

MINISTÉRIO DA SAÚDE INFORMA

Publicação mensal da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde – ISSN 151-533X ano 2 n.º 17 outubro de 2002

NESTA EDIÇÃO

Saúde do Trabalhador

O Ministério da Saúde, por meio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores, criará 130 centros de referência para garantir assistência médica aos trabalhadores. A medida facilita o acesso de trabalhadores com problemas de saúde aos hospitais conveniados do SUS, oferecendo atendimento desde a atenção básica até os procedimentos de média e alta complexidade.

Hanseníase

A campanha contra a hanseníase no País entra em nova fase. O ministro da Saúde, Barjas Negri, assinou em outubro uma portaria que define diretrizes e estratégias para estimular e consolidar novas ações voltadas para a eliminação da doença. A medida garante investimentos para atividades de prevenção e tratamento da hanseníase e da tuberculose, entre outras ações.

Malária

O Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal vem apresentando resultados significativos. Implementada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Presidência da República, a iniciativa conseguiu reduzir, em 70%, o número de casos na região, que compreende os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.

Nova fase, mesmas responsabilidades

O Brasil vive mais um momento do regime democrático com a escolha dos eleitores. É um processo natural de sucessão que devemos respeitar e apoiar. Agora, no serviço público federal, iremos ingressar no processo de transição, que se dará junto com as operações do dia-a-dia no Ministério da Saúde e nos demais órgãos ligados. Desta vez, a transferência das responsabilidades para a equipe do próximo governo incorporará inovações determinadas pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, que trazem maior consistência e segurança ao processo.

Nós, servidores públicos, precisamos estar atentos, pois teremos o desafio de mantermos a normalidade das atividades da Saúde para não prejudicar a população, enquanto esta fase se processa. Nossas responsabilidades permanecem as mesmas até a posse do novo presidente.

A transição, com a colaboração de todos, será a mais tranquila e completa já feita na administração pública federal. Nestes últimos meses, um criterioso trabalho de organização foi realizado. A descrição das ações administrativas em andamento e das decisões a serem tomadas – com as alternativas disponíveis – foram reunidas em documentos. A equipe indicada pelo novo presidente terá conhecimento sobre tudo que está em execução ou precisará ser feito nos próximos meses para permitir a continuidade dos programas, projetos e serviços, até que uma nova agenda seja implantada.

Os representantes junto à equipe do próximo governo estão definidos. Coordenados pelo secretário executivo, Otavio Azevedo Mercadante, e pelo coordenador-geral de Planejamento, Anoldo Santos, os interlocutores são Renilson Rehen (SAS), Cláudio Duarte (SPS), Gabriel Ferrato (SIS/Refor-sus), Januário Montone (ANS), Gonzalo Vecina (Anvisa), Mauro Costa (Funasa), Paulo Buss (Fiocruz), Jacob Kligerman (Inca), Silvandira Fernandes (chefe de gabinete do ministro), Sady Falcão Filho (FNS), Ailton Ribeiro (SAA) e Arionaldo Rosendo (SPO).

São estes os responsáveis pela apresentação e detalhamento das informações para a equipe designada pelo presidente eleito.

A transição nas agências – ANS e Anvisa – tem características próprias. Pela primeira vez a parcela da administração, representada pelos dirigentes das agências, seguirá seu próprio prazo de permanência, pois é detentora de mandato definido em lei e referendado pelo Congresso Nacional.

Tenho a certeza de que posso continuar contando com a colaboração de todos. Principalmente agora na transição. Lembrando que o nosso trabalho diário continua fundamental para a consolidação do SUS como o maior serviço de saúde do Brasil.

Barjas Negri
Ministro da Saúde

Prevenção à diabetes e à hipertensão é elogiada no exterior

A área de Hipertensão e Diabetes, da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do Ministério da Saúde, obteve um reconhecimento importante da comunidade internacional ao ser convidada para apresentar o Plano de Reorganização da Atenção à Diabetes e à Hipertensão no III Congresso Mundial de Diabetes e suas Complicações, evento que ocorreu em Hong Kong (China), de 29 de setembro a 1.º de outubro.

A iniciativa brasileira, apresentada pelo secretário de Políticas de Saúde, Cláudio Duarte, foi escolhida para representar o Brasil no encontro por ter sido considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a mais bem sucedida intervenção governamental para diabetes do mundo. Ainda neste mês de outubro, em Genebra (Suíça), os organizadores do congresso

pronunciarão o reconhecimento formal da iniciativa brasileira.

“O prestígio que o plano adquiriu no exterior pode ser explicado por ser a primeira iniciativa, em âmbito mundial, a incluir a diabetes e a hipertensão na agenda pública de saúde de todo o Brasil, por meio de campanhas nacionais de saúde, que envolvem um número muito grande de profissionais da área. Isso permite que um universo maior de cidades, municípios e, conseqüentemente, cidadãos, conte com os benefícios que o plano oferece” – afirmou Cláudio Duarte, secretário de Políticas de Saúde do MS.

O secretário disse ainda que o plano foi prestigiado pelas autoridades internacionais por proporcionar o diagnóstico, o tratamento e a prevenção das complicações decorrentes das enfermidades no âmbito da aten-

ção básica em saúde, o que favorece o treinamento de profissionais e multiplicadores em unidades básicas e em equipes de saúde da família.

Para prevenir a diabetes e a hipertensão, o Ministério da Saúde está oferecendo oficinas de capacitação para profissionais de saúde em todos os estados. Até agora, mais de 15 mil pessoas foram treinadas e, conforme a SPS, a meta é chegar a 30 mil pessoas até o fim deste ano.

Campanhas – A campanha de prevenção à diabetes aconteceu nos meses de março e abril de 2001. Nesse intervalo, foram feitos 21 milhões de testes de glicemia capilar e identificadas 3,2 milhões de pessoas com suspeita de serem portadoras da doença. O MS adquiriu 30 mil glicosímetros, ao custo de R\$ 31 milhões, além de aplicar R\$ 1 milhão na capacitação de profes-

sionais de saúde para realização do exame.

Em novembro e dezembro de 2001 o Ministério da Saúde promoveu a Campanha de Detecção de Hipertensão. Naquele período, 11 milhões de exames foram feitos e identificados 4 milhões de prováveis casos. O Ministério comprou 34,5 mil tensiômetros ao custo de R\$ 2 milhões.

O tratamento e o fornecimento gratuito de medicamentos para todos os pacientes cadastrados são garantidos pelo Ministério da Saúde. Investimentos de R\$ 100 milhões anuais permitem o atendimento de 3 milhões de diabéticos e 9 milhões de hipertensos. É fornecida também insulina aos pacientes dependentes do medicamento. O MS destina, por ano, mais de R\$ 60 milhões para aquisição e distribuição da insulina para o tratamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

OPINIÃO

A serviço do Brasil

Criada em 25 de maio de 1900, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada à estrutura do Ministério da Saúde, constitui-se na maior instituição de pesquisa biomédica e em saúde pública da América Latina e uma das mais respeitadas do mundo.

Centro polivalente e multidisciplinar de pesquisa na área médica, a Fiocruz exerce um papel social de grande relevância para o País. Desenvolve pesquisas biológica e biomédica, clínica e em saúde pública, além de tecnologias em diversos campos da saúde. Produz ainda vacinas, reagentes diagnósticos e medicamentos, forma recursos humanos, controla qualidade de produtos, presta serviços médico-hospitalares e participa ativamente da formulação das políticas nacionais de saúde.

