

MINISTÉRIO DA SAÚDE INFORMA

Publicação mensal da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde – ISSN 151-533X ano 2 nº 10 fevereiro de 2002

NESTA EDIÇÃO

Hanseníase

O Brasil está comprometido a eliminar a hanseníase até 2005. Foi o que garantiu o secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, Cláudio Duarte, durante a 2ª Reunião da Aliança Global de Eliminação da Hanseníase, ocorrida em Brasília, do dia 29 a 31 de janeiro. Compareceram ao evento especialistas internacionais de saúde dos países endêmicos, os coordenadores nacionais dos programas de hanseníase e representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Tabagismo

A Resolução nº 104/01, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) determinou, a partir de 1º de fevereiro, a circulação nacional de fotos de impacto sobre os malefícios do tabagismo nos rótulos das embalagens das quase 60 marcas de cigarro comercializadas no Brasil.

A medida da Anvisa tem a finalidade de fazer com que as imagens sirvam como uma contra-propaganda ao fumo, principalmente para os jovens. Pesquisas comprovam que 90% dos fumantes se viciam a partir de 19 anos de idade.

Dengue

Durante os meses de janeiro a maio, período em que o clima mantém-se quente e chuvoso, a proliferação do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue, torna-se mais frequente. Surtos da doença estão acontecendo em vários estados brasileiros, principalmente no Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Goiás. Diante desse quadro, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) vem intensificando o combate à enfermidade, privilegiando as ações de mobilização social para o problema.

Colônia Juliano Moreira



“A história da Colônia Juliano Moreira ficará marcada por um período de progresso, de integração, em que a sociedade recebe um espaço revitalizado e a serviço do povo”. Com essas palavras, Márcia Rollemberg, coordenadora-geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde, presidente do Grupo de Trabalho e coordenadora das Ações de Inventariança da Colônia Juliano Moreira (CJM), resume um dos objetivos do processo de municipalização e de redefinição das áreas da instituição, um dos mais antigos hospitais psiquiátricos do País, situado no bairro de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro (veja quadro 1).

Com uma área total de 7.864.108,52 m² – equivalente a três bairros de Copacabana – e uma história que se confunde com a da saúde mental no Brasil, a CJM é considerada um memorial da loucura, marco permanente da evolução da assistência psiquiátrica nacional, pelo qual grandes nomes, em diversas épocas, trabalharam em prol do diagnóstico, do acompanhamento e da reabilitação de pacientes, ou mesmo ali habitaram na condição de usuários. Dentre as personalidades ilustres que passaram pela Colônia na condição de internos, encontram-se o escritor Lima Barreto, o compositor Ernesto Nazareth e o artista plástico Arthur Bispo do Rosário (veja quadro 3).

No ano de 1996, iniciou-se a transferência da CJM da esfera federal para a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, em decorrência da descentralização das ações da saúde e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que acarretou o desmembramento da Colônia em três hospitais: o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, que compreende as unidades de residentes, atualmente com 950 pacientes; o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, responsável pelo atendimento aos pacientes agudos, do qual faz parte o Centro de Apoio Psicossocial (Caps) Arthur Bispo do Rosário; e, por fim, o Hospital Municipal Álvaro Ramos, que realiza o atendimento em clínica médica dos pacientes.

O convênio de pré-municipalização ocorreu como forma de facilitar a prestação dos serviços na instituição e a captação de recursos pelo município do RJ para investimentos necessários que garantissem à Colônia a preservação de sua cultura, de seu patrimônio histórico, a promoção da saúde, a proteção do meio ambiente, a urbanização de suas áreas e o fomento do esporte e do lazer. Em 3 de março de 1999 foi assinado o Termo de Cessão, formalizando a transferência definitiva da unidade.

Leia mais nas páginas 4 e 5.

OPINIÃO

Um planejamento com enfoque gerencial

Agilidade, compromisso, dedicação e embasamento técnico são premissas nas quais nós, da Coordenação-Geral de Planejamento (CGPL) do Ministério da Saúde, nos pautamos para, desde o começo de nossa gestão, em 1999, imprimirmos um desempenho condizente com uma nova forma de condução dos trabalhos, tanto interna quanto externamente, assegurando o fornecimento de instrumentos técnicos de planejamento para a implementação das políticas adotadas na Saúde.

Partindo do princípio de que o planejamento setorial é um instrumento que não deve ser desenvolvido isoladamente, a gestão atual da CGPL vem conduzindo seus trabalhos com enfoque no planejamento interno, articulado com o orçamento e em consonância com o Sistema Federal de Planejamento e Orçamento, buscando melhores resultados na viabilização dos programas do Ministério da Saúde e do Governo Federal.

A CGPL/MS é composta por uma equipe técnica, multidisciplinar, qualificada para realizar o planejamento da Saúde em parceria com as diversas áreas do Ministério. É com esse novo enfoque que a CGPL está gerando resultados mais efetivos no planejamento das políticas de saúde, fornecendo bases para a solução dos problemas detectados.

É importante destacar que a Coordenação-Geral de Planejamento, como órgão central de planejamento do MS, vem realizando uma série de trabalhos, os quais têm permitido conhecer a realidade da saúde no País. Dessa forma, cumpre seu papel de subsidiar, de forma eficiente, a alocação dos recursos públicos, atingindo maior eficácia na consecução dos objetivos traçados.

Bem sucedido tem sido o canal aberto diretamente com a Secretaria Executiva, uma vez que, os trabalhos desenvolvidos pela CGPL têm tido uma nova dinâmica e maior agilidade às respostas e às demandas internas e externas, conferindo expressão dentro e fora do Ministério da Saúde, dada a extensão e consistência técnica buscada na sua elaboração. Destacamos os principais trabalhos que vêm sendo realizados, no período de 1999 a 2001.

Durante este tempo, atuamos na coordenação do processo de implantação da Bolsa-Alimentação e no assessoramento direto ao então Secretário-Executivo, Barjas Negri; na elaboração, acompanhamento e avaliações do Plano Plurianual (PPA) 2000-2003, que envolve mais de 30 programas de áreas fins do Ministério da Saúde; oferecemos

subsídios à elaboração do Projeto de Lei das Diretrizes Orçamentárias e do Projeto de Lei Orçamentária, elaboramos o Termo de Referência para a Mensagem Presidencial 2002, bem como as Mensagens Presidenciais de 2000 a 2002, além de fazermos os Relatórios dos Balanços Gerais da União referentes ao MS, para o mesmo período.

