

# MINISTÉRIO DA SAÚDE INFORMA

Publicação mensal da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde – ISSN 151-533X ano 1 n.º 8 novembro/dezembro de 2001

## NESTA EDIÇÃO

### Vitória na OMC

Os 142 países membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) aprovaram em Doha, no Catar, a proposta brasileira de defender a quebra de patentes de medicamentos, caso seja comprovado abuso nos preços dos remédios por parte dos laboratórios.

O ministro José Serra considerou o acordo uma vitória das populações carentes. Com o acordo, a população mundial será preservada dos interesses do mercado e terá benefícios com relação à aquisição de medicamentos e ao tratamento da saúde.

### Funasa – Nurep

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) mantém em alerta um núcleo capaz de atuar em casos de emergências epidemiológicas, importante para a mobilização de recursos humanos e materiais em tais situações.

Instituído pela Portaria n.º 473, o Núcleo de Respostas Rápidas em Emergências Epidemiológicas (Nurep) está preparado para atuar em eventualidades que ofereçam risco à saúde pública, como epidemias, secas, enchentes ou ações bioterroristas. O Nurep oferece também apoio logístico e profissional aos estados e municípios.

### Clonagem humana

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução n.º 196, respalda as pesquisas envolvendo seres humanos somente quando atendidas as exigências éticas e cientificamente fundamentadas.

No Brasil, o “Seminário Internacional sobre Clonagem Humana: Questões Jurídicas” debateu a inexistência de lei específica que regularize e imponha limites éticos para a clonagem de seres humanos.

Foi consenso no seminário que é importante não somente a opinião dos cientistas, mas de toda a sociedade.

## Saúde e Justiça discutem situação do preso brasileiro

O I Fórum Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário debateu estratégias para que o detento tenha acesso a um tratamento de saúde mais adequado



Da esquerda para a direita – Jacobo Finkelmann (Opas), Elizabeth Süsserkind (Justiça), Johaness Eck (Justiça), Barjas Negri (Saúde), Cláudio Duarte (Saúde) e José Manuel Martínez Morales (Unaiids): humanização do sistema prisional

A Constituição garante a todo preso o direito a um tratamento humano. Com base nessa questão, os Ministérios da Saúde e da Justiça organizaram o I Fórum Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, realizado no dia 8 de novembro, no Centro Cultural Banco do Brasil. O encontro teve por objetivo a discussão de uma política que permita aos detentos das penitenciárias brasileiras ter acesso a atendimentos médico e odontológico adequados.

Durante o evento, os ministros interinos da Saúde, Barjas Negri, e da Justiça, Johaness Eck, assinaram uma portaria que instituiu uma comissão interministerial para a proposição de estratégias de promoção e assistência à saúde da pessoa presa. As equipes da Saúde e da Justiça tiveram dez dias para iniciar os trabalhos desde a data da assinatura do documento.

Os participantes do encontro traçaram também um panorama da precariedade do acesso do preso à saúde e discutiram quais seriam as possíveis soluções para o problema. Membros da área da Saúde e da Justiça expuseram suas dificuldades em relação à questão, citaram experiências de sucesso e debateram o que cada um poderia fazer

para melhorar as condições de vida nos presídios. “Não há modelo ou reposta para o problema. É preciso que Saúde e Justiça pactuem para esse fim” – afirmou Denise Donêda, responsável pela Unidade de Prevenção das DST/Aids.

Participaram do fórum os secretários nacionais de Saúde e de Justiça, coordenadores estaduais de DST/Aids, secretários estaduais de Justiça e de Saúde, presidentes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), membros do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), além de representantes da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e de instituições acadêmicas. Houve também a apresentação da peça teatral “Uma História de Vida”, do grupo “Os Comédias”, composto por ex-detentos da Penitenciária da Papuda (DF).

## OPINIÃO

## O importante é o servidor

A Coordenação-Geral de Recursos Humanos (CGRH) passou por várias fases nos últimos anos. Foram realizadas mudanças estruturais no âmbito do Ministério da Saúde, a partir de 1992, que trouxeram, forçosamente, uma sobrecarga de trabalho para a área.

A extinção das campanhas do câncer, da tuberculose, da saúde mental; a extinção da Fundação das Pioneiras Sociais em 1992 e, em 1994, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), seguida da desativação da Central de Medicamentos (Ceme), acarretaram grandes desafios para a área de Recursos Humanos, que em nove anos passou de 20 mil funcionários para 165 mil, uma amostra do aumento considerável no fluxo de trabalho.

A estruturação da CGRH ocorreu gradativamente, com incremento de algumas atividades. O que norteou nosso caminho foi a necessidade de produzirmos um trabalho com qualidade. Para isso, investimos no desenvolvimento dos recursos humanos, incentivando e concedendo oportunidades para que os servidores fossem capacitados, segundo o Plano Anual de Capacitação (PAC) do Governo Federal.

O investimento maciço em capacitação ocorreu por volta de 1996. Naquele ano, tínhamos aproximadamente R\$ 10 milhões para aplicar nessa atividade e foram investidos cerca de R\$ 700 mil.

Em 1997, dispúnhamos de R\$ 8 milhões e empregamos aproximadamente R\$ 800 mil. Já em 1998, os recursos eram algo em torno de R\$ 8 milhões e investimos R\$ 740 mil.

Esses dados demonstram que faltava uma linha de atuação relativa à capacitação para o processo de aperfeiçoamento de conhecimentos e motivação do servidor.

Com base na percepção da importância de se aplicar adequadamente os recursos

destinados ao treinamento dos servidores, a CGRH iniciou a reformulação de sua estrutura organizacional, com o objetivo de ajustar as atividades às demandas e tornar mais claros os processos de trabalho no Ministério da Saúde.

