

MINISTÉRIO DA SAÚDE INFORMA

Publicação mensal da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde – ISSN 151-533X ano 2 nº 12 abril/maio de 2002

NESTA EDIÇÃO

Assistência ao Idoso

O Ministério da Saúde criou mecanismos para organizar as redes estaduais de assistência à saúde do idoso. De acordo com a Portaria n.º 702, as redes serão integradas pelos hospitais gerais e centros de referência, que são hospitais devidamente cadastrados e em condições de prestar atenção ao idoso de forma integral.

A criação de uma rede voltada para essa faixa etária garantirá as ações de reabilitação para as atividades da vida diária, além de reeducar hábitos alimentares e inserir o idoso em sua comunidade, valorizando-o como cidadão que produziu no passado e que merece uma maior atenção da sociedade.

Melhoria da Gestão

A Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA), com a finalidade de elevar e consolidar a qualidade de seus serviços, assim como para possibilitar o desenvolvimento e o reconhecimento de seus profissionais, continua inovando sua administração com diversas atividades integrantes do Programa de Melhoria da Gestão SAA, iniciado no ano passado. As atividades continuarão no decorrer deste ano, dando continuidade ao slogan da Subsecretaria: "Saúde e Ação na Administração".

Escolas Técnicas

Parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação viabiliza o Projeto de Modernização e Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS. O acordo estabelece convênios com governos de estados brasileiros para o repasse de mais de R\$ 37 milhões em verbas para investir na construção, ampliação, reforma e compra de equipamentos para as escolas do SUS dos estados do Pará, Rondônia, Roraima, Amazonas, Tocantins, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Espírito Santo, Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

Qualidade para a Saúde Pública

Seminário promovido pela Secretaria de Assistência à Saúde avalia implementação de programas e ações do MS para melhoria do atendimento aos usuários do SUS



Gabbaro (Decas), Silvandira(GAB), Cláudio Duarte(SPS), Pe. Linhares(CMB), Barjas Negri(MS), Renilson(SAS), Finkelman(Opas), Cupertino(Conass), Beltrame(SAS) e Unildo Marciel(ECT)

A Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), promoveu, de 21 a 24 de maio, o I Seminário Nacional da Qualidade da Gestão e da Assistência Hospitalar, evento inovador na área de Assistência à Saúde, que teve por finalidade, entre outras propostas, divulgar experiências de sucesso na gestão e na assistência hospitalar e avaliar a implementação de programas do MS para a melhoria dos hospitais e do atendimento público aos usuários do SUS.

Realizado no Amerigel Hall, da Academia de Tênis, em Brasília, com palestra de abertura oficial dos trabalhos proferida pelo ministro da Saúde, Barjas Negri, o encontro contou com a presença de aproximadamente 1.500 gestores do SUS, entre profissionais envolvidos com programas de qualidade em estabelecimentos hospitalares, técnicos e dirigentes de hospitais.

“Este seminário representará, para a saúde brasileira, a partir de hoje, uma referência em gestão e assistência hospitalar, que irá propiciar uma discussão e uma redefinição de caminhos, essenciais para os rumos do País” – declarou Barjas Negri.

O seminário pôs em destaque sete programas que vêm sendo considerados modelos pela SAS: Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar; Programa de Acreditação Hospitalar; Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde; Programa de Humanização da Assistência Hospi-

talar; Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; Programa de Gestação de Alto Risco; e Programa de Redes Estaduais de Assistência de Urgência e Emergência.

Palestras – Diversas palestras refletiram a importância e a diversidade de assuntos relativos à Gestão e à Assistência Hospitalar. Dentre outras, a palestra “Uso de Indicadores na Gestão Hospitalar” expôs a importância da utilização de indicadores nas práticas gerenciais e assistenciais dos hospitais. Já a palestra “A Relação do SUS com o Usuário da Assistência Hospitalar” enumerou experiências de êxito na implantação de instrumentos de comunicação e sua relação com os usuários, além de discutir sua importância para a melhoria da qualidade da assistência e dos níveis de satisfação dos clientes.

“Buscamos hoje discutir também a importância de uma classificação para o planejamento das ações e a definição de políticas para a área hospitalar, bem como para a qualificação profissional de dirigentes hospitalares no aperfeiçoamento gerencial e na definição do papel e responsabilidade sanitária das Unidades Básicas de Internação e Financiamento” – definiu Alberto Beltrame, diretor do Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais e palestrante do tema “Classificação Hospitalar no SUS”.

Na palestra “Implantação de Redes de Urgência e Emergência” foram relatados o processo de implantação de tais redes nos estados, os investimentos realizados na área, a implantação de Serviços de

Atendimento Pré-Hospitalar, de Centrais de Regulação e de Capacitação de Recursos Humanos. Além disso, abriu espaço para o debate sobre os rumos e perspectivas da assistência de Urgência e Emergência.

Por fim, a palestra “Assistência de Alta Complexidade – Organização e Financiamento” relacionou os processos de normatização de serviços de assistência de alta complexidade e implantação de redes assistenciais, discutiu os mecanismos de referência interestaduais e os processos e as formas de financiamento das ações de alta complexidade.

Premiação – No encerramento do seminário, o ministro da Saúde divulgou o nome das entidades que receberam a segunda edição do Prêmio Qualidade Hospitalar, criado para o reconhecimento e o estímulo dos trabalhadores das unidades de saúde que se destacaram na prestação de serviços na área hospitalar do SUS. Instituído em 2001, o prêmio é um importante instrumento de valorização da opinião dos usuários do SUS a respeito da qualidade dos serviços prestados.

Duas categorias para o Prêmio de Qualidade Hospitalar foram estabelecidas: a Nacional (concedida às dez instituições hospitalares integrantes do SUS que, dentre todas as existentes no Brasil, tenham obtido as melhores avaliações de qualidade assistencial por parte de seus usuários) e a Estadual (concedida às três instituições hospitalares integrantes do SUS que, dentre todas as existentes em seu estado, tenham obtido a melhor

avaliação por seus usuários).

“A avaliação dos usuários tem peso de 80% para a concessão do prêmio. As pesquisas avaliam a qualidade das instalações físicas do hospital, o trabalho da equipe médica e da equipe de enfermagem, a maneira como o paciente foi tratado e se houve pagamento pelo atendimento ou tratamento recebido” – explicou, na oportunidade, Renilson Rehem de Souza, secretário de Assistência à Saúde.

Na categoria nacional, as entidades premiadas foram: Hospital Amaral Carvalho (Jaú/SP), Fundação Universitária de Cardiologia - Instituto de Cardiologia (Porto Alegre/RS), Fundação E. J. Zerbini (SP), Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRPUSP (Ribeirão Preto/SP), SES/SP - Hospital Estadual de Sumaré (SP), Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Hospital Universitário (RS), Real Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência (SP), Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (MG), União Brasileira Educação e Assistência (Porto Alegre/RS) e IS-CMPA - Hospital Santa Clara/Hospital Universitário MEC/MPAS (Porto Alegre/RS).