Cabe ainda ressaltar a participação da CGPL em diversos projetos especiais do Governo Federal, especialmente o da Rede de Proteção Social (RPS), o do Plano de Prevenção à Violência, do Programa Comunidade Solidária e o Plano Emergencial de Combate à Seca, além da participação no Grupo de Avaliação e Acompanhamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Somam-se a essas outras atividades, também importantes, como a de mapeamento, análise e acompanhamento das ações municipais, estaduais e regionais de saúde. Dentre estas, gostaríamos de destacar os projetos Alvorada, Semi-Árido, Prevenção e Combate à Violência, como também o Comunidade Solidária.

Em virtude da importância da informação é que reconhecemos como fundamental para o planejamento das ações de Saúde o desenvolvimento e a manutenção dos bancos de dados e de indicadores econômicos, de investimentos e de legislação básica em saúde. Ainda neste sentido, elaboramos o Sistema de Informações Gerenciais de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação (Sigplan/MS), voltado para os programas e para as ações das áreas fins do Ministério.

Contribuindo também para aumentar a quantidade e a qualidade das informações do MS, a Coordenação elaborou e publicou 20 cartilhas temáticas relativas a programas e ações prioritárias do MS, cuja demanda vem aumentando em razão da abordagem de temas do interesse de gestores de saúde e de toda a sociedade. Essas cartilhas foram idealizadas de forma a destacar os conceitos dos programas e das ações, seu funciona-

mento, seus requisitos, suas responsabilidades, com a finalidade de fazer uma breve avaliação deles, com abordagem do planejamento do PPA 2000/2003 e relacionando suas referidas legislações e normas.

Muitas foram as participações da CGPL em grupos de trabalho, conselhos, comitês e comissões técnicas. Em 2001, proferimos três palestras importantes. A primeira com o tema "Planejamento integrado em Saúde", tratando do planejamento das ações do MS, dentro de um enfoque gerencial, traçado pelo PPA 2000-2003. A palestra foi proferida no Conselho Nacional de Saúde (CNS); a

segunda, ministrada, também em Brasília, teve como tema o "Plano Plurianual 2000-2003" e ocorreu na Reunião de Avaliação e Planejamento das Ações de Saúde da Criança (SPS), objetivando demonstrar a contextualização do Programa Saúde da Criança na estrutura do PPA 2000-2003; finalmente, a terceira, cujo tema foi "Equidade em Saúde e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)", proferida no Conselho Regional de Medicina (CRM) em Maceió (AL), abordou as formas de redução dos desequilíbrios regionais na distribuição dos recursos da Saúde.

Neste cenário, continuamos trabalhando com afinco, mostrando que o planejamento é necessário para o alcance da eficácia e efetividade almejada na construção de processos sociais mais justos sem perder de vista a necessidade da utilização das ferramentas próprias da gestão pública: a responsabilidade fiscal, o norteamento do Plano Plurianual, a diretriz orçamentária, a observância do orçamento anual e os instrumentos de gestão.

"Somente assim, buscando a racionalidade dos processos para a tomada de decisão e alocação eficiente de recursos, explica-se o fato de os trabalhos desenvolvidos pela CGPL ganharem evidência dentro e fora do Ministério da Saúde"

Anoildo Felisdório dos Santos
Coordenador-Geral de Planejamento



Foto: Aso Brasil

Eliminação da hanseníase até 2005

O Brasil está comprometido a eliminar a hanseníase até 2005. Foi o que garantiu o secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, Cláudio Duarte, durante a 2ª Reunião da Aliança Global de Eliminação da Hanseníase, ocorrida em Brasília, entre os dias 29 e 31 de janeiro, onde estiveram reunidos especialistas internacionais de saúde dos países endêmicos, os coordenadores nacionais dos programas de hanseníase e representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS).

De acordo com o secretário, é necessário que as ações se concentrem agora nas populações com maior risco e, para isso, o Ministério da Saúde conta com uma aliança nacional integrada pelos estados, municípios, sociedade científica e organizações comunitárias. Outro aspecto considerado pelo secretário foi a iniciativa do Ministério da Saúde, representado pelo plano de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase, lançado em novembro passado, cuja previsão de erradicar a doença foi estabelecida para até 2005. Essa data também foi acordada com os especialistas internacionais de saúde participantes da conferência na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde em Brasília.

A comunidade internacional de saúde alcançou com êxito seu alvo de eliminar a hanseníase como um problema global de saúde pública. O desafio agora é identificar e tratar os infectados com essa doença curável nos seis países onde a hanseníase continua a ser um sério problema de saúde pública. O Brasil é um deles, os outros são: Índia, Madagascar, Moçambique, Mianmar e Nepal. “Estou confiante de que nós teremos sucesso em alcançar a nossa meta de eliminação, em nível nacional, durante os próximos quatro anos”, disse, em sua mensagem gravada em vídeo, a diretora-geral da Organização Mundial da Saúde, Gro Harlem Brundtland, durante a abertura do encontro. A diretora lembrou ainda o quanto a doença é encoberta por preconceito: “nenhum ser humano deveria ter que sofrer o estigma, a defor-

midade e a inaptidão forjados por esta doença facilmente curável.”

A Aliança Global é composta pelos 12 países ainda endêmicos em hanseníase (Índia, Brasil, Mianmar, Indonésia, Nepal, Madagascar, Etiópia, Moçambique, Angola, Congo, Tanzânia e Guiné) e por fundações e entidades de controle da doença, como também pelo Banco Mundial. De acordo com nota divulgada pela OPAS em Brasília, uma importante parceria na Aliança Global é a Fundação Nippon. O presidente da Fundação, Yohei Sasakawa, aproveitou a ocasião do encontro para renovar a garantia de suporte à Aliança e anunciar a doação de US\$ 4,8 milhões para 2002, relativa à eliminação da hanseníase.

Há dez anos, a Organização Mundial da Saúde empenhou-se em eliminar a doença como um problema de saúde pública. Em condições globais, isso foi alcançado, e mais de 11 milhões de pessoas foram curadas completamente da hanseníase. Busca-se agora reproduzir essa realização em todos os países. “O mundo nos julgará se, com todas as ferramentas disponíveis, não venceremos esta batalha”, disse Maria Neira, diretora de Controle de Doenças Transmissíveis, Prevenção e Erradicação, da OMS.