Assim, realizamos diversos treinamentos gerenciais, fortalecendo as equipes dentro das áreas. Um dos frutos desse trabalho foi a criação da Central de Atendimento de Pessoal (CAP), conhecida e reconhecida no serviço público federal e mesmo em âmbito distrital. A CAP surgiu para dar maior agilidade no atendimento ao servidor interno (ou ativo) e ao externo (o aposentado ou pensionista).

*A Câmara Técnica de Recursos Humanos é um grande avanço para a CGRH e o Ministério. Composta por um representante de cada área do MS, a Câmara identifica rotinas de trabalho e define prioridades em termos de capacitação.*

A criação da Câmara Técnica de Recursos Humanos também tem se mostrado como um grande avanço para a CGRH e, conseqüentemente, para o Ministério. Composta de um representante de cada área do MS, a Câmara possibilita identificar os processos de trabalho das unidades do Ministério da Saúde e permite definir as prioridades em termos de capacitação.

Entre os méritos da Câmara Técnica está a mudança na filosofia da atividade de treinamento, possibilitando à CGRH o conhecimento da estrutura global do Ministério e da real necessidade de suas unidades, além de proporcionar um melhor direcionamento dos recursos destinados à capacitação na área da Saúde.

Neste ano, em Brasília, cerca de 1.500 servidores foram treinados, o que exigiu recursos em torno de R\$ 3,6 milhões, montante também empregado nas atividades do MS nos estados.

Neste momento, a capacitação tem sido uma das principais atividades desta Coordenação-Geral, sem deixar de lado as demais, como processamento da folha de pagamento, perícias médicas e orientações gerais ao servidor.

Não podemos deixar de ressaltar os programas de qualidade de vida. Atividades como ioga, dança de salão, ginástica, cursos de teatro, coral, informática, entre outras, inseridas no programa, enfatizam a preocupação do Ministério da Saúde com a vida funcional do servidor.

Oferecendo suporte às atividades da CGRH, a Coordenação de Assistência ao Servidor (CAS) é responsável pelo acompanhamento da saúde dos servidores. Com o exame de saúde periódico, os funcionários do Ministério têm a garantia de uma vida mais saudável.

Por fim, a CGRH ainda oferece uma creche para os filhos dos servidores. Vinculada à Coordenação de Assistência, a creche Narizinho já foi considerada, em meados dos anos 90, a melhor creche do Brasil no âmbito do serviço público. Atitudes que exemplificam a atenção do Ministério da Saúde com o bem-estar de seus servidores.

*Antônio Renato Costa e Silva*  
Coordenador-Geral de Recursos Humanos



Foto: João Brasil

*Continuação da página 1*

Há, aproximadamente, 233 mil encarcerados no Brasil, distribuídos por mais de 350 estabelecimentos prisionais e mais de 400 unidades de custódia. A superlotação no sistema penitenciário constitui um dos principais problemas. “Talvez levarmos mais de uma década para ajustar os detentos às vagas no sistema. E isso só será possível se a prevenção ao crime for mais forte e as penas alternativas tiverem aplicação mais ampla” – defendeu Elizabeth Sússekind, secretária nacional de Justiça.

Além da superlotação, o preso vive em um ambiente insalubre, onde condições mínimas de ventilação, limpeza e alimentação não são respeitadas. Diante de tal quadro, a disseminação de doenças é muito elevada entre a população encarcerada. Muitos são os casos de doenças de pele, problemas intestinais, tuberculose, hanseníase, hepatites, dentre outros.

**Drogas** – É grande também a presença de usuários de drogas e de praticantes de relações homossexuais nos presídios, facilitando a prevalência de altas taxas de doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids. Uma pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo, no final de 1997, estimou, após coleta de dados por todo o País, que cerca de 20% da população carcerária do Brasil vivia com o HIV.

Embora estejam confinados, os presos não estão isolados biologicamente. O ir e vir nas prisões constitui uma realidade. Famílias que visitam os detentos, funcionários das penitenciárias e os próprios encarcerados que ganham a liberdade estabelecem o contato desse ambiente de alto risco de disseminação de doenças com a sociedade livre.

Mesmo assim, segundo Humberto Cabral, secretário de Justiça do estado de Pernambuco, a atenção à saúde é praticamente zero no sistema penitenciário, com exceção do estado do Rio de Janeiro, onde há sete hospitais penitenciários conveniados ao SUS. “A superpopulação, a falta de assistência à saúde e o preconceito da sociedade acabam desencadeando um outro problema grave no sistema prisional brasileiro, a reincidência” – destacou o secretário, durante o fórum.

Conforme Maria Goreti Selau, assessora da Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a

assistência e o monitoramento das moléstias e doenças nos presídios é de responsabilidade do gestor local do SUS. Porém, sem um sistema normativo que regule essa posição, a assistência ao preso não se concretiza.

A escassez de hospitais penitenciários e de ambulatórios no sistema prisional dificulta a atuação de agentes de saúde junto aos presos, além de comprometer a negociação do financiamento de procedimentos pelo SUS. Os próprios profissionais de saúde não costumam ser presença ativa no sistema prisional. Há, segundo Cláudio Duarte, secretário nacional de Políticas de Saúde, uma distorção no sistema. “Quem quer trabalhar como profissional de

tosos, conforme destacou Cláudio Duarte.

“Nós acreditamos que é possível adaptar o modelo do PSF ao sistema penitenciário. Este seria baseado na prevenção e na promoção da saúde e teria como agentes os próprios membros do núcleo prisional, inclusive presos que tenham passado por processo de capacitação” – defendeu.

