unidade Técnica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Sala 137, Brasília/DF.

CEP: 70.058-900.

sinan@saude.gov.br e Telefones (61)3315-3191/3193.

Mais informações:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101



**QUALIDADE DE VIDA
E RESPEITO AO MEIO
AMBIENTE**



ODM 7 – GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

O sétimo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio refere-se à Garantia da Sustentabilidade Ambiental. Para alcançar esse objetivo, a ONU estabeleceu a meta de reduzir, pela metade, até 2025, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável a água potável e esgotamento sanitário. A ONU integrou os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais para reverter a perda de recursos ambientais. A meta brasileira estabelece que, até 2020, é preciso ter alcançado uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários.

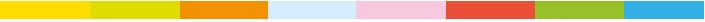
Para realizar o monitoramento dessas metas foi atribuído um conjunto composto por indicadores referentes a temas tão diversos como cobertura florestal, emissões de dióxido de carbono, destruição da camada de ozônio, conservação da biodiversidade, acesso à água potável e a esgoto adequação urbana e população urbana em assentamentos precários.

O Brasil tem feito muitos esforços que têm dado resultados concretos. A área desmatada na Amazônia foi de 4.565 km, 27% menos que a registrada no mesmo período de 2010 a 2011. Esse resultado corresponde à menor área de desflorestamento desde a primeira medição feita pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), em 1988. Ele é também 83,2% menor do que o desflorestamento registrado em 2004, quando foi criado o Plano de Ação para Prevenção e Controle do Desmatamento na Amazônia Legal (PPCDAM).

A redução do desmatamento mostra o avanço das iniciativas brasileiras para mitigação dos efeitos das mudanças climáticas. O novo Código Florestal também vem se somar ao esforço brasileiro de preservação ambiental. O Código contém regras claras para recomposição da Reserva Legal e das Áreas de Preservação Permanente (APP) e prevê financiamento para recuperar áreas desmatadas. Pelo Código, a reserva legal deve ser mantida com vegetação nativa e cujos limites mínimos variam de acordo com o bioma. Na Amazônia Legal, o produtor deve manter 80% da floresta em pé. No Cerrado a reserva é de 35% e nas demais regiões 20%.

O governo brasileiro criou ainda o Bolsa Verde, que até outubro de 2012, tinha repassado R\$ 300,00 trimestralmente para 30,6 mil famílias que vivem ou trabalham em florestas nacionais, reservas federais extrativistas ou de desenvolvimento sustentável e assentamentos ambientalmente sustentáveis para que continuassem a realizar a conservação de ativos ambientais.

De uma forma geral, o país vai bem em relação ao acesso de abastecimento



de água no meio urbano. A quantidade de domicílios ligados à rede geral de abastecimento de água cresceu de 84,3% para 84,6% do total de domicílios entre 2009 e 2011, indicando que 2,5 milhões de lares foram conectados à rede de abastecimento. O total ligado à rede coletora de esgoto também cresceu, de 59,1% para 62,6% no mesmo período – mais de 3,8 milhões de domicílios conectados. A coleta de lixo também passou a ser feita em mais domicílios, atendendo a 88,8% em 2011.

O Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB) estabeleceu um conjunto de metas de atendimento, observando os principais problemas enfrentados no setor, como cobertura e intermitência no abastecimento de água, coleta e tratamento adequado de esgoto e resíduos sólidos, além de definir o montante de investimentos necessários para cumprir as mencionadas metas em um horizonte estipulado até 2030.

1. Abastecimento de água


O que é? As iniciativas de apoio aos municípios para abastecimento de água por meio de repasse de recursos da União são feitas por meio dos programas gerenciados pelo Ministério das Cidades, em municípios acima de 50 mil habitantes; integrantes de consórcios públicos acima de 150 mil habitantes; e municípios pertencentes a Regiões Metropolitanas e a Regiões Integradas de Desenvolvimento. Por sua vez, o Ministério da Saúde, por meio da Funasa, atua nos demais municípios abaixo de 50 mil habitantes.

Indicadores: Índice de atendimento urbano de água com rede de abastecimento

Recursos financeiros e instrumentos de planejamento: A Funasa, por meio do Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp), financia a implantação, ampliação e/ou melhorias em sistemas de abastecimento de água nos municípios com população de até 50 mil habitantes. Esta ação tem como objetivo a implantação de sistemas de abastecimento de água para controle de doenças e de outros agravos com a finalidade de contribuir para a redução da morbimortalidade – provocada por doenças de veiculação hídrica – e para o aumento da expectativa de vida e da produtividade da população.

