

# MINISTÉRIO DA SAÚDE INFORMA

Publicação mensal da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde – ISSN 151-533X ano 1 n.º 7 outubro de 2001

## NESTA EDIÇÃO

### Saúde Suplementar

Criada em janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a ocupar um espaço muito importante, como órgão regulador e fiscalizador das atividades e ações que permitem a garantia da assistência suplementar à saúde.

A ANS é uma autarquia vinculada ao MS, cuja sede fica no Rio de Janeiro. A entidade atua em todo o País e exerce atividades no sentido de o cidadão não ser prejudicado em seus direitos como consumidor dos serviços de saúde prestados pelas operadoras de planos de saúde.

### Pesquisa da SAA

A Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA) realizou, entre os dias 5 e 6 de setembro, uma pesquisa no Ministério da Saúde (MS). O objetivo é obter subsídios para o aperfeiçoamento de suas ações, adequando seus serviços às necessidades de seus usuários.

Mais de 30% do total dos servidores que trabalham nos edifícios Sede e Anexo do Ministério da Saúde responderam ao questionário da pesquisa, totalizando 961 pessoas. A maioria das respostas (61%) concentrou-se na opção "satisfeito".

### Hipertensão e Diabetes

A Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), por meio do Departamento de Atenção Básica, vem realizando uma série de esforços que visa a auxiliar e conscientizar os portadores de Hipertensão Arterial (HAS) e de Diabetes Mellitus (DM).

Em outubro do ano passado, foi elaborado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. O plano foi concebido levando-se em conta o alto índice de mortes causadas por doenças cardiovasculares, e está sendo desenvolvido em quatro etapas.

# Trauma e Violência

## O Ministério da Saúde, por intermédio da Área Técnica de Trauma e Violência, efetiva ações de prevenção para reduzir a mortalidade por causas externas no Brasil

Tema cada vez mais constante de debates, estudos e análises, a violência é uma das mais importantes questões contemporâneas. Atinge todas as classes, em maior ou menor grau, e das mais diversas maneiras, seja física, psicológica, sexual ou institucional – suas quatro formas básicas, segundo estudiosos.

É em prol da redução desse problema de saúde pública que a Área Técnica de Trauma e Violência (ATTV), do Ministério da Saúde (MS), trabalha: com ações de prevenção, atenção e promoção da saúde para diminuir a mortalidade por causas externas (acidentes, violências e catástrofes).

Composta por uma técnica-responsável e equipe multidisciplinar de consultores externos, a ATTV promove e implementa políticas de saúde em conjunto com órgãos e áreas técnicas do MS – Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Promoção da Saúde, Funasa, Fiocruz, entre outras – e também com organizações não-governamentais.

A área não é nova. Em dez anos de atuação no Ministério, a ATTV tem longo histórico. Segundo a pedagoga Cláudia Araújo dos Santos, assessora-técnica da área, o setor tem como características o trabalho em parcerias e diversidade, pois são muitos os profissionais que trabalham em conjunto – médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, engenheiros de segurança, policiais e bombeiros.

“Construímos redes, malhas sociais de ajuda e cooperação para que os projetos cheguem aonde devem chegar: na ponta, na boa prestação de serviços para o cidadão” – afirma a pedagoga.

Como a demanda para a área tem crescido vertiginosamente, nem sempre o MS, por meio da ATTV, pode subsidiar todas as ações e projetos conjuntos com outros setores e com a sociedade civil. Nessas situações, a área de Trauma e Violência entra com o apoio técnico e a experiência, articulando-se a órgãos que possam disponibilizar recursos para ações mais dispendiosas. “Trocamos informações e dados com diferentes órgãos e instituições. O fundamental é que todas as ações propostas, quando pertinentes, sejam realizadas” – diz a assessora-técnica.

**Violência e acidentes** – Diante dos números alarmantes de mortes e internações por causas externas, fica clara a importância do trabalho da Área Técnica de Trauma e Violência do Ministério. No Brasil, as causas externas são o segundo motivo de morte no total geral dos óbitos, só perdendo para as doenças do sistema circulatório. Em 2000, aproximadamente 700 mil internações deveram-se às causas externas.

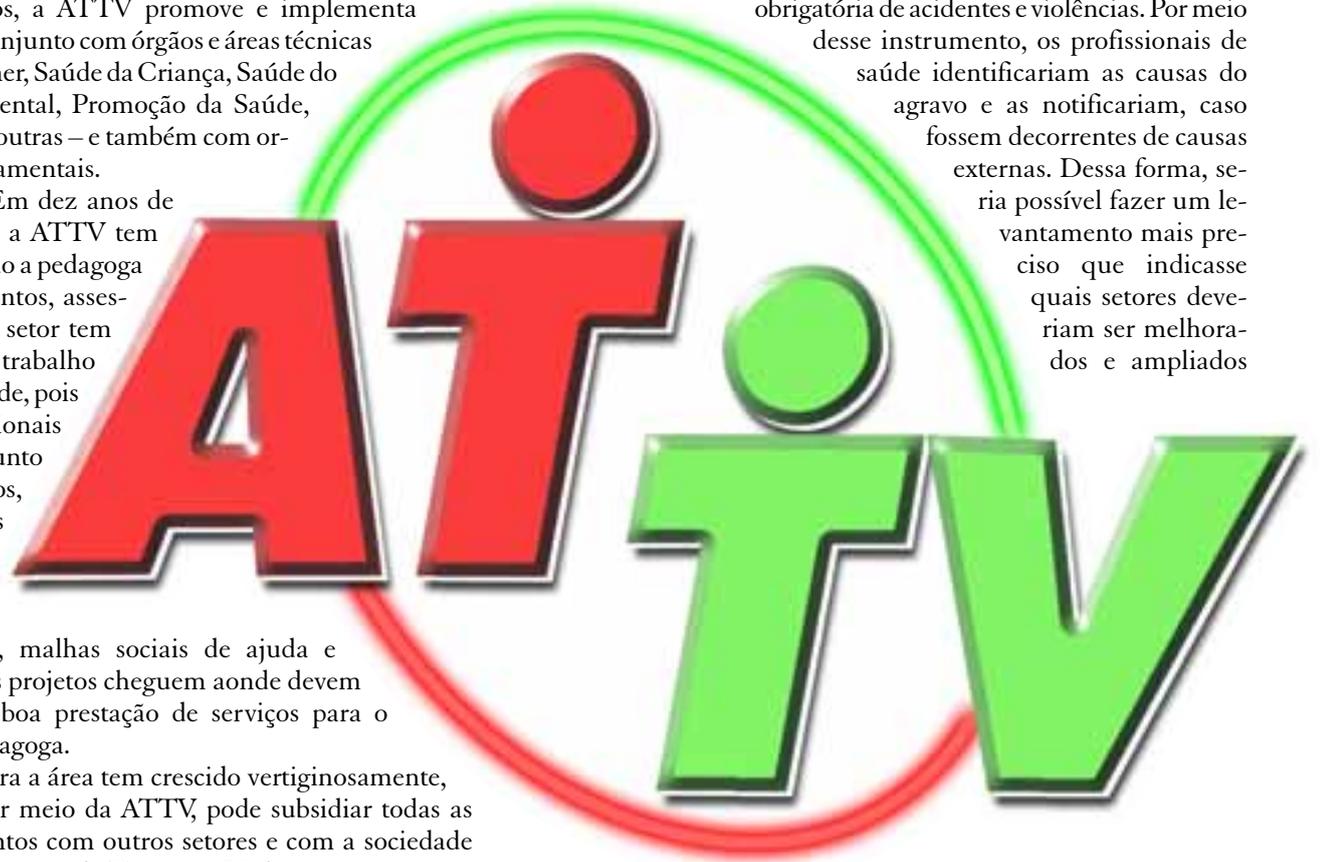
Os homens são os mais vulneráveis à violência e aos acidentes. De acordo com dados de 1998, do total de mortes por causas externas, 83% são homens e apenas 17% são mulheres. Quando considerados os óbitos por acidentes de trânsito, os números não mudam muito:

cerca de 80% são do sexo masculino e 20,4%, do sexo feminino.

Os jovens também são um grande alvo de agressões e acidentes. Do total de mortes por agressões, 54% fica na faixa etária de 15 a 29 anos.

**Rede de informações** – Entre os inúmeros projetos em andamento, um dos principais é o Rede de Informações em Saúde para os Agravos Externos, definido pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, documento que estabelece diretrizes de ação em relação a acidentes e violências, aprovado junto à Portaria nº 737 pelo ministro José Serra, em maio.

O projeto tem como meta estabelecer a notificação obrigatória de acidentes e violências. Por meio desse instrumento, os profissionais de saúde identificariam as causas do agravo e as notificariam, caso fossem decorrentes de causas externas. Dessa forma, seria possível fazer um levantamento mais preciso que indicasse quais setores deveriam ser melhorados e ampliados



para um atendimento mais eficiente. Isto otimizaria a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), que estaria mais adaptado às necessidades dos usuários.