**Danos** – A implantação da Política de Redução de Danos (PRD) nos presídios também foi apontada como necessária à saúde do detento. A Redução de Danos consiste em uma série de ações que visam à prevenção das conseqüências danosas à saúde decorrentes do uso de drogas. Agentes comunitários

qüência. Os encarregados pela vida dos detentos nos núcleos carcerários usam como argumento a idéia de que a distribuição de seringas iria aumentar a violência ou o número de acidentes entre os presos. Além disso, o consumo de drogas seria estimulado. A distribuição de preservativos é também restrita a encarcerados casados, únicos com direito a visitas íntimas.

“A Redução de Danos é um trabalho delicado que exige a utilização de pessoal sensibilizado e bem informado. O próprio preso, se treinado, pode ser um agente multiplicador. Os mitos precisam ser quebrados porque os bons resultados alcançados em países que já utili-

os casos que envolveram pequenos delitos. Enquanto nos EUA e na Europa esse tipo de pena corresponde a cerca de 30% a 40% das condenações, no Brasil os índices não chegam a 3%.

“A legislação precisa ser alterada, já que apenas réus primários condenados à pena não-superior a quatro anos podem receber a sanção alternativa. Isso significa, no máximo, 10% dos casos” – defendeu a secretária nacional de Justiça.

Os participantes do fórum propuseram também a construção de mais hospitais penitenciários, a expansão do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus aos presídios e a organização de políticas de saúde



*Agente de saúde, em presídio de Belo Horizonte-MG, ensina as detentas sobre como usar o preservativo feminino para evitar gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.*

saúde em presídios sem as mínimas condições?” – questionou o secretário.

Barjas Negri, secretário-executivo do MS, apontou para o fato de que entender o sistema penitenciário como parte do SUS já é um primeiro passo para que se possa fazer mais em relação à saúde do preso. “Precisamos acabar com a dicotomia de que a Justiça cuida dos presos, e a Saúde, dos não-presos” – reforçou Humberto Cabral.

**Possíveis soluções** – Entre as idéias apontadas pelos participantes do fórum, para um melhor atendimento à pessoa presa, está a adaptação do Programa Saúde da Família (PSF) ao sistema prisional. Algo semelhante foi feito em relação à saúde indígena, e os resultados obtidos foram bastante provei-

treinados para a PRD realizam atividades que incluem distribuição e troca de seringas, concessão de preservativos, atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC), aconselhamento, encaminhamento, vacinação contra hepatites e outros.

A PRD constitui importante instrumento de redução dos índices de HIV nos presídios. Sua adoção, entretanto, esbarra em dificuldades, segundo Raudo Bonifácio, coordenador-adjunto da área de DST/Aids. “Aplicar a PRD nos presídios é admitir que há entrada e uso de drogas, injetáveis ou não, no sistema. É também reconhecer a prática de relações homossexuais nas prisões” – destaca.

Dessa forma, rejeita-se a PRD no sistema prisional com fre-

zam a PRD, como Alemanha e Holanda, demonstram que os argumentos contrários à política não procedem” – ressaltou Raudo Bonifácio.

**Aids** – Os usuários de drogas injetáveis constituem um dos principais meios de disseminação do HIV pelos presídios. Durante o encontro, os participantes da área da Justiça reforçaram a idéia de que é preciso dar um tratamento diferenciado ao adito de drogas, como a adoção de penas alternativas ao encarceramento ou o encaminhamento a programas de narcóticos anônimos.

Elizabeth Sússekind salientou que as penas alternativas trariam uma ajuda ao problema de falta de espaço nas penitenciárias. Além de viciados em drogas, elas poderiam abranger

específicas à mulher presa. Está previsto, ainda, o desenvolvimento de uma Pesquisa Nacional em Presídios sobre a situação sorológica e comportamental, a partir da definição de um grupo de investigação e de articulação com a Agência Francesa de Pesquisas sobre Aids (ANRS).

Ademais, Saúde e Justiça comprometeram-se a manter os trabalhos que já desenvolvem juntos no sistema penitenciário, como o grupo Matricial Presídios. As visitas a presídios de membros do Departamento Penitenciário Nacional, em conjunto com os da CN-DST/Aids/MS e os da Anvisa, serão conservadas.

*Ana Raquel Macedo  
Ministério da Saúde Informa*

# Rede de auditoria busca a integração

Durante o I Encontro Nacional de Auditoria, gestores federais e estaduais mantiveram intercâmbio de informações e estabeleceram uma agenda de trabalho para 2002

Definir uma agenda e criar uma rotina de trabalho para que a rede de auditoria funcione como um sistema integrado. Esses foram os temas do I Encontro Nacional de Auditoria, que aconteceu entre os dias cinco e oito de novembro, no Ministério da Saúde.

O evento foi realizado pelo Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus), com a finalidade de promover o intercâmbio de informações entre os sistemas federal e estadual de auditoria e identificar as necessidades de cada estado, além de estabelecer uma agenda em comum.

Por meio de palestras e oficinas de trabalho, auditores e coordenadores do Denasus repassaram aos componentes estaduais sua experiência em apuração de denúncias. Além disso, foi apresentada aos participantes do encontro a estrutura do sistema que reunirá em um único banco de dados as informações trabalhadas pelas esferas federal, estadual e municipal de auditoria.

“O Denasus espera que o sistema desenvolvido mantenha cada esfera de trabalho em contato, de forma que possamos atuar em conjunto” – afirmou Maria Aparecida Orsini Fernandes, diretora-geral do Denasus.

A construção de um novo sistema só se tornou viável, segundo Maria Aparecida, a partir do reconhecimento da equipe do Denasus como um grupo de auditores, de fato, pelo Ministério. “O momento da oficina era esse, porque não se pode ensinar aos outros sem se conhecer antes” – ressaltou a diretora-geral do Denasus.