Os municípios de mais de 50 mil habitantes recebem financiamento no âmbito do PAC ou pelo próprio ministério das Cidades. O PAC apoia também, assim como o MCidades, a construção do Plano Municipal de Saneamento, obrigatório para a apresentação de projeto e para o repasse de recursos para a realização das obras.

Relações federativas: Os ministérios das Cidades e da Saúde financiam e apoiam a construção dos sistemas municipais de saneamento. A gestão e o planejamento são de responsabilidade do município, mas, devido à complexidade técnica muitas vezes essas atividades são terceirizadas.



Ações no âmbito do município: Os proponentes, no caso os gestores públicos, deverão promover ações de educação em saúde e de mobilização social durante as fases de planejamento, implantação e operação das obras e serviços de engenharia como uma estratégia integrada para alcançar os indicadores de impacto correspondentes, de modo a estimular o controle social e a participação da comunidade.

Implementação: Os projetos devem incluir programas que visem à sustentabilidade dos sistemas implantados e contemplem os aspectos administrativos, tecnológicos, financeiros e de participação da comunidade. Devido à complexidade técnica requerida, o município pode solicitar recursos para a contratação de uma empresa especializada.

Boas práticas: O plano participativo realizado pelo município de Alagoinhas na Bahia é citado como bom exemplo de planejamento democrático. O plano pode ser consultado no link seguinte: http://www.bvsde.paho.org/bvsaidis/uruguay30/BR06462_Moraes.pdf

Desafios: Um dos principais desafios na gestão do abastecimento de água está na concessão do serviço a empresas privadas. Nesse caso, o gestor municipal perde a completa governabilidade sobre o sistema de abastecimento. Portanto, um bom contrato de concessão é necessário para que a seja privilegiado o interesse público e para que a prefeitura possa impor à empresa a oferta de um serviço público de qualidade.

Contatos:

Funasa: Departamento de Engenharia de Saúde Pública -

Telefones (61) 3314-6262/6267/6225 Fax (61)3314-6613

MCidades: Departamento Apoio à Gestão Municipal e Territorial - Pedro Henrique Dücker Bastos - pedro.bastos@cidades.gov.br / (61) 2108-1347.

Mais informações:

FUNASA: <http://www.funasa.gov.br/site/engenharia-de-saude-publica-2/sistema-de-abastecimento-de-agua/>

MCidades: <http://www.cidades.gov.br/saneamento/>

2. Esgotamento Sanitário

O que é? É um programa que tem como ação o objetivo de fomento à implantação de sistemas de coleta, tratamento e destino final de esgotos sanitários visando o controle de doenças e outros agravos, assim como contribuir para a redução da morbimortalidade provocadas por doenças de veiculação hídrica e para o aumento da expectativa de vida e da melhoria na qualidade de vida da população.



Indicadores: Índice de abastecimento urbano de esgoto com rede coletora.

Recursos financeiros e instrumentos de planejamento: A Funasa, por meio do Departamento de Engenharia de Saúde Pública, financia a implantação e ampliação e/ou melhorias em sistemas de esgotamento sanitário nos municípios com população de até 50 mil habitantes


A Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA) do Ministério das Cidades, atenta ao desafio do planejamento que se coloca aos municípios e à complexidade do tema, apoia, por meio de seleção pública, municípios e consórcios brasileiros de diversas regiões do país na elaboração de seus respectivos Planos de Saneamento Básico. Esse apoio, além de viabilizar o repasse de recursos destinados à contratação de consultoria para a elaboração do Plano, engloba a capacitação dos servidores e técnicos dos proponentes selecionados, abrangendo as diversas etapas do Plano. Como decorrência dessa iniciativa, tem-se a expectativa da elaboração de Planos que possam ser considerados referências para os demais municípios brasileiros.

Relações federativas: Em relação ao abastecimento de água e esgotamento sanitário cabe ao Ministério das Cidades, por meio da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, o atendimento a municípios com população superior a 50 mil habitantes ou integrantes de Regiões Metropolitanas, Regiões Integradas de Desenvolvimento ou participantes de Consórcios Públicos afins. Para os municípios de menor porte, com população inferior a 50 mil habitantes, a SNSA só atua por meio de financiamento com recursos onerosos para as modalidades de abastecimento de água e esgotamento sanitário.