Para a melhoria da qualidade da informação utilizada por todo o Sistema Único de Saúde (SUS), foi assinada e publicada a Portaria nº 1.969, que dispõe sobre o preenchimento obrigatório de campos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Para que a implantação do projeto tenha sucesso, estão sendo formados núcleos de estudo em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde. O objetivo é incentivar a formação de uma rede de estudos, pesquisas e intervenção em saúde, que possa ser acessada por meio da internet, livros, oficinas de trabalho e campanhas educativas com o apoio do Ministério da Saúde.

Leia mais na página 3

## Medicamentos à população

Foto: Arquivo pessoal

O Departamento de Programas Estratégicos do Ministério da Saúde tem a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos. Sendo assim, o setor utiliza estratégia gerencial diferente da utilizada usualmente no serviço público. Sua atuação é calcada em uma interface extremamente ampla, com diversas secretarias e órgãos vinculados ao MS, como as secretarias de Gestão, de Políticas de Saúde, de Assistência à Saúde, Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), secretarias Estaduais de Saúde, Conass, Conasems e Conselho Nacional de Saúde.

As atividades do Departamento começaram com o fechamento da Central de Medicamentos (Ceme), em 1997. Uma vez fechada a Ceme, teve-se como missão estruturar um setor que estivesse preparado para a aquisição de medicamentos. A interface sob o ponto de vista da aquisição é com a Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA), no sentido de garantir a licitação, que hoje tem características absolutamente transparentes, com um nível de informatização amplo e que, sem dúvida, traz credibilidade às ações do MS, no que tange à aquisição e distribuição de medicamentos.

Esses procedimentos facilitaram as ações coordenadas estrategicamente sob um ponto de vista mais moderno, com análises de forças e fraquezas que foram interpretadas no começo do trabalho, tendo sempre como meta a racionalização dos recursos financeiros e também dos recursos humanos. Só para se ter uma idéia, de 1998 a 2001 essas ações acarretaram uma economia na compra de medicamentos de R\$ 492 milhões. Com a redução de custos, a população de baixa renda tem acesso aos medicamentos necessários com mais facilidade.

O Ministério da Saúde tem distribuído medicamentos gratuitamente, por intermédio dos programas da aids, tuberculose, hanseníase, endemias locais, leishmaniose, malária, febre amarela e doença de Chagas. Além disso, aos portadores de hemofilia foram distribuídos hemoderivados, como também insulina aos diabéticos, fechando-se assim o ciclo. Está sendo distribuído, em todo o Brasil, recursos financeiros por meio do Programa de Atenção Básica (PAB) e o Farmácia Básica que são suficientes para a aquisição de medicamentos, que são distribuídos pelos municípios. Essas ações significam parcerias com os governos estaduais de aproximadamente R\$ 340 milhões por ano.

Ao ser desenvolvido esse processo havia muitas dificuldades por parte dos municípios – principalmente os com menos de 20 mil habitantes – para adquirir medicamentos, em

função da burocracia dos processos licitatórios. Para resolver esse problema, foi feito o Registro Nacional de Preços, que nada mais é que uma grande licitação feita pelo Ministério, e que com a ata desse registro de preços, por meio de uma medida provisória que depois se transformou em lei, os municípios podem adquirir medicamentos utilizando a nossa ata, sem que eles obrigatoriamente tenham que fazer licitações.

Para que o acesso ao medicamento fosse garantido, mais ampliado, o Departamento de Programas Estratégicos resolveu fortalecer, em função da orientação do ministro José Serra, a capacidade produtiva e de qualidade dos produtos dos laboratórios oficiais. Para isso, nós criamos um programa chamado Programa Guarda-Chuva, onde estamos investindo fortemente, no sentido de melhorar a competência em relação ao padrão de qualidade e aumentar a produtividade dos laboratórios oficiais.

O Programa Saúde da Família é um dos programas mais importantes do Ministério da Saúde. Médicos, enfermeiros, agentes de saúde vão à casa do cidadão examiná-lo e fazer um diagnóstico. Neste ano, além de se fazer o diagnóstico, leva-se ainda a medicação. Toda equipe do Saúde da Família recebe um kit de medicamentos de 80 quilos, suficiente para atender a três mil pessoas, além de ser distribuído a cada três meses.

Para a população de média renda, o MS, por intermédio da Anvisa, tem proporcionado o acesso aos medicamentos genéricos, que custam, em média, a metade do preço das marcas tradicionais. O Departamento de Programas Estratégicos trabalha com um volume de recursos da ordem de R\$ 1, R\$ 1,2, R\$ 1,4 bilhão por ano, dentro do orçamento do Ministério. Nos últimos dois, três anos não há na mídia reclamações por falta de medicamentos. Nós superamos isso bastante bem.

Outro aspecto que se tem trabalhado fortemente é com relação às patentes. Toda vez que houver conflito entre a lei de patente e o acesso a medicamentos pela população brasileira, o MS vai agir. O ministro é radical neste aspecto quando diz que nós temos que perseguir isso, lutar contra o abuso econômico por parte de algumas empresas.

Seguindo essa determinação, conseguimos três vitórias importantes: evitamos quebrar a patente do medicamento Nelfinavir. Isto significou uma redução de custo de R\$ 60 mi-

lhões. Já com o Efavirenz, foram R\$ 80 milhões, e com o Indinavir uma redução de R\$ 70 milhões. O medicamento que chega ao Brasil sob patente tem que ter uma lógica diferente. Tem que se adequar à realidade financeira do País. O ministro tem falado muito sobre a idéia de um sistema de preço diferenciado. Ele levou a proposta à Organização Mundial da Saúde (OMS) e à Organização Mundial do Comércio (OMC) e provavelmente deve defender a mesma na reunião de novembro da OMC, no Catar, mostrando que para países com realidades diferentes, os

preços também devem ser diferentes.

Em relação aos hemoderivados, o mercado desse produto sempre foi pouco sensível às proposituras de utilização de ações e de racionalização de recursos feitas pelo MS. Mas é preciso garantir ao doente hemofílico o acesso ao hemoderivado. Atualmente, estamos enfrentando outro problema: o conflito armado entre os Estados Unidos e o Afeganistão. Os americanos não querem, juntamente com a Grã-Bretanha, vender o produto, para

garantir seus estoques internos. Com isso, vamos fazer uma compra emergencial para suprir o mercado nos próximos três ou quatro meses.

O Departamento está envolvido ainda, juntamente com a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), com a aquisição dos produtos para a Campanha do Diabetes e para o Programa da Hipertensão Arterial. Garante-se assim que o brasileiro hipertenso ou diabético tenha acesso ao medicamento, já que são enviados os remédios para os postos de saúde ou até mesmo para a casa das pessoas vítimas dessas enfermidades.

Para finalizar, programas como o da aids, hemoderivados, diabetes, farmácia básica estão atendendo a milhões de brasileiros, com um aumento da cobertura populacional. Só para se ter uma idéia, em 1997 foram atendidas 35 mil pessoas portadoras de HIV; em 1998, 55 mil, e hoje são 131 mil pessoas. Além disso, o Ministério da Saúde aumentou em muito o atendimento geral à população. Em 1997, eram 35 milhões de pessoas e, em 2001, atinge a 147 milhões de pessoas, que estão recebendo algum tipo de ação direta do Sistema Único de Saúde (SUS).

*“Toda vez que houver conflito entre a lei de patente e o acesso a medicamentos pela população brasileira, o MS vai agir. Temos que lutar contra o abuso econômico por parte de algumas empresas.”*

Platão Fischer Püller  
Diretor do Departamento de Programas Estratégicos

*Continuação da página 1*

Em 2000, foram criados núcleos no Amapá e Rio Grande do Sul – que estão trabalhando o sistema de informação em fase de teste – e até 2003 deverão ser implantados núcleos na maioria dos estados brasileiros. “Estamos capacitando funcionários e prestando apoio técnico aos grupos estaduais, respeitando o que cada estado tem desenvolvido como política própria em relação aos seus serviços” – diz Cláudia Araújo.

**Trânsito** – No Brasil, aproximadamente 36 mil pessoas morrem por ano em acidentes de trânsito, segundo estatísticas do Datasus/MS. Em conjunto com os homicídios, os acidentes de trânsito são responsáveis por mais da metade dos óbitos por causas externas no País.

Em 1997, o índice de mortalidade por esse tipo de acidente chegou a 29%, sofrendo um leve decréscimo em 1998 (26,3%), ano de implementação do atual código de trânsito e de forte fiscalização.

A ATTV, em conjunto com ONGs e outras áreas do Ministério da Saúde, tem desenvolvido materiais e campanhas educativas, promovendo campanha maciça entre profissionais de saúde e a população em geral.

Este ano, a área de Trauma e Violência, em parceria com o Serviço Social do Transporte (Sest) e o Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte

(Senat), começou um trabalho de conscientização junto a caminhoneiros.