A Fiocruz é hoje o maior produtor nacional de imunobiológicos, com capacidade de produção anual de 200 milhões de doses de vacinas. Tornou-se também um importante centro fornecedor de medicamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS), fabricando quase um bilhão de unidades farmacêuticas por ano. Desenvolve novos produtos e aperfeiçoa os existentes. Realiza, nos seus laboratórios de controle de qualidade, cerca de 5.700 análises anuais de vacinas, medicamentos, cosméticos e alimentos. Nas suas unidades de assistência médica, realiza cerca de 2.500 internações, presta em torno de 360 mil consultas e executa mais de 60 mil análises clínicas por ano.

Na área de ensino, destaca-se como a principal instituição não-universitária de formação de recursos humanos em saúde no País, já tendo formado cerca de 20 mil profissionais voltados para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde, mantendo 700 matrículas ativas nos seus programas de mestrado e doutorado. A Fiocruz, cuja sede é um castelo, entra no seu segundo século de vida com os pés plantados na tradição e os olhos voltados para o futuro.

A Fundação Oswaldo Cruz organiza-se em 17 unidades técnico-científicas, localizadas em seis estados brasileiros e no Distrito Federal. As unidades localizadas no Rio de Janeiro, onde também está sediada a presidência da instituição e sua administração central, são as descritas a seguir:

Instituto Oswaldo Cruz (IOC); Escola Nacional de Saúde Pública; Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio; Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos); Instituto Fernandes Figueira (IFF); Casa de Oswaldo Cruz (COC); Centro de

Pesquisas Hospital Evandro Chagas (CpHEC); Centro de Criação de Animais de Laboratório (Cecal); e Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT).

Fora do Rio de Janeiro, respondendo às necessidades loco-regionais dos estados em que estão sediadas, localizam-se as seguintes unidades técnico-científicas da Fiocruz:

Centro de Pesquisas René Rachou (MG); Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz (BA); Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (PE); e Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (AM).

“A Fiocruz é considerada a maior produtora de imunobiológicos do País. Sua produção anual é de 200 milhões de doses de vacinas, além de ser uma importante fornecedora de medicamentos para o Sistema Único de Saúde”

Além dessas unidades, a Fiocruz possui um importante programa de difusão científica, realizado pela Editora Fiocruz, que já publicou mais de 100 títulos; pelo Canal Saúde, um projeto para televisão, com programas diários via satélite e semanais via rede de tvs Educativas do País, e pelo Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informação em Saúde), que edita mais de 200 mil matérias sobre saúde destinadas ao público em geral.

Fruto do esforço de muitos brasileiros que se sucederam na sua gestão e no desenvolvimento da sua produção científica e tecnológica, a Fiocruz se renova a cada ano. Para os próximos quatro anos, a tônica será o desenvolvimento tecnológico em produtos e serviços para o sistema de saúde, objetivo definido nas diretrizes para a elaboração do seu Plano Quadrienal 2001-2005 (www.fiocruz.br).

A cooperação internacional norte-sul e sul-sul está entre as principais estratégias de que lançará mão para o alcance de seus objetivos. Seu programa de ensino está também aberto para estudantes estrangeiros,

que podem acessá-lo por meio das representações do Brasil no exterior.

Cumpra-se, assim, o mandato constitucional e legal da Fiocruz e o desejo do seu criador, Oswaldo Gonçalves Cruz, que soube enfrentar dificuldades para constituir, nos Trópicos, uma profícua instituição técnico-científica.

Na área de pós-graduação *stricto sensu*, a Fiocruz oferece oito programas de mestrado e doutorado: Saúde Pública (três cursos, no Rio de Janeiro, Recife e Manaus), Biologia Celular e Molecular, Biologia Parasitária, Medicina Tropical, Saúde da Mulher e da Criança, Patologia, História das Ciências da Saúde e Vigilância Sanitária de Produtos.

Seu sistema de bibliotecas atende, em média, 250 mil usuários ao ano e mantém cerca de 1.200 projetos de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico.

A produção científica atingiu, em 2001, a marca de 736 artigos científicos publicados em revistas indexadas, sendo 323 indexações pelos critérios do Institute for Scientific Information (ISI), reconhecido como de maior expressão na comunidade científica internacional.

Com uma produção de mais de 1 bilhão de unidades farmacêuticas e oito dos 12 remédios do coquetel contra a Aids, Far-Manguinhos fabrica 68 medicamentos essenciais para o SUS, que os fornece às camadas mais carentes da população.

Produz, em média, três milhões de reativos/kits por ano, que são usados em diagnóstico de doenças e responde por cerca de 50% da produção nacional de vacinas, mas tem capacidade para produzir mais de 200 milhões de doses de vacinas ao ano.

Na área de informática já foram instalados mais de 20 quilômetros de cabos de fibra ótica interligando seus prédios, além de veicular, a cada ano, mais de mil horas de programas de televisão que abordam temas sobre saúde. Mantém ainda uma videoteca com mais de 2.500 produções sobre saúde, ciência e tecnologia.

Cerca de 1.350 dos seus 3.180 servidores têm pós-graduação, sendo 316 com doutorado e 532 com mestrado. Entre os 520 pesquisadores, 51% têm doutorado, 40% mestrado e 8% especialização. Cerca de 1.500 teses de mestrado e doutorado foram defendidas nos cursos de pós-graduação da instituição até julho de 2002, além de serem mantidas 160 bolsas de iniciação científica.

Mais de 100 mil pacientes de aids utilizam os medicamentos do coquetel fabricados pela Fiocruz, que também tem acordos firmados de cooperação com instituições de 26 diferentes países, em mais de 60 convênios de pesquisa.

Paulo Buss
Presidente da Fiocruz

SUS garante saúde do trabalhador

Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (Renast) proporcionará a criação, até 2004, de 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que terão recursos de R\$ 43,51 milhões do Ministério da Saúde

A partir deste ano, milhões de trabalhadores brasileiros, das áreas urbanas e rurais, dos setores formal e informal, poderão contar com auxílio médico para problemas de saúde originados no ambiente de trabalho, provocados por atividades diárias de desgaste ou mesmo acidentes. Com tal finalidade foi criada, em 18 de setembro deste ano, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (Renast) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria n.º 1.679, assinada pelo ministro da Saúde, Barjas Negri.

A Renast conta com repasses do MS da ordem de R\$ 43,51 milhões e tem como objetivo organizar e implantar no SUS ações na rede de Atenção Básica e no Programa Saúde da Família (PSF), na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e ações na rede assistencial de média e alta

complexidade, propiciando, dentre outras ações, a abordagem de problemas de saúde que acometem os trabalhadores. Destes problemas, os que mais se destacam são o câncer ocupacional e as pneumoconioses (como a asbestose, que decorre da exposição ao amianto, e a silicose, que decorre da exposição à poeira de sílica). Além disso, são muito comuns nos trabalhadores a intoxicação por metais pesados, solventes orgânicos e agrotóxicos, a chamada Pair (Perda Auditiva Induzida pelo Ruído no ambiente de trabalho) e o grupo de doenças denominado de LER/Dort (Lesões por Esforços Repetitivos e os demais Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho).

“A Renast objetiva garantir o acesso de todos os trabalhadores com problemas de saúde aos hospitais conveniados do SUS, oferecendo a integralidade do atendimento, que vai desde a atenção básica até os procedimentos de média e alta complexidade” – explica Sinval Malta Galvão, assessor técnico da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) na Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do MS.