Para os municípios com população de até 50 mil habitantes, o atendimento com recursos não onerosos, ou seja, pelo Orçamento Geral da União (OGU), é realizado pelo Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Particularmente, com relação ao componente manejo de águas pluviais urbanas, verifica-se a competência compartilhada entre Ministério das Cidades e Ministério da Integração Nacional, além de intervenções da Funasa em áreas com forte incidência de malária.

Ações no âmbito do município: Os proponentes, no caso os gestores públicos, deverão promover ações de educação em saúde e de mobilização social durante as fases de planejamento, implantação e operação das obras e serviços de engenharia como uma estratégia integrada para alcançar os indicadores de impacto correspondentes, de modo a estimular o controle social e a participação da comunidade.

Implementação: Os projetos devem incluir programas que visem à sustentabilidade dos sistemas implantados e contemplem os aspectos administrativos, tecnológicos, financeiros e de participação da comunidade. A proposta deve contemplar a construção de estação de tratamento de esgoto,



salvo se for apresentada a documentação técnica que comprove que tais unidades estão construídas e em operação. Os projetos de esgotamento sanitário deverão seguir as orientações técnicas contidas no manual “Apresentação de Projetos de Sistemas de Esgotamento Sanitário”, disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2012/05/eng_esgot2.pdf

Boas práticas: O plano participativo realizado pelo município de Alagoinhas na Bahia é citado como bom exemplo de planejamento democrático. O plano pode ser consultado no link seguinte: http://www.bvsde.paho.org/bvsaidis/uruguay30/BR06462_Moraes.pdf

Contatos:

Funasa: Departamento de Engenharia de Saúde Pública - Telefones (61) 3314-6262/6267/6225 e Fax (61)3314-6613.

Ministério das Cidades: Planos de Saneamento – esgotamento sanitário planosdesaneamento@cidades.gov.br e telefones: (61) 2108-1488 / 1102 / 1966.

Mais informações:

FUNASA: <http://www.funasa.gov.br/site/engenharia-de-saude-publica-2/sistema-de-abastecimento-de-agua/>

Ministério das Cidades: <http://www.cidades.gov.br/saneamento/>

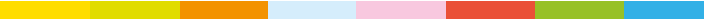
3. Resíduos Sólidos

O que é? A Política Nacional de Resíduos Sólidos é um programa que disciplina a coleta, o destino final e o tratamento de resíduos urbanos, perigosos e industriais, entre outros. Prevê a prevenção e a redução na geração de resíduos, tendo como proposta a prática de consumo sustentável e um conjunto de instrumentos para proporcionar o aumento da reciclagem e da reutilização dos resíduos sólidos e a destinação ambientalmente adequada dos rejeitos.

A lei sancionada incorpora conceitos modernos de gestão de resíduos sólidos e se dispõe a trazer novas ferramentas à legislação ambiental brasileira. Ressaltam-se alguns desses aspectos quais sejam:

Acordo Setorial: ato de natureza contratual firmado entre o poder público e fabricantes, importadores, distribuidores ou comerciantes, tendo em vista a implantação da responsabilidade compartilhada pelo ciclo de vida do produto;

Responsabilidade compartilhada pelo ciclo de vida dos produtos: conjunto de atribuições dos fabricantes, importadores, distribuidores e comerciantes, dos consumidores e dos titulares dos serviços públicos de limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos pela minimização do volume de resíduos sólidos



e rejeitos gerados, bem como pela redução dos impactos causados à saúde humana e à qualidade ambiental decorrentes do ciclo de vida dos produtos, nos termos desta Lei;

Logística Reversa: instrumento de desenvolvimento econômico e social, caracterizado por um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento, em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, ou outra destinação final ambientalmente adequada;

Coleta seletiva: coleta de resíduos sólidos previamente segregados conforme sua constituição ou composição;

Ciclo de Vida do Produto: série de etapas que envolvem o desenvolvimento do produto, a obtenção de matérias-primas e insumos, o processo produtivo, o consumo e a disposição final;

Sistema de Informações sobre a Gestão dos Resíduos Sólidos (Sinir): tem como objetivo armazenar, tratar e fornecer informações que apoiem as funções ou processos de uma organização. Essencialmente é composto de um subsistema formado por pessoas, processos, informações e documentos, e um outro composto por equipamentos e seu meios de comunicação;


Catadores de materiais recicláveis: diversos artigos abordam o tema, com o incentivo a mecanismos que fortaleçam a atuação de associações ou cooperativas, o que é fundamental na gestão dos resíduos sólidos;

Planos de Resíduos Sólidos: O Plano Nacional de Resíduos Sólidos em processo de elaboração, com ampla participação social, contém metas e estratégias nacionais sobre o tema. Também estão previstos planos estaduais, microrregionais, de regiões metropolitanas, planos intermunicipais, municipais de gestão integrada de resíduos sólidos e os planos de gerenciamento de resíduos sólidos.