Outro ponto bastante discutido, durante a oficina, foi a des-

centralização da rede de auditoria para uma funcionalidade maior desta. Assim, o roteiro de trabalho foi estabelecido de maneira que os estados possam ser autônomos no desempenho de seus trabalhos.

“Os estados, se puderem fazer melhor seu papel, diminuem o excesso de trabalho do Denasus, dinamizando todo o processo” – disse Haley de

apuração de denúncias e no controle e na avaliação dos serviços de saúde.

Representantes de cada órgão reforçaram a importância das secretarias estaduais e municipais de trabalharem de forma autônoma em relação à esfera federal. Também explicaram detalhadamente o ideal funcionamento de suas áreas.

Um dos palestrantes do Fun-

fundo e mantê-lo, o que ainda não ocorre em todos eles. É preciso gestão plena para a manutenção de um fundo próprio.

“Temos que fazer com que o fundo, em cada município, exista de fato, evitando assim que as comunidades sejam prejudicadas com o retorno de recursos ao Fundo Nacional de Saúde quando alguma irregularidade é confirmada em al-

tantes demonstraram como cada gestor pode visualizar as denúncias que estão sob sua gestão e como deve informar à Unac o resultado final de suas apurações, por meio do site [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas), organizado pela unidade. Um organograma de exposição da ligação entre a Unac e os órgãos auditores do MS também foi apresentado.

“Em um ano de implantação da Unac, o Ministério da Saúde conseguiu um aumento significativo da quantidade de apurações, considerando os resultados obtidos até outubro de 2000, passando de apenas 393, naquela data, para 5.339 denúncias apuradas” – informou Thalita Brandão, técnica-administrativa da Unac.

**Apuração** – O processo de apuração de denúncias inicia-se na SAS, que seleciona as categorias a serem investigadas e, por meio da Unac, envia cartas aos usuários do SUS, para confirmação de dados. Os técnicos da Unac, então, fazem uma triagem nas respostas dos usuários e separam o que é caracterizado como denúncia.

Depois, mandam-se as irregularidades às secretarias estaduais de Saúde para que seus auditores façam as apurações necessárias. Caso as secretarias não apurem as denúncias em 90 dias, a Unac as envia ao Denasus para averiguação.

Quando se confirma uma denúncia, o serviço do Sistema Único de Saúde envolvido tem seus recursos de manutenção suspensos. Caso o município seja de gestão plena e mantenha um fundo, o dinheiro retorna a este. Se assim não for, o ressarcimento é feito via Fundo Nacional de Saúde.



*Auditores querem maior intercâmbio entre os estados e o Ministério da Saúde*

Sousa Almeida, coordenadora-geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica do Denasus.

**Trabalho em conjunto** – Participaram ainda do encontro outras áreas do MS: a Unidade de Cartas da Secretaria de Assistência à Saúde (Unac/SAS) e o Fundo Nacional de Saúde (FNS). Esses órgãos, em conjunto com o Denasus, formam uma rede de atuação na

do Nacional de Saúde, Antônio Carlos Rosa de Oliveira Júnior, titular da Coordenação-Geral de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil (CGEOSC), salientou a necessidade da oficina como uma oportunidade de sistematizar o processo de ressarcimento nos estados e municípios. Desde a vigência da Emenda Constitucional nº 29, estabeleceu-se que cada município deve criar seu próprio

prestador de serviço do SUS na região. Aquele dinheiro deveria permanecer no município” – disse o coordenador da CGEOSC.

Já os representantes da Unac expuseram aos presentes no encontro o histórico do sistema de cartas, existente desde abril de 1999, e como ele se tornou uma vantajosa ferramenta de comunicação entre o MS e o usuário do SUS. Os represen-

## Informação a distância facilita intercâmbio entre profissionais da Saúde

O Ministério da Saúde mais uma vez inova com um programa que objetiva melhorar a comunicação e facilitar a realização de intercâmbio entre gestores e profissionais da área de Saúde. Para isso, foi criado o Banco de Trabalho/Saúde da Família, também conhecido como Sidots. Este programa foi desenvolvido pela Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e está disponibilizado exclusivamente no site do Ministério.

O Sidots é um programa novo. Por meio dele, médicos, odontólogos e enfermeiros de todo o País

estarão permanentemente informados sobre o número de vagas existentes em suas respectivas áreas de atuação. Os profissionais interessados em participar efetivamente do Sidots precisam estar cadastrados.

Há um regulamento específico de uso do Banco de Trabalho segundo o qual o interessado deve preencher a ficha de Cadastramento de Profissionais. Não é necessário informar o nome completo. Se o usuário preferir, pode ser substituído por um codinome, de acordo com a cláusula segunda, parágrafo 2º, do regulamento.

O usuário deve escolher uma senha de acesso, para facilitar e proporcionar maior segurança e privacidade, e deverá usá-la todas as vezes que for acessar sua caixa postal. Caso a pessoa se interesse por alguma vaga em seu município ou em outra cidade, deve procurar o órgão de saúde da localidade. O Sidots apenas informa se há vaga. Cabe ao profissional procurar o gestor de saúde de sua cidade para efetivar o restante do processo.

Mais informações podem ser obtidas no site: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

# Vitória na OMC

Os países vão poder, a partir de agora, quebrar patentes de medicamentos sem sofrer ameaças e retaliações, caso seja comprovado o abuso nos preços por parte dos laboratórios

Os 142 países membros da Organização Mundial do Comércio (OMC), reunidos em Doha, no Catar, no período de 9 a 14 de novembro, aprovaram proposta – que teve como país precursor o Brasil – na qual defendem a prioridade da saúde pública e dos cidadãos em relação ao acordo internacional sobre patentes – a TRIPS.