Na categoria estadual, mais de 65 estabelecimentos de saúde em todo o País foram premiados. No Distrito Federal, o Hospital Regional do Gama recebeu o prêmio. Já na categoria desta categoria nacional, foi premiada a Associação das Pioneiras Sociais (Brasília/DF).

OPINIÃO

Assistência no SUS

Em pouco mais de uma década, muitos avanços foram obtidos na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), superando problemas iniciais de sua implantação, inclusive os de ordem política e filosófica. Entre esses avanços, destacam-se o aumento do acesso aos serviços de saúde, como resultado, principalmente, do intenso processo de descentralização político-administrativa e mudanças na lógica e nos modelos do financiamento da assistência, implementados pelo Ministério da Saúde.

Particularmente no período de implementação das Normas Operacionais Básicas (NOB-01/96), a partir de 1998, a esfera federal do SUS concentrou esforços nas estratégias de estruturação da atenção básica, ampliação e organização da rede de serviços públicos em várias regiões do País, aumento do volume de transferências financeiras diretas do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e fortalecimento dos gestores locais.

No âmbito da reformulação do modelo assistencial e da reorganização dos serviços, houve uma ampliação da atenção básica, centrada em um conjunto de ações identificadas como necessárias para prover a população brasileira de uma atenção resolutiva e de boa qualidade aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro, assegurando o acesso a essas ações à menor distância possível dos usuários.

Na área da gestão e assistência hospitalar, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde, tendo como princípio a oferta de uma atenção mais humanizada. Para tanto, o Ministério da Saúde, por meio da sua Secretaria de Assistência à Saúde, tem implementado programas como: Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, Humanização da Assistência, Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos Hospitalares, Acreditação Hospitalar e, ao mesmo tempo, realizado significativos investimentos no reequipamento e reforma de inúmeros hospitais em todo o País.

De forma pioneira, o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar induz a construção solidária e participativa de uma política de gestão para os hospitais brasileiros, com princípios comuns, mas com respeito às peculiaridades regionais. O processo de transferência ou construção de conhecimento deixa de ser unidirecional, de empresas de consultoria para o hospital, para ocorrer entre hospitais parceiros, integrantes do SUS, que, solidariamente, constroem o conhecimento e desenvolvem tecnologias por meio da troca de experiências e metodologias de trabalho.

Em 2001, O SUS contabilizou mais de 12 milhões de internações, distribuídas pelos 5.647 hospitais conveniados.

É necessário que esse enorme universo de hospitais seja classificado não apenas pela quantidade de leitos, ou pela complexidade dos serviços que realizam, mas também pela qualidade do seu gerenciamento, o que atualmente ainda não existe. A Consulta Pública n.º 3, de 15 de maio de 2002, põe em discussão as portarias propostas pelo Ministério da Saúde para classificação dos hospitais, segundo uma grade de serviços oferecidos e capacidade instalada, bem como os critérios para a gestão de acordo com o porte. Com esse tipo de iniciativa, esperamos oferecer o caminho para que os hospitais brasileiros avancem na qualificação de suas gerências, com a consequente melhoria no padrão de atendimento à população.

Ainda no âmbito da reorganização do sistema, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01) promoveu, por intermédio do processo de regionalização, um planejamento integrado para a conformação de sistemas de saúde articulados e cooperativos, dotados de mecanismos de comunicação e de fluxos de relacionamento para garantir o acesso dos usuários aos diferentes níveis de complexidade dos serviços exigidos para a resolução de seus problemas de saúde e, ainda, otimizar os recursos disponíveis.

A constatação da existência de gargalos na oferta de serviços de saúde, insuficientemente atendidos por falhas no sistema de mercado, levou a Secretaria de Assistência à Saúde a formular estratégias de ampliação da oferta e facilitação do acesso a um conjunto de ações, realizadas a partir da constituição de redes assistenciais de Urgência e Emergência, Assistência aos Grandes Queimados, Assistência a Pessoas Portadoras de Deficiências Físicas, Gestação e Parto de Alto Risco, Unidades de Terapia Intensiva, Neurocirurgia, entre outras.

A elevação da oferta de outras ações assistenciais, principalmente as de alta complexidade, foi induzida pela criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Os recursos do FAEC foram estabelecidos tendo como base os tetos orçamentários dos estados, incorporando verbas não executadas no custeio da assistência, além de novos recursos alocados pelo Ministério da Saúde. Esses repasses foram redirecionados para o financiamento de todas as atividades relacionadas a transplantes de órgãos, campanhas de prevenção do câncer do colo uterino, campanhas de cirurgias de catarata, hérnia inguinal, varizes, hipertrofia prostática, etc. O su-

cesso dessa estratégia permitiu o acesso a cirurgias eletivas que, de outra forma, relegariam milhares de cidadãos a incapacidades e sofrimentos perfeitamente evitáveis.

A liberação dos tetos orçamentários para a realização de cirurgias de transplante de órgãos, bem como um conjunto de outras importantes medidas, permitiu o crescimento da oferta desses serviços e abriu, para muitos brasileiros, a perspectiva de ampliação de sua sobrevida ou melhoria acentuada em sua qualidade de vida.

Na área do financiamento, a modalidade de pagamentos por procedimentos está sendo paulatinamente substituída por sistemas de equalização das transferências por base populacional, inicialmente com o Piso de Atenção Básica (PAB) e, mais recentemente, com o PAB ampliado e com a fixação de um valor *per capita* microrregional para cobertura do primeiro nível de referência da média complexidade.

A forma de transferência aos estados e, principalmente, aos municípios, com repasses automáticos diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais rompeu uma longa história de relação convencional entre os entes federados, sempre condicionada aos interesses e às vontades dos agentes políticos em posição de poder. As formas atuais garantem maior estabilidade e a continuidade dos projetos implantados pelos estados e municípios, possibilitando a adoção das políticas do SUS como verdadeiras políticas de Estado, e não de meras iniciativas transitórias de governos. A enorme variedade de exemplos de prefeituras municipais comandadas por governos de oposição aos governos estaduais e/ou federal, em Gestão Plena do Sistema e com resultados muito positivos, comprova, sobremaneira, esta afirmação.

Ainda há muito por fazer para o fortalecimento do SUS. Mas os bons resultados já obtidos pelo MS no combate aos problemas como a iniquidade no acesso e no financiamento, assim como a oferta desordenada de serviços, apontam que nosso sistema de saúde está se delineando como um sistema igualitário, universal e gratuito.

Renilson Rehem de Souza
Secretário de Assistência à Saúde

“ Ainda há muito por fazer para fortalecer o SUS. Mas os bons resultados obtidos pelo MS delineiam um sistema igualitário, universal e gratuito ”.