Cláudia Araújo enfatiza a importância da ação, pois uma das maiores causas de acidentes

blema: mesmo quando a criança tem atendimento hospitalar, muitas vezes a agressão não é notificada.

Para atender a essa questão, foi realizada pesquisa, em con-

*No Brasil, as causas externas são o segundo motivo de morte no total geral dos óbitos, só perdendo para as doenças do sistema circulatório. Em 2000, aproximadamente 700 mil internações deveram-se às causas externas.*

de trânsito hoje é por uso abusivo de álcool ao dirigir. Ironicamente, o motivo de menor incidência é a falha mecânica.

**Criança** – “A violência contra a criança é uma das mais difíceis de se combater e detectar, pois, na maioria das vezes, os agressores são pessoas muito próximas” – comenta a pedagoga. Há ainda um outro pro-

junto com a Fiocruz, “notificação de violência contra crianças e adolescentes dos serviços de saúde aos conselhos tutelares”. Com a pesquisa pronta, a ATTV, em parceria com outras instituições e órgãos do MS, elaborou proposta para tornar obrigatória a notificação da agressão a crianças e adolescentes nos serviços no SUS.

A Portaria nº 1.968, assinada e publicada em outubro deste ano pelo ministro José Serra, estabeleceu a obrigatoriedade de comunicação aos conselhos tutelares, em casos de suspeita ou confirmação, de maus tratos a crianças e adolescentes no atendimento no SUS. Agora, os profissionais de saúde deverão encaminhar um formulário específico às autoridades competentes, para que se possibilite o acompanhamento psicológico e social da criança agredida e sua família.

**Violência masculina** – O sexo masculino, como gerador e vítima de violência, também está na ampla pauta de discussão da Área Técnica de Trauma e Violência. Em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Secretaria de Políticas de Saúde e algumas organizações não-governamentais, este e outros temas foram debatidos na Oficina de Apoio Psicossocial de Vítima da Violência, que aconteceu em setembro.

O encontro foi importante para definir diretrizes em relação à questão, que apresenta dificuldades por ser muito abrangente. Além disso, dessa parceria será publicado um manual de orientações técnicas para profissionais, cujo título é o mesmo do encontro. A fase atual, segundo a assessora-técnica, é de discussão das propostas levantadas pela oficina.

**Suicídio** – Incluído na ampla definição de causas externas, o

suicídio também configura motivo de preocupação para a área de Trauma e Violência. O número de mortes por suicídio, apesar de ter crescimento mínimo, nunca deixou de aumentar em dez anos de estudos. Em 1997, foram 6.923 óbitos e, em 1998, 6.988 pessoas se suicidaram.

“É difícil combater o suicídio por ele ser um inimigo silencioso. As pessoas hoje vivem tão pressionadas e sob tanta tensão, que alguns se vêem tentados a cometer esse tipo de auto-agressão” – lamenta Cláudia.

Em conjunto com o Centro de Valorização da Vida (CVV) e secretarias estaduais e municipais, a ATTV estará desenvolvendo, em 2002, a Campanha de Valorização da Vida, projeto de prevenção ao suicídio. Com a colaboração da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), foi conseguido um número único para todo o País. A meta é dobrar a quantidade de atendimentos voluntários para que o serviço do CVV seja ampliado e melhorado.

“Com projetos simples e vontade política, nosso Ministério está conseguindo pequenos e expressivos resultados. Não se pode ficar de braços cruzados frente a situação de violência que vivenciamos em nosso País” – enfatiza Cláudia Araújo.

Larissa Guimarães Marques  
Ministério da Saúde Informa

## MS reforça segurança para correspondências recebidas

CGRL recomenda tratamento diferenciado às correspondências e aos objetos vindos do exterior ou sob qualquer suspeita

A Coordenação-Geral de Recursos Logísticos (CGRL) está recomendando a adoção de medidas de segurança para o manuseio de objetos e correspondências recebidas pelas diversas unidades administrativas do Ministério da Saúde. Luvas e máscaras descartáveis já estão sendo distribuídas para os servidores encarregados de receber e repassar objetos e correspondências. A medida atende a recomendações da Empresa de Correios e Telégrafos e vem sendo transmitida às unidades do MS em Brasília e nos estados.

De acordo com orientações da CGRL comunicadas por meio da intranet, deve-se dar “tratamento diferenciado às correspondências e aos objetos vindos do exterior ou sob qualquer suspeita (envelope sem

remetente; com vazamento de pó, cheiro estranho, mancha de óleo, formato estranho, dados manuscritos; contendo arame, excesso de cola ou de selos; exibindo endereço do remetente diferente do local de postagem, etc)”. Observando tais situações, os funcionários estão sendo orientados a não abri-los ou balançá-los e colocá-los em separado, além de comunicar o fato por meio dos ramais 2979 e 2333.

No dia 23 de outubro foi realizada uma reunião com representantes dos Correios e Telégrafos e das áreas de apoio dos gabinetes e secretarias do MS, oportunidade em que foram distribuídos os equipamentos individuais de segurança, comprados exclusivamente para este fim. Cerca de 25 mil objetos postais são recebidos men-

salmente pelo protocolo de correspondência do Ministério da Saúde, onde é feita a triagem das correspondências sim-

ples, das caixas, dos envelopes e encomendas, e por fim, encaminhadas para as diversas áreas de apoio. O MS possui

cerca de cinco funcionários trabalhando na triagem no primeiro acesso das correspondências.



Servidores que manipulam correspondências recebem luvas e máscaras descartáveis

# Profae valoriza escolas de enfermagem

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), vai investir recursos que somam R\$ 10 milhões para o fortalecimento e a melhoria das Escolas Técnicas de Enfermagem e Centros Formadores de Recursos Humanos (ETSUS), mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Uma série de esforços vem sendo realizada para melhorar e qualificar ainda mais os serviços prestados pelas ETSUS.

Um dos primeiros passos para o acompanhamento das escolas técnicas foi a realização no ano passado, de um diagnóstico para avaliar essas instituições e indicar a real situação em que cada uma delas se encontrava.

O diagnóstico foi coordenado pelo Centro de Produção da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Cepuerj), que, entre outras informações, buscou identificar quais os pontos mais frágeis das instituições e como esses problemas poderiam ser sanados. O diagnóstico está servindo de base para a definição da linha de financiamento proposta por cada ETSUS.



Foto: João Brasil

*O Profae está trabalhando, continuamente, para que as escolas técnicas possuam condições para atender à demanda de pessoas que buscam os cursos disponibilizados. Para isso, uma série de atitudes vem sendo tomada, de acordo com as necessidades da instituição.*

Rita Sório  
Gerente-geral do Profae

As escolas técnicas foram criadas na década de 80 pelo Sistema Único de Saúde, para propiciar aos funcionários da área de saúde, que não eram

qualificados, para a função que exerciam, criando a oportunidade de se especializarem não somente em sua área de atuação, como também terem

a possibilidade de crescimento profissional em outros setores.

A rede das ETSUS é composta por 26 instituições distribuídas em 15 estados e o

Distrito Federal. O Estado de São Paulo com um total de sete escolas, possui a maior quantidade de instituições. Já na região Norte e nos Estados do Piauí, Maranhão, Sergipe e Rio de Grande do Sul não existe ainda nenhuma escola técnica, mas o Profae já iniciou atividades junto aos gestores da área de saúde e educação para a implantação dessas instituições de ensino nas Unidades da Federação que não as possuem.

O Profae está trabalhando, continuamente, para que as escolas técnicas possuam condições de atender à demanda das secretarias estaduais e municipais de Saúde e, para tanto, já realizou eventos voltados para a elaboração do planejamento estratégico, de projetos de financiamento e de construção de indicadores de monitoramento e avaliação.

Como forma de priorizar as atividades e para a liberação total dos recursos, os Projetos das ETSUS estão sendo analisados por uma comissão técnica de acordo com o Manual de Investimento que orienta sobre todos os procedimentos para a aplicação dos recursos.

## Coordenação de Assistência ao Servidor tem novas instalações

Após um período de reforma, a Coordenação de Assistência ao Servidor (CAS) volta a unir seus serviços e a atender o público no térreo do Edifício Anexo do Ministério da Saúde (MS). Com as instalações reorganizadas, a CAS retomou as atividades dos exames periódicos no dia 17 de setembro. Os exames irão pôr à prova a funcionalidade dessa reestruturação, que visa dar maior fluxo ao trabalho.

De acordo com o médico psiquiatra Eugênio Cabral, coordenador da CAS, a posição lógica das áreas, na nova instalação, viabilizará uma interação mais eficaz com os servidores, além de trazer mais agilidade ao atendimento e conforto ao servidor. “Como a gente restringiu ao máximo a circulação de pessoas pelas áreas de serviços médicos, haverá mais privacidade e menos interrupções durante as consultas” – diz ele.