O documento firmado entre os participantes da reunião vai proteger a população mundial dos interesses do mercado e beneficiar quem precisa de medicamento e tratamento de saúde, principalmente aquelas populações originárias de países pobres ou em desenvolvimento.

O ministro José Serra, que representou o Brasil na OMC, considerou o acordo entre os países uma grande vitória das populações carentes e uma lição a ser aprendida pelos países desenvolvidos e laboratórios que dominam o mercado mundial de medicamentos.

Para o ministro, a declaração de Doha deixa claro que o direito à saúde é uma questão primordial para a interpretação da TRIPS. Com a aprovação do novo texto, os países integrantes da OMC não vão ficar expostos a retaliações comerciais, principalmente dos países desenvolvidos, já que a declaração garante proteção às medidas tomadas internamente pelos governos nacionais para proteger a saúde pública, além de garantir os direitos humanos.

**Estados Unidos** – O acordo frisa também que, a partir de agora, questionamentos como os dos Estados Unidos, em relação à decisão brasileira de quebrar patentes dos laboratórios que vinham praticando preços abusivos para os medicamentos de aids, não encontrarão mais respaldo, já que o novo texto não deixa margem a interpretações dúbias.

Sendo assim, cada país vai definir as regras para conceder o licenciamento compulsório e os critérios para determinar o que caracteriza uma emergência nacional no campo da saúde pública.

“O Ministério da Saúde entende que esta é uma conquista justa, construída com o apoio da opinião pública, da sociedade civil organizada e dos governos de vários países. As maiores beneficiadas são a população brasileira e a mundial” – afirma o ministro José Serra.



José Serra: “Acordo na OMC é uma vitória das populações carentes”

## Brasil empenhado no esforço mundial para deter hanseníase e tuberculose

A hanseníase e a tuberculose ainda estão presentes no cenário epidemiológico brasileiro com altos índices de prevalência. Ambos flagelos constituem um grave problema de saúde pública e serão alvos de proposta de ação que envolverá o empenho do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde. As atividades estão contidas no Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, iniciado em outubro último e que se estenderá até novembro de 2002.

As ações estão centradas em seis eixos: mobilização técnica, política e social em torno das metas de controle da tuberculose e eliminação da hanseníase; descentralização das ações e mudanças do modelo de atenção com reorganização de serviços; melhoria da vigilância

epidemiológica e dos sistemas de informação; ampliação e qualificação da rede de laboratórios e diagnósticos; garantia de assistência farmacêutica, com distribuição descentralizada e acompanhamento dos estoques; e capacitação e desenvolvimento de recursos humanos.

Confira como foi estabelecido o cronograma da proposta básica:

**Nas 1ª e 2ª semanas de dezembro** foram organizadas oficinas de trabalho, voltadas para as secretarias estaduais, objetivando selecionar e capacitar facilitadores, e visitas aos estados pelos assessores das áreas técnicas para programação do plano em nível estadual. Foram incluídas, nesta etapa, mobilização e divulgação do processo de

capacitação das equipes de unidades básicas de saúde, do curso de especialização a distância para coordenadores estaduais, municipais de capitais e de cidades acima de 500.000

habitantes. Foram previstas também outras articulações para detalhamento do cronograma e do calendário nacional, combinadas com atividades regionais.

**De 5 a 7 de dezembro** foi realizado o curso de atualização do Sinan para as gerências estaduais de tuberculose e hanseníase.

**De 5 a 8 de dezembro** foi programado o 4º Seminário Interestadual de Atenção Primária em Saúde, em Sobral (CE), com lançamento regional do Plano Nacional. Dos dias **12 a 14 de dezembro** foi realizada oficina de trabalho para *Avaliação do PCT da década de 90*, no Rio de Janeiro.

**Para a 3ª semana de dezembro** foram previstas as seguintes ativi-

dades: mobilização e divulgação das ações nos estados e nos 329 municípios prioritários – em unidades de saúde, escolas, feiras, parques, igrejas, empresas, indústrias, comércio, mídias –, para o planejamento regional de 2002. Nesse mesmo período foi concluída a proposta de *Unidade de Epidemiologia* e o lançamento da Revista Epidemiológica Trimestral da Tuberculose e Hanseníase.

Na programação de 2002, um dos eventos de muita expectativa é a reunião, no Brasil, da Aliança Global de Eliminação da Hanseníase, da Organização Mundial de Saúde e de 12 Ministérios da Saúde Internacionais, a ser realizada de **29 a 31 de janeiro**.

Letícia Carneiro  
Ministério da Saúde Informa



# Funasa está preparada para casos de emergências epidemiológicas

No Brasil, é remota a possibilidade de um ataque bioterrorista. Mesmo assim, diante da conjuntura internacional e da insegurança da população, o presidente da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Mauro Ricardo Machado Costa, anunciou que a instituição mantém um núcleo capaz de atuar em casos de emergências desde agosto de 2000. Trata-se do Núcleo de Respostas Rápidas em Emergências Epidemiológicas (Nurep), instituído pela Portaria nº 473.

O Nurep mantém-se em constante alerta para atuar em situações em que surtos inesperados surjam e ofereçam riscos à saúde pública, como epidemias, secas, enchentes ou ações bioterroristas. “O núcleo seria um estado maior da Funasa para a condução de situações de emergência. Por meio dele, a instituição pode mobilizar mais facilmente recursos humanos e materiais para esses casos, de modo a identificar surtos e tratar as pessoas eventualmente afetadas” – afirma George Turim, diretor-executivo da Funasa e coordenador do Nurep.