Foto: Roberto Silva

CGRH discute organização e gestão do SUS

Ciclo de palestras objetiva informar os servidores sobre as atividades das diversas áreas do Ministério

A Coordenação-Geral de Recursos Humanos (CGRH) promoveu, no auditório Emílio Ribas, o ciclo de palestras “Novos Rumos”, que é realizado desde 2000. O evento teve como palestrante Deildes Prado, supervisora de Projetos da Secretaria Executiva, que abordou o tema “Gestão e organização do SUS”. A palestra teve como objetivo esclarecer os servidores sobre as diversas áreas do Ministério da Saúde, e os assuntos são escolhidos de acordo com seus interesses.

“Este evento é fundamental para a instituição, não só como elemento de informação, mas também como fator de aperfeiçoamento profissional do servidor, uma vez que contribui para melhorar seus conhecimentos na área da Saúde” – afirmou a supervisora.

Conhecendo o SUS – O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema regionalizado e hierarquizado que integra as ações em saúde realizadas nos níveis federal, estadual e municipal. Criado pela Constituição Federal de 1988, trata-se de um mecanismo de compartilhamento de responsabilidades, cujo objetivo é assegurar o acesso universal e equânime às ações e serviços de saúde.

Responsável pela formulação de políticas de saúde, planejamento, normatização, avaliação e controle do SUS em nível nacional, o Ministério da Saúde é o grande articulador dos serviços de saúde. Às secretarias estaduais de Saúde cabe a formulação da política de saúde, coordenação, planejamento e controle do SUS em nível estadual. Na esfera municipal, as secretarias devem prestar serviços de saúde diretamente ou por meio de referências intermunicipais.

A transferência para os estados e, principalmente, para os municípios das responsabilidades e dos recursos para a operacionalização do SUS foi regulamentada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde n.º 2 (NOAS), que é o instrumento legal que define o processo de descentralização da assistência, além de ampliar o papel dos municípios. A NOAS criou mecanismos para o fortalecimento do Sistema e atualizou os critérios de habilitação de gestão.

Responsabilidade – As condições de gestão se referem ao grau de responsabilidade assumido por estados e municípios dentro do SUS. Os municípios podem se habilitar em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), ao passo que os estados podem se habilitar em Gestão Ampliada do Sistema Estadual (GASE) e Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE). “Quando o município é desabilitado, as responsabilidades devem ser assumidas pelo estado” – explicou a palestrante.

Para se habilitar em GPAB-A o município deve ser capaz de organizar a



Deildes Prado: “A qualificação do servidor contribui para melhorar seus conhecimentos sobre a área da Saúde”

rede de Atenção Básica, ofertar o conjunto de procedimentos assistenciais que compõem a Atenção Básica Ampliada e executar as ações básicas de vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças.

O requisito para a habilitação na GPAB-A é a atuação do município em áreas estratégicas mínimas, tais como o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, da diabetes *mellitus* e a execução dos programas de Saúde da Criança, da Mulher e Saúde Bucal. Conforme a palestrante, é obrigação do município assegurar a assistência básica. “Antes, se o município não prestava assistência, o cidadão deveria buscar socorro. A responsabilidade pela busca de assistência cabia ao cidadão. Agora, a responsabilidade pela busca passou a ser do gestor, ou seja, do próprio município” – declarou Deildes Prado.

A GPSM é a forma mais avançada de gestão que pode ser assumida em nível

municipal. Ao assumir essa condição de gestão, a municipalidade deve garantir atendimento em seu território para sua população e para aquela referenciada por outros municípios. Além disso, tem que oferecer procedimentos de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), Atenção de Média Complexidade (MC), Atenção de Alta Complexidade (AC).

Atenção de Média Complexidade é o conjunto de ações, serviços ambulatoriais e hospitalares realizados por profissionais especializados com recursos tecnológicos de apoio e terapêuticos avançados. A Atenção de Alta Complexidade é o nível de assistência mais elevado, compreendendo exames sofisticados e procedimentos cirúrgicos de alto risco.

O estado desempenha um papel basicamente organizador e planejador. Dentre as suas atribuições estão a elaboração do Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização

(PDR) e a coordenação da Programação Pactuada e Integrada (PPI). A secretaria estadual é responsável também pela coordenação dos sistemas de referência intermunicipais, formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica.

Regionalização – Caracteriza-se pelo planejamento integrado do sistema de saúde, tomando como referência a noção de territorialidade na identificação das prioridades de intervenção e de suporte a sistemas funcionais de saúde em todos os níveis de atenção básica, média e alta.

O Plano Diretor de Regionalização é o instrumento que ordena o processo de regionalização da assistência em cada Unidade Federativa e a garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) assegura a distribuição de recursos baseada na lógica de atendimento às reais necessidades de saúde da popu-

lação. “Antes, distribuía-se equipamentos complexos para lugares em que, muitas vezes, não havia um profissional capaz de operá-lo” – disse Deildes. “Hoje não funciona mais assim, é feita uma avaliação de prioridades e são realizados diagnósticos antes de se definir a alocação dos equipamentos” – completou.

Financiamento – A principal origem dos recursos da saúde ainda é o Ministério da Saúde, mas os fundos vêm também de recursos internacionais e do seguro obrigatório Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), criado pela Lei n.º 6.194 de 1974.

Uma das formas de transferência de recursos é o Piso de Atenção Básica (PAB), que é composto por uma parte fixa e outra variável. A fixa equivale ao financiamento *per capita* destinado à cobertura de ações básicas de saúde, prevenção de doenças e assistência ambulatorial. A parte variável é relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações correlacionadas aos programas descentralizados do MS, como o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários (PACS), a Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária e Combate às Carências Nutricionais. Assim, para cada programa que o município se qualifica, recebe os respectivos recursos.

Além da transferência regular e automática fundo a fundo para estados e municípios (como é o caso do PAB), o repasse se dá por meio de convênios (conta específica) para o gestor estadual, gestor municipal ou beneficiário, como o que se verifica na aquisição de equipamentos para unidades de saúde. O financiamento é também feito pela remuneração por produção para unidades prestadoras de serviços de saúde ambulatoriais e/ou hospitalares.

Por fim, pode ser feito um contrato de repasses, como acontece com os recursos do Reforço à Reorganização do SUS (ReforSus). “Esse projeto é interessante porque não tem um intermediário. O município faz contato direto com o ReforSus e tudo funciona de uma forma mais rápida e articulada” – concluiu Deildes Prado.

Em continuidade ao ciclo de palestras, no dia 20 de junho a fisioterapeuta Érica Lucena Valença de Souza irá ministrar uma palestra sobre LER/DORT, na sala 412, ala A, do prédio anexo do Ministério da Saúde.