Indicador: % de resíduos recolhidos pela coleta seletiva

Recursos financeiros e instrumentos de planejamento: A União fornece recursos para os municípios, mas, nesse caso, é necessária a apresentação de um Plano de Gestão de Resíduo Sólido. O Sinir permite o controle do cumprimento das metas do plano nacional e dos acordos setoriais, disponível no endereço eletrônico: www.sinir.gov.br. As informações constantes do Sinir possibilitarão o acompanhamento da gestão dos resíduos sólidos em todos os municípios, não só os resíduos sólidos urbanos, mas todos os resíduos abrangidos pelo Plano Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS).

A elaboração dos Planos Municipais de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos (PGIRS) é condição necessária para os municípios terem acesso aos recursos da União, destinados à limpeza urbana e ao manejo de resíduos sólidos.



O conteúdo mínimo encontra-se no Art. 19 da Lei 12.305/2010. O Decreto 7.404/2010, que a regulamenta, apresenta, no Art. 51, o conteúdo mínimo, simplificado em 16 itens, a serem adotados nos planos de municípios com população até 20 mil habitantes.

Relações federativas: Comitê Interministerial da Política Nacional de Resíduos Sólidos cuja coordenação é exercida pelo Ministério do Meio Ambiente (MMA), elabora e avalia a implementação do Plano Nacional de Resíduos Sólidos, sendo que a elaboração do Plano deve estar embasada em estudos que o fundamentem.

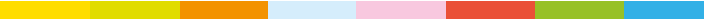
O Ministério do Meio Ambiente apoia os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os respectivos órgãos executores do Sistema Nacional do Meio Ambiente (SISNAMA), na organização das informações, no desenvolvimento dos instrumentos, na implementação e manutenção Sinir. O MMA mantém, de forma conjunta, a infraestrutura necessária para receber, analisar, classificar, sistematizar, consolidar e divulgar dados e informações qualitativas e quantitativas sobre a gestão de resíduos sólidos. Estes entes federados disponibilizarão anualmente ao Sinir as informações necessárias sobre os resíduos sólidos sob sua esfera de competência.

O Sinir atua sob a coordenação e articulação do Ministério do Meio Ambiente e deverá coletar e sistematizar dados relativos aos serviços públicos e privados de gestão e gerenciamento de resíduos sólidos, possibilitando: o monitoramento, a fiscalização e a avaliação da eficiência da gestão e o gerenciamento dos resíduos sólidos, inclusive dos sistemas de logística reversa; a avaliação dos resultados, impactos e acompanhamento das metas definidas nos planos; e a informação à sociedade sobre as atividades da Política Nacional.

O Sinir deve ser alimentado com informações oriundas, sobretudo, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Ações no âmbito do município: Através de elaboração com consulta à população, definir diagnósticos, diretrizes e estratégias para a destinação adequada dos resíduos e rejeitos e para a implementação da coleta seletiva e da política reversa. Além disso, os municípios, consórcios e microrregiões nos seus Sistemas de Resíduos devem refletir a sua gestão e manejo, permitindo:

- Caracterização das condições da prestação dos serviços públicos de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos;
- Caracterização da oferta de serviços públicos de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos;
- Caracterização da demanda de serviços públicos de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos tendo em vista a universalização desses serviços;


- 
- Monitoramento da prestação dos serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos;
 - Avaliação a eficiência dos serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos;
 - Avaliação a eficácia dos serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos;
 - Avaliação dos resultados e dos impactos dos planos de resíduos sólidos;
 - Comparação com padrões e indicadores de qualidade da entidade reguladora;
 - Monitoramento de custos;
 - Monitoramento da sustentabilidade econômico-financeira da prestação dos serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos;
 - Caracterização anual dos resíduos dispostos em aterros sanitários na microrregião, para fins de monitoramento dos produtos obrigados à logística reversa;
 - Monitoramento de passivos ambientais;
 - Monitoramento dos serviços públicos de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos por meio de indicadores ambientais; e
 - Monitoramento de condições e tendências em relação às metas de redução, reutilização, coleta seletiva e reciclagem de resíduos sólidos.