O médico ressalta também a informatização no processo de atendimento: uma agenda eletrônica, feita em conjunto com

o Datasus, disponibilizada via intranet, tornou mais rápida as marcações de consultas, otimizando os exames periódicos. Com tudo isso, os exames terminarão apenas no final de 2002, devido ao baixo número de médicos para atender a demanda.

“Mas o nosso grande problema são as faltas do servidor. Ele deixa um dia marcado e não avisa quando vai faltar; ou quando comunica, é em cima da hora, e não é mais possível pôr outra pessoa em seu lugar. Tem servidor que marca de três a quatro vezes, e não aparece. Assim, a lista aumenta, e em dado momento afunila pela carência de médico” – afirma Valéria Cristina da Silva de Aguiar, enfermeira-chefe do Serviço de Saúde Ocupacional, ressaltando ainda que, nos últimos anos, a frequência de participação dos servidores nos exames tem aumentado.

Esse novo sistema de armazenamento de dados vai ajudar a cruzar informações, transfor-



Foto: João Brasil

A reforma do CAS agradou muito aos funcionários do Ministério da Saúde

mando-as em estatísticas. Por exemplo, quantos problemas foram encontrados, qual o mais frequente, e a partir daí gerar novas campanhas em cima das necessidades observadas.

Valéria de Aguiar fala da importância dos exames para o servidor. Um bom exemplo é a identificação de algumas patologias, como hipertensão, câncer de mama, de útero, doen-

ças sexualmente transmissíveis, dentre outras. “O bom é que quando identificamos doenças em estágio inicial trabalha-se mais facilmente” – finaliza a enfermeira.

# Agência Nacional de Saúde Suplementar

Criada em janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a ocupar um espaço muito importante, no que tange a seu papel como órgão regulador, normatizador, controlador e fiscalizador das atividades e ações que permitam a garantia da assistência suplementar à saúde, no sentido de o cidadão não ser prejudicado em seus direitos, como consumidor dos serviços de saúde prestados pelas operadoras de planos de saúde.

A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cuja sede é na cidade do Rio de Janeiro. A entidade funciona sob regime especial e atua em todo o Brasil. A Agência tem exercitado o diálogo desde o seu primeiro dia de funcionamento, seja com o Conselho Nacional de Saúde ou com a Câmara de Saúde Suplementar – onde têm assento a maioria das entidades ligadas à área – ou em qualquer outro fórum de discussão sobre este setor que impacta diretamente a vida de mais de 30 milhões de brasileiros.

## Em prol do cidadão

As medidas de regulação do setor obedeceram a três marcos legais: a Lei 9.656/98, a Medida Provisória 1.665/98 (atual MP 2.177) e a Lei 9.961/00. Dado que o setor se desenvolveu num período de mais de trinta anos sem estar submetido a qualquer regulamentação específica, tais marcos, revistos ao longo do próprio processo como decorrência natural do maior acúmulo de informações sobre o setor, estabelecem as dimensões de atuação da ANS, base, portanto, da avaliação de sua atuação e dos impactos e perspectivas da regulação num sentido mais amplo.

O Brasil tratou a questão da saúde suplementar de maneira bastante diversa da maioria dos outros países. Enquanto que os modelos internacionais optaram por regular a partir da atividade econômica em si, no Brasil a opção foi por regular também o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com diversas medidas inovadoras. Essa é a principal marca dos cerca de oito anos de debate da Lei 9.656 no Congresso Nacional, tramitação esta que culminou com a edição simultânea da MP que contemplou as alterações exigidas pelo Senado ao projeto aprovado na Câmara.

A importância da regulação do setor é medida pelo seu impacto na população brasileira. Dados extraídos do cadastro da ANS no mês de fevereiro apontam para 16,2% de brasileiros

detentores de um plano de saúde, taxa que sobe para 35,15% no Estado de São Paulo e 25,65% no Distrito Federal.

Os objetivos da regulamentação podem ser resumidos em seis pontos:

- 1) Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral, e regular as condições de acesso;
- 2) Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
- 3) Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores;
- 4) Dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público;
- 5) Estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços; e
- 6) Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar.

As estratégias de implantação foram concretizadas levando-se em conta que, em um primeiro momento, a ANS deveria extrair dos marcos legais – Lei nº 9.656, MP 1.665 e Lei 9.961 – todas as ações que demandassem regulamentação e colocá-las na ordem

do dia das discussões com os diferentes atores.

Em um segundo momento – o avanço na legislação em si – é necessário cumprir a tarefa de regular o setor em sua plenitude por meio do acúmulo de conhecimento propiciado pelo processo de regulamentação.

As estratégias que emergem da legislação são claras: a mudança foi integral e imediata para os novos usuários. Foi proibida a comercialização de planos com cobertura inferior à do Plano Referência, ressalvada a segmentação admitida pela própria lei (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetria e odontologia).

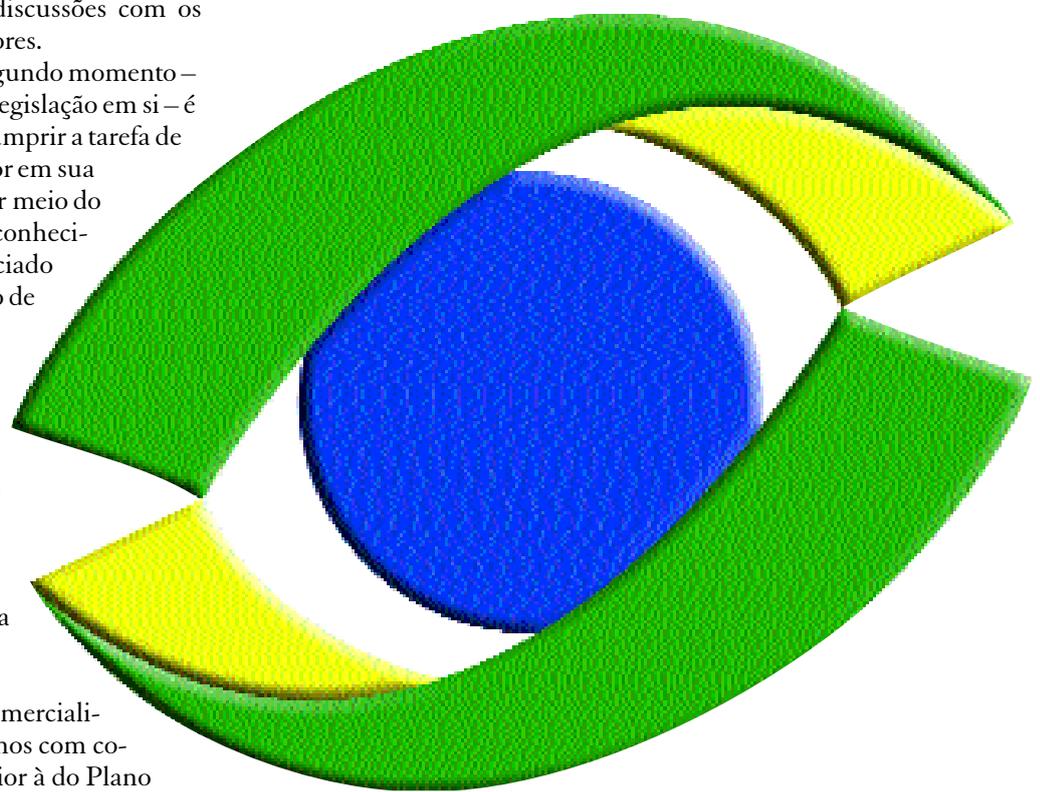
Para os usuários de contratos antigos, a implantação seria também obrigatória, mas progressiva, durante o primeiro ano de vigência da lei. Depois, revisou-se a questão, transformando a obrigatoriedade em um direito do consumidor, que pode ou não, a seu exclusivo critério, fazer a migração para o novo contrato, dado que em sua imensa maioria, os planos antigos não apresentam as mesmas coberturas garantidas no Plano Referência.

Ressalta-se, entretanto, que mesmo sem a migração, estendeu-se a esses usuários garantias fundamentais de acesso e cobertura: proibição da interrupção da internação hospitalar (inclusive em unidade de terapia intensiva), atendimento de urgência e emergência, renovação automática dos contratos individuais, proibição da rescisão unilateral (exceto por inadimplência superior a 60 dias) e garantia de inscrição e atendimento ao filho recém-nascido.

O passo dado, qual seja o de deixar a critério do consumidor a migração ou não de seu contrato antigo para um novo, ex-

plica o fato de que temos, hoje, cerca de ¼ do total de consumidores protegidos integralmente pela legislação e com ampla cobertura assistencial e outros ¾ (detentores de contratos antigos, adquiridos antes da Lei 9.656) com coberturas mais restritas, definidas em seus contratos.

