

② 日順による調査内容

協議の概要（日程順）

1月19日（木）

午前の便でサンパウロ経由で調査団到着。在ブラジル日本国大使館、JICAブラジル事務所にそれぞれ表敬訪問し、今回の調査方針等について説明を行った。その後、保健省官房局長を表敬した。

1月20日（金）

〈ABC、保健省母子保健課との協議〉

- (1) 1987年にセアラ州政府に新政権が成立し、それに伴い各種の政策が実行に移された。その政策のひとつにセアラ州内の母子保健事情の調査があり、1987年と1990年に統計が作成された（1987年時点では出生届すら50%程度しか登録されていなかった）。それによると、母子保健に関わる問題としては劣悪な住宅事情、環境問題、教育問題等いろいろな問題が明らかになったが、州保健局としては乳幼児の下痢症の問題に的を絞るのが妥当であると判断された。これを受けて州保健局が下痢症をなくすためにORS（経口補水液）導入を行ったところ、1987年から1990年の4年間で乳幼児の死亡率は1/3まで改善された（並行して水質の改善も行われた）。また、この4年間で乳幼児に対するワクチン接種の接種率も増加した（BCG100%、ポリオ86%、3種混合75%、麻疹97%）。妊娠可能年齢な女性についても破傷風の接種が65%に増加した。
- (2) 1991年に発足した新政権では、前政権からの母子保健政策に加えて、急性呼吸器感染と妊産婦検診の重要性が重点課題として挙げられた。1991年以降の母子保健統計は整備されておらず数字として残っていないが、1991年から1994年までの早ばつの影響で住民の貧困化が進み乳幼児の死亡率は再度上昇している。
- (3) 1988年の新憲法で中央政府から州、市に権限を委譲していくこととなった。しかしながら下痢症対策、急性呼吸器感染症、ワクチン接種については持続性が重要であることから保健省が引き続き全国レベルで実施している（5歳以下の乳幼児への抗生物質、ワクチン接種、ORSは無料）。
- (4) 現在、統一保健機構（SUS）予算として5億ドル／年を各州の病院に配分している。これは病院への配分であり、薬、ワクチンについては別途、現物で支給している。
- (5) セアラ州には184市あり、そのうち140市は病院、保健所の経営が市に移管済となっている。
- (6) ABCとしては、日本に以下のことを期待している。
 - 1) 母子保健分野でなにが本当に重要なのか、保健省、セアラ州と日本側専門家が一体となって活動して欲しい。
 - 2) 日本の知見を統一保健システムのなかに取り入れて欲しい。

- (7) 保健省が母子保健分野で日本に期待しているのは、
- 1) 女性の問題（妊産婦、婦人検診等）についてはコミュニティーレベルから専門病院レベルまでの協力を期待している。
 - 2) 乳幼児についてはコミュニティーレベルでの母子保健活動を期待している。
 - 3) 基本的に母子保健についてはコミュニティーレベルでの活動が最重点。
- (8) 全国のなかで東北部は人口が多く、人口比からの貧困層の割合が多くなっている。また、乳幼児の死亡率、疾病率も非常に高い。このような状況は北部、中西部も同様であるが、東北部は人口が多く（ブラジル全体の約3割）また、他地域と比べても交通事情が良いことからプロジェクト実施には適している（アマゾン川流域である北部は各村落へのアクセスが非常に困難）。5歳未満の乳幼児人口は1990年には全国で1,600万人おり、そのうち東北部は約550万人と全国の1/3を占めている。従って、東北部は人口に比して乳幼児の占める割合が非常に多くなっている。1992年の東北部の乳幼児死亡率は92/1000となっており全国と比べても非常に高くなっている。
- (9) 東北部のセアラ州は政治的に受け入れ状況が良く、行政側とそれを受け入れる住民側双方の生活環境改善に対するモチベーションが高い。また、セアラ州政府自体、マネージメントの能力が高いので、プロジェクトを受け入れる素地ができています。
- (10) すでに実施が予定されている東北部公衆衛生プロジェクトは、実施機関がペルナンブコ州立大学であり、内容もSUS支援に係る公衆衛生活動となっている。それに対して本プロジェクトは公衆衛生のなかでも特に母子保健に絞り、保健省、州保健局と共にコミュニティーレベルでの活動を実施することが最重要課題となっている。
- (11) 本プロジェクトは保健省が監督機関となるが、実施についてはセアラ州政府が行う。これは地方（州）への権限委譲の政策に則したものである。
- (12) 今年の保健省の計上予算は100億ドルで政府と折衝中である。

1月21日（土）

〈連邦内の母子保健関連施設視察〉

(1) ガマ保健区サンタマリア地区保健センター

ガマ保健区（人口50万人）には3つの地区から構成されており、そのうちの1つであるサンタマリア地区を訪れた。サンタマリア地区（人口13万人）は4年前人口が1万人であったのが、連邦区の政策で不法占拠者を移住させたために現在では人口が13倍に膨らんでいる。急激に人口が増えたため医療施設の拡充が追いつかず、6ヵ月前にようやくサンタマリア地区保健センターが完成したとことである。このセンターはブラジリア連邦州政府からの予算でセンターが直接運営しており、運営・維持管理等に係る諮問機関として地域保健委員会が設置され、本年4月から機能する予定である（ブラジリアは特別区であるため州政府がセンターを直轄してい

る)。

しかし、X線機材がなく抗生物質も慢性的に不足しており、診療業務にも支障をきたしている現状にある(これら諸問題について上記の地域委員会の役割が期待されている)。また、医療従事者も12人の定員に対して5人(一人当たり週24時間)と不足している。受診者は1日当たり約130人(うち、歯科への受診が50人)となっている。医師の給料は週24時間勤務で月850レアル、看護婦は週30時間勤務で同額である。

このセンターは総合医療施設であるが入院はできない。また、去年12月からの新政府の政策で保健教育の重視が打ち出され、予防医療への住民の積極的参加が活発になりつつある。実際、本センターでも周辺の母親を集めての家族計画教室等が定期的で開催されている。更に住民と医師との討論会等も計画されている。

(2) ガマ地区連邦州立病院

ここはガマ地区の第2次と第3次の中間的な性格を持った総合病院で、小児科、産婦人科、救急外来、感染症科、外科、内科等を兼ね備えた地域中核病院である。ここでは、リファンブシンを用いた短期化学療法を結核に対して行っている。近年問題となっているエイズ関連については現在入院している結核患者33人のうち5人が陽性となっている。

また、病院内の血液銀行においては献血者の1から1.5%がエイズ感染血液となっており問題となっている(ブラジリア全体では0.3%)。実際、献血された血液のうち2~3割は各種病原菌に感染しているため使用できない現状にある。床数は約500であり、そのうち小児科は80床となっている。結核については塗抹陰性になるまで収容したあと退院後も地域を通じて病院との接点を保っている。地域住民の医療知識の不足から、住民は些細なことでも病院の救急医療を乱用しており、このことが病院の混雑に一層の拍車をかけている。従って、住民への医療知識の普及が重要課題となっている。

1月22日(日)

ブラジリア~フォルタレーザ移動(空路)、団内打合せ

1月23日(月)

(セアラ州保健局のプレゼンテーション及び協議)

(1) フォルタレーザ州は1981年に人口が529万人であったのが、1991年には636万人と1.7%人口が増加している。死因として多い順に挙げると

- ① 循環器疾患
- ② 悪性新生物
- ③ 外傷(交通事故、殺人、暴力の順番、男性が多く関与している)

となっている。地方部においては飲料水の処理が問題となっており、市部においては殺人や外

傷等が問題となっている。

(2) SUS施行後、州レベルでもいろいろの変化があった。セアラ州保健局の政策として

- ① 権限の地方委譲
- ② 地域参加
- ③ セクター間協力（セアラ州内20行政区に対し、住宅、環境、保健等の各分野を横断的に取り纏める委員会を設置し、住民への総合対策を行う）
- ④ ヘルススタッフのモチベーション強化（研修、給与等の人事関連事項の改善）
- ⑤ 適所適材の原則の強化（人事及び財政関連事項の改善）

が挙げられる。

(3) 保健政策を実施するに当たっては保健に関する行政区の設定、特に区分けが重要となっている。

(4) ヘルススタッフのモチベーション強化対策として、

- ① 関連する他の分野の教育
- ② 保健知識の再教育
- ③ OJTを適切に行うこと
- ④ 図書館を整備して知識へのアクセスを高めること

が図られており、これによってヘルススタッフのPHC機能強化が期待されている。

(5) Agente de Saude（以下、健康エージェントと仮訳する）計画は、セアラ州184市のうちフォルタレーザ市（州都）を除く183市で実施されている。

同計画は、看護婦レベルのスーパーバイザー（監督官）が保健エージェント候補者（小学校卒業程度以上）に対して60日間の研修（3ヵ月間、保健ポストや保健センターで実習を行う、内容として母子保健を中心に、コレラを含む急性下痢症、デング熱対策についても必要があれば実施している）を行って人材の育成を行っている。1994年現在では7割の市で比較的うまくいっている。しかし同計画が市全域をカバーしているのは20市しかない。また、保健エージェント（現在、7,800人）は、1人が農村部では100家族、市内では250家族程度を通常管轄しており、各家庭を月に一度訪問するシステムとなっている。州全体では88万家庭（184市のほぼ全体）がカバーされている。また、監督官が健康エージェントに母子保健教育を行っているが、監督官は通常、市の中心部に住んでおり、看護婦としての仕事を持っているのが通例である。週20時間は、保健エージェントの指導を行うことが義務付けられているが、その時間すらないのが現状であり、母子保健普及のための障害となっている。

更に一部の市（キシヤダ市、ベベリーベ市等）では新政策として医師、看護婦等をAgente de Saude Programに巻き込んで、より効率を良くする試み（Family health Program）が実施されている。

(6) 現在、セアラ州保健局では世銀の1991～1995の人材育成計画が実施中であり本年度が最終年度になっている。昨年度は州保健局に対して200万ドルが提示されたが、135万ドルを使って公

衆衛生学校を建設した実績がある。また、1995年度は500万ドルの予算が提示されており、そのうち400万ドルを使って保健エージェントの監督官を訓練する計画である。

また、現在までに世銀の資金により5つの訓練プログラムを実施し、約5千人の監督官等保健従事者が訓練されている。

- (7) 地方部では依然としてハンセン氏病やコレラ、デング熱等があり疫学調査の必要性が高まっている。疫学調査については現在、各疾病ごとに統計をとっているが、統一的な体系ができていないので、統一的な情報システムの構築と実施が課題となっている。
- (8) 州内には15床程度の病院が60程度、保健センター、保健ポストが約500、フォルタレーザ市には高度専門病院が6つあるが、これらのマネージメントが問題となっている。
- (9) セアラ州保健局の予算は毎年、7月に次年度の予算案提出、9月に折衝、10月に予算獲得となっている。今年については1月にセアラ州の新政府が発足したので2月以降の予算獲得となっている。
- (10) ビバクリアンサ、ビバムルールは看護婦等の大卒者や他の高卒者が中心となって14の地域で実施されている。現在までの活動内容は、
 - ① 産前産後のケア
 - ② 授乳促進
 - ③ 発育
 - ④ 感染症対策
 - ⑤ 下痢症への対応 (ORS)
 - ⑥ 予防接種の実施

1月24日 (火)

〈セアラ州教育長表敬〉

- (1) 教育局ではUNICEF関係の全コーディネーションを行っている。特に昨年は乳幼児死亡率が増加しており、保健行政と教育行政の連系の必要性がますます高まっている。地域住民の健康ということを考えると、これは住民への教育、特に識字率の向上なくしては達成できない。セアラ州では15才以上の人口の37%程度が文盲となっている。これは就学率の問題、学校以外の母親の教育の問題等が相互に関連している。
- (2) 現在セアラ州の保健エージェント (95%が子供を有する女性) は農村部ではひとりが100家族を平均して担当している。この制度をうまく生かし、保健エージェントの再教育を適切に実施する等して教育と保健の統合を図りたい。また、現在、セアラTVで社会教育を実施中である。しかし、ハード面はなんとかなくても実際のソフト面がうまくいっていない現状にある。
- (3) 世界的に識字率は男性のほうが高いがセアラ州では女性のほうが識字率が高くなっている (約10%の差)。これは、男性の場合には子供の頃から仕事に就いてしまうこと、及び女性対象

の教育組織がしっかり機能していることの2つの理由が考えられる。

- (4) 現在、企画局のなかでG T I (Interinstitutional working group) という調整機関を設置し、各課の横断的な調整を行っている。これはAgente de Saudeの機能を強化して、社会教育等も実施させられないか検討することを目的としており、政府レベルでも教育省、保健省、社会福祉省、州教育審議会、市教育委員会等が1月30日に会議を行う予定である。

〈セアラ州保健局 (梅内団長、青木団員)〉

- (1) 保健省母子保健課には小児担当3名、女性担当4名、青少年担当4名の約11名の専門官がいる。
- (2) セアラ州保健局には小児担当10名、女性担当7名、青少年担当7名、Agente de Saude Program担当8名の計32名の専門官がおり、その他に各課に調整官が1名、全体の上に部長がいる。

〈フォルタレーザ市立アルバート・セーピン小児病院 (戸澤、小貫、内海団員)〉

- (1) ビバ・クリアンサの事務所はこの病院内にある。このプログラムは重要であるため今後も継続していきたいとUNICEF側は考えている。また、小児病院に入院している子供の母親を集めて、民芸品製作の指導を行う集会等にも会場を貸しており、住民と一体となって地域医療を行おうという意志が感じられる。
- (2) 新生児治療室、薬物中毒児等の隔離病棟も有す、セアラ州の小児医療の中核的存在である。

〈労働社会福祉局 (同3団員)〉

- (1) セアラ州労働社会福祉局は、その性格上、州政府商工局、農林局等、他局と共同体制をとっている。また、同局内に緊急対策部門があり洪水、早ばつ等の救済に当たっている。
- (2) 1987年には州内に9つの保育園がフォルタレーザ市内に限って設置されていたが、現在では州内465に増えており、同局の21名の専門家が州内をカバーしてスーパーバイズしている。