Implementação: Cabe ao município, com base na Política Nacional de Resíduo Sólido, a criação de um Plano Municipal de Resíduo Sólido, para definição de metas e para obter acesso aos recursos da União. Devido à complexidade técnica do Plano Municipal, o município pode contratar empresas especializadas para realizá-lo.

Boas práticas: Apoio aos catadores (Funasa) - Este programa tem como objetivo fomentar a implantação do acesso aos serviços de manejo de resíduos sólidos urbanos de forma ambientalmente adequada, induzindo a inclusão socioeconômica de catadores de materiais recicláveis.

Neste programa, são financiadas a execução de serviços relacionados à coleta e destinação final dos resíduos sólidos e a construção de aterros, galpões de triagem e aquisição de equipamentos.

A seleção das cooperativas e associações é realizada através de edital de chamamento público, divulgado neste site, para envio das propostas pelos



proponentes. Nestes editais são divulgados os critérios utilizados para a seleção destas cooperativas e associações. Para maiores informações, entrar em contato com Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp) - Telefones: (61) 3314-6262/6267/6225 e Fax (61)3314-6613.

Desafios: O manejo de resíduos sólidos e a implantação da coleta seletiva podem gerar bons resultados para os municípios e melhorar a qualidade de vida de sua população, mas este ainda é um desafio para os gestores municipais em todo o Brasil. Muitos municípios não têm capacidade técnica de realização de seus planos municipais ou não estão ainda sensibilizados sobre essa questão.

Contatos:

Ministério do Meio-Ambiente Projetos de Gestão de Resíduos Sólidos - Saburo Takahashi - saburo.takahashi@mma.gov.br e Telefone (61) 2028-2047.

SINIR - sinir@mma.gov.br

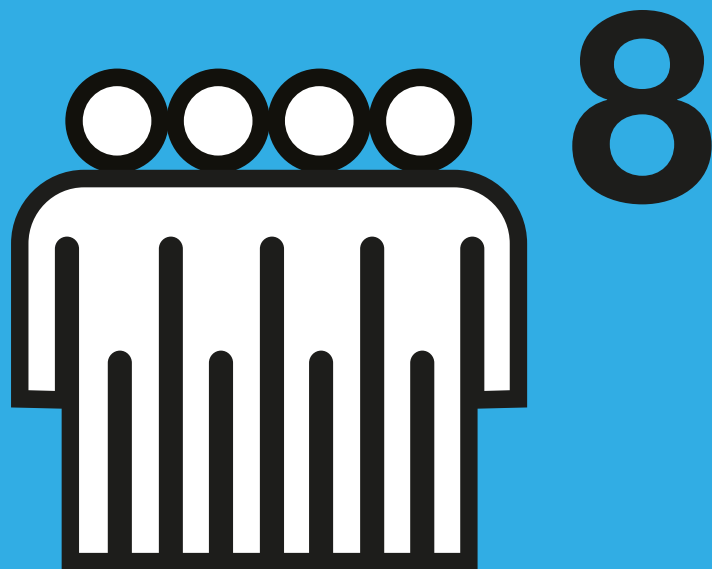
SISNAMA - Ana Lucia Ancona - ana.ancona@mma.gov.br

Telefone (61) 2028-2125.

Mais informações:

Manual para elaboração do Planos de Gestão de Resíduos Sólidos:

http://www.mma.gov.br/estruturas/182/_arquivos/manual_de_residuos_solidos3003_182.pdf



**TODO MUNDO
TRABALHANDO PELO
DESENVOLVIMENTO**



ODM 8 – TODO MUNDO TRABALHANDO PELO DESENVOLVIMENTO

Pelas metas da ONU, para se alcançar esse Objetivo, é necessário: formular e executar estratégias, em cooperação com os países desenvolvidos, que permitam que os jovens obtenham um trabalho digno e produtivo; proporcionar acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis em países em vias de desenvolvimento, em cooperação com as empresas farmacêutica; e, em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, em especial das tecnologias de informação e de comunicações.

O crescimento econômico sustentado, a redução da vulnerabilidade externa, a estabilidade política e o aprimoramento das políticas sociais têm permitido ao País uma atuação mais proativa no cenário internacional, com base no compartilhamento de conhecimentos e de experiências bem sucedidas de desenvolvimento. Coerente com os esforços empreendidos no âmbito dos programas nacionais de combate à pobreza e à exclusão social, o Brasil tem instado a comunidade internacional a assumir a responsabilidade pela segurança alimentar global.