Segundo o coordenador da Área Técnica de Dermatologia Sanitária do MS, Gerson Fernando Mendes, o Brasil alcançará a taxa de prevalência de menos de um doente a cada 10 mil habitantes até ano de 2005,

cumprindo assim o acordo internacional de eliminação da doença. Atualmente, o Brasil recebe doações da OMS de medicamentos para os pacientes de hanseníase, com exceção dos remédios alternativos e anti-reacionais. O Brasil comprou todos os medicamentos até o ano de 1996.

Uma nova combinação de drogas, conhecida como “poli-

quimioterapia” (PQT), é usada para tratar os pacientes. A Fundação Novartis para o Desenvolvimento Sustentável assegura o repasse dessas drogas para a OMS. Desde que essas doações se iniciaram, em 2000, mais de 16 milhões de cartelas, cada uma provendo um mês de tratamento ao paciente, foram entregues.

Em 1991, durante a 44ª Assembléia Mundial de Saúde, a OMS propôs aos países endêmicos a eliminação da hanseníase, como problema de saúde pública, até o final de 2000, período em que 12 países endêmicos ainda tinham taxa de prevalência maior que a estabelecida. Em 1999, dos 122 países que eram considerados endêmicos, 94 alcançaram a meta de eliminação da doença. Uma nova data para que a hanseníase saia de cena foi estabelecida durante a 3ª Conferência Mundial para a Eliminação da Hanseníase, ocorrida na Costa do Marfim, em 1999, quando também foi criada a Aliança Global.

Hanseníase no Brasil – Segundo dados da Secretaria de Políticas de Saúde, a prevalência da hanseníase no Brasil é de 77.676 pessoas, o que representa 4,68 doentes numa população de 10 mil pessoas. Somente no ano passado, o número de casos foi de 41.070, representando 2,47 num grupo de 10 mil pessoas. As regiões brasileiras com maior número de casos de hanseníase, con-

siderando um universo de 10 mil, são, respectivamente: Centro-Oeste, com 11,82 pessoas doentes; Norte, com 9,08; Nordeste, com 6,13; Sudeste, com 2,94; e Sul, com 1,37.

O Estado do Mato Grosso é o que possui o maior número de casos no Brasil, chegando à escala hiperendêmica. Os parâmetros para avaliação dos coeficientes de prevalência são: hiperendêmico, que representa número maior ou igual a 20 casos por 10 mil habitantes; muito alto, com até 20 casos; alto, com até 10; médio, com até 5; e baixo, com até 1 caso/10 mil.

A hanseníase é uma doença de pele completamente curável, mas que tem causado, há séculos, so-

frimento para suas vítimas. Até as últimas décadas do século XX, pacientes de hanseníase eram habitualmente levados de suas casas e forçados a viver isolados em leprosários.

De acordo com dados da OMS, até o final do ano 2000, existiam 600 mil casos de hanseníase registrados, em tratamento, em todo o mundo. Cerca de 380 mil casos na Índia (mais de 60% do total) e quase 78 mil (13% do total) no Brasil.

Jonilda Bonfim
 Ministério da Saúde Informa



Colônia Juliano Moreira

Processo de municipalização do hospital psiquiátrico beneficia a sociedade e revitaliza um espaço dedicado à saúde mental

Grupo de Trabalho – Para proceder à conclusão da municipalização, o MS, por meio de sua Secretaria Executiva, instituiu um Grupo de Trabalho (GT), que contou com a participação de entidades federais, estaduais e municipais, com o objetivo de apresentar estudos de regularização da área, e designou ações de inventariar, para concluir administrativamente os ritos processuais na transferência de patrimônio e a cessão de servidores públicos. Dentre tais entidades, encontram-se o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ministério da Fazenda, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), as Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Desenvolvimento Social, Habitação, Obras e Serviços Públicos, Fazenda e Cultura, a Guarda Municipal, a Controladoria e Procuradoria Geral do Município. O GT contou também com o envolvimento do Instituto Estadual de Florestas (IEF/Sema/RJ), do Batalhão de Operações Especiais (Bope/Sesp/RJ) e do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

As ações foram definidas em um Plano de Trabalho elaborado conjuntamente pelas instituições, e sua consecução possibilitou não somente a realização do inventário como também a elaboração de projetos para a redefinição da área da CJM, objetivando garantir sua segurança, sua preservação e a continuidade dos serviços existentes.

A regularização ambiental é um aspecto importante nesse processo, pois, nas últimas décadas, as terras da CJM foram alvo de ocupações diversas e assentamentos clandestinos que, além de dilapidarem o patrimônio público e ameaçarem a reserva de mata atlântica, constituíram uma população que vive, em muitos casos, em condições desumanas e de risco.

A grande extensão territorial da Colônia e suas características muito específicas, com uma complexidade de atividades, concorreram para que a descentralização dessa unidade ultrapassasse os procedimentos usuais, tendo como objetivo a retomada da situação fundiária,

um melhor dimensionamento da área necessária aos serviços municipais e o enfrentamento de invasões, primando por uma utilização adequada e sintonizada com a relevância dos interesses do País.

Por licitação pública, foram contratados serviços especializados de engenharia para reproduzir, a partir dos dados constantes em documentação disponível – plantas de situação e documentos cartoriais –, os limites da área global e, a partir do trabalho de campo, delimitar os setores, elaborando os respectivos memoriais descritivos e identificando as edificações da União.

Setorização – Com base nas orientações dos dirigentes, nas negociações e nas contribuições dos segmentos envolvidos, foi estabelecido o desmembramento da área em setores, possibilitando suas destinações e os encargos atribuídos a cada cessionário. “O trabalho abrange toda a área do complexo Juliano Moreira, com empenho na resolução de questões histórica-

mente sedimentadas, zelando pela manutenção das atividades e dos projetos prioritários para o Setor Saúde” – observa Márcia Rollemberg.