〈コミュニティ保育園 (同3団員)〉

- (1) コミュニティ保育園は地域住民による住民協会によって運営され、労働社会福祉局が運営を指導している。州政府はこれらコミュニティ保育園に対して、必要であれば園舎の建設や子供一人当たり月額12レアル程度の財政援助、保母の訓練等も担当している。
- (2) これら保育園は6:30~17:30の間、開いており働く母親が安心して子供を預けられる場所を提供している。また、子供たちには栄養を配慮した食事が与えられている。
- (3) 保健エージェントは、この保育園といったインフラを利用して地域住民に保健教育を実施している。また、保育園側も子供の健康状態に問題がある場合には積極的に保健ポストを利用する等連携体制ができています。

1月25日 (水)

〈キシヤダ市訪問〉

- (1) キシヤダ市はフォルタレーザから180キロ、人口7万人の市であり、都市部にはそのうち3.2万人が居住している。保健エージェントは115名おり、Family Health Programを実施している。

- (2) この保健エージェントは13グループに分けられている。各グループは医者1名、看護婦1名及び保健エージェント10～13名の混成部隊である。各グループは17ある保健ポストを拠点に、それぞれ約1,000家族を対象に活動している。市内の上位医療施設としては他に保健センター、市病院、産院等がある。
- (3) 保健エージェントは州政府から、医者と看護婦は市政府から雇用されている。
- (4) キシャダ市の場合、住民一人当たり年間約53ドルの医療費を要している。従来は住民が市病院を受診し、その後に保険収入が入る仕組みだったが、保健省が全国19都市を選んで1994年11月に実験的な試みを開始した。それは、毎月定期的な額を州政府が市の収入に計上し、市が保健行政の実施に責任を負うというものである。当然医者、看護婦の給料からPHCに至る全ての保健経費はこの中から支出される。
- (5) 市（具体的には、キシャダ市保健基金）は毎月入るこの保健予算に市自身の予算（割合としての10～13%）を加えている。この予算とはICMC、FPM、IPTU等の各種税金（流通税等）である。
- (6) 現在、保健省が州政府を通じ月額18万1千リアルを支給し、市からの税収2万リアルを合わせて月額20万1千リアルで保健行政を実施しているが、市自身でいろいろ計画できるので非常に保健行政がやりやすくなった。これは今までは保健診療として後からSUSを通して医療費が支払われていたのが、事前に概算分が毎月支払われるようになったので、市側としても医療行政に係る計画策定ができるようになったこと、それに伴い行政側のモチベーションも高まったことによるものである。

〈キシャダ市長表敬〉

- (1) 医療に関しては治療よりも予防が大切である。また、予防の観点から考えれば医療面だけではなく、水質や住居といった生活環境までを含めて考えなければならない。
- (2) 予防医学の観点から考えれば、医者が地域住民と一体となって啓蒙活動を行っていくのが望ましい。しかし、給与の面や地方就労という面で、このような活動は医者にとってインセンティブとはなっていないのが現状である。
- (3) 診療費の高い民間の病院では、必要のない検査まで高価な医療機器を使って行う一方、公立病院では必要な検査も医療機器がないため行えないほどの矛盾が起こってしまっている。ちなみにキシャダ市では人口の約5%が民間病院で診療を受けている。
- (4) 従って、大学教育の中で地域医療や予防医学の重要性を十分教育する必要があるのではないか。また、今回のような日本のプロジェクトが地方で展開することになれば、ブラジルの医者にとってもインセンティブとなるので望ましいのではないか。

1月26日（木）

〈ベベリベ市保健センター視察〉

- (1) ベベリベ市は7つの地区に分かれ、保健エージェンツ81名、保健ポスト15件、小病院（床数5～6程度）6件を有している。また、7地区にはそれぞれ地域保健委員会が設置されている。
- (2) 全体を統括しているベベリベ市役所では小規模ながら保健情報システムが稼働しており、3名（統計担当、歯科医、看護婦）がこれに従事している。しかし、医療統計、疫学の専門家がいないので困っている。
- (3) この保健情報システムのおかげで、インベントリーシステムがしっかりしているため抗生物質等の在庫管理がきちんとなされており不足することはない。市では毎月7千リアル程度の抗生物質を毎月購入している。
- (4) 現在、医療費は全体で年間84万リアル程度を要している。これは市財政の約3割を占めており、教育と医療分野で市財政の約6割を占めている。
- (5) ベベリベ市ではFamily Health Programが実施されており必要経費を市に請求している。また、このProgramに計39の教会や学校が協力しているのも特色である。
- (6) ベベリベ市では水道を利用しているのは全人口の1%程度であり、安全な飲料水確保を含めた生活環境の改善が必須となっている。

〈保健省母子保健局担当官、セアラ州保健局とのミニッツに係わる協議〉

- (1) 当方案に対して基本的に大きな変更点はなかった。変更のあった部分の特記事項は以下の通り。
- (2) 当初、先方署名者としてセアラ州保健局長、保健大臣を考えていたが先方との協議の結果、保健省については直接の実施責任者である保健支援局長を充てることにした。
- (3) プロジェクト名をMaternal and Child Health Improvement Project in North-East Brazilとした。
- (4) 先方実施機関の項で、①保健省は、本プロジェクトに全責任を持つと共に、同省母子保健課を通じて本プロジェクトを支援及び監督すること、②セアラ州保健局は本プロジェクトの実施に全責任を持つこと、を明記した。つまり、保健省は本プロジェクトの監督責任を含む最終責任を有し、セアラ州保健局はその実施に全責任を有することを確認した。
- (5) 先方の取るべき措置の項を保健省とセアラ州保健局に分けて記載した。機材の免税事項については先方外務省と保健省が責任を持って関係当局に手続きを行う旨記載し、また、保健省とセアラ州保健局の双方にプロジェクト実施に必要な予算、人員等を配置することを確認した。
- (6) プロジェクト実施に係る先方の委員会構成にセアラ州教育局、社会福祉局、企画局を含めた。なお、委員長は保健省保健支援局長、副委員長にセアラ州保健局長をそれぞれ充てた。

1月27日（金）

〈セアラ州保健局〉

セアラ州保健局長、調査団長間でミニッツ署名を行った。

1月28日（土）

調査結果に係る団内打合せ、資料整理を行った。

1月29日（日）

フォルタレーザへブラジリア移動（空路）、団内打合せ、各人が収集した資料の確認を行った。

1月30日（月）

保健省保健支援局長（代理）がミニッツに署名し、ミニッツ署名が完了した。

その後、在ブラジル日本国大使館、JICAブラジル事務所にそれぞれ調査結果概要を報告し、夜のフライトで調査団は帰国の途についた。

以 上

③ ミニッツ


MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE PRELIMINARY SURVEY TEAM
AND THE AUTHORITIES CONCERNED
OF THE GOVERNMENT OF THE FEDERAL REPUBLIC OF BRAZIL
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR
THE MATERNAL AND CHILD HEALTH IMPROVEMENT PROJECT IN NORTH-EAST BRAZIL

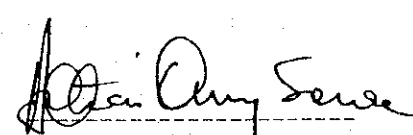
The Japanese Preliminary Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Takusei UMENAI, Professor, Department of International Health Policy Planning, the University of Tokyo, visited the Federal Republic of Brazil from January 19 to 29, 1995, for the purpose of conducting the study regarding the request of the technical cooperation for the Maternal and Child Health Improvement Project In North-East Brazil (hereinafter referred to as "the Project").

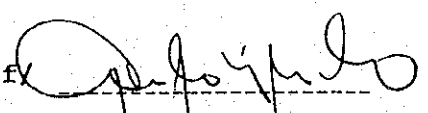
During its stay in the Federal Republic of Brazil, the Team exchanged views and had a series of discussions with the authorities of Brazilian Cooperation Agency (ABC) of the Ministry of Foreign Affairs, Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde (AESAs) and the Coordination for Maternal and Child Health (COMIN) of the Ministry of Health, and the Secretariat of Health of the State Government of Ceará of the Federal Republic of Brazil.

As a result of the study and the discussions, the Team and the authorities concerned of the Federal Republic of Brazil confirmed on the matters referred to in the document attached hereto.

Fortaleza, State of Ceará, January 27, 1995


Dr. Takusei UMENAI
Team Leader,
Japanese Preliminary
Survey Team, JICA


Dr. Anastácio de Q. Sousa
Secretary,
Secretariat of Health,
State Government of Ceará,
Federal Republic of Brazil


Dr. Eduardo Levkovitz
Secretary,
Secretariat of Health Assistance,
Ministry of Health,
Federal Republic of Brazil

ATTACHED DOCUMENT FOR MINUTES OF DISCUSSIONS BETWEEN THE JAPANESE PRELIMINARY SURVEY TEAM AND THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE FEDERAL REPUBLIC OF BRAZIL ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE MATERNAL AND CHILD HEALTH IMPROVEMENT PROJECT IN NORTH-EAST BRAZIL

Brazil, the country of approximately 150 million inhabitants, exhibits significant differences among regions, not only in its demographic aspects, but also in the social, economic and health conditions of their people.

In the field of health, statistics shows that health conditions are significantly worse in North-East Region of Brazil than those in other regions, therefore necessary measures should be taken.

This situation is remarkably observed among children, women and adolescents not only because this group represents a large portion (70%) of the population in this region, but also because of their vulnerability in terms of health.

For this reason, the Government of Brazil sent a request of project in the field of maternal and child health in North-East Brazil to the Government of Japan. In response to the request, JICA preliminary survey team was sent to Brazil.

Through the discussions between the Brazilian side and the JICA Team, below mentioned outline for the Project was tentatively formulated.

1. NAME OF THE PROJECT

Maternal and child health improvement project in North-East Brazil

2. OBJECTIVE OF THE PROJECT

(1) Overall Goal

The overall goal of the Project is to improve the quality of health of mothers and children in North-East Brazil.

(2) Project Purpose

The purpose of the Project is to improve services for maternal and child health (hereinafter referred to as "MCH") through strengthening the capacity of health staff/workers.

3. OUTPUTS OF THE PROJECT

(1) Health information system in the field of MCH is strengthened.

(2) Model project for the improvement of MCH is developed.

(3) Through the above activities, MCH program is diffused in several municipalities in the state of Ceará and eventually in other state(s), if feasible.

4. ACTIVITIES OF THE PROJECT

(1) Planning of program based on the collection and analysis of informations

- 1) Collection and analysis of informations regarding MCH
- 2) Complementary survey
- 3) Selection of the model areas
- 4) Settlement of the community-based action program
- 5) Assistance to the implementation of the action program

(2) Establishment/Implementation of Training Programs

- 1) Reviewing the existing training programs
- 2) Identification of the needs for the MCH training
- 3) Establishment of MCH training programs
- 4) Implementation of MCH training programs

(3) Monitoring and Evaluation

- 1) Monitoring of on-going MCH activities
- 2) Periodical evaluation of on-going MCH activities
- 3) Feed-back of the results of evaluation to the Project

(4) Diffusion of MCH program in several municipalities through the successful experience of implementation of above mentioned action program

5. TERM OF COOPERATION

The duration of Japanese technical cooperation will be five (5) years from the date determined in the Record of Discussions (R/D).

6. MODEL AREA

At the first stage, several municipalities of the State of Ceará will be selected as model areas for the execution of the action program.

At the second stage, more municipalities around the model areas will be selected for the diffusion of MCH program.

The selection of these municipalities will be mutually discussed between Japanese side and Brazilian side.

Furthermore, depending on the progress of the program, diffusion of MCH program may be extended to other state(s).

7. JAPANESE TECHNICAL COOPERATION

The technical cooperation of the project will be implemented through:

- (1) Dispatch of Japanese Experts

(2)Acceptance of the personnel from Brazil for training in Japan

(3)Provision of machinery and equipment

8. RESPONSIBLE ORGANIZATION

The Ministry of Health shall have overall responsibility for the the Project.

The State Government of Ceará shall have overall responsibility for the implementation of the Project under the assistance and supervision of the COMIN (Coordination for Maternal and Child Health) of the Ministry of Health.

9. MEASURES TAKEN BY THE BRAZILIAN SIDE

MINISTRY OF HEALTH

(1)To provide technical assistance to the Secretariat of Health of the State Government of Ceará

(2)To provide assistance to the Secretariat of Health of the state Government of Ceará to implement monitoring and evaluation of the project

(3)To make necessary arrangements for the custom clearance of provided equipment in collaboration with the Ministry of Foreign Affairs of Brazil

(4)To allocate a necessary number of counterpart personnel and financial resources for the coordination, supervision and evaluation of the project

(5)To provide suitable offices and facilities for Japanese Experts, if necessary.

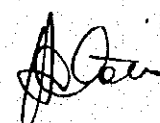
THE SECRETARIAT OF HEALTH OF THE STATE GOVERNMENT OF CEARA

(1)To allocate a necessary number of counterpart personnel and financial resources including running expenses for the implementation, coordination and evaluation of the Project

(2)To provide offices and facilities for Japanese Experts

10. INTERINSTITUTIONAL COMMISSIONS

The interinstitutional commission will be established for the successful implementation of the Project at the start of the Project. This Commission will be composed by following members.