Para facilitar a organização da equipe técnica e o levantamento de recursos logísticos, em caso de incidentes epidemiológicos, a Diretoria-Executiva da Funasa conta com o

apoio de representantes de cada área da instituição para compor o núcleo. Participam, assim, desde o Centro Nacional de Epidemiologia até a Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde. Além disso, o Nurep organizou um cadastro com o nome de especialistas de todo o País, que podem ser contatados quando necessário.

de Saúde. O CDC é o órgão do governo norte-americano destinado ao controle de doenças e à atuação em emergências epidemiológicas.

**Atuação do Nurep** – O núcleo realiza um levantamento logístico para reduzir ou

eliminar riscos à população, mantém um sistema de informações sobre disponibilidade de recursos materiais e humanos, elabora manuais de atuação em emergên-

cias e conscientiza a população de áreas afetadas sobre os verdadeiros riscos e as soluções. O Nurep é mobilizado quando um surto inesperado que oferece risco à saúde pública não pode ser controlado pelas próprias secretarias municipais ou estaduais de saúde. Segundo George Turim, criou-se esse grupo, principalmente, para que a Funasa pudesse oferecer um complemento ao trabalho de estados e municípios na diminuição dos efeitos provocados por epidemias ou calamidades, como secas e enchentes.

O núcleo constitui também uma maneira de a descentralização das atividades da Saúde ser amadurecida. Por determinação da Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, do Ministério da Saúde, as ações relativas à Saúde foram distribuídas entre as esferas federal, estadual e municipal. Nessa divisão, estados e municípios ficaram encarregados de controlar epidemias e conseqüências de secas e enchentes. A Funasa deslocou, este ano, aproximadamente, 25 mil funcionários para trabalhar em

vigilância epidemiológica nos estados e municípios.

Entretanto, nem sempre as secretarias estaduais e municipais de saúde executam de forma adequada e suficiente as atividades delegadas a elas. Neste contexto, “o Nurep surge para auxiliar os estados e municípios quando eles não conseguem controlar determinados surtos, seja pela falta de experiência seja pela insuficiência de recursos” – diz o coordenador do Nurep.

Além de apoiar as secretarias estaduais e municipais em situações em que há riscos de disseminação de doenças, o núcleo é responsável, ainda, pela organização de ações contingenciais específicas para responder a prováveis ameaças bioterroristas. Em relação à possibilidade de casos de antraz no Brasil, por exemplo, a Funasa, via Nurep, investiu R\$ 139,5 mil na compra de móveis, de telefones via satélite, de equipamentos de informática e de biossegurança. Por meio da Portaria nº 1.919, de 16 de outubro, do Ministério da Saúde, determinou-se também que laboratórios que já trabalharam com o *Bacillus anthracis*, causador do antraz (também conhecido como carbúnculo), informem o fato à Fundação Nacional de Saúde.



Grupos preparados para atuar em casos de surtos epidemiológicos já eram organizados em outros países antes de o Brasil adotar a idéia. Um deles, o *Center for Disease Control* (CDC), oferece suporte ao Nurep e está formando em investigação e contenção de surtos 21 especialistas brasileiros, capacitados anteriormente pelo Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada ao Sistema Único

eliminar riscos à população, mantém um sistema de informações sobre disponibilidade de recursos materiais e humanos, elabora manuais de atuação em emergên-

## GEAP se qualifica para garantir melhor condição de vida aos segurados

Após passar por freqüentes crises na área de gestão, a Fundação de Seguridade Social (Geap) busca agora um novo foco e uma qualificação gerencial, cuja ênfase apóia-se em um modelo de atenção à saúde “pró-ativa”, para as pessoas e suas doenças. O diretor-executivo da instituição, Ricardo Akel, diz que a nova característica representará resolução e facilidade de acesso na assistência à saúde dos servidores públicos beneficiários desse plano de saúde coletiva, que atualmente possui 20 patrocinadores.

O modelo de saúde de educação continuada preconizado pela Geap será dirigido aos clientes, ao corpo técnico da instituição e aos prestadores de serviços. Além dessa forma de assistência, recursos serão investidos em reengenharia de rede, na redefinição de políticas de atendimento e na qualificação das contas e metas, o que

surtirá efeitos diretamente na melhoria dos serviços.

De forma a permitir o atendimento para mais de três mil municípios alcançados pela Geap, está sendo instalada uma central de atendimento 0800, para começar a funcionar em meados de 2002. “Esse atendimento facilitará o acesso e vai melhorar a orientação aos beneficiários sobre a rede de atendimento” – esclarece o diretor.

O maior número de titulares da Geap está no Ministério da Saúde, seguido do INSS e do Ministério do Trabalho. Atualmente, a instituição possui cerca de 285 mil titulares e 452 mil dependentes – representando mais de 700 mil beneficiários do plano de saúde.

Segundo Ricardo Akel, ainda há dificuldade em relação ao pagamento das contas da instituição, no entanto os compromissos do mês corrente estão sendo mantidos em dia para



*“Recursos serão investidos e redefiniremos políticas de atendimento, que redundarão em efeitos diretos na melhoria dos serviços prestados pela GEAP”*