No plano interno, a busca é para dar maior capacidade às administrações públicas para desenvolver e implementar políticas públicas para um aumento da inclusão social. Em uma federação complexa como a brasileira isto envolve esforços para tornar a gestão municipal, eficiente e eficaz, capaz de acelerar a execução dos investimentos públicos; de manter as políticas sociais; de realizar ações de diversificação da economia local; bem como de melhorar o ambiente de negócios e a qualidade do gasto público.

Para melhorar o ambiente de negócios, o Brasil tem feito esforços para reduzir a informalidade na economia. Neste sentido, destacam duas ações do Estado Brasileiro com o objetivo de facilitar a formalização de pequenos negócios e das micro e pequenas empresas: A Lei Geral da Micro e Pequena Empresa, com a reformulação do Simples, criando o Simples Nacional; e a Lei do Microempreendedor Individual (MEI).

Uma terceira política que vai ao sentido de um desenvolvimento econômico para todos é a política de esforço fiscal. Assim, o Governo Federal está empenhado no desenvolvimento de novas ações em prol da modernização e da transparência na contabilidade e nas finanças públicas, destacando-se a promulgação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) - Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000- e a convergência da Contabilidade Pública às normas internacionais de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público. A Receita Corrente Líquida (RCL) é um indicador de grande importância no esforço fiscal para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio e para a Agenda de Compromissos Governo Federal e Municípios 2013-2016.

1. Programa Microempreendedor Individual – MEI


O que é? Microempreendedor Individual (MEI) é a pessoa que trabalha por conta própria e que se legaliza como pequeno empresário. Para ser um microempreendedor individual, é necessário faturar no máximo até R\$ 60.000,00 por ano e não ter participação em outra empresa como sócio ou titular. O MEI também pode ter um empregado contratado que receba o salário mínimo ou o piso da categoria. Entre as vantagens oferecidas por essa lei está o registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), o que facilita a abertura de conta bancária, o pedido de empréstimos e a emissão de notas fiscais.

Indicador: Total de MEI existentes

Recursos financeiros: Não há recurso específico destinado à implementação dessa política, entretanto, o aumento de trabalhadores autônomos optando pelo MEI tende a aumentar a arrecadação do ISS no município. O MEI é enquadrado no Simples Nacional e ficará isento dos tributos federais (Imposto de Renda, PIS, Cofins, IPI e CSLL). Assim, pagará apenas o valor fixo mensal de R\$ 32,10 (comércio ou indústria) ou R\$ 36,10 (prestação de serviços), que será destinado à Previdência Social e ao ICMS ou ao ISS. Os valores arrecadados e destinados ao ISS são repassados aos municípios pela União

Ações no âmbito do município: O gestor público pode, em parceria com o Sebrae, realizar campanhas de divulgação, orientação e suporte ao indivíduo que tenha interesse em se cadastrar junto ao MEI para abrir ou formalizar o seu pequeno negócio. Ainda que as atribuições do município sejam limitadas no que diz respeito a essa política, é de extrema importância que o gestor municipal promova um ambiente favorável para o desenvolvimento de pequenos negócios locais, facilitando e apoiando a formalização dos pequenos empreendimentos.

Implementação: A adesão ao programa, de extrema simplicidade, deve ser realizada pelo próprio empreendedor. Entretanto, quando há abertura de um local para o exercício da atividade, o município tem algumas atribuições, já que a concessão do Alvará de Localização depende da observância das normas dos Códigos de Zoneamento Urbano e de Posturas Municipais. Assim, a maioria dos municípios mantém um serviço de consulta prévia para o empreendedor saber se o local escolhido para estabelecer a sua empresa está de acordo com essas normas. Além disso, outras normas devem ser seguidas, como as sanitárias, por exemplo, para quem manuseia alimentos. Antes de qualquer procedimento, o empreendedor deve consultar as normas municipais para saber se existe ou não restrição para exercer a sua atividade no local escolhido, além de outras obrigações básicas a serem cumpridas. Nesse sentido, o município pode favorecer a criação de MEIs facilitando o acesso às normas assim como ajudando e orientando o pequeno empreendedor.



Contatos: Sebrae – 0800 – 570 0800 ;

Ministério de Desenvolvimento, Agricultura e Comércio Exterior – Telefone (61) 2027-7000.