Rachel Librelon
Ministério da Saúde Informa

MS cria redes estaduais de assistência ao idoso

A medida tem por finalidade ampliar e melhorar o atendimento à terceira idade

O Ministério da Saúde publicou, no dia 12 de abril, uma série de portarias que ampliam e otimizam o atendimento ao idoso. O objetivo é prestar atenção integral a pessoas com mais de 60 anos. Foram criados mecanismos para a organização e a implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e aprovadas as normas para o cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do idoso.

Além disso, implantou-se o atendimento em assistência domiciliar de média complexidade à saúde do idoso e em hospital-dia geriátrico nos centros de referência para a terceira idade. A assis-

tência domiciliar básica é prestada pelos Programas de Saúde da Família. Estabeleceu-se, também, o Programa Nacional de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer.

De acordo com a portaria nº 702, as redes serão integradas pelos hospitais gerais e pelos centros de referência, que são hospitais devidamente cadastrados e com condições de prestar atenção à saúde dos idosos de forma integral. Tais unidades devem envolver as diversas modalidades de assistência (internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar) e serem capazes de se constituírem como referência para a rede de assistência à

saúde dos idosos.

Hospitais-dia geriátricos são unidades integrantes do SUS com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos com condições para atender os pacientes idosos, em nível ambulatorial e, quando necessário, realizar a internação hospitalar. Devem garantir ações de reabilitação para as atividades da vida diária, reeducação dos hábitos alimentares, além da reabilitação psicossocial dos internos.

Segundo o médico geriatra Jorge Silvestre, gerente do Programa Valorização e Saúde do Idoso, a criação de uma rede voltada para essa faixa etária é essencial. "Muitas das atividades de atendimento existentes são insuficientes

para a atenção integral ao idoso, uma vez que funcionam apenas oito horas por dia, e os idosos, muitas vezes, precisam ser assistidos por 24 horas" – afirmou Silvestre.

Assistência domiciliar – Prestada pelos centros de referência, essa modalidade de assistência acontece na casa do paciente e compreende um conjunto de procedimentos que visam ao aumento da autonomia e da capacidade funcional do idoso, ou seja, da capacidade de desenvolver atividades físicas e mentais fundamentais para a realização de suas atividades básicas da vida diária.

O objetivo é oferecer alternativas ao atendimento hospitalar, reduzir o número de internações e o tempo de permanência no ambiente hospitalar, que, comprovadamente, comprometem a capacidade de recuperação do idoso. Além disso, é uma solução para o alto custo das internações de pessoas com mais de 60 anos. "A internação domiciliar é mais rápida, efetiva e humana. Internado em casa, o idoso recebe, além de apoio da família, atenção integral dos centros de referência" – defende Silvestre.

De acordo com dados do Programa Valorização e Saúde do Idoso, atualmente cerca 23,9% dos recursos são consumidos com internações dessas pessoas. O custo médio de internações per capita de idosos é de R\$ 82,70, ao passo que para pessoas entre 15 e 59 anos esse valor cai para R\$ 27,79. No caso da assistência domiciliar geriátrica, a diária pode variar entre R\$ 16,75, para a longa permanência (feita em caso de doenças crônicas), e R\$ 22,34, no caso da curta permanência (realizada em caso de doenças agudas).

Mal de Alzheimer – O Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer foi instituído no SUS e deve ser desenvolvido de maneira articulada pelo Ministério e pelas secretarias de saúde dos estados. Os centros de referência são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com Mal de Alzheimer. Devem também orientar os familiares desses pacientes ou de seus responsáveis. Embora possa ocorrer em pessoas de diversas faixas etárias, a doença atinge, principalmente, a população idosa.

Segundo a portaria que cria o programa, cabe à Secretaria de

Assistência à Saúde (SAS) estabelecer o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para o tratamento da doença e incluir os medicamentos usados neste tratamento no rol dos medicamentos excepcionais.

O Mal de Alzheimer é a principal causa de demência, uma síndrome causada por disfunção cerebral, de natureza lenta e progressiva, que provoca perda de memória, de atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. Essa enfermidade produz também um declínio do funcionamento intelectual e dificuldade ou mesmo impossibilita as atividades cotidianas.

Política para o idoso – A Política Nacional de Saúde do Idoso foi criada em dezembro de 1999, devido à necessidade do setor Saúde de dispor de uma política direcionada para pessoas com idade acima dos 60 anos. Trata-se de uma área técnica responsável por uma série de questões que vão desde a promoção de saúde até a reabilitação do idoso.

Segundo Jorge Silvestre, não se deve pensar nessa política apenas em termos de programas, uma vez que são estruturados como estratégias que deverão ser igualmente aplicadas em todo o País. No caso do idoso é delicado falar em um programa nacional, porque os problemas são muito diversos e particulares. Os esforços se dão no sentido de desenvolver ações regionais que possam sanear suas necessidades. Englobando uma série de projetos voltados para a terceira idade, a Política Nacional de Saúde do Idoso promove campanhas como a de vacinação, projetos para prática de atividades físicas, reabilitação funcional, entre outros.

Existem hoje no Brasil cerca de 15 milhões de idosos, e essa faixa etária corresponde a aproximadamente 8,5% da população, sendo, portanto, o grupo que mais cresce no País. Estima-se que entre 1950 e 2025, tal grupo populacional crescerá 16 vezes, ao passo que o restante da população crescerá apenas cinco vezes. Em menos de 20 anos, o Brasil terá a sexta população de idosos do mundo. Serão 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.

Rachel Librelon
Ministério da Saúde Informa



Foto: SFS/SAS

Diretrizes da Política Nacional do Idoso:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da capacidade funcional;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da atividade funcional comprometida;
- capacitação de recursos humanos especializados;
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- apoio a estudos e pesquisas.

Melhoria da Gestão

A Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA) do Ministério da Saúde, com o objetivo de elevar e aperfeiçoar a qualidade de seus serviços, assim como para possibilitar o desenvolvimento e o reconhecimento de seus profissionais, instituiu o Programa de Melhoria da Gestão da SAA. Com esta finalidade, realizou-se, em setembro de 2001, o 1.º Ciclo de Estudos Institucionais, em que foi destaque a sensibilização para o programa e a construção da missão da SAA.

Os 40 participantes do evento fizeram um diagnóstico da situação, desenharam o ideal desejado e definiram as linhas estratégicas de ação. Dando seqüência ao trabalho, foi formado o Comitê Gestor, responsável pela execução do programa e acompanhamento dos resultados alcançados, e instituída uma Equipe de Planejamento e Melhoria de Gestão, com



representantes de cada coordenação, com o propósito de implantar o programa nas suas respectivas áreas, trazendo para o cotidiano os novos princípios e procedimentos.

Para ampliar a proposta de gestão inovadora e mobilizar os servidores, foi realizado em novembro o evento "Desenvolvimento Institucional Integrando Pessoas", que



contou com a participação de 470 servidores. Cada coordenação teve a oportunidade de discutir e eleger os valores e princípios da SAA, a serem trabalhados ao longo

de 2002. Ficou acordado que a cada mês, sob a responsabilidade de uma coordenação, um valor deveria ser vivenciado junto às equipes da Subsecretaria.