A criação da rede trará uma série de benefícios aos trabalhadores, como aperfeiçoamento no atendimento, integralidade da atenção ao trabalhador, desenvolvimento de ações preventivas para a saúde, articulação com setores da sociedade interessados em questões trabalhistas (Sindicato dos Trabalhadores,

Ministérios da Previdência e do Trabalho) e capacitação de recursos humanos no âmbito do SUS. “Em síntese, serão articuladas ações de natureza preventiva e curativa” – resume Sinval Galvão.

Acidentes e doenças decorrentes do trabalho são problemas de saúde pública. Embora o SUS já faça este tipo de atendimento, a Renast proporcionará um aperfeiçoamento do serviço. O tratamento adequado ao trabalhador também trará muitos benefícios para os órgãos contratantes, visto que diminuirá a ausência no trabalho, os custos no atendimento e fornecerá as informações necessárias para a prevenção de acidentes e doenças.

Para isso, até 2004 serão criados 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRT), que são estabelecimentos especializados em saúde e capacitados para fazer diagnóstico, investigar a relação entre a doença e a ocupação do trabalhador, realizar acompanhamento de casos clínicos e capacitação de profissionais em recursos humanos do próprio SUS. Além disso, os CRT contarão com todos os recursos necessários para o funcionamento de equipes multiprofissionais (médicos e engenheiros de saúde que identificam riscos no ambiente de trabalho, fonoaudiólogos, psicólogos, especialistas em saúde etc.).

Primeiramente, serão instalados 27 centros distribuídos em cada capital brasileira. Em seguida, serão construídos mais 103 nas regiões metropolitanas e nas grandes concentrações urbanas e rurais. Todos os CRT

precisarão se cadastrar para ser habilitados pelo Ministério da Saúde.

Problemas como Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (Dort), Lesões por Esforços Repetitivos (LER), pneumoconioses (provocadas por inalação de grãos de areia), intoxicação constante por metais pesados, agravos produzidos por agrotóxicos e exposição contínua aos solventes orgânicos, bem como acidentes graves e fatais de trabalho são considerados como os de maior gravidade e predomínio na população brasileira. Casos que envolvam riscos terão prioridade de tratamento.

Conforme estatísticas do Ministério da Previdência e Assistência Social, entre 1997 e 2000 foram registrados cerca de 391.087 casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Desse total, 19.314 trabalhadores tiveram doenças comprovadamente originadas por causas ocupacionais, 304.352 profissionais adquiriram incapacidade temporária, 14.999 incapacidade permanente e 3.563 morreram. Os outros 48.859 casos ainda não foram comprovados para efeitos da pesquisa.

Esses números só não são mais elevados porque muitos casos não são informados ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). As informações prestadas se referem apenas aos profissionais do setor formal da economia.

Debianne Bezerra e
Ricardo Bortoleto
Ministério da Saúde Informa

Classificação dos CRT

Modalidade	Contingente populacional	Financiamento (valor mensal)	Incentivo adicional (único)
Centro Estadual A	Até 500 mil habitantes	R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00
Centro Estadual B	Até 1 milhão de habitantes	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
Centro Estadual C	Mais de 1 milhão de habitantes	R\$ 40.000,00	R\$ 50.000,00
Centro Regional A	Até 700.000 mil habitantes	R\$ 12.000,00	R\$ 20.000,00
Centro Regional B	Até 1,8 milhão de habitantes	R\$ 14.000,00	R\$ 20.000,00
Centro Regional C	Mais de 1,8 milhão de habitantes	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00

Fonte: Assessoria Técnica da SAS para a Saúde do Trabalhador/MS



MS define estratégias contra a hanseníase

Ministro Barjas Negri assina portaria que garante R\$ 48 milhões para combater a doença

A Portaria n.º 1.838, que define diretrizes e estratégias para estimular e consolidar novas ações voltadas para a eliminação a hanseníase no País, foi assinada pelo ministro da Saúde, Barjas Negri, em 9 de outubro deste

de quatro casos por 10 mil habitantes ou índice de detecção de casos novos maior que dois por 10 mil. De igual forma, estão incluídos nos planos municípios com população inferior a 20 mil habitantes que registraram pelo

namentais (ONGs), representantes do MS e setores das secretarias estaduais de Saúde.

A ampliação e a melhoria nas informações sobre a evolução das atividades de eliminação também são enfatizadas no



Médico examina paciente para confirmar o diagnóstico de hanseníase

ano. A portaria garante investimentos de aproximadamente R\$ 48 milhões para atividades de prevenção e tratamento da hanseníase e da tuberculose. Deste montante, cerca de R\$ 18 milhões serão repassados para apoiar estados, municípios e centros de referência da hanseníase. No ano passado, tal investimento foi de R\$ 41 milhões.

A medida também estabelece a criação do Incentivo para a Ampliação da Detecção da Prevalência Oculta da Hanseníase no âmbito da Atenção Básica de Saúde, com a finalidade de estimular a elaboração e a execução de planos de erradicação em estados e municípios tidos como prioritários para a eliminação da doença. Além disso, objetiva apoiar financeiramente a realização de ações para detecção, confirmação e vinculação dos casos de hanseníase à rede de saúde, para fins de tratamento e acompanhamento.

Para efeito dos planos de eliminação da doença, são considerados prioritários os municípios cuja população seja superior a 20 mil habitantes e apresente taxa de prevalência da hanseníase acima

menos 12 casos novos da doença no ano anterior.

Segundo dados da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do MS, em tais municípios se encontram mais de 50% da população em que são registrados, por ano, aproximadamente, 80% dos casos de hanseníase e tuberculose no Brasil. Desses municípios, cerca de 300 já começaram a reorganização das atividades básicas de saúde.

Roteiro – Com a assinatura da portaria também foi definido um roteiro para a elaboração de estratégias de erradicação. Dentre as medidas programadas no roteiro está prevista a criação de uma Aliança Municipal para a Eliminação da Hanseníase, que envolve diversos segmentos da sociedade, tais como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), o Movimento pela Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), a Pastoral da Saúde, representantes das secretarias estaduais de Educação, a Sociedade de Dermatologia, os conselhos regionais de Medicina e de Enfermagem, bem como universidades, organizações não-gover-

documentos. Assim, busca-se aumentar em 30% a detecção de casos novos da enfermidade nos 607 municípios prioritários. Com o novo investimento, para cada notificação de caso novo as secretarias municipais de Saúde receberão R\$ 60. Já às secretarias estaduais serão repassados R\$ 10.

Todos os estados e municípios que desejarem receber o incentivo terão de assinar um termo de adesão, mediante o compromisso de utilizar as verbas nas atividades de erradicação da doença até o ano de 2005.

As ações para o cumprimento da meta contemplam medidas educativas destinadas a informar a população sobre a doença, mutirões de detecção de suspeitos (mediante mobilização social comunitária) e atividades dirigidas à confirmação de casos na rede de serviços das secretarias municipais de Saúde (em especial nas unidades básicas de saúde). De igual forma, estão previstas ações como fornecimento de medicamentos, capacitação de profissionais, combate ao preconceito e tratamento da enfermidade.

Hanseníase no Brasil

Conhecida popularmente como lepra, mal de Lázaro ou mal de Hansen, a hanseníase é uma doença infecciosa que acomete a pele e os nervos. O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a substituir o termo lepra por hanseníase, como forma de livrar os pacientes do estigma da enfermidade, que pode ser caracterizada como lepra tuberculóide (por apresentar os mesmos sintomas da tuberculose, causados por um bacilo muito semelhante ao da doença respiratória) ou lepra lepromatosa (por causar mutilações clássicas e danos teciduais graves nos pacientes). As duas formas causam lesões de pele chamadas de “eritemas nodosos”, que são evidenciadas por uma mancha branca com uma coroa vermelha ao seu redor. A mancha se desenvolve e traz perda de sensibilidade para os locais do corpo em que surgem.