A estratégia inicial previa implantação progressiva e remetia fortemente à regulamentação posterior. Assim, com a criação da ANS, houve notável avanço, não apenas pelo fortalecimento de suas instâncias colegiadas – o Consu, de caráter deliberativo – e a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter consulti-



vo, como pela definição de normas claras, tanto para o controle de operadoras, quanto para o oferecimento de mecanismos de garantia.

O Ressarcimento ao SUS era auto-aplicável enquanto norma, mas dependia da implementação de seus três pressupostos essenciais: o cadastro de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde, a fixação dos valores a serem ressarcidos (por meio da Tunep) e o desenvolvimento do sistema de informações e processamento.

O controle e o combate à abusividade dos preços comportava uma ação imediata, sem diferenciação entre contratos e usuários anteriores ou posteriores à regulamentação. Essencialmente, os reajustes e aumentos nos planos individuais só poderiam ser aplicados com autorização da ANS; os reajustes por faixa etária seriam fixados e controlados pela Agência, sendo proibidos reajustes para faixas etárias acima de 60 anos.

O sistema de regulação seria bipartite. A competência para a regulamentação, normatização e fiscalização das operadoras foi atribuída ao Ministério da Fazenda, por intermédio do CNSP e da Susep e para serviços prestados foi atribuída ao Ministério da Saúde, por meio do Consu e do Desas. Também foi criada uma instância consultiva permanente – a Câmara de Saúde Suplementar. Com a criação da ANS no início de 2000, esse modelo acabou revisito, pois coube à Agência concentrar as funções de agente regulador e fiscalizador do setor.

A ANS trabalha com múltiplos atores, todos esses com larga história de relacionamento dentro de um mercado sobre o qual o governo, até bem pouco tempo, desconhecia qualquer estatística ou indicador. Tendo presente que são as estratégias de implantação da regulamentação previstas nos marcos regulatórios que fazem a ANS organizar suas ações e com a finalidade de ampliar a visibilidade dos objetivos estratégicos das principais ações desenvolvidas até este momento, elas foram agrupadas nas seguintes dimensões de atuação:

- Regulação da cobertura assistencial e das condições de acesso;
- Regulação das condições de ingresso, operação e saída do setor;
- Regulação de preço;
- Efetividade da regulação;
- Comunicação, informação e instâncias de participação; e

#### ● Ressarcimento ao SUS

Foram muitos os desafios para operar a transição do modelo bipartite de regulação para o atual. Destacam-se três:

- a própria instalação física e organizacional;
- a revisão e uniformização das normas e procedimentos para Registro Provisório de Operadoras e Produtos, com a unificação de todos os sistemas de registro, controle de informação e fiscalização; e
- a questão de recursos humanos, esta última ainda por ser solucionada.

plano de contas e para o sistema de garantias e regulamentadas as condições de operação das seguradoras especializadas em saúde.

- Foi implantado o Plano de Contas Padrão que, juntamente com o Diops – sistema de informações econômico-financeiras, garantirá maior transparência nas operações.
- Foi definida a figura do coordenador de Informações Assistenciais e está em início de implantação o Sistema de Acompanhamento das Informações Assistenciais.
- Por último, foi implantado o

ção da cobertura assistencial dos usuários de operadoras que vierem a ser liquidadas pela ANS.

Quanto à regulação de preços, os objetivos mais imediatos foram atingidos, embora uma política definitiva para o setor ainda esteja em construção.

Para os casos de grave comprometimento das operadoras que possam afetar as condições de cobertura assistencial, foi regulamentada a Revisão Técnica.

No esforço de garantir a efetividade da regulação, a ANS além de reorganizar os procedimentos e de unificar a fiscaliza-

nos contratos e, finalmente, o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar.

O resultado das ações de fiscalização direta parecem indicar maior adesão à regulamentação, com a média de autuações por operadora reduzindo-se de 5,3 para 1,9 entre 2001 e 2000.

Além do site da ANS, foi criado um núcleo de atendimento a operadoras e agilizados os atendimentos por meio do Disque Saúde. Foi implantado na homepage, também, um sistema especial para consulta, com informações sobre os reajustes aprovados pela ANS e quanto às cláusulas contratuais, visando a orientar os usuários.

Implantou-se uma nova e exclusiva central de atendimento ao consumidor – Disque ANS por intermédio do nº 0800 701 9656 – que, em seu primeiro mês de funcionamento atingiu a marca de quase oito mil ligações, das quais 16% com algum indício de infração e os 84% restantes com pedidos de informação e esclarecimento de dúvidas, tais como: índices de reajuste, problemas com descumprimento e direitos e deveres dos consumidores.

Quanto às instâncias de participação, destacam-se: a reorganização da Câmara de Saúde Suplementar, que apesar de alguns incidentes tem cumprido seu calendário desde junho de 2000; instalação de cinco Câmaras Técnicas; e a realização de seis consultas públicas.

O Ressarcimento ao SUS foi completamente regulamentado e implantado, mas ainda apresenta baixa efetividade devido aos inúmeros recursos e ações judiciais. Com efeito, ao passar a agir dentro de um setor que se estruturou ao longo de quase 40 anos sem qualquer interferência estatal, a ANS entendeu que virtuais desencontros seriam saudáveis e necessários, mesmo que, às vezes, passassem do campo do diálogo para os tribunais e outras instâncias de discussão.

Desde o seu nascedouro a ANS possui um espírito democrático e de respeito em ouvir todos os lados da questão para discutir amplamente regras que sejam objeto de aprimoramento e consolidação do relacionamento entre as partes, tendo sempre em pauta a efetividade total do Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, um melhor atendimento aos usuários do sistema de saúde suplementar.

*Dados extraídos do cadastro da ANS no mês de fevereiro apontam para 16,2% de brasileiros detentores de um plano de saúde, taxa que sobe para 35,15% no Estado de São Paulo e 25,65% no Distrito Federal.*

*O Brasil tratou a questão da saúde suplementar de maneira bastante diversa das maioria dos outros países. Enquanto que os modelos internacionais optaram por regular a partir da atividade econômica em si, no País a opção foi por regular também o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde.*

Os mais importantes avanços ocorreram na regulação dos contratos novos, com:

- A definição do Plano Referência;
- A revisão do Rol de Procedimentos Odontológicos;
- A revisão do Rol de Procedimentos Médicos; e
- A definição dos Procedimentos de Alta Complexidade para fins de Cobertura Parcial Temporária.

Os avanços são expressivos:

- Foi regulamentada a transferência voluntária de carteiras, definida a segmentação das operadoras, base para o

Sistema de Garantias Financeiras, elaborado a partir de uma câmara técnica específica e após ampla consulta pública e debate na Câmara de Saúde Suplementar.

Também foram definidos os instrumentos de monitoramento e intervenção:

- A implantação de sistemática para exigência de Plano de Recuperação;
- Os regimes especiais de Direção Técnica, Direção Fiscal e de Liquidação Extrajudicial.
- Fixação das regras para alienação compulsória de carteiras – que visam à manuten-

ção dos aspectos econômico-financeiros e assistenciais, incrementou fortemente as ações de fiscalização preventiva.

A norma de Penalidades foi revisada incorporando as vantagens específicas que tipificam o modelo de agência e foi criado o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta que objetiva uma ação mais abrangente.

A fiscalização indireta foi exercida por intermédio de requerimentos especiais para: o acompanhamento da situação econômico-financeira, a atualização de cadastro de usuários, a verificação das irregularidades

# A Fiocruz no Centro-Oeste

Instituição, em Brasília, tem feito propostas para viabilizar seus trabalhos na região, inclusive junto à comunidade

**Ministério da Saúde Informa** – Qual tem sido o seu maior desafio como coordenadora da Coreb?

**Fabíola de Aguiar Nunes** – Meu maior desafio me foi dado pelo presidente da Fiocruz, dr. Paulo Buss, que é o de tornar a Fundação Oswaldo Cruz presente na região Centro-Oeste. Por que foi um desafio? A Fiocruz está voltada para a ciência e para o desenvolvimento tecnológico e a formação de recursos humanos na área da Saúde. Existem grandes institutos por trás da Fiocruz, no campus, como universidades, dentre outros centros de pesquisa. Só para se ter uma idéia, a Fiocruz é a maior instituição não-universitária formadora de recursos humanos para a Saúde da América Latina, além de ser a maior produtora de vacinas de febre amarela do mundo. Durante muito tempo foi a única. Ela tem recursos que são estratégicos para a execução da política nacional de saúde. O que mostra a tradição do País em pesquisa e investimentos no setor.

**MSI** – Qual a principal função da Coreb?

**FAN** – A Coreb foi criada inicialmente para ser apenas um órgão de representação da Fiocruz aqui em Brasília. Tínhamos aqui a função de ir a reuniões com autoridades em caso de ausência de outros membros da Fiocruz, acompanhar processos etc. Foi então que nosso presidente nos deu a incumbência de nos tornarmos presentes aqui na região Centro-Oeste.