Atividades – A Coordenação-Geral de Recursos Humanos (CGRH) desenvolveu ações em busca dos princípios União, Cooperação e Trabalho em Equipe. Dentre as atividades, destacaram-se ações educativas para prevenção da dengue, junto à população do assentamento da Estrutura/DF. Durante a campanha de ajuda à Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias (Abrace) foram arrecadados materiais de higiene pessoal, roupas e cestas básicas.

A Coordenação-Geral de Recursos Logísticos (CGRL), responsável pela divulgação do princípio da Paz, promoveu caminhadas, massagens, tai chi chuan; chá e biscoitos da sorte; serviço de correio elegante ou entrega de rosas brancas aos servidores.

O princípio Satisfação dos Clientes, sob



(CGDI), contou com uma Pesquisa de Satisfação, objetivando adequar os serviços prestados pela SAA às necessidades de seus clientes. Fizeram parte dos trabalhos a mostra Memórias da SAA, a exibição de vídeos e a realização do concurso de fotografias "O Serviço ou Produto que Nós Oferecemos", seguido de exposição. O encerramento foi

com o *workshop* "Projeto Transformar".

Criatividade. Este foi o princípio trabalhado pela Coordenação-Geral de Modernização e Desenvolvimento Institucional (CGMDI), que organizou a exposição "Talentos da SAA", revelando a veia artística dos servidores com exposição de quadros, poemas, fotografias, bordados, tapeçarias, esculturas em pedra etc.



Dança do ventre, capoeira e *show country* animaram o MS no encerramento desta etapa.

Durante todo este ano, o Programa de Melhoria da Gestão, da Subsecretaria de Assuntos Administrativos, continuará desenvolvendo atividades para divulgar e praticar os princípios estabelecidos. Tais esforços objetivam o cumprimento do *slogan* da SAA: "Saúde e Ação na Administração", também fruto de um concurso realizado em novembro de 2001, com a participação dos servidores.



a responsabilidade da Coordenação-Geral de Documentação e Informação

PERÍODO	TEMA	COORDENAÇÃO RESPONSÁVEL
15/2 a 15/3	União, cooperação e trabalho em equipe	CGRH
16/3 a 15/4	Paz	CGRL
16/4 a 15/5	Satisfação do cliente	CGDI
16/5 a 15/6	Criatividade	CGMDI
16/6 a 15/7	Ética	Gabinete da SAA
16/7 a 15/8	Respeito e valorização das pessoas	CGRH
16/8 a 15/9	Honestidade e transparência	CGRL
16/9 a 15/10	Dedicação	CGDI
16/10 a 15/11	Organização	CGMDI
16/11 a 15/12	Responsabilidade	Gabinete da SAA

Saúde e Ação na Administração



Coral Saúde em Canto



Grupo de Teatro Saúde em Cena



Campanha contra a dengue



Dança de Salão



Campanha Abrece



Integrando Pessoas



Integrando Pessoas



Exercícios de Tai chi chuan



Aula de Yoga



Campanha contra a Dengue



Concurso de Fotografias da SAA



Encontro Melhoria da Gestão

Saúde amplia assistência aos municípios carentes

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde entra em sua segunda fase e beneficia mais 119 municípios em todo o País

Após um ano em vigor, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) será ampliado e contará com mais 295 equipes atuando em 119 municípios das regiões mais carentes do País. Em 2001, 416 profissionais, sendo 168 médicos e 248 enfermeiros, formaram 166 equipes que atuaram em 141 municípios nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais. Neste ano, serão disponibilizadas mais 450 vagas para médicos e 371 para enfermeiros.

“A ampliação do PITS revela a disposição do Ministério da Saúde em levar assistência aos municípios mais carentes. Nossa prioridade é consolidar a atenção básica em todo o País” – ressaltou o Ministro da Saúde, Barjas Negri.

O objetivo do programa é levar profissionais de saúde para municípios onde são precários os serviços nessa área, mediante incentivos financeiros e de formação profissional para os participantes. “A idéia é levar médicos e enfermeiros para cidades do interior, onde as prefeituras não conseguiram atrair esses profissio-

nais, auxiliando-as a montar uma estrutura de atenção básica à Saúde” – declarou

Rosa Sampaio, coordenadora do programa.

As cidades que serão beneficiadas com a ampliação do PITS devem ter menos de 20 mil habitantes, diferentemente de 2001, em que esse limite era de 50 mil pessoas. Serão priorizados os municípios que necessitem de maior controle da malária, tuberculose, hanseníase e que tenham alta incidência de mortalidade infantil.

Incentivos – Os médicos que participam do programa recebem bolsas que variam entre R\$ 4 mil e R\$ 4,5 mil, e os enfermeiros recebem entre R\$ 2,8 mil e R\$ 3,5 mil, de-

pendendo da distância e das condições de acesso entre a capital do estado e o município onde trabalham. Além disso, os profissionais têm direito a seguro de vida e acidentes pessoais,

o Ministério é formar profissionais com perfil adequado para atuar no interior” – afirmou Rosa Sampaio.

Nos municípios em que já existe, o projeto poderá ser prorrogado por mais um ano, e a maior parte dos municípios já manifestou o interesse em continuar dispondo do benefício. De acordo com a coordenadora do PITS, a partir do terceiro ano, cada cidade deve assumir a responsabilidade de garantir saúde para a sua população, tornando-se independente desse programa.

Os profissionais que permanecerem no programa receberão um incentivo de 10% sobre o valor atual da bolsa. Conforme a avaliação coordenada pelo MS, 93% dos médicos e enfermeiros que participaram do PITS têm interesse em continuar atuando no interior. Apenas 7% dos enfermeiros e 23% dos médicos desistiram do trabalho ao longo do primeiro ano. Além disso, 77% dos profissionais consideraram adequadas as condições da estrutura física das unidades de saúde.



alimentação, residência e transporte. Durante o período do programa, os médicos e os enfermeiros devem passar por um curso de especialização em Saúde da Família, com carga horária mínima de 360 horas, preferencialmente nas faculdades do estado em que estão trabalhando. “O objetivo do Mi-

Espaço do Fundo Nacional de Saúde mostra suas ações

Terminais de auto-atendimento e painéis que exemplificam execuções de convênios dão mais transparência ao FNS



Painéis do FNS: sucesso entre prefeitos e assessores parlamentares

Quem passou pelos corredores do Fundo Nacional de Saúde (FNS) notou a diferença. Dois terminais de auto-atendimento e seis painéis com exemplos de execução de convênios estão dispostos na área próxima

à Central de Atendimento do FNS.