Conforme meta estabelecida pelo Brasil na III Conferência Mundial de Eliminação da Hanseníase, no ano de 1999, em Abdjan, Costa do Marfim, o Ministério da Saúde deverá, até 2005, erradicar a doença como problema de saúde pública no País, cuja taxa de prevalência não pode exceder a de um doente para cada 10 mil habitantes.

A intensificação das campanhas de mobilização, em municípios que concentram um grande número de casos, já trazia resultados satisfatórios antes mesmo da assinatura da Portaria n.º 1.838. Em Marabá (PA), município que primeiro iniciou o fortalecimento das ações contra a doença, uma campanha realizada de 26 a 30 de agosto deste ano foi responsável pelo exame de 788 pessoas. Dessas, 69 casos novos foram descobertos e 76 suspeitos foram encaminhados a estabelecimentos de saúde para confirmar o diagnóstico.

A campanha também serviu para conscientizar doentes que haviam deixado o tratamento e, com o incentivo, resolveram concluí-lo. No total, 415 pessoas foram mobilizadas para a campanha, entre profissionais de saúde, líderes comunitários e representantes da sociedade civil organizada.

Com cerca de 179 mil habitantes, o município de Marabá apresentou, no ano de 2001, 337 casos de hanseníase com coeficiente de prevalência de 18,82 por 10 mil habitantes, índice considerado hiperendêmico. A exemplo do município paraense, Boa Vista (RR) também intensificou campanhas de mobilização social.

Tais avanços no combate à doença foram proporcionados com a criação do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, em 2001, pelo Ministério da Saúde, feita em parceria com secretarias estaduais e municipais de Saúde e ONGs.

Assim, de 1991 a 2001, o número de casos de hanseníase no País reduziu-se drasticamente. Em dez anos, a taxa de prevalência da doença caiu de 17 para quatro casos por 10 mil habitantes, o que evidencia uma queda de 80% no número de ocorrências da enfermidade.

Melhoria da Gestão

A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A organização da Saúde no Brasil teve início a partir de 1808, com a vinda da família real de Portugal para o Rio de Janeiro. Em 1897 foi criada, por meio do Decreto n.º 2.449, de 1º de fevereiro, a Diretoria Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Em 1930 foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, por meio do Decreto n.º 19.402, de 14 de novembro, regulamentado pelo Decreto n.º 19.560, de 5 de janeiro de 1931. As ações de Saúde passam a ser subordinadas ao referido Ministério por meio do Departamento Nacional de Saúde e do Departamento Nacional da Criança. Em 1953, com a Lei n.º 1.920, de 25 de julho, regulamentada pelo Decreto n.º 34.596, de 16 de novembro, foi criado o Ministério da Saúde, sendo-lhe transferida a responsabilidade de todos os assuntos relacionados à saúde do País.

DICAS DE ORGANIZAÇÃO

A Coordenação-Geral de Modernização e Desenvolvimento Institucional (CGMDI) do Ministério da Saúde oferece aos servidores da Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA) 10 dicas de organização para a melhoria de nossos serviços prestados à sociedade:

- ◆ Mantenha atualizadas as informações sobre sua Coordenação.
- ◆ Classifique os compromissos em sua agenda, de acordo com a importância.
- ◆ Organize seu dia logo cedo e comece pelas tarefas mais importantes.
- ◆ Estabeleça prazos realistas e precisos para o cumprimento de suas tarefas e procure segui-los.
- ◆ Divida tarefas, assim não se sentirá sobrecarregado e os trabalhos serão desenvolvidos com mais agilidade.
- ◆ Não adie tarefas ou elas se acumularão.
- ◆ Mantenha sua mesa arrumada e seu material de trabalho em local de fácil acesso.
- ◆ Avalie seus papéis regularmente, archive apenas os documentos que poderão ser utilizados no futuro e descarte os que forem inúteis.
- ◆ Uma vez por mês, remova de seu computador arquivos não utilizados.
- ◆ Programe instantes de tranquilidade todos os dias.

Realizado no decorrer deste ano de 2002, o Programa de Melhoria da Gestão da Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA) do Ministério da Saúde tem realizado profundas mudanças na mentalidade dos servidores, tanto no aspecto da motivação profissional quanto na aproximação entre as diversas áreas da Saúde, internalizando princípios e valores por meio de atividades diárias e definindo objetivos em comum para a melhoria dos serviços prestados à sociedade pela instituição.

Nesse sentido, ganha importância fundamental no programa o princípio "Organização", palavra de ordem definida e colocada em prática pela Coordenação-Geral de Modernização e Desenvolvimento Institucional (CGMDI), no período de 16 de outubro a 15 de novembro, com a promoção de diversas ações que serão trabalhadas em conjunto com todas as coordenações da SAA. Na abertura dos trabalhos, o coordenador-geral de Modernização e Desenvolvimento Institucional, Paulo Ribeiro, proferiu um discurso em que salientou a importância do programa no contexto da instituição. Os servidores presentes na abertura receberam da equipe da CGMDI a programação das atividades e um folder contendo a estrutura básica do Ministério da Saúde. Na oportunidade, o coral do MS, o Saúde Em Canto, presenteou os participantes com algumas músicas e muita descontração.

Dentre as atividades desenvolvidas pela CGMDI, destaca-se a apresentação do Projeto de Sinalização do Ministério da Saúde, em exposição no saguão do 3º andar do edifício anexo. De 4 a 7 de novembro, em parceria com a Livraria Siciliano, exposição de livros sobre o tema "Organização", e distribuição de calendários e marcadores de livro com dicas sobre o princípio abordado.

No dia 7, a equipe da CGMDI movimentou a SAA com um mutirão de organização em todos os setores, auxiliando os servidores a guardar materiais relevantes por ordem de importância e dando dicas de disciplina e limpeza. No dia 8 de novembro, é a vez do lançamento do Programa Agenda Ambiental, pelo subsecretário de Assuntos Administrativos, Ailton de Lima Ribeiro, e a coordenadora do Programa de Agenda Ambiental do Ministério do Meio Ambiente, Jacimara Guerra Soares, e distribuição da Agenda Ambiental, uma publicação que contém temas sobre educação, organização e limpeza no ambiente profissional.

Organização

SAA

Núcleos Estaduais

Divulgação/Gabinete da SAA/MS



Técnicos debatem a importância da definição da missão organizacional dos Núcleos Estaduais do MS, além de promoverem a melhoria da gestão nos estados e municípios

O Ministério da Saúde realizou, nos dias 25 e 26 de setembro, no Instituto Israel Pinheiro, em Brasília, o Workshop sobre Planejamento e Melhoria da Gestão dos Núcleos Estaduais do MS. O evento contou com a presença de representantes do MS das áreas de Administração, Recursos Humanos, Convênios, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datusus) e da área de Auditoria dos estados e do nível central.

No encontro, debateu-se sobre a importância da definição da missão e da visão organizacional dos núcleos estaduais do MS, além do estímulo às iniciativas para promover a melhoria da gestão nos estados

e municípios. Além disso, foram definidas no evento a identificação de linhas de ação para o fortalecimento institucional dos núcleos e a mobilização para a seleção de princípios e valores norteadores, que possam servir de auxílio aos servidores para a otimização de seus serviços, promovendo o bem-estar nos núcleos e a satisfação dos clientes.