**Ricardo Akel**

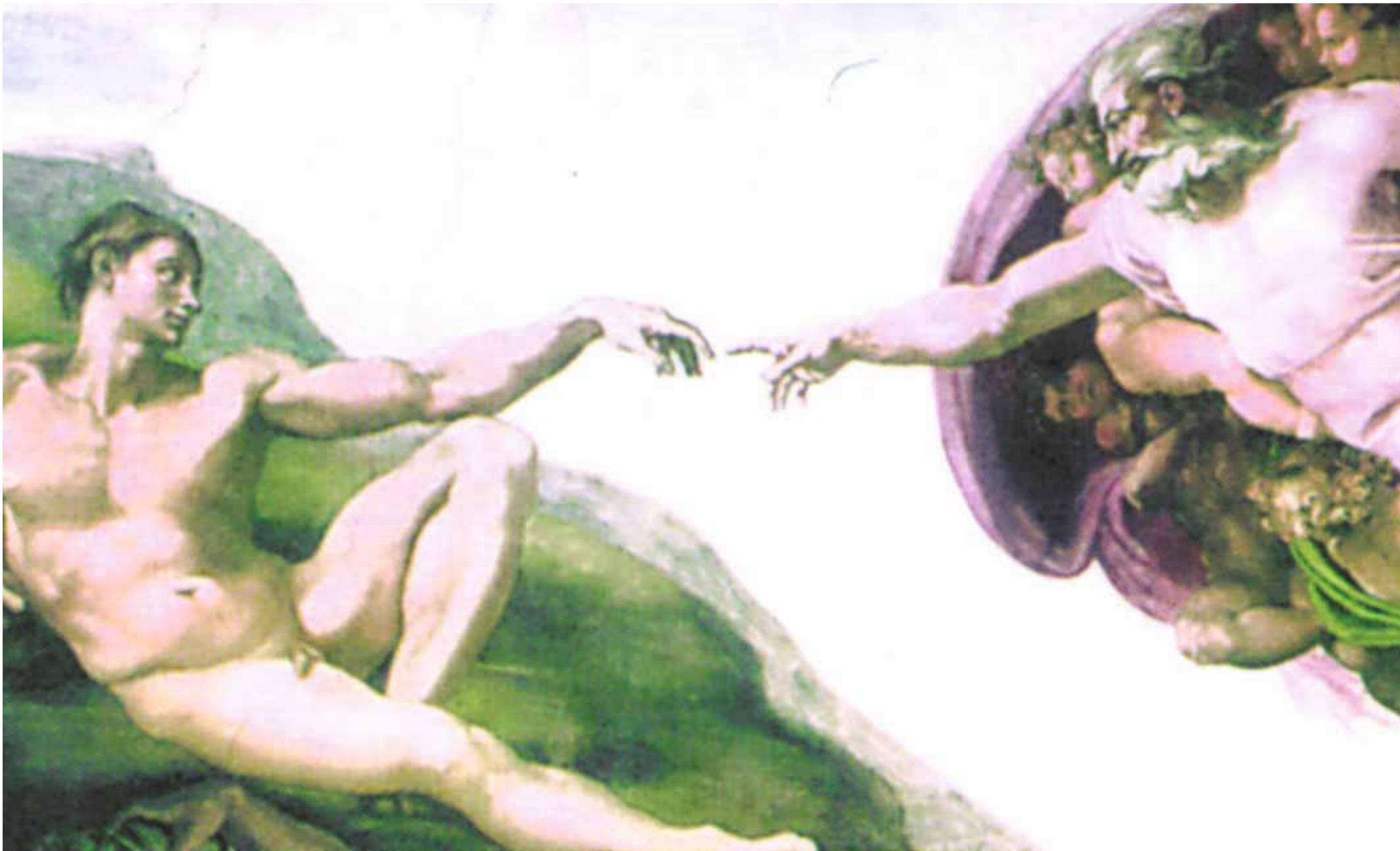
que os titulares ou dependentes do plano de saúde não deixem de receber o atendimento

médico de que necessitam. A atual gestão conseguiu realizar um acordo e os maiores débitos

da instituição serão pagos parceladamente até outubro do ano de 2002.

# Clonagem humana: a existência em debate

Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, é um dos principais instrumentos que disciplinam e controlam a ética nas pesquisas no Brasil



Na maioria dos países, representantes do Direito têm demonstrado oposição às pesquisas científicas e de laboratórios com finalidades de clonagem humana e outras experiências correlatas. No Brasil, o “Seminário Internacional sobre Clonagem Humana: Questões Jurídicas”, realizado nos dias 12 e 13 de novembro em Brasília, levou o tema a debate, em que representantes do Judiciário, médicos, bioeticistas e geneticistas discutiram uma série de questões sobre os limites da ciência, a aplicação prática do Direito nas novas questões relacionadas ao tema e o conseqüente aspecto ético dos novos procedimentos envolvendo a experimentação em seres humanos.

O evento foi organizado pelo Centro de Estudos Judiciários do Conselho da Justiça Federal, com apoio da Univer-

sidade de Brasília, e contou com a presença de importantes representantes das áreas. Não faltaram opiniões sobre as normas jurídicas, as mais recentes técnicas de possibilidades da clonagem humana, reflexões filosóficas e ainda considerações religiosas. Na opinião do professor Luiz Fernando Coelho, da Universidade Federal do Paraná, a intolerância do Direito com a clonagem reprodutiva decorre de uma herança da tradição judaico-cristã do mundo ocidental, que tem suas leis baseadas nos fundamentos da “sacralidade da vida”, ou seja, nas exigências éticas impostas pelas religiões.

**Consenso** – Como se trata de um assunto que começou a ser discutido há cerca de 10 anos e envolve infundáveis polêmicas, já que os avanços da ciência fizeram transcender os concei-

tos internacionais, para interpretar possíveis casos de manipulação genética. Além disso, tais instrumentos baseiam-se também nas normas técnicas que prevêm, para as experiências, a autorização prévia de comissões, a exemplo da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196), do Ministério da Saúde.

No Brasil ainda não há uma lei específica sobre a clonagem em humanos. Três projetos de lei tramitam no Congresso Nacional, mas ainda não foi consolidado como único instrumento a ser encaminhado para votação. De forma ainda incipiente, os instrumentos jurídicos brasileiros baseiam-se no princípio absoluto da dignidade humana (presente nas constituições mais modernas), em documen-

tos internacionais, para interpretar possíveis casos de manipulação genética. Além disso, tais instrumentos baseiam-se também nas normas técnicas que prevêm, para as experiências, a autorização prévia de comissões, a exemplo da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196), do Ministério da Saúde.