<Brazilian side>

General Coordinator

Secretary, Secretariat of Health Assistance, Ministry of Health

Executive Coordinator

Secretary, Secretariat of Health, the State Government of Ceará

Members

Representative of COMIM (Coordination for Maternal and Child Health),
Ministry of Health

Representative of Secretariat of Health, the State Government of Ceará

Representative of Secretariat of Education, -ditto-

Representative of Secretariat of Work and Social Action, -ditto-

Representative of Secretariat of Planning, -ditto-

<Japanese side>

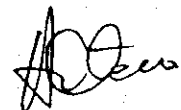
JICA Experts

Representative of Embassy of Japan in Brazil

Representative of JICA Brazil Office

<Others>

Other members permitted by the Interinstitutional Commission



④ 要 請 書

ブラジル連邦共和国

母子保健サービス向上プロジェクト

総合調整・実施機関：衛生省 医療支援局 母子保健調整課 / COMIN

協力機関：州衛生局

技術協力の要請

要請先： J I C A (国際協力事業団)

1. プロジェクト名： ブラジル母子保健サービス向上プロジェクト

2. 要請／実施機関：

2-1. 総合調整・実施機関： 衛生省 母子保健調整課／COMIN

2-2. 協力機関： 州の衛生局

3. 目的

3-1. 上位目的

プロジェクトの対象となる人口の罹患・死亡率の低減を目指して、統一保健医療システム(Unified Health System)の理念・方針に沿った保健医療対応モデルの再構築を通じ、北部、東北部、中西部の州及び市での女性、乳幼児・学童及び青少年に関わる保健医療支援サービスの実行能力の強化・拡充を図る。

3-2. 直接目的

3-2-1. 女性、乳幼児・学童、青少年に関わる保健医療支援に必要な資機材の整備を通じて、保健医療施設の機能向上を図る。

3-2-2. 保健医療従事者及び住民の研修・訓練を行う。特に、伝統的産婆に力点を置く。

3-2-3. 母子保健活動に係る技術基準を設定する。

3-2-4. 科学及び一般的調査により確認される適正な技術・知識を機関並びにコミュニティの両レベルで提供する。

3-2-5. 母子保健情報システムの設置に必要な条件を整備する。

4. 活動方針

プロジェクト実施のため、疫学的基準、既存及び必要とされる保健医療サービスのインフラ整備、人口学的見地に基づいて、北部、東北部及び中西部において優先地域を選定されなければならない。本プロジェクトに参画する州衛生局は、本プロジェクトに密に関係付けられなければならない。

保健医療サービスモデルの再構築は、以下の活動に重点を置いて実施されなければならない。

- ・ 女性に関わる保健：産前ケア、分娩・産褥ケア、家族計画、乳癌・子宮癌、産婦人科、閉経期の医療支援
- ・ 乳幼児・児童に関わる保健：発育成長観察、新生児の医療支援、母乳栄養の奨励、下痢症及び急性呼吸器系疾患の管理
- ・ 青少年に関わる保健：生殖に関する保健への支援
- ・ 女性、乳幼児・学童、青少年に関わる保健についての知識、行動（取り組み）及実践を提供する活動を通じての保健教育
- ・ 婦人教育及び離乳食指導等を通じての女性、乳幼児・学童、青少年の栄養状態の改善

5. 期待される効果

プロジェクト終了時に、以下の成果を想定する。

- パイロット地区に女性、乳幼児・児童、青少年に関わる保健医療支援に必要な資機材を整備した医療施設の拡充。
- 女性、乳幼児・児童、青少年分野で設定された優先活動。
- 選定された地域における保健医療従事者及び伝統的産婆の研修・訓練体制の整備。
- 保健医療支援に係る技術基準の策定と各州への普及。
- 母子保健に係る適正技術の各州への移転。
- 構築された母子保健情報システム。

6. 活動の効果

- 対象住民の罹病・死亡率の低下

7. 要請の背景

ブラジルの人口は1億5千万人と推定され、人口構成のみならず、主に、社会経済及び住民の保健医療面で地域間格差が認められる。

主要保健指標の推移を分析すると、北部、東北部及び中西部では、住民の大部分が生活環境面で窮地に際している。

この状況は、特に、乳幼児・児童、女性及び青少年で認められ、総人口に対する割合は70%を占め、人口構成上、代表的であるといった特徴を有するばかりでなく、とりわけ罹病・死亡の危機に瀕しているグループと言える。

近年、ブラジルでは、保健医療管理分野で目を見張る前進が認められたが、今回初めて、憲法の中で保健問題が社会権利として取り上げられた。

組織及び保健医療サービスの機能において歪みを認め、健康増進、疾病予防及び回復のため、住民の保健医療活動への普遍的なかつ公平なアクセスをもたらす条件を確保し、保健医療セクターを規定する統一保健医療システム-SUSを誕生させた。

しかしながら、法律制度の改革は、ごく最近行われたもので、保健医療対応モデルの再構成を達成し、活動を再構築し、保健医療施設での業務の効率性に係る諸条件を改善するため、連邦、州及び市の三つの行政機関の共同的な努力が必要とされている。

7-1. ブラジルの特長

ブラジルの領土は850万km²で、人口は1億5千万人と推定され、そのうちの約70%は母子人口である。そのうちの44%は、0才から19才までの幼児・青少年層であり、また、26%は20才~49才の生殖可能期にある女性である。

母子人口は多く、国民数に対するこの人口の相対数は、今後の数十年間に低下すると考えられるが、絶対数ではさらに伸びる傾向にある。母子人口は、1980年に総人口の70%を占めていたが、2000年及び2010年には、幼児・青少年及び49才までの女性人口は各々62, 4%及び58, 1%相当に達するものと推定される。

この人口動態は、2つの基本的な要因の結合に起因し、それは、受胎率の低下と寿命の伸びである。このことは、我が国を、青年層の相対数が最も少ない他のラテン・アメリカ諸国（ウルグアイ、チリ、アルゼンティン及びキューバ）のグループに接近している。

しかし、平均寿命についても大きな地域間格差が認められる。南部の平均寿命が70, 1才であるに対し、東北部は58, 8才である。州別では、バイバ州民の寿命が最も低く、51, 9才であり、最も高いのはリオ・グランデ・ド・スール州の72, 6才である。

このように、ブラジルの特徴は地域間格差に代表され、それは人口密度においても、経済、社会及び保健衛生条件面においても同じことが言える。1988年度のブラジルの国民所得は2, 241ドルであったが、国内で国民所得が最も高いのは南部地域の2, 989ドルで、最も低いのが東北部の1, 055ドルであった。州別では、最も低いのがピアウイ州の594ドルで、最も高いのがブラジリア連邦区の4, 215ドルで、その次に、サン・パウロ州の3, 503ドルである。

しかし、地域間格差が最も顕著に認められるのは、社会・経済面である。それも、貧困地域には、様々な特別開発計画が実施されているにも拘らずである。

東北部は、その最も極端な例で、1987年には同地域に居住する家族の62, 4%が貧困層に属していた。それは全国規模では、47%である。

富の集中は、近年、益々深刻化した。ここ20年間でのGDP（国内総生産）に占める給与部分は45%から35%へと減少している。1989年の統計によれば、国内の10%の富裕層が国民総収入の半分以上を所有していることが明らかになった。

幼児・青少年人口の生活水準は大変低く、そのために、このグループの保健衛生状態は劣悪である。東北部では、このグループの幼児・青少年の家庭の75%が最低賃金の1/2の賃金で生活しており、住宅の大半は、上下水道設備、ゴミ収集、電気設備などの公共サービスが受けられない状況にある。

80年代以降、幼児・青少年の文盲率の低下及び就学率の向上が見られたが、依然として中退・落第率は高い。1989年における7才以上の子供の文盲率は、平均20.1%であり、都市部で14.1%、農村部で38.2%である。

中退児をも含め、都市部で労働に携わっている児童の大半は、路上生活を余儀なくされている。孤児という身分に留まり、暴力、麻薬犯罪及び売春などの犠牲者になっている。

ブラジル連邦共和国は、政治的に五つの地域に分割され、下記の通り、26州及び1つの連邦行政区によって構成されている。

- 南部：パラナ州、サンタ・カタリーナ州及びリオ・グランデ・ド・スール州
- 南東部：サン・パウロ州、リオ・デ・ジャネイロ州、ミナス・ジェライス州及びエスピリト・サント州
- 中西部：ゴイアス州、マット・グロッソ州、南マット・グロッソ州及びブラジリア連邦区
- 東北部：マラニョン州、ピアウイ州、セアラ州、リオ・グランデ・ド・ノルテ州、パライバ州、ベルナンブコ州、アラゴアス州、セルジッペ州及びバイーア州。
- 北部： Rondônia州、アクレ州、アマゾナス州、ロライマ州、パラ州、アマパー州及びトカンチンス州。

7. 2 - 母子保健衛生状況

7. 2. 1 - 幼児・青少年

ブラジルの社会・経済・文化的背景は、幼児及び青少年に対して非常に劣悪な保健衛生状況を作り出してきた。

1990年度、ブラジルで生きて生まれた300万人の新生児のうち、約40万人が5才までに死亡している。そのうちの40%は、1才未満で死亡しており、その約半数は産後間もなく死亡している。それら死因は、新生児の体重不足に密接に関わっている。ブラジルでは低体重に起因する死亡率は高く、全体の9%から20%にも達し、平均14%である。

生後1年未満での死亡を分析すると、低体重児の死亡が、普通の体重を持って生まれた乳児の死亡の40倍にも達することが分かる。この問題に関しても、国内における地域間、地域内の格差は著しく、平均的指数を見ただけでは、各社会層間に存在する生活水準の違いが分からない。東北部での乳児死亡率は、新生児1千人のうち75人であるが、南東部では1千人に対して33人である。ブラジルの平均は1千人の新生児に対して50人である。この数字は、ラテン・アメリカの乳児死亡率の30%に相当する。

栄養失調は、5才以下の乳幼児の31%に見られ、そのうちの5%は中・重度の栄養失調状態にある。

栄養失調及び疾病感染は、多くの場合同時に起こり、乳幼児死亡率の大半の原因となっている。栄養失調の結果として、体内のエネルギー、蛋白質不足が見られ、疾病感染の結果としては、下痢症及び急性呼吸器疾患などが見られる。

東北部の1才以下の乳児死亡の30%を占める下痢症は、幼児が1才になるまでに6から8回起こり、5才までには年間2回から4回起こっている。この問題に関する地域間格差は激しく、東北部の乳児は、南部の幼児と比較すると、4倍から5倍の死亡危険度を有している。また、離乳期に、この問題が最も頻繁に起こる。それは離乳食の不適切な導入に起因し、離乳期が早ければ早いほど、この問題が深刻化する。離乳期の後には、栄養不足及び感

染が加わり、栄養失調過程が始まる。

急性呼吸器疾患は、幼児期において最も多く見られる疾病で、1年間に数回、同じ子供に生じる。幾つかの地域では、死因の第1位に挙げられている。東北部では乳児死因の13%を占め、1才～4才までの乳幼児の死亡率の20%を占めている。

下痢症及び栄養失調による1才未満の乳児の死亡率は、1987年以降低下傾向にある。しかし、依然として、乳児死亡の最大の原因は、現在では管理可能と考えられている疾病である。また、罹患・死亡率に関する統計で主要な位置を占めている疾病は、大部分、予防免疫の付与が可能な疾病であり、これらは、感染地域の住民に対するシステムティックな予防接種によって解決可能な問題である。

ブラジル及びその他の国で、栄養失調と疾病感染が乳幼児の罹患・死亡率に重大な位置を占めている所では、複数の決定的要因を確定することが非常に困難である。なぜなら、栄養失調及び疾病感染は、同時に生じる上に、相互に作用し合うからである。つまり、栄養失調、特に重度の場合は、胃腸カタル、麻疹及び百日咳などの疾病に起因する栄養物の消化・吸収の低下によって誘発されていることが多々ある。その反面、疾病感染も栄養失調による抵抗力の低下状態に感染のための理想的な条件を作り出している。

栄養失調及び感染による害は、乳幼児の早期死亡のみに留まらず、生き延びた幼児の間でも、程度の差こそあれ、大半は、その発育及び成長の過程において後遺症による問題を引きずっている。

青少年においては、性問題への取り組みが重要な課題である。しかしながら、この問題は、一般社会が腰を据えて議論を行わないため、行き詰まり状態にあり、様々な問題、例えば、早熟な妊娠や性行為感染症の増加が起こっている。

ブラジルにおいて、19才以下の若い女性の妊娠が1970年から80年代に増加し、特に15才以下の少女の妊娠率の顕著な増加が記されているデータがある。しかしながら、1980年から84年間には、15才から19才の年齢層にある女性グループの妊娠率が7.3%に低下している。(IB

GE—ブラジル地理統計院)。1970年には、都市部に居住している青少年の6,5%、農村部の青少年の10%が出産を経験をしていた。1986年には、この割合はそれぞれ、9,6%及び13%に増加した。

両親と同居していない10才から17才までの年齢層にある青少年は、約4%である。表面的には低い割合ではあるけれど、それを絶対数に変えて見れば、約100万人の青少年を意味しており、その生活状況から判断して、大半は、大都市に多く見られる現象である”路上孤児”(その数を明確に出すことは困難である)となる危険性を有する。

ブラジルの主要な州都の学生の間での麻薬服用率は13,5%から26,3%であり、他方、幼児及び青少年に対する暴力は様々な形で行われ、大都市では殺人事件にも達する。

ブラジルの青少年は、現在、我が国が直面している危機に由来する家庭、社会政治及び経済的機能の崩壊による影響を直に受けており、その結果、重度な社会病、つまり幼児・青少年の孤児化、麻薬常習者化、売春婦化及び犯罪者化等に見られる。

死亡率問題に関しては、ブラジルの青少年の死因の第1位に外傷が上げられる(10万件に対する39,7件)、すなわち、交通事故、殺人、自殺等で予防可能な問題である。その次に、大きな間隔を置いて、2番目の不慮な死(11,4件)、その後は循環器病(5,5件)、寄生虫症及び感染症(5,1件)、癌(4,8件)と続く。

7. 2. 2—女性

1990年代には、15才以上の女性が、全女性人口の63,3%を占めていた。厳密に言えば、これが医療支援活動の対象となるべき層であった。しかし、その層に10才から14才までの女子を加える必要性が出てきた。10才から14才までのグループに属する女子は二つの保健衛生問題を抱えている。思春期特有の病気と共に成人特有の病気をも持ち合わせているからである。1990年には、このグループ(10~14才)に属する女子は全女性人口の11,3%を占めていた。

全死亡数のうち、15才から49才のグループに属する女性は7%を占める。つまり、16人の死亡があれば、そのうちの1人はこの年齢層に属する女性である。このグループに属する女性の死因の順序は次の通りである。循環器病28, 8%、外傷(事故及び暴力)16, 7%、癌15, 7%、寄生虫症及び感染症8, 4%、呼吸器疾患6, 7%、消化器疾患6, 3%及び妊娠、出産、産褥炎症5, 9%である。