Assim, a administração do Setor 1 – a área de maior dimensão – coube à Fiocruz, que possibilitará o desenvolvimento das atividades do setor com a criação de um campus avançado para pesquisa e a retomada do projeto de produção de medicamentos fitoterápicos. O Instituto Estadual de Florestas e o Batalhão de Operações Especiais do Governo do RJ vão garantir, por meio de convênios, a segurança e preservação ambiental do Parque Estadual da Pedra Branca, que compreende cerca de 60% da área da CJM (veja quadro 2).

O Setor 2, o mais complexo, de responsabilidade da Prefeitura do RJ, é constituído por unidades hospitalares, administrativas, educacionais e sociais, residências funcionais e invasões habitacionais e comerciais. Cada cessionário – tanto do Setor 1 quanto do Setor 2 – deverá apre-

sentar um plano diretor de utilização do espaço, prevendo o reordenamento de uso e ocupação do solo, que deverá concentrar, coibir e regular as ocupações residenciais, priorizando a preservação das matas, dos rios e das nascentes. A filosofia é uma gestão compartilhada do complexo que possibilite a implementação de um projeto de segurança para impedir a expansão de áreas invadidas e garantir o funcionamento das atividades públicas, objetivando a melhoria das condições de vida na CJM.

A Prefeitura do RJ também administrará os Setores 3 e 3A, considerados como área habitacional extramuros, alvos de grande e histórica invasão por comunidades organizadas, para os quais está previsto projeto de regularização fundiária, urbanização e saneamento básico.

Já os Setores 4 e 4A estão sob a jurisdição do Exército Brasileiro desde 1996, que inicialmente tinha o propósito de construir residências para oficiais e atualmente demonstra interesse na venda das áreas.

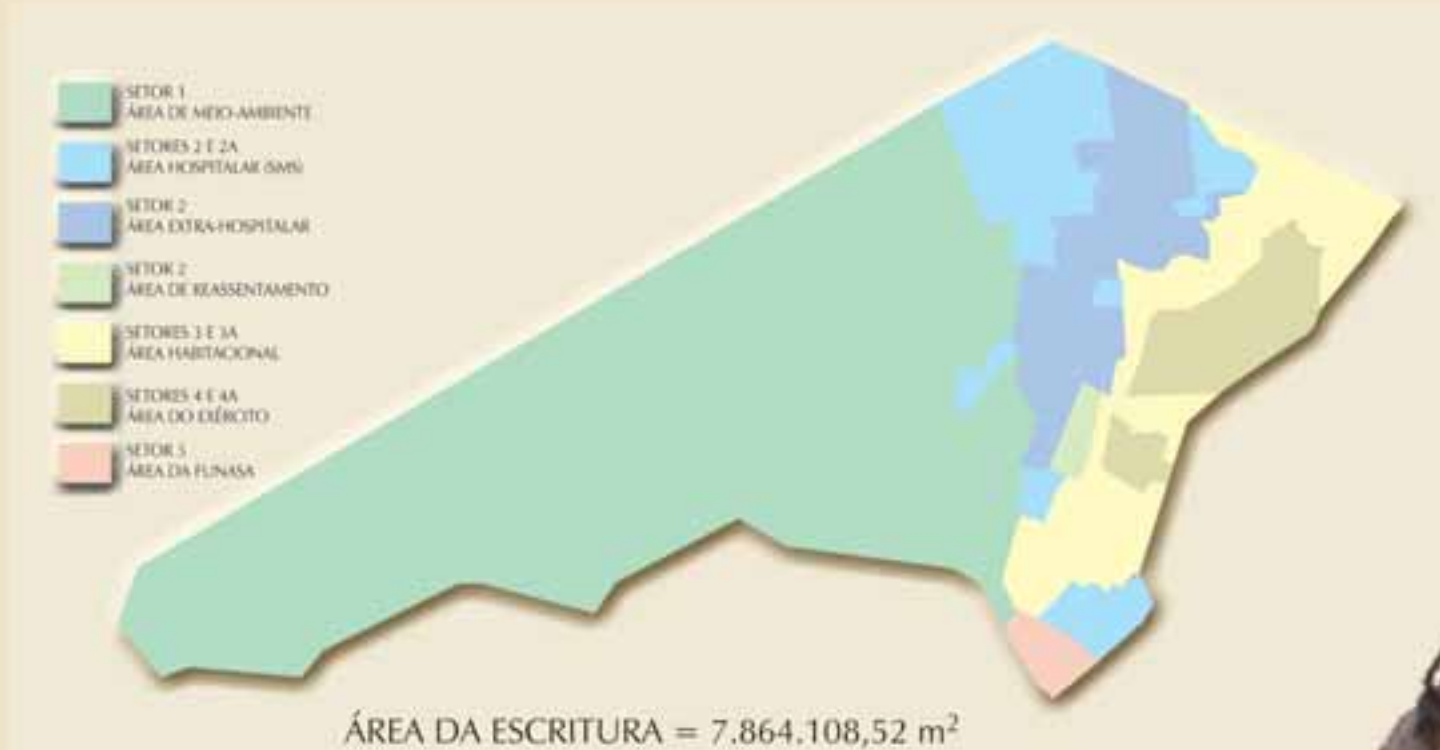
No Setor 5, sob a administração da Funasa, está o Centro de Referência Professor Hélio Fraga, excelência em pneumologia sanitária, que realiza pesquisas, dissemina tecnologia de ensino e produz insumos para o combate e o controle da tuberculose, bem como de outras doenças pulmonares.

Reassentamento – A promulgação da Lei n.º 10.216/2001 – que dispõe sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica, com a gradativa extinção das unidades asilares e a consequente implantação de novas práticas de recuperação de doentes mentais – tem na área da CJM e no perfil das entidades responsáveis pela sua municipalização uma perspectiva de amplo potencial e abrangência social.

“A mudança está permitindo o reassentamento de 77 famílias que ocupam edificações em risco e de outras 23 que moram no Pavilhão Nossa Senhora dos Remédios, além de estar incluindo diversas áreas da Colônia em programas de urbanização, regularização e titulação. Ao lado disso, a doação ao município do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza e da Maternidade Leila Diniz vem possibilitando sua inclusão em programas semelhantes” – afirmou César Maia, prefeito do RJ, que aprovou, em janeiro deste ano, decreto em que são reafirmadas as diretrizes para o Plano de Trabalho da Equipe Foco-Local Juliano Moreira, criando o Grupo de Trabalho Permanente (GTP), para o planejamento e a execução do processo de transferência e ocupação da área da CJM.