Por meio do novo aparato técnico, o público externo, composto em sua maioria por assessores parlamentares e prefeitos, pode acessar com maior facilidade

informações referentes a convênios, contratos do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e transferências fundo a fundo. Além da consulta, o interessado leva um comprovante com todas as informações solicitadas.

O sistema já está em funcionamento e, após um período de avaliação, passará por melhorias. Assim, críticas e sugestões podem ser encaminhadas à própria Central de Atendimento ou à Assessoria de Relações Institucionais. Além disso, os usuários que encontrarem dificuldade em obter algum dado pelos terminais instalados podem pedir ajuda à equipe da central.

Já os painéis, também apresentados no novo espaço, ilustram, por meio de fotos, os bons e maus exemplos de execução de convênios celebrados entre o

Ministério da Saúde e diversas entidades. A idéia é manter uma substituição constante dos painéis, de maneira que um número considerável de instituições ganhe visibilidade.

Transparência – Sendo assim, o Fundo implantou novos procedimentos para atender melhor o cidadão. “Nossa preo-

ocupação não é apenas com os recursos, mas também com a transparência das nossas ações”

– afirmou Sady Carnot Falcão Filho, diretor-executivo do FNS. A facilidade para entrar em contato com o Fundo foi ampliada com os terminais de auto-atendimento. Vale lembrar, no entanto, que as outras formas de suporte ao público continuam funcionando. O cliente do FNS pode se informar também pela internet e pela Central de Atendimento, por meio do site www.fns.saude.gov.br, onde encontrará informações institucionais, notícias, dados sobre convênios e transferências de recursos. A equipe da Central de Atendimento, por sua vez, informa sobre pagamentos, acompanhamento de processos e convênios, além de encaminhar às áreas de interesse as reclamações passadas a ela. O contato com a central é feito pelo **0800 644 8001**.

“Nossa preocupação não é apenas com os recursos, mas também com a transparência das nossas ações”

Sady Carnot

ocupação não é apenas com os recursos, mas também com a transparência das nossas ações”

MS investe em escolas técnicas



Foto: Profae/MS

Convênios vão aprimorar a formação profissional dos trabalhadores da Saúde e permitir uma melhor infra-estrutura para as escolas do Sistema Único de Saúde

Os ministros da Saúde, Barjas Negri, e da Educação, Paulo Renato Souza, firmaram convênios com os estados de Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Rio Grande do Norte para a transferência de mais de R\$ 10 milhões em verbas para o Projeto de Modernização e Fortalecimento das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS).

O evento contou com a presença dos secretários de Saúde dos quatro estados beneficiados, além da gerente-geral do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Rita Sório, e do secretário executivo do Programa de Expansão da Educação Profissional (Proep), Raul do Valle.

Com a assinatura dos convênios, o Governo Federal vai investir na construção, ampliação, reforma e compra de equipamentos para as escolas do

SUS dos referidos estados, que são uma importante reserva de transmissão de conhecimento técnico. As ETSUS foram criadas para fortalecer o setor saúde, a partir da capacitação e da qualificação dos profissionais da área, adequando-as às necessidades do mercado de trabalho.

Além da construção das escolas e da aquisição de equipamentos e mobiliários, os convênios irão viabilizar a consultoria pedagógica e de gestão, bem como a instalação de laboratórios para cursos técnicos em higiene dental, nutrição dietética, para formação de auxiliares de enfermagem, instalação de raios X, vigilância sanitária, saúde ambiental, dentre outros.

Rede do SUS – Para concretizar as ETSUS, os estados beneficiados disponibilizaram terrenos para a construção das unidades de ensino e criaram projetos arquitetônicos e pedagógicos para as escolas. A moderni-

zação e o fortalecimento das mesmas irão proporcionar também a instalação de uma rede do SUS nesses estabelecimentos educacionais, que servirá de incremento para a formação profissional e pedagógica dos trabalhadores da saúde.

Em Goiás, as verbas serão destinadas à construção de um novo centro de educação profissional de saúde. Nos estados de Mato Grosso do Sul, Paraíba e Rio Grande do Norte, os investimentos destinam-se às obras de infra-estrutura e à aquisição de materiais para as escolas técnicas de saúde locais. Os recursos são repassados às escolas por meio do Profae e do Proep, cujos valores destinados são, respectivamente, da ordem de R\$ 3 milhões e R\$ 7 milhões.

Segundo o Ministério da Saúde, a previsão é estender, ainda este ano, os convênios para todas as unidades da Federação, a um custo total de R\$ 28

milhões. Deste montante, R\$ 15 milhões serão destinados para a construção de dez novos centros no Norte e no Nordeste e R\$ 13 milhões para modernização, capacitação de pessoal e reforma das instalações das 26 unidades já em funcionamento em todo o País.

Qualificação – A meta é profissionalizar, até 2004, 225 mil auxiliares de enfermagem e 153 mil agentes comunitários de saúde em todo o território nacional. Atualmente, as escolas técnicas formam 25% dos trabalhadores em atividades relacionadas ao cuidado de pessoas e ao apoio diagnóstico e terapêutico. A criação e a modernização das escolas técnicas de saúde irão ampliar a oferta de cursos e aperfeiçoar a formação profissional.

O Profae oferece aos trabalhadores o processo de qualificação para auxiliares e técnicos de enfermagem, possibilitando

a regularização da condição profissional dos inscritos, para que estes possam adquirir novos conhecimentos, aprimorando seu desempenho no atendimento à população nos hospitais e estabelecimentos de saúde públicos, privados e filantrópicos. Já o Proep contribui para a formação pedagógica qualificada dos trabalhadores.

Com a realização dos cursos de profissionalização, de atualização e de especialização, o profissional terá melhores condições para exercer sua função, reduzindo a incidência de erros na assistência e os riscos no atendimento à população.

Ricardo Bortoleto
Ministério da Saúde Informa

Brasil reduz mortalidade infantil

Convênios entre o Ministério da Saúde e a Pastoral da Criança reduzem o número de mortes em todo o País

No ano de 1996, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 233 mil crianças menores de cinco anos morreram no Brasil. Preocupado com esse número, o Ministério da Saúde vem implementando ações para diminuí-lo. Desde 1997 até o ano passado, o MS assinou seis convênios com a Pastoral da Criança para diminuir o índice da mortalidade infantil no País. No dia 17 de abril deste ano, outro convênio foi assinado e permitiu o repasse à Pastoral de R\$ 20 milhões. Os investimentos, desde 1997 até este ano, totalizam mais de R\$ 72 milhões.

A Pastoral da Criança é uma entidade de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) que trabalha em saúde, nutrição e educação. O trabalho da Pastoral está vinculado à ajuda de pessoas da comunidade. São mais de 150 mil voluntários no Brasil, que são treinados para mobilizar famílias para combater a mortalida-

de infantil e melhorar a qualidade da vida das pessoas. Nas comunidades onde a Pastoral atua, a mortalidade de menores de um ano chega a ser 50% menor do que nos lugares onde a enti-

dobro do resultado mundial e é um quarto superior à média latino-americana, que é de 28,5 por 1.000.