最後に挙げられた死因(妊娠、出産、産褥炎症)は、妊産婦死亡と称され、その指数は新生児10万人に対して151人である。その主な原因は、高血圧症、難産、産褥炎症、出血及び墮胎・流産であり、その全てが、受胎前、妊娠中、産前、出産中及び産褥期における適切な医療支援により予防・防止できる問題である。同様なことが悪性新生物による死亡でも言える。この場合、乳房及び子宮のシステムティックな予防検診により、その大半は回避可能である。

罹患は、全体において、同じような構造を見せているが、増加傾向にあるのは、心臓病、動脈高血圧症及び職業病と労働災害である。産科学的な見地から阻害となる要因として、栄養失調、性行為感染症及び動脈高血圧症、循環器病、泌尿器疾患、または喫煙及び麻薬服用が上げられる。

国内の人口動向に関する最近の調査は、全体の受胎率(15才から49才の女性が有している子供の数)が1980年の6, 2人から1990年の3, 46人に減少していることを示している。同時に、他の著者によれば、別々に又は同時に受胎率に影響を与える要因(結婚平均年齢、独身主義者数、授乳パターン及び産後性交抑制)に変化は見られず、また、中絶率の増加は、この受胎率の減少を説明するには至らない。つまり、推測できることは、この期間(1980年~1990年)に、生殖可能期にある女性による避妊法の利用が多くなったということである。この説は、各州で実施された調査によって証明され、その結果は減少傾向にある出産率に反映されている。即ち、60年代には3%であった出産率が、1990年には1, 9%と落ち込んでいる。

7. 3 - ブラジル国家の法律

近年、ブラジル政府は、幼児、青少年及び女性の保健医療支援に関する活動を推進させるための法律分野で大いなる前進を見せている。当分野を規定している主要な法律の一つ一つの特徴を記すことは重要なことである。主要な法律とは、ブラジル国憲法、保健衛生基本法、連邦政府プラン及び幼児・青少年法である。

7. 3. 1 - ブラジル国憲法

1988年に、政治の自由及び社会討論に係る運動を背景に制定された憲法は、過去の憲法に例を見ない規模で、幼児と言うテーマを取り上げている。そして、史上初めて、保健衛生が社会的権利として認められた。

保健衛生問題は、憲法のさまざまな箇条で取り上げられている。そのうちの第227条は、以下の通り規定している。

”幼児及び青少年に、生活、保健衛生、食料摂取、教育、余暇、職業訓練、文化、自尊心、尊敬、自由及び家庭・社会的共同生活を及ぼす権利をあらゆることに対して優先的に認め、その上、彼らを如何なる無視、差別、搾取、暴力、残虐行為及び抑圧から保護することが、家庭、社会及び国家の義務である。”

本箇条の第1項は、国家の活動を以下の通り規定している。

”国家は、幼児及び青少年の健康を目的とした保健医療支援プログラムを推進する。この場合、NGOの参加をも認める。”

社会的支援については、憲法の第203条において、幼児及び青少年に対する社会支援を再度強調している。

”社会支援は、社会保障制度への加入、未加入とは無関係に、以下の目的で、支援を必要としている者へ対して施される。

- 1 - 家庭、妊産婦、幼児、青少年及び老人の保護。
- 2 - 貧しい幼児及び青少年の保護。”

教育分野に関しては、国家の義務を憲法第208条で以下のように明記している。

1 - 義務的かつ無料の基礎教育。

適齢期に基礎教育を受けることができなかった者への教育をも含む。

2 - 身体障害者を対象とした専門教育制度の設定。

3 - 0才から6才までの幼児の保育園及び幼稚園へのアクセス。

4 - 生徒の生活条件に適応した定時制教育（夜学）。

5 - 基礎教育を受けている生徒に対する教材、通学、給食及び医療支援プログラムの補完的支援。

女性に関しては、憲法は”第2章 - 社会的権利の章”で、以下の権利を保証している。

- ”妊産婦に対し120日間の出産休暇を与える。この場合、雇用の継続及び給与の支給に何らの支障があってはならない。”

- ”特別な奨励制度を通じて女性雇用市場を確保する”

妊娠時から出産後5か月間までの期間において、女性を明確な根拠なくして解雇することは禁じられる。

家族計画は、人権尊重に基づいて行われ、それは夫婦の自由な意思決定に任せられる。国家は、夫婦に対して、選択した家族計画の実施に必要な科学・教育的な手段を供給する義務を持つが、供給の際、公立・私立機関による強制的な執行は一切禁ぜられる。

7. 3. 2 - 保健衛生基本法

保健衛生基本法（90年9月19日発令の法律8080号）は、健康の増進、保護及び回復に関する事項を定め、そのための保健医療サービスの組織・体制及び機能について規定している。幼児及び青少年に関する直接的な事柄は記されていないが、彼らにとって重要な課題が全体的に含まれている。

例えば、同法の第2条の第1項には、以下のように記されている。

”国家が健康を保証する義務は、疾病とその他の健康問題の危険を軽減させるよう経済・社会的政策の再検討を行い、それを実施し、更に、健康の増進、保護、回復のための保健医療サービスを万人に公平に行き渡らせるような条件を設置することにある。”

同法は、保健医療支援の組織について第4条で以下のように規定している。

”連邦、州、市の各行政機関、各公社、また、各自治組織、各財団等の実施する保健医療サービス活動の総体を”SUS”（統一保健医療システム）と称する。”

法律8080/90号で、SUSのために設定された原則及び方針は以下の通りである。

- 保健医療サービスへの万人への公平なアクセス
- 保健医療支援の統合化
- 地域社会の参加
- 各行政レベル（連邦、州、市）において統一運営管理を目的とした政治・事務的な地方分権化
- 同一目的のために、手段が重複しないような制度を敷くことを目的とした公共保健医療サービスの組織。
- 心身を守り、自立心を醸成するための人権の保護。
- 如何なる差別及び優遇をも認めない、万人に対する公平な保健医療支援。

7. 3. 3 - 連邦政府の長期プラン（PPA）

行政権のイニシアチブによって、国会に送られ、国会の承認を得て、成立する連邦政府の長期計画は、”地域別に、継続的なプログラムに関する資本

経費及びそれに起因する諸経費のための連邦行政権の方針、目的及び目標を設定する。”

上記の内容を含み、1991から95年までの期間を対象として作成された第1号法律（1991年01月30日発令の法律8，173号）は重要であり、前述した原則に沿って、それ以降の5年間の連邦政府の方針が定義されている。

方針、目的、目標及び必要経費は、法律第8，173号の付属書類で詳細に記述されており、全体的方針及び目的、部門別方針及び目的、優先プロジェクトリスト、必要経費の詳細表等が記されている。

P P Aの優先課題の一つは、以下の手段での幼児の統合的支援活動である。

- 児童の発展（将来性）の実質的な保証を目的とした社会・経済・政治面での活動の連結に努力を積み重ねる。
- 万人に対する公平な基礎教育及びその質の向上。
統合的教育を目指した授業時間の拡大及び貧困地域に重点を置いた保育園及び幼稚園の設置。
- 妊産婦及び乳幼児死亡率の低減を目標とした基本的な母子保健サービスの普及。
- 一般社会及び民間部門の責任についての討論。
- 幼児及び青少年に対するあらゆる暴力への対策のため、政府機関、特に司法及び治安に直接関係のある機関による諸活動の展開。
- 幼児及び青少年の社会への統合を促進する方法としてのスポーツ、レジャー活動の普及。

7. 3. 4 - 幼児・青少年法

憲法で保証されている幼児及び青少年の権利を、1990年7月13日発令の法律8,069号が再度規定している。本法は、当問題に対して重要な革新を及ぼしており、それは以下の3つの点に要約できる。

内容、方法及び運営管理の変更。

内容に関する最も重大な変更点は、幼児及び青少年の社会・法律的防衛に関することである。方法及び手続き面では、現行法は、支援活動をその主導的立場から、自立社会教育的な立場へと変更している。その上、社会及び個人的リスクの条件下にいる幼児及び青少年へのアテンド面での重要な分野において、幼児・青少年法は、伝統的な保護法の主観・差別的な習慣を廃止し、特定の法的保護法を導入している。

このようにして、法律運営システムに対し、幼児及び青少年を権利の対象となる位置に置いている。

幼児・青少年法によって設置された児童後見審議会は、新しい哲学に沿った新しい児童保護手段である。司法分野とは関係ないが、自立した常設的な機関が幼児及び青少年の権利の保証のために常時努力している。児童後見審議会の委員は、地域社会より選出され、3年の任期を務める。児童後見審議会は、特別な権限を有し、活動するが、その決定事項は、正統者による起訴によって司法権より見直されることがある。

幼児及び青少年に対するアテンドのための新政策は、2つの前提より成り立っている。政府間関係及び国家／社会間関係。このようにして、幼児・青少年法は、その他の社会政策と歩調を合わせて、2つの基本的原則を設定している。つまり、政治・事務活動の地方分権化及び代表的機関を通じての一般社会の参加である。連邦政府及び州政府の責任・権限を限定し、市及び一般地域社会の役割を拡大している。連邦政府の役割としては、規則・法規の発令及び政策の総合調整が求められる。その一環として、CONANDA - 国家児童・青少年審議会が機能しており、この審議会は評議権があり、委員の構成は公平で、幼児・青少年関連政策の立案と活動の監視役を担っている。

幼児・青少年法は、当問題に対する前例なき法的境界線となる上、自由及び人権尊重の基に、万人に対して身体、心理、道徳、精神及び社会的な健全

なる発育を確保する。幼児及び青少年法を構成するメカニズム及び手段は、家庭、国家及び社会の継続的かつ統合的な活動を可能にするように連結して利用されるべきである。

憲法第227条で設定されている児童への優先度は、当法により以下のよう
に解説されている。

”児童への優先度は、以下の項目を含めて保証される。”

a) どのような状況下においても、優先的に保護及び救済を受ける権利。

b) 公共サービス網において優先的にアテンドされる権利。

c) 公共社会政策の作成及び実施の際に優先される権利。

d) 幼児及び青少年保護に関連する分野への優先的な公共資金の投下。

法律による幼児及び青少年の保護は、幼児・青少年法によって明確化され、その基本的な権利に対する如何なる違反も認められない。その第5条は、以下のように規定している。

”全ての幼児及び青少年は、如何なる形の無視、差別、搾取、暴力、残虐行為及び抑圧の対象となってはならない。以上の基本的権利に対する違反行為は、法的に処罰される。”

幼児・青少年法の第2章 - 幼児・青少年の基本権利についての章 -
では、その権利の確保手段が設定されている。例えば、第7条で”人権を尊重した生存条件下において、健全かつ円満な出産及び発育を可能にする公共社会政策”の作成が求められている。

”妊産婦に関しては、産前・産後ケアが確保され、母乳栄養のための適切な条件が保証される。”幼児及び青少年に対する保健医療支援の保証は、身体障害者への特別対応を含む。幼児及び青少年に対する暴力の疑惑があるか、又はその事実が確定された場合には”刑手的手続きとは別に、義務的に地域の児童後見審議会に通報すべきである” (幼児・青少年法第13条)

幼児・青少年法の第2章で、幼児及び青少年の自由、人格尊重及び人権尊重に関する権利を確保することを明記しているが、同法の第16条で自由への権利を以下の通り明確化している。

I - 法的制限を受ける場所を除き、公共の場で往来し、そこに留まる自由。

II - 意見及び言論の自由。

III - 宗教及び信仰の自由。

IV - 遊び、スポーツ、娯楽を楽しむ自由。

V - 家庭・社会的共同生活の場に、分け隔てなく、参加する自由。

VI - 政治活動への参加の自由。

VII - 保護、救済及び指導を求める自由。

人格尊重への権利は、同法で”幼児及び青少年のイメージ、自立心、アイデンティティ、道徳価値観、観念・信仰及び個人的空間・個人所有物等の保護を含めた身体、心理、道徳の不可侵性”であると定義されている。

幼児・青少年法の第3章で規定されている”家庭・社会的共同生活への権利”も重要である。本章によって、教育過程における家庭の優先度が明確化されている。その反面、”家庭・社会的共同生活が確保されれば”正式な家族を取り替えることができる可能性もでてくる。同法によれば、その替わりとなる家庭は、その児童の保護者、後見者となるか又は養子としてその児童を迎えることができる。

幼児及び青少年法の第4章には、幼児及び青少年に対して教育、スポーツ及びレジャーへのアクセスを確保する権利を記している。その第53条で以下のように規定している。

I - 教育へのアクセス及び在籍に関する平等な条件。

II - 教育者に尊重される権利。

III - 無料公立学校へのアクセス。

同条の単項は、教育に対する家族の優先度を以下のように強調している。

” 幼児及び青少年の父兄は、教育過程をフォローし、その上、教育方針の定義に参加する権利を持つ。 ”

同単項と連結して、第54条は、教育分野に対する国家の義務を設定し、この問題に関しては、ブラジル国憲法に既に設定されている事項を繰り返している。

最後に、同法が、幼児及び青少年の労働と職業訓練に関して、どのような措置を定めているのかを記すことが重要である。第5章は、14才未満の児童による如何なる労働をも”見習いのケースを除き”認めないとしている。

職業訓練の奨励は、幼児及び青少年による義務教育への義務的なアクセスの確保に従属している。

7. 4 - 母子保健衛生を目的とした医療支援

母子グループの保健衛生問題は、前述した罹患・死亡率によって明確に浮き彫りにされたが、これは、保健衛生分野の組織の再編成及び保健医療サービスのあり方の見直しを、SUSの方針及び原則に沿って再検討する必要があることを示唆している。

事実、近年における保健医療サービス網の発展及び拡大は、必ずしも秩序を持って行われたものでなく、また、住民の要求に応え得る保健医療支援の質を保った状態で行われたものではない。

その意味において、最近行われた研究は、我が国の保健衛生の現況を以下のように表現している。

現在行われている産前ケアは、全妊産婦数の65%にしか対応しておらず、その上、そのうちの3分の1は、時代遅れの産前ケアを行っている。

診察の平均集中率は2.1であり、前記した流行病的状態にインパクトを与えるのに不十分である。出産への機動的支援は74%にも達するが、その支援の質は低く、妊産婦死亡率の改善を図るのに不十分である。