“A perspectiva é favorecer o funcionamento das unidades de saúde, a expansão da escola e dos serviços de atendimento social, bem como a restauração do Núcleo Histórico, com a instalação do Museu Bispo do Rosário, e a retomada do clube, como centro desportivo e de lazer para a comunidade. Por fim, a Colônia terá unidades de policiamento e do corpo de bombeiros, para a garantia da preservação e da segurança da região” – conclui Márcia Rollemberg.

Paulo Henrique de Castro
Ministério da Saúde Informa



Quadro 2

Setor	Área (m²)	Denominação	Entidades	Objetivo
1	5.097.150,24 (Setor 1)	Área de meio ambiente	Fundação Oswaldo Cruz / MS	Pesquisa e produção de plantas e fármacos Bioprospeção e Banco de Germoplasma
2	1.423.547,05 (Setor 2)	Área de uso especial	Prefeitura do Rio de Janeiro Secretaria Municipal de Saúde Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social Secretaria de Educação Secretaria de Habitação	Serviços de saúde, educação e de desenvolvimento social de interesse do público (área de uso especial)
3	105.649,32 (Setor 2A)	Área habitacional	Prefeitura do Rio de Janeiro Secretaria de Habitação	Regularização e urbanização (Projeto Favela Bairro)
Total:	1.529.196,37			
4	528.194,62 (Setor 3)	Área do Exército	Exército Brasileiro	Construção de residências oficiais e área de treinamento
5	211.271,80 (Setor 3A)	Área maior		
Total:	739.466,42			
4	340.002,40 (Setor 4)	Área do Exército	Exército Brasileiro	Construção de residências oficiais e área de treinamento
5	76.275,59 (Setor 4A)	Área maior		
Total:	416.277,99			
5	82.017,50 (Setor 5)	Área hospitalar federal	Fundação Nacional de Saúde / MS Centro de Referência Professor Hélio Fraga	Centro Nacional de Referência de Pneumologia

Quadro 3

ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO (1911 – 1989)

O artista plástico renomado e interno ilustre da CJM nasceu em Japaratinga (SE), em 1911, segundo os registros da Marinha de Guerra do Brasil, onde serviu de 1925 a 1933. Exerceu os ofícios de lutador de boxe, lavador de lotações, vulcanizador e encarregado de serviços gerais antes de ter uma visão de Jesus Cristo descendo à terra com um séquito de anjos. Em 1938, é internado no Hospital Nacional dos Alienados, com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide.

No ano seguinte, Bispo é transferido à Colônia Juliano Moreira, para o pavilhão 11 do Núcleo Ulisses Viana, reservado aos pacientes mais agressivos e “agitados”. É célebre sua frase: “os doentes mentais são como beija-flores. Nunca pousam. Estão sempre a dois metros do chão”. Entre as décadas de 40 e 60, Bispo alternou momentos de melhora e piora e saiu da CJM. Por esta época, Bispo produziu a maior parte de suas obras, até ser internado definitivamente na Colônia, em 1964. Neste ano, suas peças se tornam “intocáveis”, segundo ordens dos diretores da CJM. Morre em 1989, deixando vasta obra de arte plástica, reconhecida e elogiada no Brasil e no exterior.



Periódico aborda riscos da alimentação inadequada

Boletim de Vigilância Nutricional surge para esclarecer profissionais e propor alternativas às carências nutricionais



Foto: Daniel Aguiar

A primeira edição do boletim traz matéria sobre os índices de desnutrição de populações indígenas

O Ministério da Saúde publicou, em janeiro deste ano, a primeira edição de um informativo semestral que objetiva servir de suporte às ações e aos programas do Governo Federal de investimento contra os índices brasilei-

ros da desnutrição. Iniciativa da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, o Boletim da Vigilância Nutricional (BVN) “tem o propósito de di-

vulgar informações epidemiológicas nutricionais, das condições dos alimentos utilizados e consumidos pela população e as experiências bem-sucedidas no âmbito da alimentação e nutrição do País” – afirma Denise

Costa Coitinho, coordenadora da CGPAN.

O informativo surge também para fortalecer o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), para o monitoramento e a avaliação da situação alimentar e nutricional brasileira. “O Sisvan é um sistema estratégico de análise conjunta dos dados provenientes dos diversos sistemas de informação de base nacional” – explica a coordenadora.

Entre tais sistemas, incluem-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Atenção Básica (Siab), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (Sinan) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

A primeira edição do BVN traz artigos e matérias sobre os índices de desnutrição de populações indígenas, sobre o perfil dos coordenadores municipais

das ações de combate às carências nutricionais, sobre o Programa Bolsa-Alimentação e sobre o Relatório baseado em dados do Sinasc, que compara o peso médio de recém-nascidos brasileiros ao dos bebês norte-americanos.

Servirão de base para o informativo inúmeras pesquisas relativas a indicadores nacionais, tais como a disponibilidade de alimentos para a população, os aspectos qualitativos e quantitativos dos alimentos consumidos pelo povo brasileiro, as práticas de amamentação e de alimentação complementar pós-desmame, a distribuição do peso de bebês no nascimento, a prevalência de desnutrição, sobrepeso, obesidade, anemias, hipovitaminose A, deficiências de iodo e outras carências de micronutrientes em recém-nascidos.

Paulo Henrique de Castro
Ministério da Saúde Informa

SAA quer reduzir impactos ambientais negativos no MS

Programa Agenda Ambiental objetiva levar ao servidor uma melhor qualidade de vida

Reduzir os impactos ambientais negativos dentro das dependências do Ministério da Saúde. Esse é o objetivo do Programa Agenda Ambiental, que será lançado ainda neste ano pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA) e operacionalizado pelo Programa de Qualidade de Vida – Geração Saúde.

A primeira etapa do Programa é diagnosticar os maiores problemas relacionados ao uso dos recursos naturais e bens públicos dentro do órgão. Além disso, devem ser apresentadas as soluções e a definição de prioridades, de acordo com as necessidades apontadas pelos dirigentes e servidores das áreas da SAA.

Na segunda etapa serão adotados métodos e procedimentos de gestão integrada voltados ao uso racional e eficiente dos recursos visando a economia de água, energia e material de expediente por meio de campanha educativa, palestras, oficinas de trabalho no intuito de sensibilizar e mobilizar os servidores, estimulando-os à reflexão e mudanças de hábitos.