Nordeste – Outro fator importante diz respeito ao Nordes-

é, passou de 72,9 para 44,2 óbitos para cada 1.000 nascidas vivas. Vale explicar que os indicadores do Nordeste são menores que os das demais regiões do País. Isto porque as mortes na

lacionada ao fato da Organização Mundial da Saúde (OMS) considerar baixas e aceitáveis as taxas de 20 mortes para cada 1.000 nascidas vivas. Entre 20 e 40 o índice é médio e não ideal.

O Ministério da Saúde espera que a queda da mortalidade infantil, que foi de 38% na década de 90, tenha uma redução significativa até 2003. Para isso, intensificará as seguintes ações realizadas até agora: ampliar a oferta de serviços de saneamento básico e de saúde; realizar campanhas de vacinação; implantar o Programa de Saúde Materno-Infantil, que realiza ações voltadas para o pré-natal e o parto, além de reidratação oral, controle das infecções respiratórias agudas, crescimento e desenvolvimento dessas crianças; incentivar a queda da fecundidade; e pagar a Bolsa-Alimentação.

	1996	1997	1998	1999	2000
Brasil	37,97	36,70	36,10	31,8	29,6
Nordeste	60,39	59,05	57,91	52,4	44,2
Sudeste	25,82	25,23	24,76	20,6	20,6
Sul	22,76	22,55	22,39	X	19,7
Centro-Oeste	25,77	25,39	25,09	25,01	21,2
Norte	35,60	35,60	35,20	33,9	29,2

Fontes: Estimativa da Mortalidade Infantil por Microrregiões e Municípios. Indicadores e Dados Básicos (IDB) - 2000. MS/Punasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). MS/Punasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). IBGE/Estimativas Demográficas/Mortalidade Infantil.

Convênio: (X) indica dado omitido na construção do IDB - 2001.

dade não está presente.

No decorrer da década de 90, a mortalidade infantil no Brasil caiu 38%, passou de 48 para 29,6 crianças mortas para cada 1.000 nascidas vivas. O ministro da Saúde, Barjas Negri, ressalta que esse índice representa o

te brasileiro. Nos anos 90, conforme dados do IBGE e da Pesquisa de Estimativas da Mortalidade Infantil encomendada pelo Ministério da Saúde, essa região apresentou uma queda muito mais significativa comparada às outras regiões do País: 40%, isto

referida região são praticamente o dobro de outras regiões, ou seja, no Nordeste é de 44,2, no Sul, por exemplo, esse número cai mais da metade, 19,7 (veja o quadro).

Os resultados obtidos não são suficientes. A razão disso está re-

Debianne Bezerra
Ministério da Saúde Informa



Bombeiros da Vida

Coleta de leite humano beneficia mais de cem mil recém-nascidos em todo o País

O Ministério da Saúde realizou, entre os dias 15 e 17 de maio, em Brasília, o Seminário Bombeiros da Vida. O evento aconteceu no auditório da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e contou com a participação de todas as corporações do Corpo de Bombeiros (CBM) do País, das secretarias estaduais de Saúde, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da Opas.

Na ocasião, foram debatidas estratégias, dificuldades e formas de superar os obstáculos para a implementação desse trabalho onde ele ainda não existe. Definiu-se que os estados devem mapear suas necessidades para a participação no projeto.

Além disso, foi discutida a importância do aleitamento materno, de ações voltadas para

essa prática e o papel fundamental desempenhado pela Rede Nacional de Bancos de Leite. Foram também apresentadas aos participantes experiências positivas que existem em diversos estados.

“O encontro tem como objetivo sensibilizar os comandantes das corporações de bombeiros de todos os estados da Federação para a implementação do projeto Bombeiros da Vida explicou Ana Goretti Kalume, coordenadora da Área de Saúde da Criança e responsável pela organização do projeto.

O que é o projeto – O Bombeiros da Vida é uma ação realizada pelo MS em parceria com o Corpo de Bombeiros. O objetivo do trabalho é aumentar a coleta para os Bancos de Leite Humano (BLH) e, com isso, atender um maior número de

crianças em suas localidades.

O projeto foi implementado em Brasília em 1992 e em seu primeiro ano de atividade duplicou-se o volume de leite nos bancos. Atualmente, é responsável pelo recolhimento de mais de 60% do leite disponível nos BLHs. Em 1997, dos 12,2 mil de litros de leite coletados, 8,24 mil litros foram obtidos pelos bombeiros; em 2001 foram recolhidos, no total, 16,4 mil litros de leite, sendo que os bombeiros foram responsáveis por 10,7 mil litros.

Bombeiro Amigo – Em 1997, os participantes do projeto passaram a realizar assistência pré-hospitalar em situações de urgência ou emergência relacionada à dificuldade de amamentação. No ano seguinte, receberam do Unicef o título de “Bombeiro Amigo da Criança”.

Os profissionais que participam desse trabalho recebem um treinamento especial oferecido pelo MS, em parceria com as secretarias estaduais. Os bombeiros treinados servem aos hospitais com uma viatura própria que, muitas vezes, é doada pela comunidade. As equipes têm um telefone à disposição das mulheres que desejam doar leite e, assim que saem da maternidade, as lactantes podem contactar o Corpo de Bombeiros.

Além do DF, os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Ceará, Bahia, Paraíba, Minas Gerais, Sergipe e Pernambuco contam com a participação do Corpo de Bombeiros no auxílio ao recolhimento do leite materno em domicílio.

Bancos de Leite – O BLH é um serviço gratuito responsável

pela estocagem e distribuição de leite humano pasteurizado. No Brasil, existem 153 unidades distribuídas em 23 estados com alto padrão de qualidade e baixo custo. O trabalho foi reconhecido e premiado internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde, em maio de 2001.

De acordo com Ana Goretti, o volume de leite coletado ainda não é suficiente. Atualmente, são recolhidos 100 mil litros por ano e, para atender a demanda, são necessários mais 150 mil litros.

Os principais beneficiados pelo banco são bebês que nascem com baixo peso, doentes ou prematuros. Em 1998, no Brasil, 231 mil crianças nasceram nessas condições e 107 mil delas alimentaram-se do leite humano pasteurizado.

Saúde via satélite



O Canal Saúde, projeto permanente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), foi criado com o propósito de proporcionar a educação continuada a distância, disseminar informações e melhorar a comunicação entre as áreas da saúde envolvendo as esferas científicas e tecnológicas, utilizando a televisão como instrumento para a difusão desses ideais.

A primeira idéia sobre o canal surgiu dentro do Comitê das Entidades Públicas no Combate à Fome pela Vida, parte integrante da Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida, liderada pelo sociólogo Herbert de Souza – o Betinho, e sua inauguração ocorreu em 1994. Hoje o canal conta com vários colaboradores, como o Ministério da Saúde (MS), a Empresa Brasileira de Telecomunicações (Embratel), a Amazon Sat, dentre outras.