その上、無差別な帝王切開の増加が見られ、その比率は、私立病院で80%、公立病院で35%と高く、病院の運営管理経費の増加及び妊産婦の罹患・死亡率の増加を招いている。

産院における新生児の入院に関しては、共同宿舎の利点が周知の事実であるにも係らず、多くの場合、低リスクの新生児が特別室を使用している。

農村地帯及び都市から遠距離にある地域では、殆ど自宅出産である。この地域に住んでいる妊産婦の半数以上が伝統的産婆の世話になっている。伝統的産婆の殆どは、科学的知識がなく、公共保健医療サービスの監視外で活動し、自宅出産を行うことにより生ずる責任の重大さを認識するには至らない。

子宮癌の予防を行っているのは、ブラジル女性のうちの僅か2%にしか満たない。エイズを含めた性行為感染症の管理は、その拡大を防ぐのに不十分な規模でしか行われていない。避妊法を実施している女性の数が多い（性生活が盛な時期にある女性の71%）にも拘らず、その方法は、2つだけに集中されている。不妊手術を受けている女性が44.4%、経口避妊薬の服用者が41%であり、合計で85.4%であるが、この事実は、全ての階層に属する女性までに及ぶ幅広い家族計画プログラムのさらなる普及を行う必要があることを示している。

上記の現況に基づき、以下の事項に重点を置いた保健医療サービス網の適合理化を行うことが重要である。

- 万人による医療支援へのアクセス及び統合的な医療支援の確保に基づき、女性、幼児及び青少年の保健衛生状態を改善することができる規模での保健医療サービスモデルの再編成。
- 保健医療サービスの効率化。
- 保健医療サービスに関わる施設、機材、資材及び医薬品の再構築、保守管理の確保と必要なストック。
- 対象となる住民の問題の強度、それら原因の究明及び実施中の活動の効果を監理・評価することを可能とする情報システム。

8. 実施期間

1995年1月から5年間

9. 財源（単位：千ドル）

9. 1. 要請された協力

- 専門家派遣	2, 900
- 研修員受入れ	250
- 資機材供与	2, 700

9. 1. 1. 要請する専門家の詳細

9. 1. 1. 1. 長期専門家（5年間）

- 調整員	600
- 公衆衛生	600
- 小児科	600
- 産婦人科	600
計	2, 400

9. 1. 1. 2. 短期専門家

- 年間5名、各人2ヵ月の派遣期間	500
-------------------	-----

9. 1. 2. 研修員受入れの詳細

- 公衆衛生	50
- 小児科	100
- 産婦人科	100
計	250

9. 1. 3. 資機材供与の詳細

2, 700

9. 1. 3. 1. 乳幼児・児童への医療支援

9. 1. 3. 2. 女性への医療支援

- 産婦人科用診察台
- バランス

- ANTROPOMETRO
- 小型カンテラ
- 経口補水塩 (SRO)

9. 1. 3. 2. 女性への医療支援

- 産婦人科用診察台
- バランス
- スペキュラ
- 腔切開器
- 超音波診断装置
- 避妊具 (図表、IUD、コンドーム、殺精子剤)

9. 1. 3. 3. 医療サービスネットワークの人材訓練センター

- ビデオカセット
- モニター
- OHP
- スライドプロジェクター

9. 1. 3. 4. 情報システム

- ハードウェア
- ソフトウェア

9. ブラジル側カウンターパート

- 連邦レベル

- ・ 衛生省母子保健課の技術スタッフ
- ・ 州への資金及び技術支援 (技術教材、訓練、病院・診療所支援)

- 州及び市レベル

- ・ 技術及び管理スタッフ
- ・ 稼働中の保健医療サービス
- ・ 使用可能な機材及び医薬品

10. プロジェクト運営

プロジェクトの調整は、ブラジリアを本拠地とする衛生省医療支援局母子保健調整課の任務とする。

州の衛生局との共同作業を通じて、予定された活動が実施されるであろうモデル地区選定のためのプロジェクト地域が選定されるべきである。

州衛生局は、プロジェクトの実施中に定期的な評価に参加し、保健医療サービスの実施面に責任を持つものとする。

PROJETO DE MELHORIA DA CAPACIDADE
OPERACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAUDE
NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA A SAUDE
DA MULHER E DA CRIANÇA
NO BRASIL

JICA - JAPÃO

ENTIDADE
PROPONENTE/CO-PARTICIPANTE

COORDENAÇÃO GERAL

COORDENAÇÃO MATERNO INFANTIL
MINISTÉRIO DA SAUDE
BRASIL

CO-PARTICIPANTES

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAUDE
BRASIL

1993

SOLICITAÇÃO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

FONTE EXTERNA: JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION
AGENCY - JICA - JAPÃO

1. TÍTULO

PROJETO DE MELHORIA DA CAPACIDADE OPERACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA EM ALGUNS MUNICÍPIOS BRASILEIRO.

2. ENTIDADES INTERVENIENTES

2.1. Coordenação Geral

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Coordenação Materno Infantil/COMIN

2.2. Co-Participantes

Secretarias de Saúde dos Estados.

3. OBJETIVOS

3.2. Objetivo superior

Contribuir para a melhoria da capacidade operacional dos serviços de assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente nos Estados e alguns municípios das Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, através da reorganização do modelo de atenção à saúde segundo princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS -, visando reduzir a morbimortalidade da população alvo do projeto.

3.2. Objetivos imediatos

3.2.1. Reorganizar o modelo de atenção a saúde e prover os estabelecimentos de saúde de equipamentos e insumos básicos necessários à assistência à mulher, à criança e ao adolescente.

3.2.2. Capacitar a equipe de saúde e a comunidade, com especial ênfase as parteiras tradicionais.

3.2.3. Definir normas técnicas para as ações materno infantis.

3.2.4. Proporcionar o conhecimento de tecnologias apropriadas, tanto, em nível institucional como comunitário, identificadas através de investigações científicas e operacionais.

3.2.5. Propiciar condições para a implementação de sistema informatizado em saúde materno infantil.

4. ESTRATÉGIA DE AÇÃO

Para a implementação do Projeto, deverão ser selecionadas áreas prioritárias nos Estados das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com base em critérios epidemiológicos, de infraestrutura física dos serviços de saúde existentes e suas necessidades e de aspectos demográficos. As Secretarias Estaduais de Saúde das Unidades Federadas participantes, deverão ser envolvidas no Projeto.

A reorganização do modelo de atenção a saúde deverá dar prioridade às seguintes ações:

- à mulher: controle do pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, assistência clínico-ginecológica e assistência ao climatério;

- à criança: controle do crescimento e desenvolvimento, assistência ao recém-nascido, incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas;

- ao adolescente: assistência à saúde reprodutiva;

- à educação para a saúde, através de atividades que propiciem conhecimentos, atitudes e práticas referentes à saúde da mulher, da criança e do adolescente;

- à melhoria do estado nutricional de mulheres, crianças e adolescentes, mediante processo de educação materna e orientação alimentar para o desmame.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final do projeto espera-se alcançar:

5.1. Estabelecimentos de saúde das áreas selecionadas, com equipamentos e insumos básicos necessários para assistência à saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes.

- 5.2. Ações prioritárias de assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente implantadas.
- 5.3. Equipe de saúde e parteiras tradicionais das áreas selecionadas, treinadas.
- 5.4. Normas técnicas de assistência à saúde, elaboradas e distribuídas aos Estados.
- 5.5. Transferência aos Estados de tecnologias apropriadas à assistência materno infantil.
- 5.6. Sistema de informatização implantado.

6. IMPACTO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS

- Redução da morbimortalidade do grupo alvo.

7. JUSTIFICATIVA

O Brasil, país de 150 milhões de habitantes, apresenta significativas diferenças regionais, não só em seus aspectos demográficos, mas principalmente nas condições sociais, econômicas e de saúde de sua população.

Na análise do comportamento dos principais indicadores de saúde, os Estados das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em sua maioria, apresentam resultados que permitem inferir a precariedade das condições de vida de suas populações.

Esta situação é marcadamente observada nas crianças, mulheres e adolescentes, não somente pela representatividade populacional desse grupo (70%), mas sobretudo pela sua vulnerabilidade em adoecer e morrer.

Nos últimos anos, o Brasil tem avançado significativamente nas questões de saúde. Pela primeira vez, a saúde é vista, na Constituição Federal, como um direito social. Identificou-se distorções na organização e funcionamento dos serviços de saúde e cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que regulamenta o setor e garante condições que assegurem o acesso universal e igualitário da população às ações de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação.

No entanto, as mudanças no aparato jurídico-institucional são recentes e necessitam esforços conjuntos das três esferas de governo - federal, estadual e municipal, para que se consiga reorganizar o modelo de atenção à saúde, redimensionar ações e serviços e melhorar as condições de eficiência operativa dos estabelecimentos de saúde.

7.1. Características Gerais do País

O Brasil, com uma extensão territorial de 8,5 milhões de km², apresenta uma população estimada em 150 milhões de habitantes, dos quais 70% aproximadamente correspondem ao grupo materno infantil. Destes, 44% representam crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos e 26% mulheres em idade fértil (20 a 49 anos).

Essa faixa da população, bastante expressiva, tende a crescer em números absolutos, ainda que nas próximas décadas diminua em valores relativos. Em 1980, representavam 70% do total de habitantes. Estima-se que nos anos 2.000 e 2010, crianças, adolescentes e mulheres até 49 anos corresponderão a 62,4% e 58,1% da população total, respectivamente.

Tal comportamento demográfico pode ser atribuído à conjugação de dois fatores básicos: o declínio da fecundidade e o aumento da esperança de vida, fazendo com que o Brasil se aproxime de outros países latino-americanos (Uruguai, Chile, Argentina e Cuba) que apresentam menor participação relativa de população jovem.

No entanto, a esperança de vida ao nascer, apresenta ainda, em seus resultados, diferenças intra-regionais significativas, que vão de 70,1 na região Sul, a 58,8 na região Nordeste. A Paraíba é o Estado que oferece o menor número de anos - 51,9, enquanto o Rio Grande do Sul oferece 72,6 anos de vida.

A nação, desta forma, caracteriza-se por grandes diferenças regionais, tanto em relação à densidade populacional, quanto às condições sociais, econômicas e de saúde. A renda per capita brasileira, no ano de 1988, foi de US\$ 2,241, sendo a maior renda representada pela região Sudeste, com US\$ 2,989 e a menor, pela região Nordeste, com US\$ 1,055. O Estado de menor renda foi o Piauí - US\$ 594, enquanto que o de renda mais elevada foi o Distrito Federal, com US\$ 4,215, seguido de perto por São Paulo - US\$ 3,503.

As desigualdades regionais se fazem sentir, de um modo mais expressivo, em relação aos aspectos sócio-econômicos, não obstante à implementação de políticas de incentivo ao desenvolvimento das áreas mais carentes. É o caso da região Nordeste, que em 1987 contava com aproximadamente 62,4% das famílias, 47% da pobreza total do país.

A concentração de renda se agravou nos últimos anos. A participação dos salários no PIB caiu de 45% para 35% nos últimos 20 anos. Em 1989 os 10% mais ricos, concentravam mais da metade da renda total.

A condição que vive a população infanto-juvenil é bastante precária e explica parcialmente a situação de saúde deste grupo. No Nordeste, 75% desta população vive em famílias que percebem até meio salário mínimo. Os domicílios contam com baixíssimas taxas de acesso aos serviços de escoamento sanitário, abastecimento de água, recolhimento do lixo e fornecimento de luz elétrica.

A partir da década de 80, constatou-se uma redução na taxa de analfabetismo e uma elevação da taxa de escolarização das crianças e adolescentes, embora a evasão e a repetência continuem elevadas. A taxa de analfabetismo das pessoas de 7 ou mais anos de idade foi, para o ano de 1989, de 20,1%, com variações de 14,1 para as zonas urbanas, enquanto a zona rural contava com 38,2% de analfabetos.

Muitas crianças que trabalham nas áreas urbanas, inclusive aquelas que deixaram a escola, sobrevivem nas ruas das grandes cidades. Como crianças de rua, quase sempre se tornam vítimas da violência, das drogas e da prostituição.

Politicamente, o país está dividido em cinco regiões distintas, compostas por 26 estados e um Distrito Federal assim distribuídos:

- Região Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
- Região Sudeste: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo.
- Região Centro-Oeste: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal.
- Região Nordeste: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia.
- Região Norte: Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá e Tocantins.

7.2. Situação de Saúde Materno Infantil

7.2.1. A Criança e o Adolescente

O Contexto sócio-econômico cultural em que vivem as crianças brasileiras evidencia a conjugação dos fatores responsáveis por uma situação de saúde que reclama uma atenção a ser melhorada em quantidade e qualidade.

Assim, para aproximadamente três milhões de nascimentos no Brasil em 1990, morreram cerca de 400 mil crianças até 5 anos, sendo em média 40% antes de completar um ano e destes quase a metade no período neonatal, onde o baixo peso aparece como fator predominante. No Brasil, essas taxas de baixo peso são elevadas, oscilando entre 9 a 20%, com média em torno de 14%. A mortalidade no 1º ano de vida é 40 vezes maior nos recém-nascidos de baixo peso do que nos nascidos com peso normal e a termo.

As disparidades inter e intraregionais são gritantes e os índices médios escondem as enormes diferenças de condições de vida que separam os diferentes estratos da população. Assim, para uma mortalidade de 75 crianças por mil nascidas vivas no Nordeste temos 33 por mil no Sudeste e uma média brasileira de 50 por mil, cifra que responde por aproximadamente 30% das mortes infantis da América Latina.

A desnutrição atinge 31% das crianças menores de 5 anos, sendo que 5% sob as formas moderadas e grave.

A desnutrição e a infecção, atuando frequentemente de modo simultâneo e sinérgico, respondem por mais da metade dos óbitos infantis, sendo expressão máxima da primeira a deficiência energético-protéica, e da segunda as doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas.