Haverá também treinamento para o pessoal da área de manutenção e limpeza.

O projeto prevê ainda parceria com a Associação Nacional dos Servidores na Área da Saúde (ASAS), com o objetivo de supervisionar, coordenar e acompanhar a coleta e a venda dos resíduos gerados no prédio, que na sua maioria são copos descartáveis e papel.

Para que o programa se desenvolva de forma adequada, é necessário não somente a cooperação dos servidores nas atividades, mas o estímulo dos dirigentes do MS no apoio às propostas e ações da SAA.

Jonilda Bonfim
Ministério da Saúde Informa

Hospitais da rede pública são capacitados

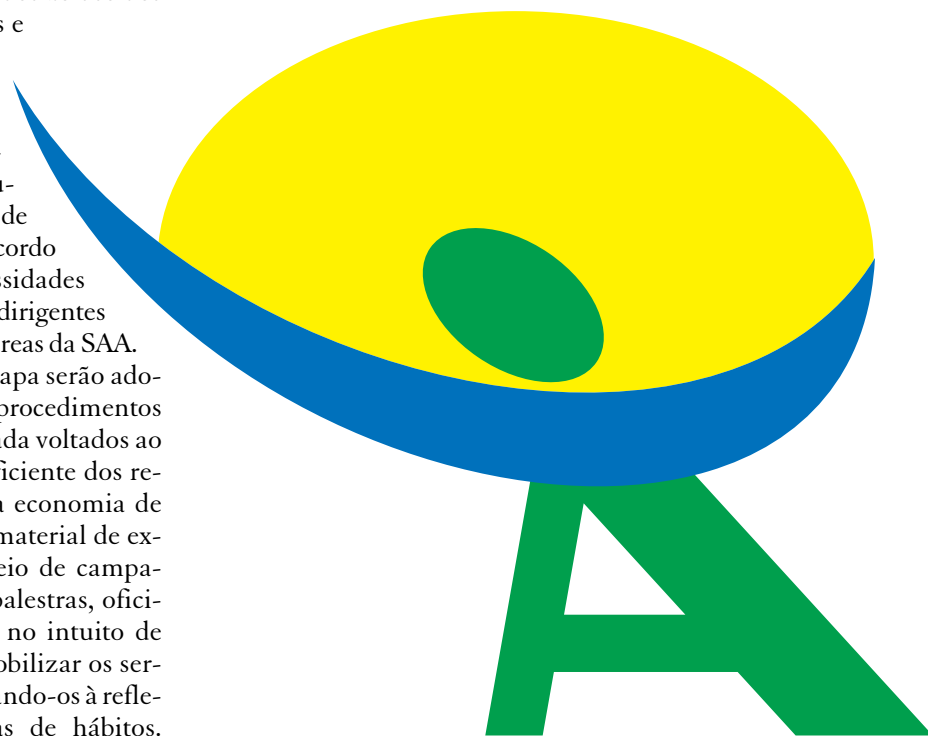
O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde, que visa à melhoria do atendimento nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe agora de dois importantes instrumentos de informação e comunicação aliados à formação da Rede Nacional de Humanização: o Manual para a capacitação dos hospitais que participam do Programa e o site do PNHAH: www.acasa.com.br/humaniza.

O site permite aos 6.500 hospitais, que atualmente compõem a rede hospitalar do SUS, a inscrição no Programa. É um espaço em que constam informações como o número de hospitais participantes, mapa nacional de humanização, relatos de experiências nos serviços de saúde, entre outras informações do programa, que vem sendo desenvolvido pelo MS há sete meses. Eliana Ribas, membro do Comitê Técnico de Humanização, acrescenta que o site é um canal de articulação fundamental para o fortalecimento do próprio programa e dos hospitais, para a difusão de uma nova cultura de qualidade no serviço público.

A expectativa é que, até o final deste ano, 500 hospitais estejam capacitados e comprometidos com uma proposta mais humanizadora. A atividade de capacitação é dirigida a gestores e a profissionais, de diferentes especialidades, como estratégia que possibilite a melhoria do contato humano entre o profissional de saúde e o usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, visando à melhoria efetiva do sistema de saúde brasileiro.

O MS tem procurado metodologias que integrem os programas, potencializando a realização dos princípios básicos para a saúde propostos pelo SUS, e reconhece que um dos grandes desafios é estabelecer um contínuo intercâmbio de experiências entre as várias ações de assistência.

O Manual do PNHAH “oferece uma diretriz global que contempla os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulando a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facilitem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade. O conjunto de ações proposto pelo programa distribui-se em várias frentes complementares para a criação desses espaços de comunicação”.



Anvisa expõe os riscos do fumo

Fotos estampadas nos maços alertam sobre os males do tabagismo

Contra o vício da nicotina, nada mais forte do que a imagem da realidade. É o que propõe a Resolução nº 104/01, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, que determinou, a partir de 1º de fevereiro, a circulação nacional de fotos de impacto sobre os malefícios do tabagismo nos rótulos das embalagens das, aproximadamente, 60 marcas de cigarro que são comercializadas no Brasil.

A medida da Anvisa tem a finalidade de fazer com que as imagens sirvam como uma contra-propaganda ao fumo, principalmente para os jovens. Pes-

de produtos fumígenos – cigarro, cigarrilha, charuto, cachimbo, fumo de rolo, entre outros. Desde 2001, propagandas de cigarros só são permitidas em locais de venda desses produtos, em todo o território nacional.

Punições – Os fabricantes que não cumprirem a legislação estão sujeitos a notificações, multas de R\$ 2 mil a R\$ 1,5 milhão e à proibição da venda das mercadorias. Para efeitos de fiscalização, os produtos que já estão no mercado poderão ser vendidos até que os estoques se esgotem. Nos estados do Rio Grande do Sul e de Minas Gerais, os novos maços já circulam desde janeiro.

“Temos feito contra o vício do fumo uma ofensiva muito grande, que começou em 1998, quando anunciei a disposição do Ministério da Saúde de encabeçar definitivamente a luta contra o cigarro. Afinal, ao lutar contra o tabagismo, nós estamos lutando pela vida”, afirmou o ministro da Saúde, José Serra, na ocasião em que foi publicada a resolução.