A TV Executiva da Embratel e Amazon Sat, parcerias importantes do Canal Saúde, viabilizam o som e a imagem dos programas do canal que chegam, via satélite, aos lares dos cidadãos que possuem antena parabólica.

Quem não possui parabólica pode assistir a alguns programas que são veiculados nos chama-

dos canais abertos, como a TV Educativa, que transmite alguns programas do Canal Saúde, entre eles o programa Viva Legal.

Esse programa recebeu importante contribuição do MS por meio do Programa Educação em Saúde, da Secretaria de Políticas em Saúde (SPS), que propôs, à produção do Canal Saúde, a elaboração dos temas e o formato do programa Viva Legal.

O programa realizou levantamento junto a outras áreas técnicas para saber quais assuntos eram considerados mais relevantes para a população. Assim, foi definido o formato do programa, em três blocos com 15 minutos cada.

O Viva Legal atualmente está sendo transmitido via satélite e na internet.



Na Embratel, os horários dos programas são os mesmos da internet: às quartas-feiras, de 12h05 às 12h20, e às quintas-feiras, das 13h55 às 14h10. Na Amazon, os programas são veiculados às quintas-feiras, das 7h30 às 7h45, e na TV Educativa, às sextas-feiras, às 23h, e reprise aos sábados, às 10h30.

“O Canal Saúde, após ter consolidado sua metodologia de produção e veiculação por tevê,

volta-se agora para a otimização de seu espaço na internet. Estamos reunindo esforços e recursos materiais e humanos para tornar a programação da *web* mais rápida e melhor” – disse Márcia Corrêa e Castro, superintendente Adjunta do Canal Saúde.

Diversificação – A programação do canal é bastante diversificada e aborda temas atuais de grande interesse coletivo, como drogas, sexualidade, qualidade de vida. São realizados debates por meio de mesas redondas, entrevistas, palestras e depoimentos, em vários formatos e situações.

A programação atinge 2,5 milhões de profissionais de saúde, distribuídos em 5,5 mil municípios e 35 mil hospitais, ambulatórios, clínicas e centros de saúde de todo o País.

Os programas do Canal Saúde são ainda transmitidos pela televisão pertencente à Confederação Nacional dos Transportes (CNT), além de ser também veiculados pela tevê da Associação Ibero-americana de Televisões Educativas (AITE).

Já na rede CNT, a programação é destinada aos motoristas de ônibus e caminhões, e na AITE o público é composto por pesquisadores de universidades ibero-americanas.

www.fiocruz.br/canalsaude.

Letícia Carneiro
Ministério da Saúde Informa

Placas orientam usuários

O Ministério da Saúde vai implantar placas e painéis de sinalização em suas dependências, a partir do segundo semestre. O projeto tem como objetivo identificar os setores do MS por meio de comunicação visual e fornecer informações aos servidores e usuários.

A sinalização é o resultado de um trabalho conjunto entre a Coordenação-Geral de Modernização e Desenvolvimento Institucional (CGMDI) e a Coordenação-Geral de Recursos Logísticos (CGRL).

Sob responsabilidade do arquiteto Nelson Guimarães, o estudo preliminar de sinalização para os edifícios sede e

anexo do MS já está pronto e o projeto encontra-se em fase de implantação. “O sistema de placas será um meio de orientação para os usuários referindo-se à circulação de pessoas e veículos e ao conhecimento de comportamento e segurança” – explica.

Acesso – Segundo Luís Antônio Melão, técnico da CGMDI, a sinalização facilitará o acesso de quem está procurando determinada unidade ou dependência. “Há possibilidade da expansão do projeto para as unidades do MS em outros estados” – afirma Melão.

Conforme João Batista Buscardi Ferraz, coordenador de

Obras e Serviços de Engenharia, a CGRL é responsável pela montagem das instalações físicas da oficina e treinamento de dois funcionários que irão trabalhar junto aos profissionais da criação e fabricação dos painéis e placas de identificação.

O projeto de sinalização foi estabelecido por meio de comunicações visuais que contêm linguagens gráficas, representadas por códigos verbal (mensagens escritas), cromático (por meio de cores diferenciadas) e pictográficos (símbolos que representam de forma simplificada objetos da realidade, para captura mais rápida de determinadas mensagens).

MURAL

A Funasa realizou, entre os dias 13 e 26 de abril, a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, que teve a finalidade de vacinar aproximadamente 10,4 milhões de pessoas a partir dos 60 anos de idade contra a gripe, o tétano, a difteria e a pneumonia. Em todos os estados brasileiros houve equipes volantes para vacinar idosos em hospitais e residentes em casas geriátricas ou asilos. A campanha foi realizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e teve como slogan “TEM QUE VACINAR, NÃO DEIXE A GRIPE TE PEGAR”.

O Ministério da Saúde desenvolveu uma iniciativa destinada aos filhos dos servidores que têm entre 12 e 18 anos de idade, o Projeto Adolescer, cujo propósito é melhorar a comunicação entre pais e filhos no período da adolescência. Para isso, os psicólogos responsáveis pelo projeto desenvolveram um processo de aprendizagem que amplia a capacidade de compreensão na família. O projeto é desenvolvido num processo educativo por meio de técnicas em dinâmicas de grupo, que promovem trocas de experiências, vivências, atitudes e conhecimentos. Informações: (61) 315-2330.

Para solicitar a aposentadoria integral ou proporcional ao tempo de serviço, deve-se comparecer à CAP/CGRH e preencher requerimento apropriado. É necessário apresentar os seguintes documentos: fotocópia da carteira de identidade e CPF; declaração de bens; declaração de acúmulo de cargos e/ou aposentadoria; original da certidão de tempo de serviço e nada consta do Patrimônio e da Biblioteca.

De 16 de maio a 15 de junho, a CGMDI desenvolverá o princípio “Criatividade”, integrante do projeto “Princípios e Valores da SAA”. Serão realizadas a publicação do jornal da criatividade “Saabidão” e a exposição “Talentos da SAA”, no saguão do 3.º andar do Edifício Anexo do MS. Outras atividades: apresentação da peça “Rádio Corredor”, com performance do “Saúde em Cena”, grupo de teatro do MS, e realização da oficina “Criatividade”, oferecida pela “Equipe Transformar”, da UnB, no dia 14 de junho.

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 Ricardo Bortoleto (MTb 01198/JP/GO) – Repórteres/Estagiárias: Letícia Carneiro, Rachel Librelon e Debianna Bezerra – Colaboração: Márcia Blumm e Gabrielle Bennet – Projeto Gráfico: Fabiano Bastos e João Mário Dias – Editoração: Fabiano Bastos e Sérgio Ferreira – Revisão: Mara Pamplona e 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