Mais informações:

Portal do Empreendedor:

<http://www.portaldoeempreendedor.gov.br/mei-microempreendedor-individual>

Sebrae: www.sebrae.com.br

2. Esforço Fiscal e Receita Corrente Líquida

O que é? O desequilíbrio fiscal, ou gastos sistematicamente superiores às receitas, predominou na administração pública no Brasil até recentemente. As consequências para a economia são bastante negativas, e, em alguns casos, têm impacto sobre mais de uma geração. A inflação descontrolada até o lançamento do Real, a convivência com taxas de juros muito altas, o endividamento público também expressivo e a carga tributária relativamente alta, quando comparada com nossos vizinhos, são algumas destas consequências.

Nesse contexto, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) foi criada como um instrumento para auxiliar os governantes a gerir os recursos públicos dentro de um marco de regras claras e precisas, aplicadas a todos os gestores de recursos públicos e em todas as esferas de governo, relativas à gestão da receita e da despesa públicas, ao endividamento e à gestão do patrimônio público.

Além disso, a Lei consagra a transparência da gestão como mecanismo de controle social, através da publicação de relatórios e demonstrativos da execução orçamentária, apresentando ao contribuinte a utilização dos recursos que ele coloca à disposição dos governantes.

Assim, enquadrado por essa legislação, o esforço fiscal dos municípios é um elemento determinante na promoção do desenvolvimento econômico local, contribuindo para uma boa evolução do oitavo ODM.

Indicador: Receita corrente líquida municipal.

A Receita Corrente Líquida Municipal (RCL) é o somatório das receitas tributárias, de contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos a contribuição dos servidores para o custeio do seu sistema de previdência e assistência social e as receitas provenientes da compensação financeira entre diferentes sistemas de previdência.

Trata-se de um indicador de grande importância no esforço fiscal e que melhor



ilustra o grau de qualidade da gestão fiscal e tributária do município.

O demonstrativo da RCL do mês de referência faz parte do Anexo III do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), bem como sua evolução nos últimos doze meses e a previsão de seu desempenho no exercício. Tal demonstrativo é normalmente publicado no prazo de até trinta dias após o encerramento de cada bimestre. A publicação periódica dos demonstrativos que acompanham o RREO, entre eles o da RCL, permite que a população conheça, acompanhe e fiscalize o desempenho da execução orçamentária.

As prefeituras municipais devem enviar para o Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação (SISTN) o valor consolidado da RCL que serve de base para análise dos limites e dos compromissos estabelecidos.

O acesso ao SISTN somente é permitido a servidor indicado pela prefeitura por meio de ofício à agência da CAIXA de seu relacionamento, que então passa a ser a pessoa oficialmente responsável pela inserção dos dados contábeis do Município no sistema.

Relações federativas: Cabe a cada esfera governamental a arrecadação dos tributos próprios, disposto na Lei de Responsabilidade Fiscal. A Constituição Federal garante a autonomia dos entes federados. O objetivo é incentivar a arrecadação própria, ainda que estejam incluídas as transferências e repasses no cálculo da RCL.

Ações no âmbito do município: De modo a aumentar sua receita, o município pode realizar um esforço de regularização dos tributos locais (IPTU), assim como garantir uma justa arrecadação de outras fontes, como as receitas patrimoniais (aluguel de imóveis).

Implementação: Para que os indicadores sejam atingidos, o Ministério da Fazenda disponibiliza, todos os anos, um Manual dos Demonstrativos Fiscais, com as regras, ações e caminhos a serem seguidos pelo gestor público.

http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/MDF5/MDF_5edicao.pdf

Desafios: um dos grandes desafios é incentivar o município a não se contentar somente com as transferências constitucionais oriundas da União e dos estados e sim realizar um esforço maior na arrecadação de receitas próprias, por exemplo, instituindo o IPTU em todo o seu território e não somente na zona central.

Contatos:

Secretaria do Tesouro Nacional:

Sítio <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/fale-conosco>

joao.goulart@fazenda.gov.br

Mais informações: Lei de Responsabilidade Fiscal - http://www.mda.gov.br/portal/arquivos/file?file_id=3189763&show_all_versions_p=f

3. Simples Nacional

O que é? O Simples Nacional é um regime compartilhado de arrecadação, cobrança e fiscalização de tributos aplicável às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, previsto na Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006. Abrange a participação de todos os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

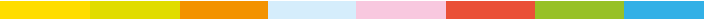
É administrado por um Comitê Gestor composto por oito integrantes: quatro da Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB), dois dos Estados e do Distrito Federal e dois dos Municípios. Para o ingresso no Simples Nacional é necessário o cumprimento das seguintes condições: enquadrar-se na definição de microempresa ou de empresa de pequeno porte; cumprir os requisitos previstos na legislação; e formalizar a opção pelo Simples Nacional.