**MSI** – Quais são as maiores carências da região Centro-Oeste?

**FAN** – Como esta é uma função nova, nós ainda estamos delineando o perfil epidemiológico da região Centro-Oeste, para que possamos conhecê-lo melhor. Começamos a buscar tal perfil pesquisando-o junto ao Ministério da Saúde, que neste ano realizou uma reunião sobre ciência e tecnologia nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que são as três regiões com maiores carências. Então, existe toda uma estratégia para se redirecionar a política nacional de ciência e tecnologia e um grande papel está reservado para os governos estaduais neste diálogo.

**MSI** – O que foi discutido na reunião?

**FAN** – Foi solicitado aos estados que cada um formulasse suas demandas, suas reclamações, para que pudéssemos conhecer o perfil das regiões. A Coreb tem se reunido com representantes da Secretaria de Saúde do DF, com o diretor da Faculdade de Medicina da UnB, com o pessoal de Medicina da Católica e com a Fundação de Apoio à Pesquisa do DF, em função, inclusive, da agenda



*Titular da Coordenação Regional de Brasília (Coreb) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) desde abril deste ano, detentora de uma trajetória profissional tão extensa quanto comprometida com o humanismo e a ciência, a doutora Fabíola de Aguiar Nunes (58) possui a missão de tornar a Fiocruz presente no Centro-Oeste.*

*Para isso, a coordenadora conta com o apoio da sede, no Rio de Janeiro, a fim de tornar a Coreb referência em parceria com universidades, hospitais, centros de pesquisa, fundações e com o próprio Ministério da Saúde, ratificando a tradição da Fiocruz como órgão estratégico para a política do Sistema Único de Saúde (SUS).*

*Criada há 25 anos, a Coreb trabalha hoje para estruturar as áreas da Saúde, da pesquisa e da tecnologia no Centro-Oeste. Dentre os principais desafios, a erradicação da febre amarela e da dengue, a formação de recursos humanos em Saúde e o incentivo ao desenvolvimento local sustentável da região.*

2001 do Ministério da Saúde, que colocou as áreas prioritárias do próprio MS como indicadores que possibilitam a verificação dos avanços alcançados por essas mesmas áreas.

**MSI** – Algum outro ponto foi ressaltado?

**FAN** – O grupo também decidiu discutir mais aprofundadamente a questão do desenvolvimento local sustentável, porque aqui existem muitas áreas de assentamento, com várias carências.

**MSI** – E como o projeto de desenvolvimento local sustentável poderia ser aplicado no Centro-Oeste?

**FAN** – A Fiocruz é um campus cercado de favelas, no Rio de Janeiro.

E isso criou problemas inclusive quanto à segurança. Então, tínhamos duas opções. Uma seria acionar os mecanismos de segurança do estado. A outra seria a Fiocruz tentar, de alguma forma, negociar e buscar resolver o problema diretamente com as comunidades das favelas. Optamos pela segunda. A Fiocruz já tinha um serviço de saúde ligado à Escola Nacional de Saúde Pública, que atendia muitas pessoas dessas comunidades carentes. Então, a Fiocruz dialogou com as lideranças comunitárias e começou a trabalhar outros projetos que pudessem ajudar a população, inclusive discutindo a questão da violência, num trabalho

de conscientização comunitária. O problema deles é econômico. Hoje em dia, toda a limpeza e a jardinagem especializadas de lá são realizadas por cooperativas que a própria Fiocruz ajudou a formar com pessoas da favela de Manguinhos. Isso ocorre para que a própria comunidade seja co-autora nesse processo de profissionalização e cidadania. Isso pode servir para nós aqui, no Centro-Oeste.

**MSI** – Poderia dar algum exemplo de projeto aplicado no DF?

**FAN** – Claro. Nós no DF não temos indústria farmacêutica e temos cursos que se propõem a formar alunos nessa área, como é o caso do

curso de Farmácia da UnB. Então, entrei em contato a faculdade e fiquei sabendo que os alunos eram mandados a Anápolis, para fazer estágio curricular em Indústria Farmacêutica, numa indústria privada. Perguntei ao coordenador como é que era dada aos alunos a idéia da política nacional de medicamentos, pois é fundamental que isso fosse ministrado já na formação universitária. Porque depois eles já saem com outra atitude, valor e compromisso. Algo bem diferente do que estar em uma indústria aprendendo como é que se produz medicamentos para a venda, não importando a necessidade. Far-Manguinhos produz para a necessidade, para resolver problemas de saúde pública. Ele não soube me responder. Resolvi levá-lo a Far-Manguinhos e ele ficou impressionado com a estrutura. Nós fizemos, então, um projeto com o CNPq, que o financiou. Dezesseis alunos da UnB foram a Far-Manguinhos, para passar cinco meses por lá. Estão conhecendo nossa produção de medicamentos, participando de um grupo de estudos e criando uma monografia. E tudo ao custo de R\$ 50 mil ao CNPq, que forneceu as passagens aéreas e vem pagando a mensalidade de R\$ 480 por mês a cada aluno.

**MSI** – Para concluirmos, a Fiocruz possui o plano de criar no DF um centro de pesquisa?

**FAN** – No momento, não. Pois isso não é uma decisão da Coreb e sim da Presidência da Fiocruz. Se nós tivéssemos um volume maior de recursos, a Fiocruz o empregaria para criar um centro de pesquisas no Centro-Oeste ou para criar um moderno centro de biotecnologia no campus, muito mais necessário para a Fiocruz. No começo do ano, nosso presidente apresentou ao Ministério da Saúde um grupo de medidas emergenciais para investir no campus da Fiocruz para que, digamos, daqui a dez anos a instituição continue a ser uma referência em pesquisa de ponta. Com a questão do genoma, agora, surge a resposta: é melhor investir nos centros de pesquisa que já existem, buscando o aperfeiçoamento de nossas pesquisas, ao invés de aplicar recursos em um outro centro de pesquisa. E, nisso, estou de comum acordo com a diretoria.

*Paulo Henrique de Castro*  
 Ministério da Saúde Informa

# Humanização no atendimento

Pesquisa em 94 hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o País vai apontar a qualidade do atendimento e dos serviços ofertados por aquelas entidades à população brasileira

O Ministério da Saúde começa a promover uma pesquisa de opinião sobre a qualidade dos serviços e do atendimento em 94 hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos nas várias regiões do Brasil. Serão ouvidos profissionais e usuários dos hospitais participantes do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e do Programa Centro Colaboradores. Busca-se identificar os motivos pelos quais o setor tem sido destacado como um dos mais críticos do sistema público de saúde.

O Comitê de Humanização do PNHAH, em parceria com o Programa Centro Colaboradores, responsáveis pelo trabalho, promoveram a pesquisa sob a forma de questionário, um dirigido aos profissionais de saúde e o outro aos usuários. A aplicação dos questionários será feita pelos próprios profissionais de saúde das instituições em questão e usuários que receberam atendimento no local. Cada instituição terá um coordenador que será responsável pelos trabalhos, além de outros profissionais que aplicarão a pesquisa com os usuários. Um manual e os instrumentos "Questionário de Satisfação dos Usuários" e "Questionário de Satisfação dos Profissionais", este último auto-aplicável, serão os meios pelos quais os profissionais utilizarão durante a pesquisa. Os profissionais serão auxiliados ainda por um cartão que ajudará o usuário na apresentação das respostas.

Serão questionadas as experiências do usuário e do profissional que o atendeu, tomadas isoladamente, e principalmente investigar aspectos da integração profissional-usuário, considerados pelo Comitê de Humanização como matriz básica de todo ato de assistência à saúde. Ouvindo essas partes, o Ministério da Saúde terá um importante parâmetro da qualidade do que se produz em uma determinada organização de saúde.

A partir da coleta da pesquisa haverá condições de serem implementadas melhorias na atuação gerencial do hospital. Poderão ser feitas comparações entre hospitais de uma mesma região e de regiões diferentes. De acordo com o PNHAH, "a avaliação procurará aferir o impacto do programa; o grau alcançado dentro dos objetivos e metas propostos e em que medida as estratégias empregadas contribuíram ou não para os resultados perseguidos".