A abertura do encontro contou com a participação dos quatro coordenadores regionais do Fundo Nacional de Saúde (FNS): Gonçalves Mendonça Reis, André Luis Souza Galvão, Maria Jeiza dos Anjos e Adil Soares Bezerra. Também estiveram presentes a assessora da Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA), do MS,

Márcia Helena Nerva Blumm; o presidente do Comitê Interno de Melhoria da Gestão do FNS, Luiz Carlos Oliveira de Carvalho; e o assessor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), Sandro Gerardi, dentre outros. O facilitador do evento foi Rúbio Cezar da Cruz Lima, assessor da SAA.

O encontro no Israel Pinheiro foi o segundo *workshop* realizado pelo Ministério da Saúde no âmbito do Programa de Qualidade e Melhoria da Gestão na Saúde. O primeiro, o Workshop sobre Qualidade e Melhoria da Gestão na Saúde, aconteceu no dia 5 de setembro, no Plenário do Conselho Deliberativo da Geap – Fundação de Seguridade So-

cial, em Brasília. O evento contou com a presença do secretário executivo do Ministério da Saúde, Otavio de Azevedo Mercadante; do subsecretário de Assuntos Administrativos do MS, Ailton de Lima Ribeiro; e do coordenador do Programa de Qualidade do Serviço Público, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Paulo Daniel Barreto Lima.

No encontro foi apresentado um breve histórico da Qualidade e da Melhoria da Gestão na Saúde e do Programa Qualidade do Sangue. Foram também mostrados os avanços dos Programas Acreditação Hospitalar e Humanização da Assistência Hospitalar, além de apresentados o Programa

Humanização no Pré-natal e Nascimento e o Programa de Desburocratização. A seguir, foram debatidas as inovações do Projeto Padrões de Qualidade do Atendimento ao Cidadão, e apresentados os benefícios do Programa Geração Saúde aos servidores do Ministério da Saúde.

Por fim, foram proferidos vários relatos de experiências sobre a melhoria da gestão pelos representantes de diversas unidades da Saúde. Esse *workshop* teve como produto final a escolha de estratégias para atuação conjunta e integrada do Comitê Gestor do Programa de Qualidade e Melhoria da Gestão do MS com outros órgãos da Administração Pública Federal.

Mais alimentos para os necessitados

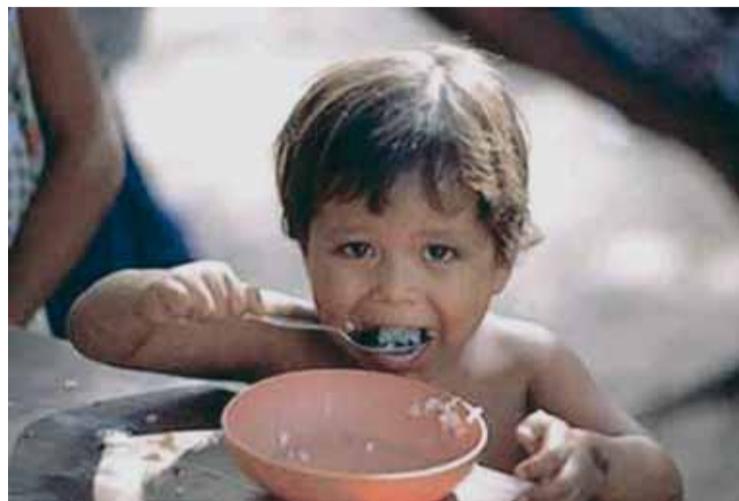
Bolsa-Alimentação atende a 1,3 milhão de pessoas e beneficia 3.522 municípios em todo o País

O programa Bolsa-Alimentação, do Governo Federal, ultrapassou a marca de 1,3 milhão de beneficiados. Conquista significativa para um programa que acaba de completar um ano de existência. No começo, apenas 20 municípios eram assistidos pelo programa. Atualmente, recebem o benefício alimentar gestantes, nutrizes (mães que amamentam) e crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, em risco nutricional, de 3.522 municípios de todo o País.

O Bolsa-Alimentação foi criado pelo Decreto n.º 3.934, de 20 de setembro de 2001, para suprir carências nutricionais da população brasileira. A Área Técnica de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde, é a responsável pela coordenação, pelo acompanhamento, pela avaliação e pelo controle das atividades necessárias à execução do programa.

Além disso, o Bolsa-Alimentação complementa o Bolsa Escola, do Ministério da Educação, que

A Caixa Econômica Federal é responsável pelo pagamento dos benefícios. Para ter direito a eles,



contempla crianças a partir dos 7 anos de idade. Após deixarem de ser beneficiadas pelo Bolsa-Alimentação, as crianças terão mais facilidade em aderir ao Bolsa Escola, porque já estarão inscritas no Cadastro Único para Programas do Governo Federal.

a pessoa deve se cadastrar na secretaria de Saúde de seu município. O incentivo da bolsa é de R\$ 15 mensais, e sua validade é de seis meses. Já para receber o benefício, cada família obrigatoriamente deve ter uma renda mensal mínima de R\$ 90, o que

lhe permite receber um cartão magnético para retirada bancária do incentivo. As famílias podem receber até R\$ 45, referentes a três bolsas-alimentação.

O programa pode ser renovado desde que as famílias participem de ações básicas de saúde, com enfoques preventivos, tais como pré-natal, vacinação, incentivo ao aleitamento materno e atividades educativas em saúde.

Leite integral – A Área Técnica de Alimentação e Nutrição, subordinada à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do MS, foi criada em 1998. Ao mesmo tempo, surgia o programa de Incentivo de Combate às Carências Nutricionais (ICCN), cujo objetivo é recuperar o estado nutricional de crianças na faixa entre 6 e 23 meses. Para isso, elas recebem leite integral e óleo de soja.

Outros grupos da população, tais como gestantes, idosos e

crianças com mais de 24 meses, também podem ser beneficiados, dependendo do que os municípios estabeleçam como prioritário. Porém, o potencial máximo de atendimento do ICCN é de aproximadamente 800 mil pessoas. A expectativa é de que até dezembro deste ano o Bolsa-Alimentação esteja atendendo 1,8 milhão de pessoas. Assim, o ICCN pouco a pouco será substituído por esse programa do Governo Federal.

“O Bolsa-Alimentação é o maior programa brasileiro de combate à desnutrição. Além disso, outro aspecto essencial é o seu caráter preventivo, visto que, por meio da informação, veiculada pelos agentes comunitários de saúde e pelas equipes de Saúde da Família, se evita que crianças apresentem estado de desnutrição” – conclui a diretora da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do MS, Denise Coitinho.

Trabalhando com parteiras tradicionais

Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. Este é um trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentre as várias medidas estratégicas tomadas para reduzir a morbi-mortalidade materna (quando a mãe fica doente e/ou morre) e do bebê – a morte perinatal (que compreende o período entre a 22.ª semana de gestação até o 7.º dia de nascimento) e a morte neonatal (que compreende o período entre o 1.º dia até o 28.º dia de nascimento).

A área da Saúde da Mulher foi responsável pela articulação de parcerias que deram início ao programa, implementado em março de 2000, com o apoio do Grupo Curumim, Gestação e Parto, uma organização não-governamental (ONG) de Pernambuco, e de técnicos das secretarias estaduais e municipais de Saúde.

O programa consiste em sensibilizar gestores de saúde e humanizar a assistência ao parto em domicílio, oferecer cursos de capacitação e várias outras medidas que visam a auxiliar as parteiras tradicionais e profissionais de saúde de regiões carentes que estão distantes dos grandes centros urbanos, longe de hospitais e de unidades de saúde, como zonas rurais, regiões ribeirinhas, o sertão nordestino e o Vale do Jequitinhonha (MG).