As doenças diarreicas, responsáveis por cerca de 30% dos óbitos de crianças menores de 1 ano no Nordeste, podem acometer uma mesma criança 6 a 8 vezes em seu primeiro ano de vida e 2 a 4 vezes nos anos subsequentes até os 5 anos de idade. As diferenças regionais nesta patologia são gritantes, tendo uma criança da região Nordeste o risco de morrer cerca de 4 a 5 vezes maior que uma criança da região Sul. São mais frequentes por ocasião do desmame, quando ocorre introdução inadequada de outros alimentos, e configuram quadro tanto mais grave quanto mais precocemente se interrompe a prática de amamentação.

A partir daí, associado ao aporte insuficiente de nutrientes e à ocorrência de doenças infecto-contagiosas, inicia-se o processo de desnutrição.

As infecções respiratórias agudas são as doenças mais comuns na infância, incidindo várias vezes numa mesma criança durante um ano. Representam a primeira causa de morte em algumas regiões do país. No Nordeste é responsável por 13% dos óbitos infantis de 20% das mortes entre 1 a 4 anos.

Embora tenha decrescido a partir de 1987, a mortalidade de crianças menores de 1 ano por doenças diarreicas e por desnutrição, a maior parte dos óbitos infantis continua sendo causada por doenças controláveis. Figuram também com lugar de destaque nas estatísticas de morbimortalidade as doenças

imunopreveníveis, passíveis de terem sua incidência reduzida, mediante esforços sistemáticos de vacinação que assegurem níveis adequados de cobertura à população susceptível.

Em nosso meio, como em todos aqueles em que o binômio desnutrição-infecção alcança elevada expressão na estrutura de morbimortalidade infantil, é extremamente complexa a definição de seus múltiplos fatores determinantes. A começar pelo fato de que, nestas situações, desnutrição e infecção, além de atuarem sinergicamente, determinam-se mutuamente. Assim, episódios de desnutrição, sobretudo os de maior gravidade, são frequentemente desencadeados pelo aumento do catabolismo e pela diminuição da ingestão/absorção de nutrientes, resultantes de doenças como a gastroenterite, o sarampo e a coqueluche. Por sua vez, diversas doenças infecciosas encontram na deficiência imunitária resultante de desnutrição condições ideais para sua instalação e progressão.

O dano causado pelo binômio desnutrição-infecção não se restringe à mortalidade precoce, pois dentre os sobreviventes é elevadíssima a proporção que, em maior ou menor grau, acumulam seqüelas em seu crescimento e desenvolvimento.

No adolescente, aspecto significativo é a questão da sexualidade que continua pouco debatida pela sociedade, levando a situações de impasse, como gravidez precoce e doenças de transmissão sexual.

Existem dados no Brasil mostrando que o nível de fecundidade de mulheres jovens até 19 anos aumentou entre 1970 e 1980 e que houve notável incremento nas adolescentes menores de 15 anos, embora no período de 1980 - 1984 a taxa de fecundidade do grupo de 15 a 19 anos tenha caído para 7,3% (IBGE). Em 1970, 6,5% das adolescentes da área urbana e 10% da rural haviam dado à luz. Em 1986, essas proporções aumentaram para 9,6% e 13%, respectivamente.

O percentual de integrantes da faixa etária de 10 a 17 anos que não moram com a mãe é de 4%. Aparentemente baixo, esse percentual transformado em números absolutos indica um contingente de ordem de 1 milhão de crianças, parte delas com altas potencialidade para se transformar em "meninos de rua", um fenômeno visível nas grandes cidades embora de difícil quantificação.

A prevalência do uso de drogas entre escolares das principais capitais brasileiras varia entre 13,5% e 26,3% e a violência sobre crianças e adolescentes assume formas variadas chegando, nas grandes cidades a nível de extermínio.

Os adolescentes brasileiros sofrem o impacto da desestruturação funcional familiar, sócio-política e econômica por que passa o país, sendo o abandono, a drogadição, a prostituição e a criminalidade formas evidentes de grave doença social.

No que se refere à questão da mortalidade, a causa primeira de morte dos adolescentes, no Brasil, são as causas externas (39,7/100.000), ou seja, aquelas possíveis de serem evitadas, como os acidentes de trânsito, atropelamentos, homicídios e suicídios. De longe, são seguidas pelas causas mal definidas (11,4), enfermidades do aparelho circulatório (5,5), enfermidades infecciosas e parasitárias (5,1) e neoplasias (4,8).

7.2.2. A Mulher

A população feminina acima de 15 anos representava 63,3% do total de mulheres no país, em 1990. A rigor, esta seria a parcela da população a ser abrangida pelas ações de saúde. Entretanto, deve-se acrescentar a esse contingente o grupo de mulheres entre 10 a 14 anos, que mostra uma dualidade de problemas de saúde: ao mesmo tempo em que apresenta doenças características da infância, manifesta, também, problemas de saúde típicos da idade adulta. Em 1990, esse grupo correspondia a 11,3% do total da população feminina no país.

Ao grupo de mulheres de 15 a 49 anos correspondem aproximadamente 7% do total de óbitos gerais. De cada 16 óbitos, um corresponde ao de uma mulher nessa faixa etária. Ainda neste grupo, as sete primeiras causas de óbitos são, em ordem de frequência, as seguintes: doenças do aparelho circulatório, 28,8%; causas externas (acidentes e violência), 16,7%; neoplasmas, 15,7%; doenças infecciosas e parasitárias, 8,4%; doenças do aparelho respiratório, 6,7%; doenças do aparelho digestivo, 6,3% e complicações da gravidez, do parto e do puerpério, 5,9%.

Estas últimas constituem as rnas, que
representam um coeficiente de cerca nascidos
vivos. Suas principais determinantes s plicações
do trabalho de parto, infecção puer e aborto;
todas elas evitáveis através de ias pré-
concepcional, pré-natal, durante o p entre as
gestações. O mesmo pode-se dizer bitos por
neoplasias malignas, que seriam, evitáveis
mediante exame preventivo sistemático das mamas e do colo uterino.

As causas de morbidade apresentam, em geral, a mesma estrutura, ocorrendo, com níveis crescentes, as cardiopatias, a hipertensão arterial e os acidentes e doenças relacionadas com atividades profissionais. Quanto às patologias que interferem no desempenho obstétrico, destacam-se a desnutrição, as doenças sexualmente transmitidas, a presença de intercorrências, como hipertensão arterial, cardiopatias, infecções no trato urinário, e alguns hábitos, como o tabagismo e uso de drogas.

Estudos recentes sobre a dinâmica populacional do país revelam que houve uma queda da taxa de fecundidade total (número médio de filhos tidos por mulher entre 15 a 49 anos) de 6,2 em 1980, para 3,46 nascidos vivos por mulher em idade reprodutiva em 1990. Ao mesmo tempo, outros autores mostram que os fatores diretos (idade média ao casar, índice de celibato, padrão de amamentação e índice de abstinência sexual pós-parto), que influem, isoladamente ou combinados, nesta taxa, não foram alterados, e o possível aumento na incidência do aborto não chega a justificar essa queda da fecundidade. Assim, pressupõe-se que nesse período tenha havido uma intensificação no emprego de métodos contraceptivos pela população feminina em idade reprodutiva. Esta hipótese foi comprovada por pesquisas realizadas em diversos estados e refletida na taxa de natalidade em queda acentuada, passando de 3% na década de 60 para 1,9% em 1990.

7.3. Fundamentos da ação do Estado Brasileiro

Nos últimos anos observa-se que o Brasil tem avançado significativamente no que diz respeito ao aparato jurídico-institucional, que conforma a ação do Estado no atendimento à criança, à mulher e ao adolescente. Nesse sentido, é importante ressaltar os principais aspectos de cada um dos instrumentos disponíveis. Enquadram-se aqui, os seguintes: Constituição Federal, Lei Orgânica de Saúde, Planos do Governo Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

7.3.1. A Constituição Federal

Promulgada em outubro de 1988, a Constituição Federal, resultado de um amplo movimento de abertura política e discussão da sociedade, dá destaque ao tema da criança, de forma sem precedentes em Constituições anteriores. Pela primeira vez, no Brasil, a saúde é vista como um direito social.

Vários dispositivos abordam a questão; dentre eles ressalta-se o artigo 227 que define:

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar a criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão."

Concretizando a ação do Estado, o Parágrafo 1º desse artigo dispõe-se:

"... o Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais..."

No que se refere à assistência social, a Constituição reafirma objetivos relativos à infância e à juventude em seu artigo 203, ao definir que:

"a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

1. a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
2. o amparo às crianças e adolescentes carentes..."

No caso específico da educação, a Carta Magna detalha os deveres próprios do Estado no artigo 208:

- "1. ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;
2. atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;
3. atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade;
4. oferta de ensino noturno regular, adequado às condições do educando;
5. atendimento ao educando, no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde".

Para a mulher especificamente, a Constituição Federal garante, em seu Capítulo II - Dos Direitos Sociais":

- "licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de cento e vinte dias" (...)

- "proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei" (...)

Fica também vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa à empregada gestante, desde a conformação da gravidez até cinco meses após o parto.

Com relação ao planejamento familiar, baseado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, é assegurada a livre escolha do casal, competindo ao Estado, propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas.

7.3.2. Lei Orgânica da Saúde

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Embora não trate diretamente de questões ligadas à situação de crianças e adolescentes, há pontos de caráter geral neste regulamento que interessam aos mesmos.

O primeiro exemplo pode ser dado pelo artigo 2º (§ 1º) que estabelece:

"O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

A Lei estabelece também a conformação institucional do setor. O artigo 4º assim dispõe:

"O conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS".

Dentre os princípios e diretrizes estabelecidos para o SUS na Lei nº 8080/90, destacam-se:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde;

- integralidade de assistência;
- participação da comunidade;
- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo;
- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;
- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral;
- igualdade de assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

7.3.3. Plano Plurianual do Governo Federal

De iniciativa do Poder Executivo, o Plano Plurianual do Governo Federal - PPA -, aprovado pelo Congresso, estabelece "de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas de administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada".

A primeira lei com este teor, para o período de 1991-1995 (Lei nº 8.173 de 30 de janeiro de 1991) é importante como pano de fundo deste Plano de Ação, na medida em que nela estão definidas as orientações do governo brasileiro para a primeira metade da década, em consonância com os princípios já comentados em itens anteriores.

Diretrizes, objetivos, metas e despesas são especificados em Anexos da Lei nº 8.173 que tratam de: diretrizes e objetivos gerais; diretrizes e metas setoriais; relação dos projetos prioritários; quadros das despesas.

Uma das prioridades do PPA é a Ação Integrada para a Criança, mediante:

- concentração de esforços articulados em termos sociais, econômicos e políticos, com vistas a garantia de real possibilidade de desenvolvimento à este grupo populacional definido, em termos de oportunidades futuras, como o mais fundamental;

- universalização e qualidade do ensino de 1º grau e ampliação da jornada escolar diária, visando o aproveitamento integral e equalizado, a par da expansão da creche e do pré-escola, sobretudo para grupos e regiões mais carentes;

- universalização dos serviços básicos de saúde materno infantil, principalmente com vistas à diminuição dos índices de mortalidade infantil e de parturientes;

- discussão ampla das responsabilidades da sociedade em geral e do setor privado;

- envolvimento dos melhores esforços do governo, especialmente os das áreas diretamente responsáveis pela justiça e pela segurança pública, para o combate a todas as formas de violência;

- disseminação de atividades desportivas e de lazer, na medida em que constituem instrumentos auxiliares de integração de crianças e adolescentes à sociedade.

7.3.4. Estatuto da Criança e do Adolescente

Promulgado através da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente regula as conquistas alcançadas na Constituição Federal, em favor da infância e juventude. O Estatuto introduz inovações importantes no tratamento desta questão, que podem ser sintetizadas em três grandes aspectos: mudanças de conteúdo, de método e de gestão.

Uma das mudanças de conteúdo mais relevantes trata da defesa jurídico-social de crianças e adolescentes. Em termos de métodos e processos, o Estatuto desloca o assistencialismo de sua posição hegemônica, substituindo-o por propostas de caráter sócio-educativo de cunho emancipador. Além disso, num dos campos fundamentais do atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, o Estatuto rejeita as práticas subjetivas e discricionárias do direito tutelar tradicional, e introduz determinadas salvaguardas jurídicas. Consegue-se, desta forma, garantir à criança e ao adolescente uma condição de sujeito de direitos, frente ao sistema de administração de justiça da infância e juventude.

Os Conselhos Tutelares, criados pelo Estatuto, são instrumentos novos que acompanham a nova filosofia. Órgãos permanentes e autônomos, não jurisdicionais, são encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Seus membros são eleitos pelos cidadãos locais para mandato de três anos. Com atribuições eminentemente espaciais, os Conselhos Tutelares poderão ter suas decisões revistas pela autoridade judiciária, a pedido de quem tenha legítimo interesse.

A nova gestão da política de atendimento à infância e à juventude parte de duas premissas: as relações intergovernamentais e a relação Estado/Sociedade. Desta maneira, o Estatuto define dois princípios básicos, acordes com os das demais políticas sociais, quais sejam, a descentralização político-administrativa e a participação da população por meio de suas organizações representativas. Amplia as atribuições do Município e da comunidade, limitando as responsabilidades da União e dos Estados. A primeira deve caber exclusivamente a emissão de normas gerais e a coordenação geral da política. Destaca-se aí o papel do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente - CONANDA que, além de deliberativo, tem composição paritária e função fiscalizadora das políticas e ações.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, além de um marco legal inédito na questão, busca assegurar a todos o pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Os mecanismos e instrumentos que o compõem deverão ser utilizados de forma articulada, propiciando o trabalho conjunto da Família, Estado e Sociedade, de forma permanente.

A prioridade à criança estipulada pelo artigo 227 da Constituição Federal, é explicitada pelo Estatuto ao referir que:

"A garantia da prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em qualquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude".

A proteção da lei, com uma nova postura já referida, se manifesta no Estatuto, não admitindo qualquer atentado aos seus direitos fundamentais. Determina o artigo 5º que:

"Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punida na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais".