Indicadores: Quantidade de optantes por município. De forma sistematizada, são levantados a quantidade de microempreendedores no Simples Nacional por habitante. Esse levantamento ocorre mês a mês e em todos os municípios da Federação. Os dados são divulgados através de um endereço eletrônico disponibilizado para os gestores públicos e constarão na plataforma da Agenda de Compromissos.

Recursos financeiros: Não há recursos financeiros advindo da União, mas, sim, o repasse da arrecadação tributária, da mesma forma que o MEI. No caso do ICMS, o valor é repassado para os Estados, e do ISS, para os municípios.

Relações federativas: Ao Comitê Gestor do Simples Nacional (CGSN), compete à regulamentação do Simples Nacional. O CGSN, vinculado ao Ministério da Fazenda, trata dos aspectos tributários do Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte e é composto por representantes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Todos os Estados e Municípios participam obrigatoriamente do Simples Nacional. Entretanto, a depender da participação de cada Estado no Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, poderão ser adotados limites diferenciados de receita bruta de EPP (sublimites), para efeitos de recolhimento do ICMS ou do ISS. O sublimite adotado por um Estado aplica-se obrigatoriamente ao recolhimento do ISS dos municípios nele localizados.

Ações no âmbito do município: Apesar da adesão ao Simples Nacional ser optativa ao contribuinte, é obrigatório para o município disponibilizá-la. Cabe ao gestor o papel de divulgar as informações e auxiliar o contribuinte na



realização de sua adesão. Todos os anos são realizados Seminários, Nacional e Regionais, para a apresentação e divulgação do programa. Assim como no caso do MEI a prefeitura pode apoiar seus munícipes no processo de adesão e formalização de seus negócios, por meio de campanhas e parcerias com outras instituições, como o SEBRAE.

Implementação: a adesão ao Simples nacional se dá por opção do próprio empresário ou comerciante.

Boas práticas: Parceria e formações com o SEBRAE, para melhor atender os munícipes e facilitar regularização e aumento do número de optantes.

A prefeitura pode ainda disponibilizar, para empresas de baixo risco, um alvará imediato, realizando as vistorias posteriormente, de modo a agilizar o processo de abertura do negócio.

Um Plano de zoneamento municipal bem realizado facilita igualmente a criação de negócios.

Desafios: Um dos desafios é a questão do certificado digital, necessário para que os municípios atuem mais efetivamente (para indeferir uma opção ou excluir uma empresa, por exemplo). Muitos municípios ainda não o possuem, por falta de orçamento ou por desconhecimento.

Contatos: <http://www8.receita.fazenda.gov.br/SIMPLESNACIONAL/FaleConosco.aspx>

Mais informações:

Portal Simples Nacional - <http://www8.receita.fazenda.gov.br/SIMPLESNACIONAL/Default.aspx>

Portal SEBRAE - <http://www.sebrae.com.br/uf/paraiba/sites-especiais/simples-nacional>

Saiba mais

Subchefia de Assuntos Federativos – SAF

Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República

Telefones: 55 (61) 3411-3521 /3516

FAX: 55 (61) 3323-4304

www.sri.gov.br

Secretaria Nacional de Relações Político-Sociais – SNARPS

Secretaria-Geral da Presidência da República

Telefone: 55 (61) 3411-3555

www.secretariageral.gov.br



**PRÊMIO OBJETIVOS
DE DESENVOLVIMENTO
DO MILÊNIO BRASIL**



1
ACABAR COM A FOME
E A MISÉRIA

2
EDUCAÇÃO BÁSICA
DE QUALIDADE PARA
TODOS

3
IGUALDADE ENTRE
SEXOS E VALORIZAÇÃO
DA MULHER

4
REDUZIR A
MORTALIDADE INFANTIL

5
MELHORAR A SAÚDE
DAS GESTANTES

6
COMBATER A AIDS,
A MALÁRIA E OUTRAS
DOENÇAS

7
QUALIDADE DE VIDA
E RESPEITO AO MEIO
AMBIENTE

8
TODO MUNDO
TRABALHANDO PELO
DESENVOLVIMENTO

Baixe o leitor
de QR Code e
acesse a Agenda



Apoio



Parceiros



Secretaria-Geral da
Presidência da República

Secretaria de
Relações Institucionais



Saiba mais:

www.portalfederativo.gov.br

www.agendacompromissosodm.planejamento.gov.br