Legislação brasileira – O Brasil é conhecido por muitos países por ter uma das legislações mais rigorosas do mundo em relação ao combate ao tabagismo, mal considerado pela Organização Mundial da Saúde

633 eram fumantes. Destes, 21% desistiram de acender o cigarro, em mais de uma ocasião, ao se lembrarem das imagens. Desse universo de pessoas, 43% afirmaram estar mais conscientes dos malefícios provocados pelo fumo. O estudo foi realizado nos meses de setembro e outubro de 2001, com pessoas acima de 18 anos.

São números como esses que o Ministério da Saúde pretende reproduzir contra a estatística alarmante da OMS de que quatro milhões de pessoas no mundo morrem, todo ano, em decorrência de complicações resultantes do fumo, o que corres-

o recém-nascido tinha a vida sustentada por máquinas em decorrência de inúmeras complicações resultantes do abuso da nicotina. No País, 2,4 milhões de fumantes são jovens entre 15 e 19 anos.

Não há estudos conclusivos, no Brasil, relativos aos custos das doenças relacionadas ao tabagismo, dada a variedade de enfermidades decorrentes deste e devido à impossibilidade de se avaliar quais exames são definitivos para o diagnóstico de doenças relacionadas ao vício do fumo. Um dos motivos que explicam a dificuldade de avaliação exata dos gastos do Governo



quisas comprovam que 90% dos fumantes se viciam a partir de 19 anos de idade.

A iniciativa de estampar imagens nos maços de cigarro se utiliza, ao todo, de nove fotos que, aliadas às advertências escritas contra os males do fumo – tornadas obrigatórias pela Lei nº 9.294/96 –, têm a finalidade de chocar fumantes e não-fumantes, que podem se tornar potenciais usuários da nicotina no futuro. As fotografias abordam temas relativos aos principais riscos a que estão sujeitos os tabagistas: da impotência sexual ao infarto do miocárdio, do mau hálito ao câncer bucal.

A resolução ainda determina a obrigatoriedade da divulgação das imagens em embalagens como caixas, pacotes ou latas utilizados para acondicionamento

A resolução ainda determina outras medidas contra o fumo. Uma delas é a impressão nas embalagens da logomarca e do número do Disque Pare de Fumar (0800-7037033), serviço gratuito para obtenção de informações sobre tabagismo e orientações contra o vício. Outra medida obriga os fabricantes a exibir, na parte lateral dos maços, além dos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono, uma outra inscrição para advertir o consumidor: “Não existem níveis seguros para o consumo destas substâncias”.

A utilização de denominações como “suave”, “moderado” e “light” também está proibida, por transmitirem ao consumidor a falsa noção de que um determinado tipo de cigarro pode ser menos danoso à saúde.

(OMS) uma pandemia (doença epidêmica amplamente difundida). Em 1988, foi publicada a primeira regulamentação brasileira que tratava sobre advertências nos maços. Em 1999, por determinação do Ministério da Saúde, as advertências foram substituídas por frases mais diretas e de impacto. Excetuando o Brasil, somente o Canadá possui legislação semelhante contra o tabagismo.

Naquele país, desde dezembro de 2000, campanha semelhante à brasileira vem servindo para diminuir o número de fumantes na população. Pesquisa da Sociedade Canadense do Câncer constatou que 38% dos fumantes que largaram o vício foram motivados pelas ilustrações no maços. Foram entrevistados 2.031 adultos, sendo que

ponde a dez mil óbitos por dia ou a morte de uma pessoa a cada oito segundos. Dados do Instituto Nacional de Câncer (Inca), mais próximos de nossa realidade, demonstram que, em média, oito brasileiros são vitimados por hora, em virtude de tumores relacionados ao tabagismo, o que corresponde a 80 mil óbitos, por ano, no País.

Conscientização – A campanha brasileira de advertência tem todos os ingredientes para chocar a sociedade, investindo maciçamente na conscientização dos aproximadamente 30,6 milhões de fumantes no Brasil. Um desses ingredientes é uma foto que impressiona pela cruza: um bebê agonizante, flagrado pelo fotógrafo na UTI neonatal de um hospital público paulista. Filho de uma fumante,

Federal, com o tratamento de doenças causadas pelo tabaco, ocorre porque o sistema de informações em saúde, como um todo, fornece dados parciais e, em muitos casos, desatualizados. De igual forma, os procedimentos cobrados e pagos por BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) dos hospitais não podem ser identificados.

Apesar disso, levando-se em conta somente os gastos diretos com cirurgias, quimioterapias, radioterapias e internações hospitalares, não incluindo os custos de prevenção, reabilitação e cuidados paliativos, o SUS gastou, em 1999, com pacientes com câncer, o valor estimado de R\$ 401 milhões.

Paulo Henrique de Castro
 Ministério da Saúde Informa

Ilustração: Fabiano Bastos

*Dados estatísticos no mundo

Participação popular contra a dengue

Fundação Nacional de Saúde investe na conscientização da sociedade como uma das formas de impedir o avanço da epidemia no Brasil

Durante os meses de janeiro a maio, período em que o tempo mantém-se quente e chuvoso pelo País, a proliferação do mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*, torna-se bem maior. Não é à toa que surtos da doença estejam acontecendo em vários municípios brasileiros, principalmente nos estados do Rio de Janeiro, do Mato Grosso do Sul e de Goiás. Diante desse quadro, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), do Ministério da Saúde, vem intensificando o combate à enfermidade, privilegiando as ações de mobilização social para o problema.

nicípios onde constatou-se que há maior risco de infecção. No Brasil, há, pelo menos, 3.600 áreas municipais infestadas pelo vírus da dengue.

Além de reforçar o papel do cidadão na redução do número de infectados pelo vírus da dengue, a Funasa está fazendo uma vigilância mais sensível aos possíveis focos do mosquito e está adotando um trabalho de campo mais amplo. O objetivo é agir no momento em que o agente transmissor do vírus está se desenvolvendo, de forma a evitar sua multiplicação.

Para a efetivação dessas ações,

100 países de todos os continentes, com exceção do europeu. Dessas pessoas contaminadas, em torno de 20 mil morrem pela doença.

A preocupação com a enfermidade se dá porque não existem recursos tecnológicos eficazes para sua erradicação. Em primeiro lugar, o mosquito transmissor do vírus da dengue apresenta grande capacidade de adaptação, o que prejudica sua completa eliminação. Em segundo, não há vacina para a doença.