## Intercâmbio e parcerias para satisfação do usuário

*Construir uma ampla rede nacional de parcerias e trabalho solidário entre os hospitais integrantes. É o que o Programa Centro Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar tem buscado com os 65 hospitais brasileiros que integram a experiência de qualificação hospitalar, desenvolvida pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). As ações de gestão hospitalar do programa abordam questões como a transferência de conhecimentos, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, como forma de ampliar a oferta de serviços e a sua qualidade.*

*Os hospitais participantes do Programa estão divididos em duas categorias: Centros Colaboradores e Hospitais Clientes. Os primeiros são instituições públicas ou filantrópicas, distribuídas por todo o país, que se caracterizam por seus perfis que buscam o aprimoramento dos processos de gestão e por serem reconhecidos pelo Ministério da Saúde como aptos a prestar ações de assessoria/consultoria. Os hospitais Clientes são os que solicitaram o trabalho dos Centros Colaboradores.*

*De acordo com a SAS, são mais de 15 milhões de pessoas beneficiadas diretamente com os serviços prestados pelos hospitais integrantes, cuja intenção é produzir uma etapa importante para enfrentar os problemas gerenciais que os hospitais brasileiros passam. Para os técnicos do Programa, um dos diferenciais desse trabalho é que o quadro de consultores é formado pelos profissionais técnicos dos próprios hospitais, que trocam experiências do dia-a-dia, em mesma linguagem, e, com realidades próximas entre si. O Programa Centros Colaboradores foi instituído pela Portaria 582, de 20 de junho de 2000.*

## Ética e respeito ao cidadão em primeiro lugar

*O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi proposto para cuidar do fator humano na assistência à saúde, buscando não apenas a eficiência e eficácia nos serviços hospitalares oriundos do desenvolvimento tecnológico ou de recursos administrativos e organizacionais, mas dos aspectos que envolvem as relações éticas em qualquer intervenção na saúde. Sintetizando, busca-se com esse programa a mudança de cultura no atendimento à saúde de forma a atender as demandas humanas do usuário.*

*Ao reconhecer a importância desse fator para atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde tem encaminhado uma série de iniciativas que visam melhorar a qualidade no atendimento nos hospitais, a exemplo do Programa de Humanização. Para concretizar esses postulados, as ações estão sendo desenvolvidas estreitamente entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e as instituições hospitalares, motivo pelo qual foi criada a Rede Nacional de Humanização.*

*De acordo com a Coordenação do PNHAH, a humanização nos hospitais "visa a mudar a forma como tais instituições se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho: a vida, o sofrimento e a dor de um indivíduo fragilizado pela doença".*

*A estimativa dos técnicos do Programa é que até o final do próximo ano as ações sejam dirigidas a cerca de 450 hospitais. O início dos trabalhos contemplou 94 instituições. As mudanças requeridas virão gradualmente nos hospitais, cujos ganhos serão para os usuários, os profissionais e para o próprio sistema de saúde, que terá seus propósitos alcançados.*

## Objetivos da pesquisa

- Identificar a satisfação dos profissionais e usuários quanto ao grau de humanização das condições de trabalho e atendimento hospitalar.
- Avaliar o impacto das ações que serão realizadas no processo de implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.
- Medir o impacto das ações do programa Centro Colaboradores.
- Subsidiar o planejamento de ações no campo das gestões, organização do trabalho e administração de recursos humanos, que possam melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados pelos hospitais da rede SUS.

## Amostra

A amostra de usuários foi determinada em função do número de atendimentos ambulatoriais/emergenciais e do número de internações para cada hospital.

A amostra dos profissionais foi determinada em função do número de profissionais por categoria (por níveis: superior, médio e elementar).

## Coleta dos dados

Dos 94 hospitais que integram a 1ª etapa de implantação do PNHAH, estão também todos aqueles que participam do Programa Centro Colaboradores. A coordenação da aplicação da pesquisa e a capacitação dos profissionais envolvidos serão realizadas regionalmente por meio dos oito Grupos de Multiplicadores.

Cada coordenador interno da instituição receberá o material da pesquisa no hospital, escolherá e treinará os entrevistadores, além de supervisionar a aplicação dos questionários e devolução dos mesmos ao Comitê de Humanização. Estima-se uma semana para a aplicação dos questionários nos hospitais. Eles serão numerados e anônimos, de forma que as opiniões sejam expressas de forma livre e espontânea. O processamento dos dados será feito com apoio sistemático de *software* e por outras formas de comparações.



# Pesquisa aprova atuação da SAA

Foram ouvidas 961 pessoas, que, em sua maioria, aprovam os serviços e as ações da Subsecretaria

A Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA) realizou, entre os dias cinco e seis de setembro, uma pesquisa no Ministério da Saúde (MS). O objetivo era obter subsídios para o aperfeiçoamento de suas ações, adequando seus serviços às necessidades dos seus usuários.

Mais de 30% do total de servidores que trabalham nos edifícios Sede e Anexo do Ministério da Saúde responderam ao questionário da pesquisa, totalizando 961 pessoas. Deste total, 52% são do quadro (com ou sem Direção de Assessoramento Superior - DAS), 37% de projetos e convênios, 30,3% lotados na Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), 19,9% na SAA e 11,5% na Secretaria de Assistência à Saúde (SAS).

A pesquisa consistia em uma pergunta central – Qual é o grau de satisfação com relação aos serviços oferecidos pela SAA? –, que se relacionava a 20 itens. A maioria das respostas (61,1%) concentrou-se na menção “satisfeito”.

Além da realização da pesquisa, algumas reclamações recebidas pela SAA referentes a determinados serviços de sua responsabilidade foram esclarecidas. Em relação à falta de material de limpeza em alguns setores, foi realizado um levantamento junto aos apoios administrativos das unidades que fizeram essas reclamações. Críticas a respeito da limpeza do estacionamento não puderam ser resolvidas pela SAA, por-

## Tabela demonstrativa dos resultados da pesquisa

Perguntas	Qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços oferecidos pela SAA?							
	Muito Satisfeito	%	Satisfeito	%	Insatisfeito	%	Muito Insatisfeito	%
Qualidade do material de consumo e de expediente recebido	76	9,1	516	61,6	203	24,2	43	5,1
Atendimento e tempo de entrega do material pelo almoxarifado	63	9,5	427	64,3	139	20,9	35	5,3
Atendimento do Arquivo Central	71	16,6	286	66,7	55	12,8	17	4,0
Serviços de atendimento, empréstimo e pesquisa da Biblioteca	138	24,5	325	57,6	66	11,7	35	6,2
Acesso a cursos de capacitação	69	11,9	214	36,8	157	27,0	141	24,3
Central de Atendimento de Pessoal (CAP)	96	17,6	372	68,4	59	10,8	17	3,1
Boletim de Serviço Eletrônico (BSE)	63	14,9	297	70,2	48	11,3	15	3,5
Ministério da Saúde Informa (Jornal)	96	15,3	423	67,6	80	12,8	27	4,3
Limpeza	91	10,0	457	50,3	261	28,7	100	11,0
Novos ambientes de trabalho com estações	111	19,0	330	56,4	97	16,6	47	8,0
Acesso aos serviços e equipamentos de reprografia (Xerox)	118	16,4	428	59,5	133	18,5	40	5,6
Serviços de Copa	228	25,8	546	61,7	87	9,8	24	2,7
Sistema Integrado de Atendimento ao Usuário (SAU)	42	10,8	249	63,8	78	20,0	21	5,4
Pagamento de diárias	50	11,8	239	56,5	92	21,7	42	9,9
Recebimento de passagens	80	18,1	288	65,3	50	11,3	23	5,2
Sítio da SAA na Intranet	87	14,7	423	71,6	64	10,8	17	2,9
Atendimento às solicitações dos serviços de transporte	101	16,8	363	60,4	97	16,1	40	6,7
Sistema de segurança e vigilância	130	16,0	549	67,4	104	12,8	31	3,8
Atendimento do Serviço Médico	90	13,1	359	52,3	161	23,5	76	11,1
Recepção (Portaria)	122	14,6	569	68,2	105	12,6	38	4,6
<b>TOTAL</b>		<b>15,3%</b>		<b>61,1%</b>		<b>17,0%</b>		<b>6,6%</b>

que esse trabalho é de competência do Serviço de Limpeza Urbana do GDF (SLU).

Dúvidas relativas aos serviços de exterminação de insetos no Ministério também chegaram à Secretaria de Assuntos Administrativos. A SAA esclareceu que o período de realização destes nas dependências do MS é trimestral, sendo

utilizados produtos diferentes a cada desinsetização. Além disso, encontra-se em fase de elaboração um projeto básico, no MS, objetivando a contratação de empresa especializada em serviços de desratização, descupinização, desinsetização e combate a escorpídeos.

Outro estudo recente da SAA verificou que a maior in-

cidência de insetos ocorre em locais onde há consumo de alimentos de maneira improvisada. Dessa forma, a proibição de realização de lanches e refeições nas copas deverá continuar.

A pesquisa apontou também certa insatisfação em relação à ausência de critérios no acesso aos prédios do Ministério da Saúde. Com isso, foi intensifi-

cada a solicitação de identificação e uso do crachá pela vigilância. O controle tem sido intensificado, de acordo com as medidas de segurança do Memo-Circular nº 18/2000/SAA. Portanto, as pessoas que por acaso não estejam portando o crachá serão convidadas a se identificar pelos vigilantes, conforme determinação.



Virgínia Lopes: “vitória legal!”