E no Título II do Estatuto - sobre os Direitos Fundamentais da Criança e do Adolescente, que se especificam as formas de efetivação desses direitos. Pode-se exemplificar com o artigo 7º, onde se determina que sejam elaboradas "políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

"Com respeito à gestante, é assegurado o atendimento pré-natal e perinatal, sugerindo condições adequadas ao aleitamento materno. A garantia de atendimento médico à criança e ao adolescente específica que os portadores de deficiência deverão receber atendimento especializado. A suspeita ou confirmação de violência contra a criança ou adolescente "serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais" (artigo 13).

Quando trata de Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, no Capítulo II, o Estatuto concretiza cada um desses direitos em seu artigo 16º, ao garantir o direito à liberdade de:

- I. ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvados as restrições legais.
- II. opinião e expressão.
- III. crença e culto religioso.
- IV. brincar, praticar esportes e divertir-se.
- V. participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação.
- VI. participar da vida política...
- VII. buscar refúgio, auxílio e orientação".

Por sua vez, o direito ao respeito é definido pelo Estatuto como a "inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais".

"Não menos fundamental é o Direito à Convivência Familiar e Comunitária, tratado no Capítulo III do Estatuto. Fica estabelecida a primazia da família no processo educativo. Abre-se a possibilidade, entretanto, de que a família natural seja substituída, desde que fique "assegurada a convivência familiar e comunitária". A família substituída, esclarece o Estatuto, pode assumir as formas de guarda, tutela e adoção.

O direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer, é confirmado no Estatuto pelo Capítulo IV. E aí assegurado à criança e ao adolescente, através do artigo 53:

- I. igualdade de condições para o acesso e permanência na escola.
- II. direito de ser respeitado por seus educadores.
- III. acesso à escola pública e gratuita..."

Ainda nesse artigo confirma-se a primazia da família no processo educativo, pelo disposto em seu parágrafo único:

"É direito dos pais ou responsáveis ter ciência do processo pedagógico, bem como participar da definição das propostas educacionais. "Articulado a este dispositivo, o artigo 54 refere-se ao dever do Estado em matéria de educação, repetindo a Constituição Federal na matéria".

Finalmente, vale destacar o tratamento dado pelo Estatuto ao Direito à Profissionalização e à Proteção ao Trabalho. O Capítulo V proíbe qualquer trabalho a menores de 14 anos de idade, "salvo na condição de aprendiz". O estímulo à aprendizagem em termos de formação técnico-profissional se subordina à garantia de acesso e frequência obrigatória ao ensino regular por parte do adolescente.

7.4. Assistência a Saúde Materno Infantil

As questões de saúde evidenciadas nos indicadores de morbimortalidade do grupo materno infantil apresentados anteriormente, demonstram a necessidade de transformações na organização e na forma de funcionamento dos serviços de saúde, inclusive para redirecioná-los aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

De fato, nos últimos anos, os serviços de saúde tiveram um desenvolvimento e uma expansão nem sempre ordenados e compatíveis com os requerimentos de qualidade na assistência e de cobertura desejável da população.

Nesse sentido, estudos recentes demonstram a situação atual da atenção à saúde.

A cobertura de assistência pré-natal só atinge a 65% das gestantes, sendo que um terço inicia tardiamente o pré-natal. A concentração média de consultas é de 2,1, portanto insuficiente para produzir impacto significativo na situação epidemiológica antes mencionada. A assistência institucional ao parto chega a 74%, com qualidade insuficiente para alterar o perfil da mortalidade materna.

Observa-se ainda um aumento generalizado da operação cesareana que, em alguns hospitais privados, ultrapassa a 80% e, no setor público, já está acima de 35%, contribuindo para um aumento da morbimortalidade materna e dos custos hospitalares.

No que se refere à permanência da criança na maternidade, apesar de serem bem conhecidas as vantagens do alojamento conjunto, ainda existe um grande número destes que continuam a utilizar os berçários para o atendimento aos recém-nascidos de baixo risco.

Na área rural e lugares mais distantes a única alternativa que existe para a mulher é o parto domiciliar. Mais da metade das mulheres destas áreas são assistidas por parteiras tradicionais, que na maioria das vezes, sem nenhuma orientação e fora do controle dos serviços de saúde, não são capazes de imaginar a magnitude da responsabilidade que assumem ao realizarem um parto domiciliar.

A prevenção do câncer cérvico-uterino chega apenas a 2% das mulheres brasileiras; o controle das doenças sexualmente transmitidas, incluída a AIDS, mantém-se insuficiente para evitar a sua propagação. Embora exista uma prevalência alta de anticoncepção (71% das mulheres com vida sexual ativa), o perfil de uso de métodos concentra-se em apenas 2 métodos: ligadura tubária com 44,4% de uso e contraceptivos orais, com 41%, ambos somando 85,4% de prevalência, mostrando a necessidade de intensificar um programa de planejamento familiar que chegue com informações e meios a todas as camadas da população.

Diante do quadro exposto, torna-se fundamental adequar a rede de serviços, de saúde, com ênfase à:

- reorganização do modelo de atenção à saúde, capaz de alterar positivamente os níveis de saúde da criança, da mulher e do adolescente e que garanta o acesso, a cobertura universal e a integralidade da assistência;
- melhoria das condições de eficiência operativa dos serviços de saúde;

- redimensionamento da infra-estrutura física, dos equipamentos, suprimentos e medicamentos dos serviços de saúde e garantia de manutenção e estoques necessários;
- sistema de informação que permita acompanhar e avaliar a magnitude dos problemas da população alvo, a estrutura de suas causas e o impacto das ações desenvolvidas.

7.5. PROGRAMAS E PROJETOS MATERNO-INFANTIS EM DESENVOLVIMENTO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A Coordenação Materno Infantil - COMIN, na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, é um dos setores integrantes do Departamento de Programas da Secretaria de Assistência à Saúde.

É de sua competência coordenar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher, criança e do adolescente. Para tanto, propõe-se a atingir os seguintes objetivos:

- diminuir a morbimortalidade do grupo alvo, através de uma assistência que seja integral e que atenda às necessidades biológicas e psico-sociais decorrentes dos processos de crescimento, desenvolvimento e reprodução humana;
- criar condições que garantam: o acesso universal da criança, da mulher e do adolescente aos cuidados de saúde, em condições equitativas para os distintos grupos sociais; a disponibilidade de serviços resolúveis, efetivos e de qualidade; a integralidade das ações, capaz de assegurar o direito à atenção dos níveis mais simples aos mais complexos, do curativo ao preventivo e a compreensão de indivíduo em sua totalidade e das coletividades em suas singularidades;
- promover a definição de políticas e participar da elaboração de instrumentos e diplomas legais relativos à assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente;
- promover o trabalho integrado e coordenado entre entidades governamentais e não governamentais, na busca da complementariedade das ações, necessária à integralidade de assistência;
- contribuir para o desenvolvimento técnico e científico da assistência à saúde do grupo alvo e para a capacitação dos recursos humanos necessários para a gerência e operação das ações;
- estimular a participação ativa da população na identificação e na solução dos problemas específicos do grupo alvo.

Para o atingimento de seus objetivos prioritários, foram criados programas específicos que definem as diretrizes e ações básicas de atenção ao grupo das mulheres, das crianças e dos adolescentes:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, com prioridade para as atividades relativas ao crescimento e desenvolvimento, controle das doenças diarreicas, controle das infecções respiratórias agudas, atenção ao recém-nascido com ênfase à prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso.

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, através de ações de pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mama, prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis.

- Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente, com ênfase às ações relativas ao crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar, prevenção de acidentes e violência e combate ao uso de drogas.

Os programas são implementados na rede de serviços de saúde dos Estados e Municípios sob a coordenação nacional da COMIN, que incorpora as seguintes linhas estratégicas de atuação: desenvolvimento de recursos humanos, assessoria técnica e financeira, normatização, apoio a pesquisas e estudos especiais, aquisição e distribuição de insumos, intercâmbio técnico, científico e político e controle e avaliação.

Diante da situação epidemiológica do grupo alvo e dos problemas hoje identificados na assistência à saúde da população mencionados nos itens anteriores, a COMIN busca formular projetos específicos que venham a subsidiar técnica e financeiramente o processo contínuo e sistemático de implantação das ações básicas de saúde, nas redes de serviços estaduais e municipais, visando reverter o quadro atual.

Nesse sentido, a COMIN desenvolve atualmente os seguintes projetos:

- a) Projeto BRA 90-032 / Programas das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD-1991 a 1995.

A COMIN é parte integrante desse projeto, cujo propósito básico reside em propiciar elementos para o desenvolvimento da capacidade gerencial, de planejamento e de administração da própria Coordenação, fundamentalmente para sua ação coordenada junto aos Estados e Municípios da Região Nordeste, que compõem a área de abrangência do Projeto Nordeste Rural, financiado pelo Banco Mundial.

- b) Projeto FNUAP - Fundo das Nações Unidas para População - 1993 a 1996

Este projeto tem por objetivo implantar, nos serviços públicos de saúde, a Assistência Integral à Saúde da Mulher e do Adolescente, principalmente com referência as ações de Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar.

Nesse sentido, prevê o apoio às Secretarias Estaduais de Saúde visando: o fortalecimento da capacidade gerencial e administrativado Programa; a capacitação de recursos humanos e equipamentos e insumos básicos para as unidades docente-assistenciais.

- c) Cooperação técnica e financeira da Organização Pan-Americana da Saúde/OPS

A COMIN conta com a cooperação técnica permanente da OPS e apoio financeiro às atividades de capacitação de recursos humanos, participação em eventos e impressão de documentos técnico-normativos.

Os projetos acima mencionados compõem o conjunto de recursos financeiros da Coordenação que, somados ao orçamento do Tesouro da União para a área materno infantil, constituem-se no aporte necessário para a efetiva implantação das ações de saúde no Brasil. São projetos que se complementam, e que obedecem as políticas e diretrizes para a área, estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

8. PRAZO DE EXECUÇÃO

O projeto deverá ser desenvolvido por um período de 05 (cinco) anos, com início previsto para janeiro de 1995.

9. RECURSOS FINANCEIROS (em US\$ 1,000)

9.1. Cooperação Solicitada

- Peritos	2,900
- Treinamento	250
- Equipamentos e Insumos	<u>2,700</u>
TOTAL	5,850

9.1.1. Discriminação dos Peritos Solicitados

9.1.1.1. Longa Duração (5 anos)

- Liason officer (60 h/m)	600
- Especialista em Saúde Pública/Medicina Comunitária (60 h/m)	600
- Pediatra/Perinatologista (60 h/m)	600
- Ginecologista/Obstetra (60 h/m)	<u>600</u>
TOTAL	2,400

9.1.1.2. Curta Duração

- 5 peritos/ano por 2 meses, totalizando 50 homens/mês	500
--	-----

9.1.2. Discriminação do Treinamento Solicitado

- Especialista em Saúde Pública/Medicina Comunitária (10 h/m)	50
- Pediatra/Perinatologista (20 h/m)	100
- Ginecologista/Obstetra (20 h/m)	<u>100</u>
TOTAL	250

9.1.3. Discriminação dos Equipamentos e Insumos Básicos Solicitados - US\$ 2,700

9.1.3.1. Para Assistência a Saúde da Criança

- Nebulizador
- Estetoscópio
- Balança de dois tipos
- Otoscópio
- Antropômetro
- Lanterna pequena
- Sais de Reidratação Oral (SRO)

9.1.3.2. Para Assistência a Saúde da Mulher

- Mesa ginecológica
- Balança
- Espéculo
- Colposcópico
- Aparelho de ultrassonografia, incluindo transdutor vaginal
- Contraceptivos:
 - . Diafragma
 - . Dispositivo Intra-Uterino (DIU)
 - . Condom
 - . Geléia espermicida

9.1.3.3. Para Centros de Capacitação de Pessoal da Rede de Serviços

- Vídeo cassete
- Televisor
- Retroprojeter
- Projetor de Slides

9.1.3.4. Para o Sistema de Informação

- Hardware
- Software

10. CONTRAPARTIDA NACIONAL OFERECIDA

- Nível Federal:
 - . Equipe técnica da Coordenação Materno Infantil
 - . Apoio financeiro e técnico aos estados (material técnico, capacitação, assessoria e assistência hospitalar e ambulatorial).
- Nível Estadual e Municipal:
 - . Pessoal técnico e administrativo
 - . Serviços de saúde em funcionamento
 - . Equipamentos e medicamentos disponíveis

11. FUNCIONALIDADE DO PROJETO

A Coordenação do projeto ficará a cargo da Coordenação Materno Infantil do Ministério da Saúde, com sede em Brasília.