A forma como são constituídas as epidemias de dengue



Segundo Jarbas Barbosa, diretor do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) da Funasa, 80% dos focos do *Aedes aegypti* estão nas residências. Dessa forma, campanhas objetivas e direcionadas a cada região estão sendo veiculadas pelos meios de comunicação e por agentes comunitários de saúde. “As pessoas precisam aprender a não banalizar a dengue e a entender que cada um é responsável pela saúde de sua comunidade. Não basta cuidar apenas de sua casa. Deve-se alertar o vizinho e também cobrar dos governantes que mantenham políticas de combate à doença” – afirma o diretor do Cenepi.

A educação em saúde e a mobilização social são parte das ações do Plano de Intensificação de Combate à Dengue, lançado em agosto de 2001 pela Funasa. O objetivo do Plano é reduzir em 50% o número de casos da doença e a mortalidade por sua versão hemorrágica a menos de 1%, até dezembro de 2002, em 657 mu-

nicipios onde constatou-se que há maior risco de infecção. No Brasil, há, pelo menos, 3.600 áreas municipais infestadas pelo vírus da dengue.

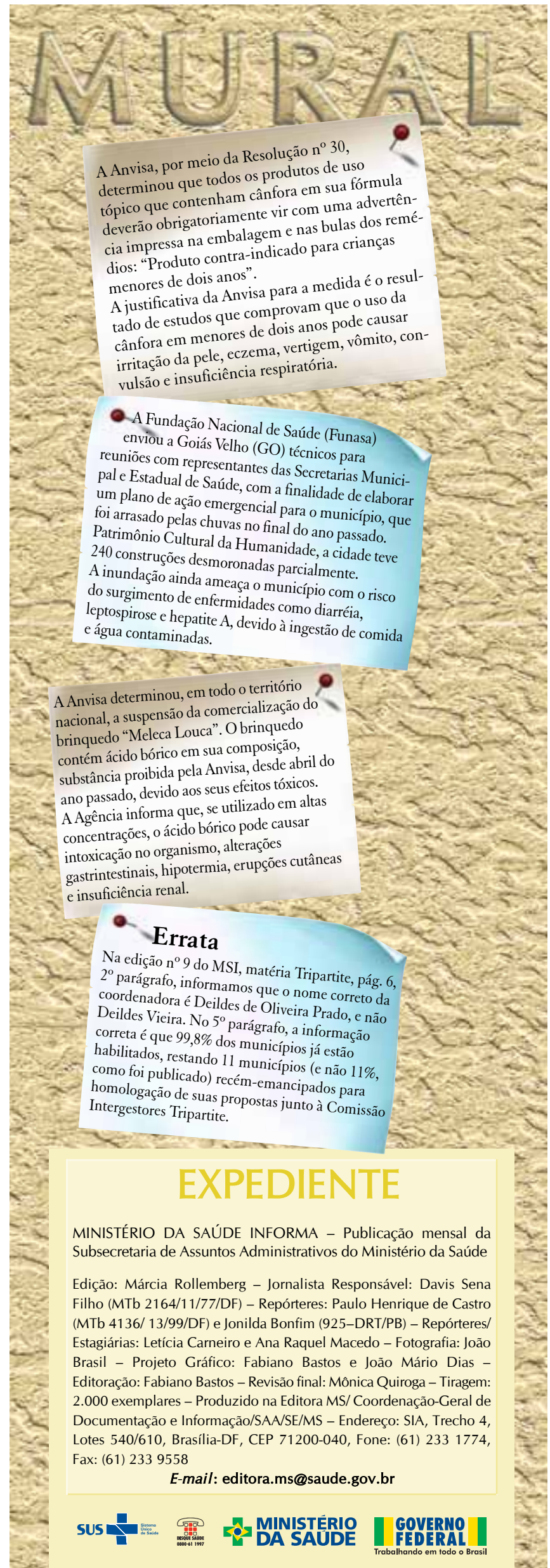
Além de reforçar o papel do cidadão na redução do número de infectados pelo vírus da dengue, a Funasa está fazendo uma vigilância mais sensível aos possíveis focos do mosquito e está adotando um trabalho de campo mais amplo. O objetivo é agir no momento em que o agente transmissor do vírus está se desenvolvendo, de forma a evitar sua multiplicação.

Para a efetivação dessas ações, a Fundação prevê a aplicação de R\$ 475 milhões até o final deste ano. Desse montante, R\$ 360 milhões referem-se ao repasse fundo a fundo do governo federal aos estados e municípios para o combate de endemias e controle de doenças.

também prejudica o combate ao vírus. Para cada surto, há um período de “calmaria”, sem novas ocorrências. A população e as secretarias de saúde tendem, então, a relaxar nas medidas que visam a impedir a multiplicação do *Aedes aegypti*. Quando um novo sorotipo da doença invade a comunidade, há muitos mosquitos que podem disseminá-la. Como consequência, uma outra epidemia.

“Nossa intenção é, dessa forma, não baixar a guarda. As ações de combate à dengue devem ser contínuas. Todos precisam se conscientizar de que ainda não há um fim para esse mal, mas que há como reduzi-lo” – alertou o diretor do Centro Nacional de Epidemiologia.

Dessa maneira, o Plano de Intensificação de Combate à Dengue pretende desenvolver ações de janeiro a janeiro, não apenas durante o verão. O controle proposto tem como base a continuidade das medidas implantadas.



EXPEDIENTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE INFORMA – Publicação mensal da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde

Edição: Márcia Rollemberg – Jornalista Responsável: Davis Sena Filho (MTb 2164/11/77/DF) – Repórteres: Paulo Henrique de Castro (MTb 4136/13/99/DF) e Jonilda Bonfim (925-DRT/PB) – Repórteres/Estagiárias: Leticia Carneiro e Ana Raquel Macedo – Fotografia: João Brasil – Projeto Gráfico: Fabiano Bastos e João Mário Dias – Editoração: Fabiano Bastos – Revisão final: Mônica Quiroga – Tiragem: 2.000 exemplares – Produzido na Editora MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE/MS – Endereço: SIA, Trecho 4, Lotes 540/610, Brasília-DF, CEP 71200-040, Fone: (61) 233 1774, Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br



Trabalhando em todo o Brasil