A capacitação é uma das principais estratégias do programa que busca aliar a vivência das parteiras com o conhecimento que os técnicos que ministrarão os cursos de capacitação têm a oferecer dentro de uma metodologia participativa.

Durante o curso, as parteiras, além de receberem o material didático, recebem também um kit contendo objetos básicos para que se realizem partos mais

seguros, o que representa segurança tanto para a mãe quanto para o bebê, evitando-se assim algum tipo de contaminação.

As parteiras, em sua maioria, aprenderam a realizar partos com suas avós e mães. Normalmente são conhecidas por toda a comunidade e trabalham enfrentando muitas dificuldades. Ocasionalmente, elas se instalam na casa da gestante para cuidar não somente dela, mas também de toda sua família. E muitas outras vezes ela permanece na casa até a mãe ter condições de retomar as suas atividades.

Solidariedade – Para dar continuidade e oferecer recursos humanos e financeiros para que o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais se desenvolva, o MS conta com a colaboração de entidades e secretarias estaduais e municipais de algumas regiões do País, na qual atuam os técnicos que ministram os cursos de capacitação.

Além do Grupo Curumim, Gestação e Parto, colaboram com o programa o Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas do Hospital São Pio X, de Ceres (GO), o Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (AM) e o Movimento de Articulação de Mulheres da Amazônia (Mama) do Acre.

Os gestores estaduais e municipais de saúde também possuem papel fundamental nesse processo. Eles devem apoiar, facilitar e fornecer recursos financeiros aos técnicos que darão o curso, informando, inclusive, quantas parteiras estão cadastradas naquele município.

“É importante que os estados e municípios assumam a responsabilidade de desenvolver ações para melhorar o parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais” – declara Isa Paula, técnica da área da Saúde da Mulher.

O Ministério da Saúde custeou a produção dos materiais utilizados na formação das parteiras. De março de 2000 a agosto de 2002, foram capacitadas 693 parteiras e 363 profissionais de saúde. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais foi um dos cinco trabalhos do MS premiado este ano no 7.º Concurso de Inovações e Gestão Pública Federal (Prêmio Hélio Beltrão).

Publicação sobre censo hospitalar é reeditada

A primeira edição do livro *Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar* esgotou-se rapidamente

A Editora do Ministério da Saúde publicou a segunda edição revista do manual “Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar”, cujo objetivo principal é uniformizar a linguagem utilizada na elaboração de censos hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto foi elaborado pela Coordenação de Gestão Hospitalar do Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Segundo a SAS, o manual serve para auxiliar na formulação de indicadores da saúde que serão utilizados por setores diversificados dos hospitais.

A primeira edição foi publicada em maio deste ano e sua tiragem foi de dois mil exemplares. Amplamente difundida, esgotou-se logo. Para a nova

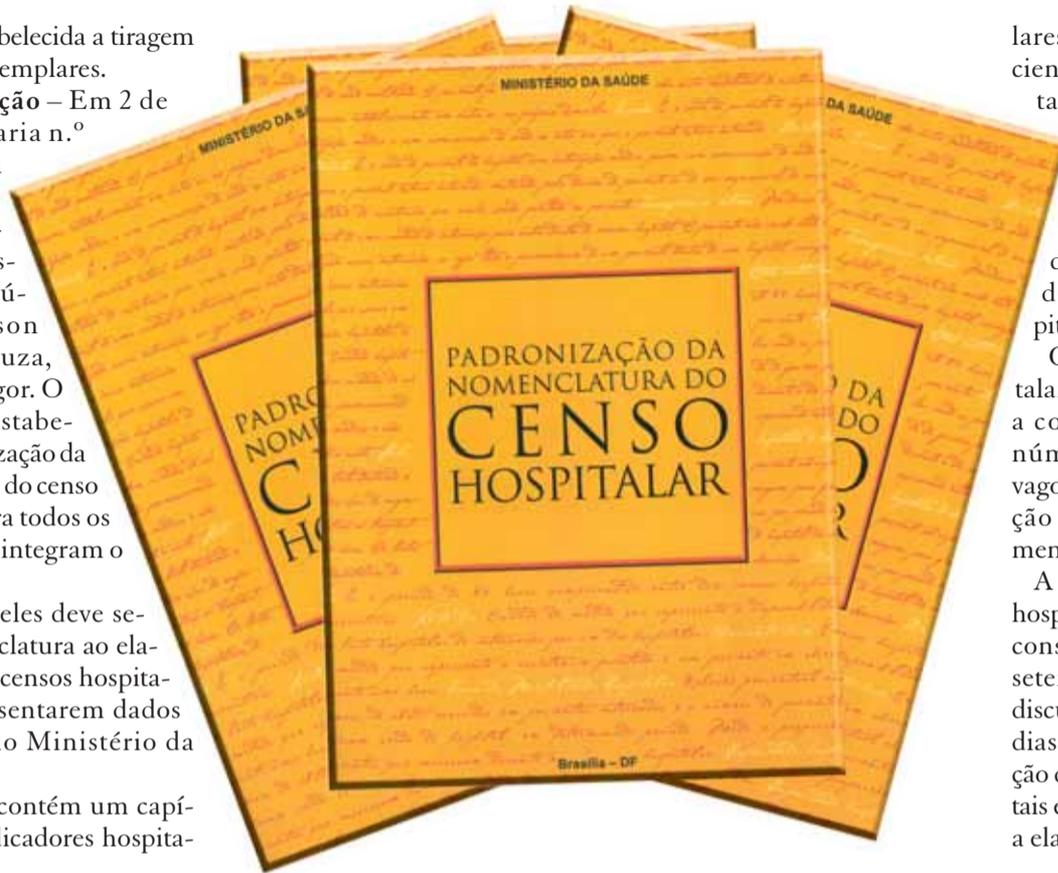
edição foi estabelecida a tiragem de oito mil exemplares.

Padronização – Em 2 de maio, a Portaria n.º

312, assinada no dia 30 de abril pelo secretário de Assistência à Saúde, Renilson Rehem de Souza, entrou em vigor. O documento estabelece a padronização da nomenclatura do censo hospitalar para todos os hospitais que integram o SUS.

Cada um deles deve seguir a nomenclatura ao elaborar seus censos hospitalares ou apresentarem dados estatísticos ao Ministério da Saúde.

O Manual contém um capítulo sobre indicadores hospita-



lares, tais como média de pacientes por dia, permanência, taxa de ocupação, mortalidade hospitalar, além de um glossário de termos hospitalares, composto de três categorias: movimento de pacientes, classificação dos leitos e medidas hospitalares.

O indicador do censo hospitalar diário, por exemplo, traz a contagem e o registro do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do estabelecimento de saúde.

A padronização do censo hospitalar foi submetida a uma consulta pública no dia 17 de setembro de 2001. O tema foi discutido por um período de 60 dias e contou com a participação dos gestores do SUS, hospitais e profissionais de saúde para a elaboração do documento.

Manual divulga processo de acreditação hospitalar

Publicação orienta como as prestadoras de serviços hospitalares devem proceder



O Ministério da Saúde publicou neste ano a terceira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, utilizado para avaliar a qualidade assistencial da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares. Dividida em duas partes, a obra apresenta os princípios gerais e as diretrizes orientadoras do processo de acreditação.

A acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações prestadoras de serviços hospitalares. Considerada como um sistema complexo, a organização hospitalar funciona de uma forma interligada, onde as estruturas, os setores e os departamentos são avaliados em conjunto.

O MS tem investido no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar desde 1995, ano de criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. Nesses sete anos, diversas fases do Programa de Acreditação foram estabelecidas com a finalidade de sensibilizar setores da saúde, divulgar os princípios da área e definir as características específicas que tal processo teria no Brasil,

uma vez que se constata a imensa variedade de estabelecimentos de saúde no País e raros exemplos práticos de busca contínua da qualidade hospitalar.

A instituição interessada em se inscrever no processo de avaliação e contratação deverá seguir as normas contidas no manual. A avaliação é feita por profissionais, que entregam o relatório de avaliação à organização prestadora após visitar a instituição.

As informações são coletadas por meio de entrevistas com profissionais operacionais dos serviços, exame de documentos, observação nas atividades e condições na área de interesse.

O manual traz ainda um instrumento de avaliação, composto por sete seções, estabelecendo propósitos de cada serviço, setor ou unidade, com a finalidade de examinar a qualidade da assistência à saúde em todas as organizações prestadoras de serviços hospitalares.

As seções são divididas em serviços profissionais e organização de assistência, serviço de atenção ao paciente/cliente, liderança e administração, serviços de apoio

ao diagnóstico, ensino e pesquisa, além de serviços de apoio técnico e abastecimento e serviços de apoio administrativo e infraestrutura.

Na educação, a publicação pode ser utilizada como instrumento de questionamentos sobre práticas e padrões aceitáveis para o método de acreditação. As equipes de avaliadores podem considerá-la como uma ferramenta de pesquisa para a auto-avaliação das unidades em fase de pré-acreditação.

Parceria – OMS e a Organização Nacional de Acreditação (ONA) firmaram convênio com o objetivo de habilitar empresas acreditadoras e viabilizar a certificação dos hospitais. A ONA é uma entidade formalmente reconhecida como especialista em desenvolver o processo de acreditação hospitalar.

A Portaria n.º 1.970, de 2001, define que a entidade e as instituições acreditadoras credenciadas utilizem no desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no País os padrões e níveis definidos pelo manual aprovado por esta portaria.

Amazônia Legal reduz casos de malária

As ações para o controle da doença conseguiram reduzir o número de casos em até 70%

O Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM) vem apresentando resultados significativos desde sua implementação em julho de 2000, pela Presidência da República, em parceria com os Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Agrário, do Meio Ambiente, e também com as secretarias municipais e estaduais de Saúde.

A Amazônia Legal compreende os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.

Cerca de 99,7% de todos os casos de malária no Brasil têm origem na região. A implementação do PIACM conseguiu reduzir o número de casos, em alguns desses estados, em mais de 70% (veja quadro).

Em 1998, foram registradas 470 mil ocorrências de malária no Brasil. No ano seguinte, este número aumentou para 637 mil, o que equivale a um incremento de 35%. “Este aumento acentuado assustou o Governo Federal. Começamos a temer que em 2001 obtivéssemos um milhão de casos” – conta José Lázaro Ladislau, coordenador nacional do PIACM.

A partir de 2001, os resultados da implementação do plano já começaram a ser verificados. O número de internações que em 1999 era de 21 mil diminuiu para 14 mil. Em relação ao número de óbitos, que apresentou 203 casos em 1999, reduziu-se para 129 no ano passado. Estima-se que neste ano o número de mortes seja inferior a 100.

Ações – O PIACM, desde sua criação, possibilitou o empreendimento das seguintes ações: capacitação de 17 mil pessoas para o desenvolvimento das ações de controle da malária; inserção das ações de controle na rotina de trabalho dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Saúde da Família; aquisição de 262 computadores para estados e municípios e desenvolvimento do novo sistema de informações para malária, o que possibilitou rapidez no processo de análise de dados epidemiológicos.

Além disso, o plano viabilizou a aquisição de 1.052 microscópios – trazendo agilidade ao diagnóstico e ao tratamento dos casos, assim como a quebra da cadeia de transmissão da malária – e a compra de 158 veículos utilitários, 786 embarcações, 359 motocicletas e 912 bicicletas para o transporte das equipes de campo.

Foram executadas ainda obras de drenagem e manejo ambiental em áreas endêmicas (com maior incidência da doença), supervisões conjuntas e periódicas nos estados pelos técnicos da Fundação Nacional de

costrar a execução das ações de controle da malária. Assim, há um maior controle social” – explica o coordenador nacional do plano.

Sintomas – A malária é uma doença infecciosa grave, causada por um parasita do gênero *Plasmodium*, que é transmitido pela picada de mosquitos fêmeas do gênero *Anopheles*. O *Plasmodium* possui quatro espécies: *falciparum*, *vivax*, *ovale* e *malariae*. No Brasil, 80% das infecções são causadas pelo *vivax* e 20% pelo gênero *falciparum*, que é responsável pelos casos mais graves de infecção, acarretando internações e mortes. A infecção ocorre da seguinte forma: a fêmea do mosquito *Anopheles* pica e inocula no homem o parasita *Plasmodium*.

Este, por sua vez, atinge o fígado, vai para o sangue e afeta os glóbulos vermelhos. Os primeiros sintomas da malária são febre elevada, mal-estar, dores nos músculos, na cintura, nas costas e na cabeça.

Após essa primeira fase, a pessoa infectada começa a sentir os sintomas típicos da doença: febres altas intermitentes com calafrios, que diminuem com o tempo, deixando a pessoa exausta e levando-a a pensar que está recuperada. Mas, em seguida, as crises retornam com mais veemência e repetidas vezes.

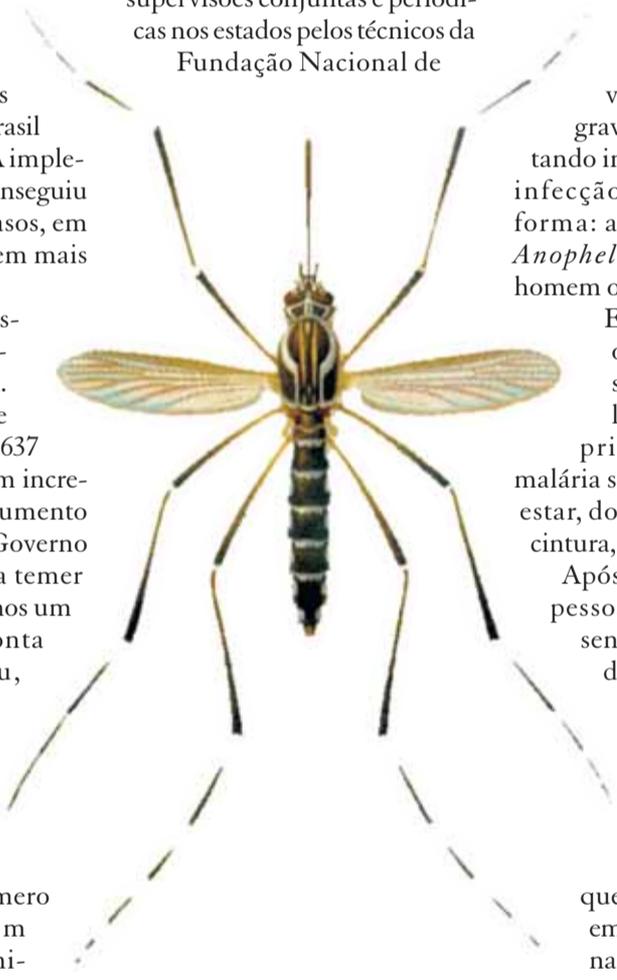
Antes de o PIACM ser lançado, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com a incidência da doença no Brasil e no mundo – visto que a malária está em quarto lugar na lista das doenças que mais causam mortes por infecção –, fez um pedido para que os países com regiões endêmicas promovessem ações para que, até 2010, a malária fosse reduzida em 50%.