## Psicóloga vence concurso da Subsecretaria de Assuntos Administrativos

A vencedora da campanha “Crie um slogan para a SAA”, realizada pela Secretaria de Assuntos Administrativos (SAA), foi a psicóloga Virgínia Lopes, com a frase “SAA – Saúde e Ação na Administração”. Como prêmio, ela ganhou duas passagens de ida e volta de avião para Salvador. A funcionária trabalha na Coordenação de Planejamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos (Coder/CGRH), do Ministério da Saúde. Virgínia é carioca e formou-se em Psicologia na Universidade Gama Filho, do Rio de Janeiro. Fez pós-graduação em Psicanálise pelo Instituto Brasileiro de Psicologia (Ibrapsi) e tem formação Holística em Terapia Floral e Cinesiologia Aplicada.

A psicóloga começou a trabalhar no MS em 1986, ainda no Rio. Hoje trabalha no projeto Promoções das Ações do Gênero na Função Pública, ministrando palestras e aplicando treinamentos a servidores.

### Os slogans selecionados para a final:

SAA, o apoio certo ao Ministério da Saúde  
Gilberto Pereira de Souza - COSEN/ CGRL;

SAA = Prover, promover o Ministério da Saúde

Maria Tâmara Brylinski Kwiakowski - CGRL

Administrando recursos para o desenvolvimento da saúde

Robson Antonio Couto dos Santos - CAS/CGRH;

SAAúde - abrindo caminhos, fazendo pontes

Alexandre Gavriloff - Assessoria/SAA;

Administrando a saúde com qualidade

Izabel Cristina de Souza Ayres Alves - CODER/CGRH;

Administração Proativa pela saúde do cidadão

Álvaro Luiz Alves de Oliveira - CGMDI;

SAA - Faz o MS funcionar

Leda Pereira da Silva - CODER/CGRH;

Recursos para o desenvolvimento humano e institucional

Carlos Eduardo Palmeira Martins - CODER/CGRH;

A saúde institucional do MS está na SAA

Rejane Vieira Viana - Arquivo/CGDI.

## DIABETES E HIPERTENSÃO

## Prevenir é o melhor remédio

A Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), por meio do Departamento de Atenção Básica, vem realizando uma série de esforços que visa a auxiliar e conscientizar os portadores de Hipertensão Arterial (HAS) e de Diabetes Mellitus (DM). Para isso, em outubro do ano passado, foi elaborado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

O Plano foi concebido levando-se em consideração o alto índice de mortes causadas por doenças cardiovasculares desde 1960, e está sendo desenvolvido em quatro etapas. A primeira delas é a Capacitação de Multiplicadores na Atualização de Profissionais da Rede Básica na Atenção à HAS e DM, na qual foram treinados médicos, enfermeiros e profissionais da área da saúde que possuem nível superior, envolvendo aproximadamente 14 mil pessoas.

Nos meses de março e abril deste ano ocorreu a segunda etapa, a Campanha de Detecção de Suspeitos de Diabetes, quando foram realizados testes em 20,7 milhões de pessoas. Constatou-se que 3,2 milhões poderiam portar a doença, e 1 milhão possuíam diabetes e hipertensão.

A terceira etapa do projeto, que dará continuidade ao Plano de Reorganização, será a Campanha Nacional para Detecção de Suspeitos de Hipertensão Arterial e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, a ser realizado pelo Ministério da Saúde.

Esse evento tem como objetivo medir a pressão de 31,4 milhões de pessoas em 33 mil postos de saúde em todo o País. A faixa etária é importante. Serão atendidos os cidadãos a partir dos 40 anos, no período de 5 de novembro a 14 de dezembro e contará com várias parcerias importantes para o desenvolvimento da campanha, dentre elas a Sociedade Brasileira de Diabetes e a Sociedade Brasileira de Hipertensão.

A última etapa desse processo é a continuidade do acompanhamento aos pacientes, que serão atendidos com regularidade pelas equipes do Programa Saúde da Família. Pacientes que necessitarem de acompanhamento mais rigoroso ou de internação serão encaminhados à unidade de saúde de mais próxima.

Realizar atividades físicas regulares, devidamente orientadas por um médico, e evitar alimentos

**Hipertensão**

A Hipertensão Arterial ou Pressão Alta ocorre quando os vasos nos quais o sangue circula se contraem. Isso faz com que a pressão do sangue se eleve, o que pode ser muito perigoso, principalmente se o portador não se cuidar devidamente.

Os vasos possuem uma camada muito fina, e quando o sangue circula mais rápido por eles pode causar machucados. Com o tempo os vasos vão endurecendo e estreitando, podendo vir a romper-se. Se ocorre no coração, o entupimento do vaso pode causar uma angina, e até ocasionar um infarto. Se ocorre no cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso pode causar derrame cerebral.

**Previna-se:**

- Não se alimente com comidas salgadas, corte o sal. O sal ajuda a reter líquido no corpo, e faz com que a pressão aumente.
- Não ingira bebidas alcoólicas em excesso. Elas possuem uma substância tóxica chamada etanol que pode causar lesões no cérebro, coração, fígado e pâncreas. Cinco a dez por cento dos homens que possuem pressão alta, começaram a apresentar esse problema por causa da ingestão de bebidas alcoólicas.

**Atividades Físicas:**

- O primeiro passo é marcar uma consulta. O médico fará uma avaliação de como está o seu físico e o desempenho de seu organismo indicará qual exercício é mais adequado e em quanto tempo ele deve ser realizado.
- Exercícios dinâmicos como nadar, pedalar, dançar são mais indicados.

**Diabetes**

Quando o pâncreas, órgão responsável pela fabricação de insulina, não funciona bem, isto é, não consegue produzir insulina, a glicose (açúcar) não é absorvida pelas células e por isso se acumula no sangue causando então diabetes Mellitus.

**Existem dois tipos de diabetes:**

Tipo I ou Insulino Dependente – ocorre quando as células do pâncreas que produzem a insulina são destruídas. Mais freqüente em crianças e jovens. Nesse caso os portadores necessitam aplicar insulina diariamente, por meio de injeções. Atinge 10% da população diabética.

Tipo II ou Diabetes Insulino Independente – não se sabe, ainda, o que causa esse tipo de diabetes, mas já se descobriu que o fator hereditário está mais presente nos portadores de diabetes tipo 2, do que no tipo 1. Pode ser controlada com dietas, ou com dietas associadas a comprimidos. Atinge 90% da população diabética. Comum entre pessoas com mais de 40 anos, obesas e que não praticam exercícios.

**Previna-se:**

- Como no caso da Hipertensão, evite bebidas alcoólicas. Se você fuma, pare de fumar. Não coma muitas massas, como macarrão. Evite também muitas frituras.
- Coma mais legumes, frutas, verduras. Evite ficar nervoso, controle o estresse.

**Atividades Físicas:**

- Não esqueça de antes procurar um médico.
- A caminhada regular e em períodos determinados, seguidos à risca, é indicada para os adultos.
- As crianças podem manter atividades comuns, como jogar bola, nadar etc.
- Ao sentir algum sintoma como tonturas, pare de realizar os exercícios aos poucos, diminuindo o ritmo lentamente.

que contêm açúcar e gorduras em excesso – isso vale para pessoas de qualquer idade, mas

principalmente para as que possuem HAS e DM – são boas práticas de prevenção.

Coincidindo com a premiação literária do concurso "O jovem e a Saúde Pública", organizado pela Coordenação Regional de Brasília (Coreb) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação de Planaltina de Goiás, entre os dias 2 e 5 de outubro, a Fiocruz realizou uma exposição intitulada "Febre Amarela: Tempos Novos e Passado" naquele município. Realizada no CAIC de Planaltina de Goiás, com material que veio da sede da Fiocruz, no Rio Janeiro, a exposição relacionou a história dos esforços de combate à doença no Brasil e contou a vida de Oswaldo Cruz.

A Coder/CGRH, por intermédio da empresa Eagle's Flight, vai realizar, no dia 12 de dezembro, trabalhos de desenvolvimento institucional para os funcionários lotados na Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA). O objetivo do evento é melhorar a integração entre os servidores, e, por conseguinte, fazer com que as ações e atividades da Subsecretaria se desenvolvam de forma mais efetiva e entrosada.

A Coder está selecionando servidores para trabalhar como monitores na Creche Narizinho, e como controladores de medicamentos da Secretaria Executiva (SE). Os interessados devem enviar seus currículos para os seguintes endereços: regina.celi@saude.gov.br e nvieira@saude.gov.br

A Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), por meio da Coordenação de Saúde do Trabalhador, acaba de lançar a publicação "Caderno de Saúde do Trabalhador - Legislação". O objetivo é orientar estados e municípios no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador, no campo da assistência, da promoção da saúde e da vigilância epidemiológica e sanitária.

## 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: Larissa Guimarães Marques, Letícia Carneiro, Ana Raquel Macedo – Fotografia: João Brasil – Editoração: Fabiano Bastos – Projeto Gráfico: Fabiano Bastos e João Mário Dias – Revisão: 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