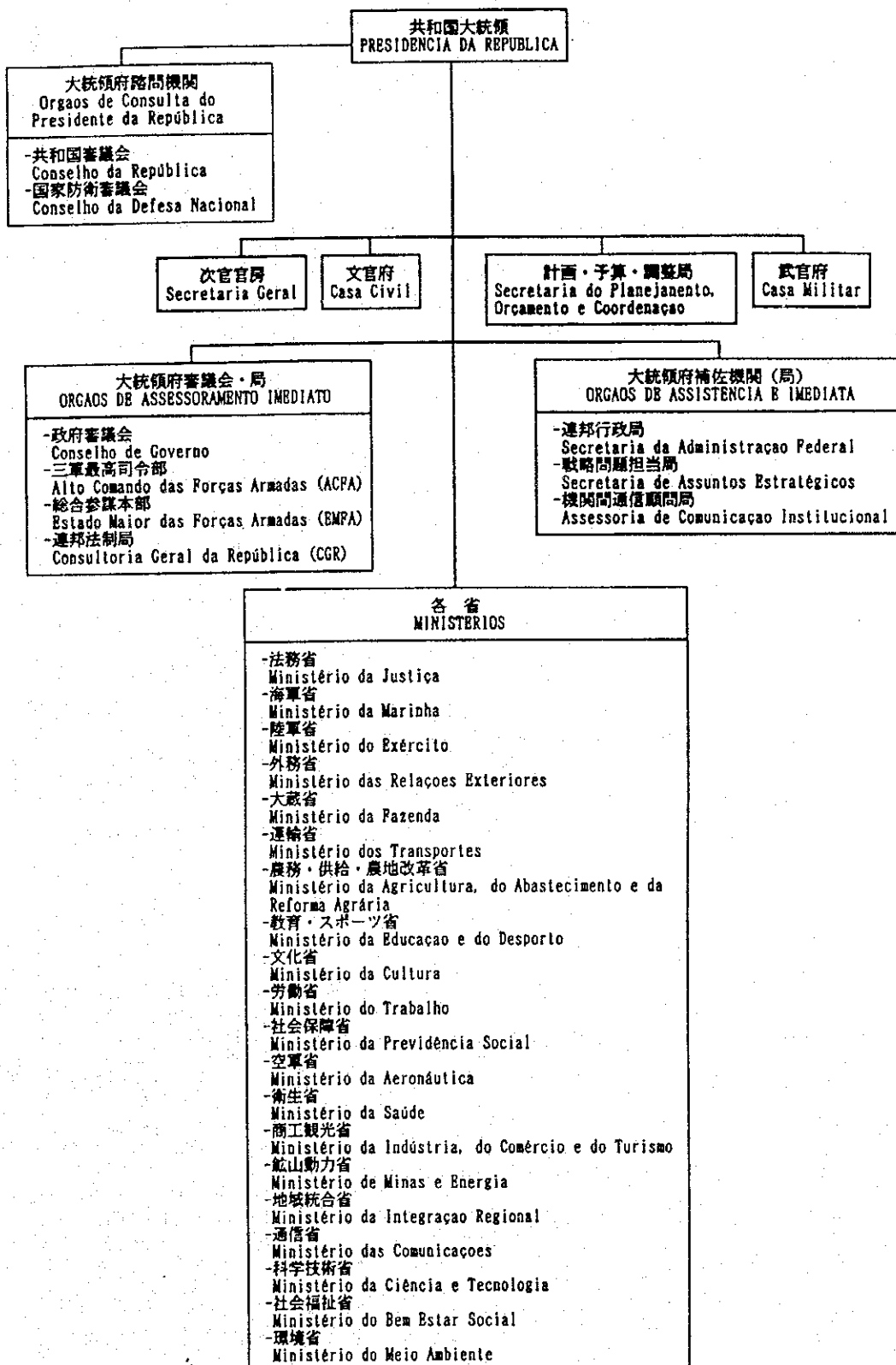
Através de um trabalho conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, deverão ser selecionadas as áreas do projeto, nas quais as atividades previstas deverão ser implementadas.

As Secretarias de Saúde, responsáveis pela operação dos serviços de saúde, participarão da avaliação periódica da execução do projeto.

⑤ 医療協力ファイル

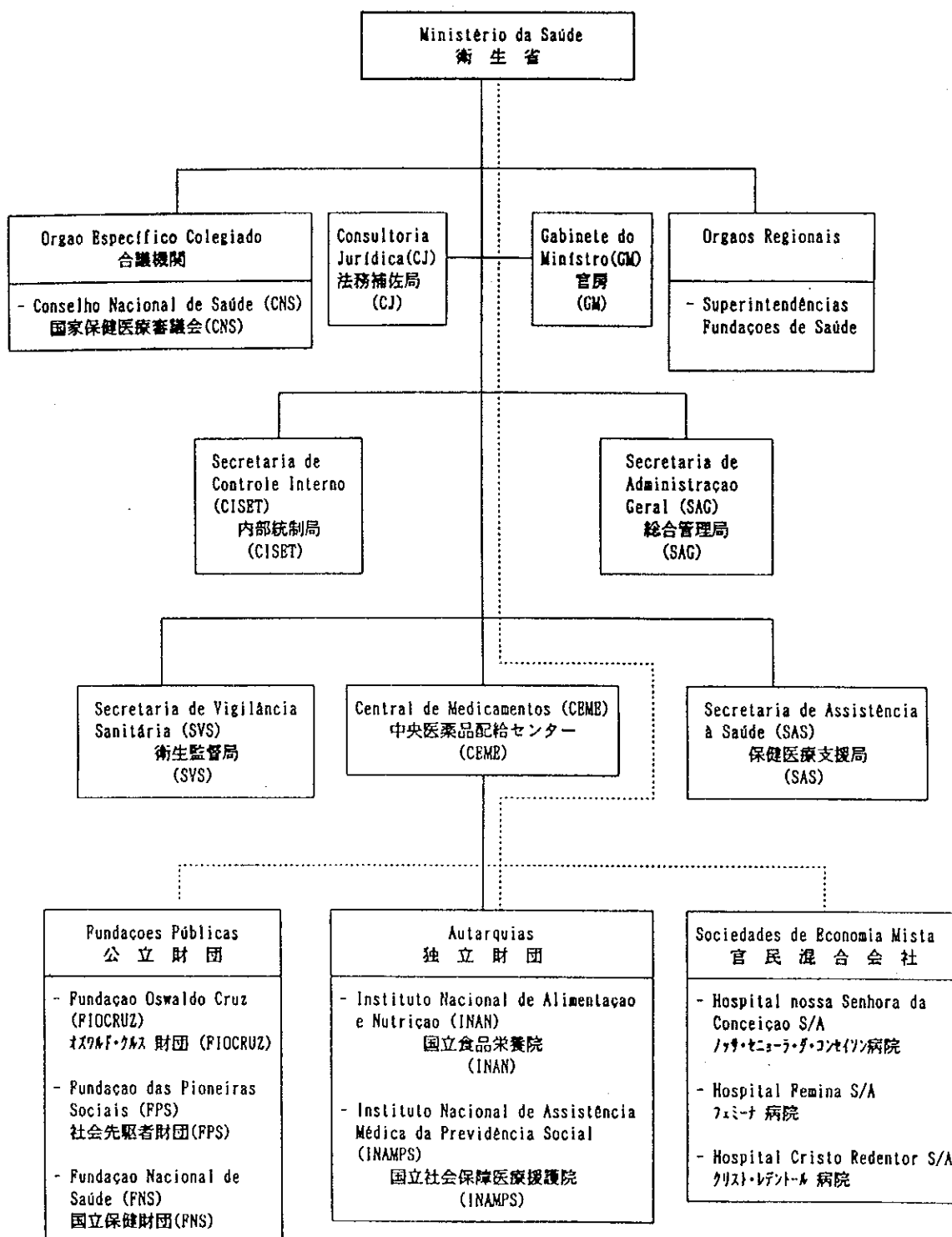
図2-1 国家行政組織図

(1992年12月現在)



出典 JICA ブラジル事務所作成

図2-6 衛生省組織図
統一保健医療システム-SUS導入 (1990年) 以降



出典 開発途上国の行政・省庁組織図 国際協力事業団

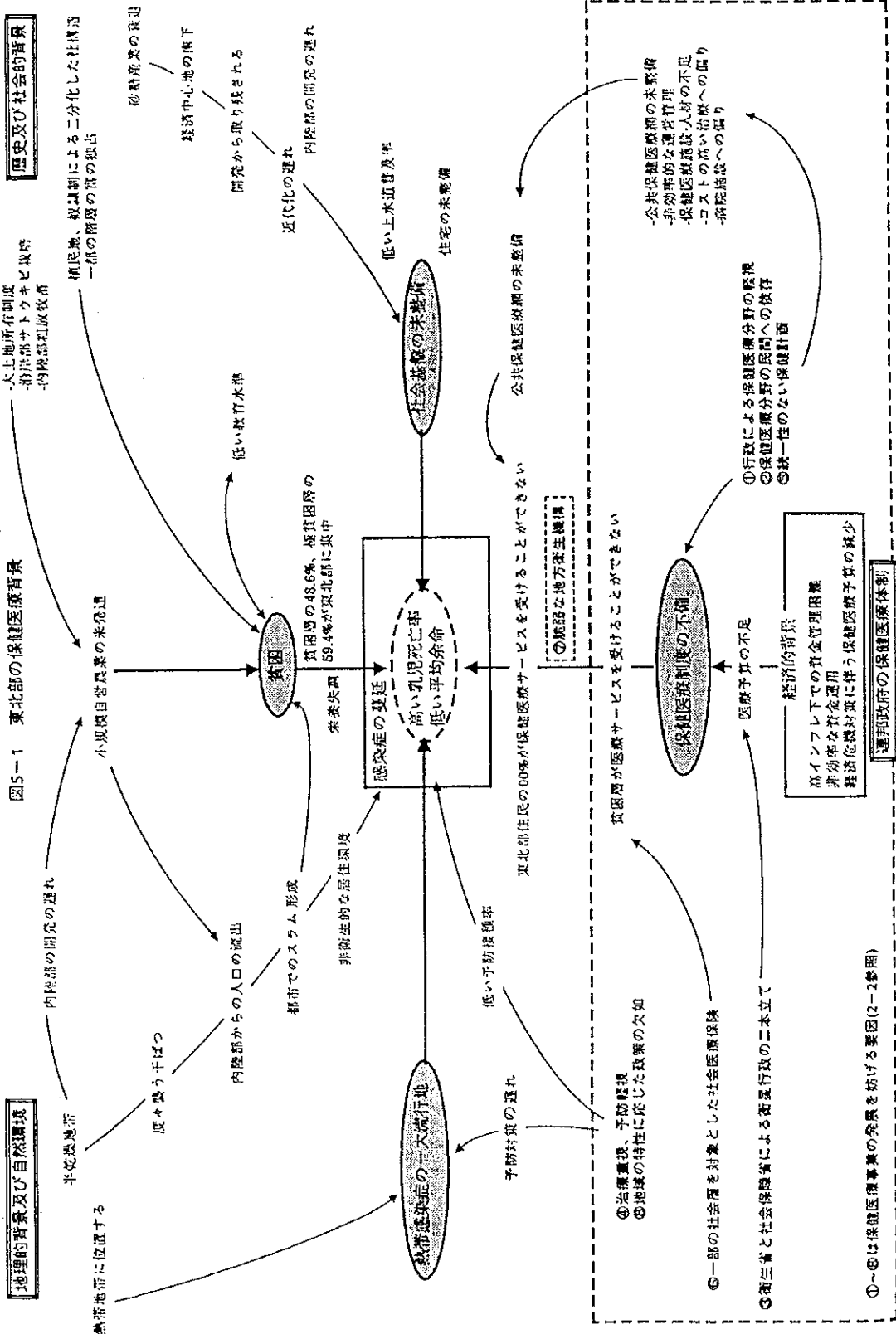


図5-2 東北部における人口の分布

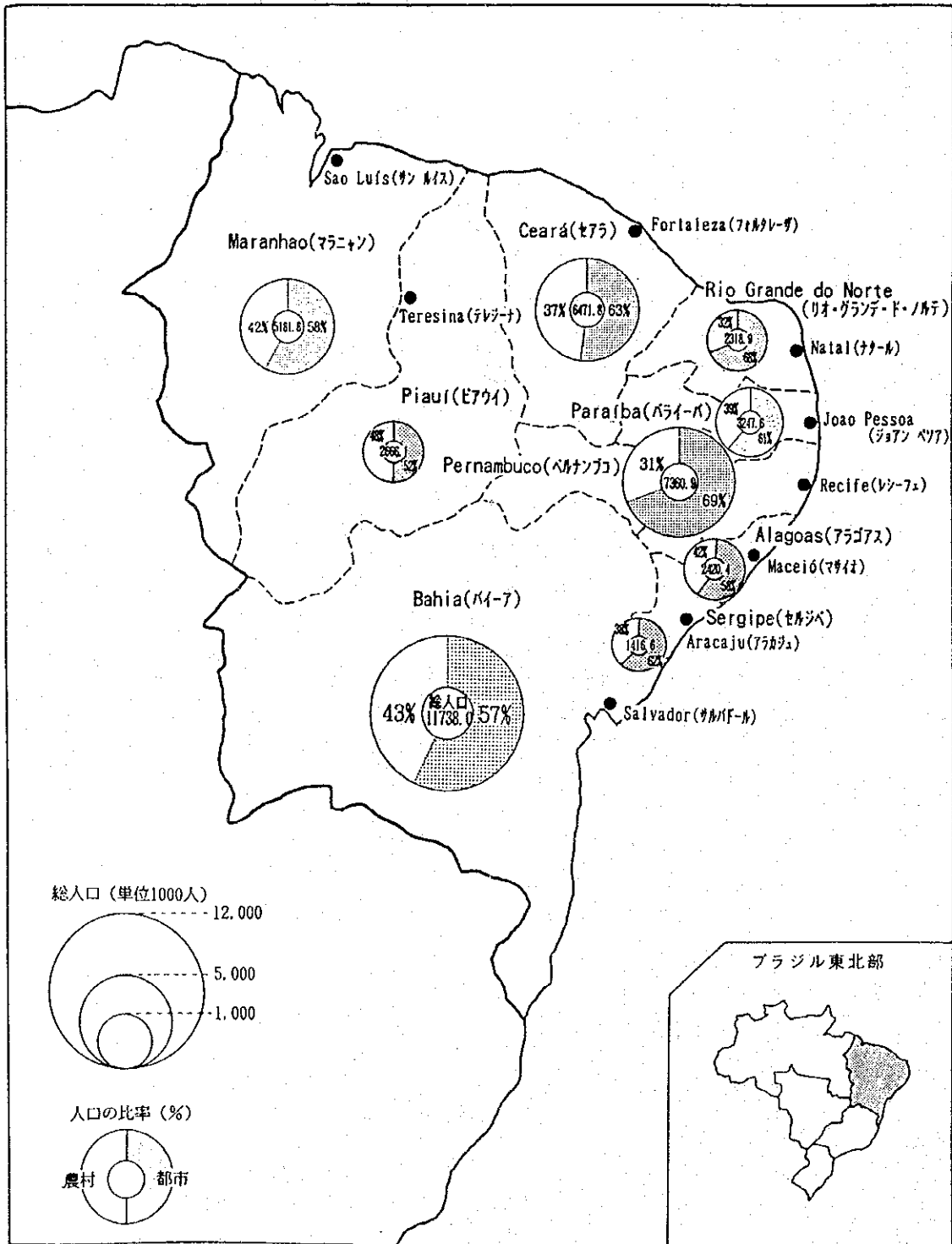


図5-3 干ばつの多角形地帯