“O Brasil já cumpre a meta estipulada pela OMS neste ano de 2002. Nós nos antecipamos em oito anos, mas não paramos. Pretendemos reduzir em 20%, por ano, os casos de malária” – conclui José Ladislau.

Saúde (Funasa), implementação das ações de controle da malária em áreas indígenas e regularização na distribuição de medicamentos e inseticidas.

Uma das ações mais importantes, entretanto, foi a descentralização das atividades de epidemiologia e controle de doenças. O processo realizado pela Funasa possibilitou a auto-sustentação de cada estado. Para isso, o governo transferiu recursos para os estados e municípios da Amazônia Legal, a fim de que estes pudessem implementar os procedimentos para o controle da malária.

“A descentralização é um procedimento importante, porque a população está mais perto das autoridades locais para



Número de casos de malária na Amazônia Legal, de 1999 a 2002 (a contagem é feita sempre nos primeiros oito meses do ano)

Amazônia Legal	Número de casos
1999	408.620
2000	440.451
2001	268.962
2002	219.208

Redução do número de casos de malária, de 1999 a 2002 (a contagem é feita sempre nos primeiros oito meses do ano)

Estados	Redução
Acre	54%
Amazonas	65%
Amapá	33%
Maranhão	71%
Mato Grosso	67%
Pará	34%
Rondônia(*)	2%
Roraima	76%
Tocantins	61%

(*) Rondônia foi o último estado a ser certificado para a descentralização e, por isso, demorou mais do que os outros para se estruturar no combate à propagação da malária.

Fonte: Funasa/MS.

Prevenir é melhor que remediar

O principal agente transmissor do câncer do colo do útero é o Vírus do Papiloma Humano (HPV) responsável por 99% dos casos. Este tipo de câncer atinge mulheres que já iniciaram sua vida sexual e é exatamente o comportamento sexual delas que permitirá ou não o desenvolvimento do vírus.

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (Inca), estima-se que o câncer do colo do útero seja o terceiro mais comum entre as mulheres, sendo superado somente pelo de pele e o de mama.

As más condições de higiene, o tabagismo, o tipo de alimentação, a promiscuidade, o início precoce das atividades sexuais e o uso de contraceptivos de uso oral são os fatores de risco da doença que favorecem seu

desenvolvimento. Todavia, as mulheres de baixa renda, cuja faixa etária está entre os 25 e os 59 anos, são as mais expostas.

No Brasil, a taxa de mortalidade decorrente dessa enfermidade vem crescendo nos últimos anos. Em 1979, existiam 3,44 casos por 100 mil mulheres. Em 1998, o número teve um aumento de 23%. Passou para 4,45 por 100 mil. Somente no ano de 1999, o câncer do colo do útero foi responsável pela morte de 3.879 mulheres. A estimativa para o ano corrente é de 4.005 novos casos.

Preocupada com o contingente de mulheres que apresentavam este tipo de câncer, em 1995, na Conferência Mundial sobre a Mulher, sediada em Beijing, na China, a delegação brasileira liderada pela primeira dama,

Ruth Cardoso, assumiu o compromisso de investir todos os esforços necessários para reduzir o número de casos no País. No ano seguinte, o Ministério da Saúde, por intermédio do Inca, assinou um protocolo de intenções para implementar uma ação nacional de detecção e controle precoce da doença.

No período de 1997 e 1998, o Inca coordenou o então projeto piloto "Viva Mulher", integrante do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Durante esse tempo, apenas cinco municípios e o Estado de Sergipe estavam participando da fase de testes do projeto. A partir daí, verificou-se a necessidade de uma base de dados capaz de fornecer subsídios para a avaliação e o planejamento do programa: o Sistema de Informação de Combate ao Câncer do Colo do Útero (Siscolo), que atualmente já se encontra implantado em nível nacional.

De agosto a setembro de 1998, o MS organizou a primeira fase de intensificação do "Viva Mulher", por meio de uma campanha nacional responsável pela coleta de aproximadamente 3,2 milhões de materiais para exames. A campanha elevou o número de 6,3 milhões de exames realizados em 1997 para 9,5 milhões em 1998 e foi coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do MS, em parceria com as 27 secretarias estaduais de Saúde, com a Rede de Defesa da Espécie Humana, as Forças Armadas e a Sociedade Brasileira de Patologia.

A partir do mês de abril de 1999, o programa entrou em fase de consolidação, sob a gestão do Inca. Nos meses de março e abril de 2002, o Inca efetivou a segunda fase de intensificação do programa. O objetivo era ampliar o processo de cobertura das ações de rastreamento e captar mulheres que estivessem na faixa etária de risco do câncer do colo do útero.

Prevenção – A primeira medida é praticar o sexo seguro, para que não haja contato com o Vírus do Papiloma Humano. Além disso, deve-se realizar o exame conhecido como Papanicolaou, que detecta precocemente a doença e pode ser feito em qualquer posto de saúde.

A detecção prematura da enfermidade pode evitar o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Comparado aos demais tipos, é o que apresenta a maior possibilidade de prevenção e cura.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Declare seu amor
por você mesma.**



**Aprenda a prevenir
o câncer do colo do útero.**

Divulgação/Asscom/MS

MURAL

Errata

Caro leitor,
A edição do Ministério da Saúde Informa (MSI) do mês de setembro é a de número 16, e não a de número 15, conforme foi publicado.

O Ministério da Saúde apresentou, a convite do Governo do Reino Unido, o Programa Saúde da Família, em visita oficial entre os dias 14 e 18 de outubro. A viagem da comitiva do MS serviu para auxiliar projetos ingleses de investimentos no setor de saúde daquele país. Integraram a comitiva o secretário de Políticas de Saúde, Cláudio Duarte, e a diretora da área social do BNDES, Beatriz Azeredo. A missão conferiu o sistema de saúde inglês, em especial experiências como a do médico de família.

A coordenadora-geral de Documentação e Informação da SAA, Márcia Rollemberg, concorre ao Prêmio Rodrigo Melo Franco de Andrade, com o trabalho Relatório Final da Colônia Juliano Moreira, que trata das atividades de municipalização da instituição psiquiátrica do Rio de Janeiro. O prêmio é concedido pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional a empresas, instituições e pessoas em reconhecimento a ações de preservação e divulgação do patrimônio cultural brasileiro.

O Ministério da Saúde inaugurou, no dia 31 de outubro, as novas instalações de sua Biblioteca, após um ano e oito meses de reformas. O novo espaço dispõe de uma infra-estrutura mais completa para a guarda, a conservação e a difusão de informações em saúde, disponíveis em 4.600 títulos com textos integrais e vasto material em multimídia. A Biblioteca propiciará o acesso a sites da Saúde e a um completo acervo documental em audiovisual, além de disponibilizar um serviço informatizado mais adequado ao usuário.
Endereço: edifício sede do Ministério da Saúde, térreo. Tel.: 315-2280.
E-mail: biblioteca@saude.gov.br



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: Debianna Bezerra e Letícia Carneiro – Editoração: Fabiano Bastos e Rogério C. Domingos – Projeto Gráfico: Fabiano Bastos e João Mário P. d'A. Dias – 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