**Ética** – A Resolução foi aprovada em 1996 e prevê que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e cientificamente fundamentadas. De acordo com o ministro do Superior Tribunal de Justiça, Paulo Costa Leite, a resolução garante que tanto os objetivos dos experimentos quanto seus métodos tratem o

homem em sua dignidade, respeitem-no em sua autonomia e defendam-no em sua vulnerabilidade. Apesar disso, afirma o jurista, o instrumental jurídico atual ainda é precário para lidar com as novas relações jurídicas que se estabelecerão entre as pessoas, diante do prognóstico da possibilidade de se produzir um clone humano.

Nas quatro mesas-redondas realizadas, foi consenso entre os palestrantes que diante dos inúmeros questionamentos de natureza ética a serem apreciados é importante não apenas a opinião de cientistas, mas de toda a sociedade – a quem a ciência deve favorecer.

Jonilda Bonfim  
 Ministério da Saúde Informa

# Desburocratização é destaque em 2001

## Comitê Executivo Setorial do Ministério da Saúde ganha, pelo segundo ano consecutivo, o Prêmio Destaque do Programa Nacional de Desburocratização



Foto: Paulo Brasil

Paulo Ribeiro e o prêmio: divulgação dos atos do Governo

O Comitê Executivo Setorial de Desburocratização do Ministério da Saúde (CDMS) recebeu, pela segunda vez em dois

anos, o reconhecimento do Governo Federal ao ganhar o Prêmio Destaque 2001 do Programa Nacional de Desburocrati-

zação, pelo conjunto das ações do comitê.

Concedido na ocasião do seminário “Desburocratização: avaliação/desafios/agenda 2002”, em 7 de dezembro, em Brasília, no auditório da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), o prêmio coroou, entre outras atividades do CDMS, a integração e o intercâmbio de cooperação do Ministério da Saúde com outros comitês, em especial os da Presidência da República e do INSS.

**Reconhecimento** – O seminário de avaliação ocorre anualmente e conta com a participação de representantes dos Comitês Executivos Setoriais dos órgãos das administrações direta, indireta e de governos estaduais. “Este reconhecimento mostra que estamos no rumo certo”, afirma o coordenador-geral de Modernização e Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde e vice-presidente do CDMS, Paulo Ribeiro, que recebeu o troféu das mãos da gerente do Programa Nacional de Desburocratização, Elisa Martins.

Dentre as ações do CDMS que valeram a honraria ao Ministério, o coordenador cita a aprovação do Plano Setorial de Desburocratização, a participação da área em feiras e em congressos e a realização de várias palestras em seminários de multiplicadores da desburocratização realizados, principalmente, nos estados de Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Pernambuco e Paraná. O coordenador também destaca as medidas de desburocratização do Ministério da Saúde com foco no cidadão, como o Programa Carteiro Amigo, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e iniciativas que em 2001 receberam o prêmio Hélio Beltrão de Inovação da Gestão.

Segundo Paulo Ribeiro, entre os seminários promovidos pelo CDMS, neste ano, destaca-se o Seminário de Desburocratização do Estado do Amazonas, responsável pela aprovação de mais de 46 propostas para implantação naquele estado.

**PrND** – Inserido no Programa de Qualidade e Melhoria da

Gestão para modernização da Administração Pública Federal, o Programa Nacional de Desburocratização (PrND) estabelece ações para serem desenvolvidas por meio de projetos e atividades em cooperação e articulação com ministérios, com os poderes legislativo e judiciário e a iniciativa privada, a partir da identificação de retrocessos e problemas em setores de trabalho, colhendo sugestões da sociedade e dos servidores públicos.

Essas ações buscam simplificar o trabalho administrativo, eliminando ou reduzindo as formalidades e as exigências burocráticas que complicam a vida dos cidadãos e das empresas. Os projetos de desburocratização do PrND contemplam o resgate da credibilidade do cidadão e do servidor, a melhoria no atendimento e a redução da interferência do governo na vida do indivíduo.

**Comitê Executivo Setorial de Desburocratização do Ministério da Saúde**

**E-mail:** d@saude.gov.br  
**Site:** www.saude.gov.br/d

## MS lança nova campanha de prevenção às DST

Ministério da Saúde alerta população brasileira para os riscos das doenças sexualmente transmissíveis



Foto: Divulgação

Os comediantes Maria Paula e...

A gravidade das doenças sexualmente transmissíveis (DST) é desconhecida por muitas pessoas. Visando a um maior esclarecimento sobre o assunto, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST/Aids, lançou, no último dia 11 de dezembro, a mais abrangente campanha de prevenção a esse tipo de infecção já organizada pelo órgão.

“A população, muito frequentemente, não sabe que está com algum tipo de doença sexualmente transmissível ou tem vergonha de tratar. É fundamental ter consciência, prevenir, saber descobrir os sintomas, procurar

o médico imediatamente e fazer o tratamento, que é sempre eficaz” – afirmou José Serra, ministro da Saúde.

**Dados** – O objetivo principal da campanha é estimular o brasileiro a procurar os serviços de saúde assim que perceber sintomas como corrimento, verrugas ou feridas nos órgãos genitais. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem cerca de 12 milhões de novos casos de DST por ano no Brasil. Essa estimativa, entretanto, fica muito acima do número de ocorrências registradas oficialmente, que é de 200 mil anuais.

A diferença nos dados revela a situação hoje presenciada no País. Apenas 30% dos que apresentam algum tipo de DST procuram tratamento adequado. Os outros 70% buscam a automedicação por meio da ajuda de amigos ou de farmácias. Como consequência,

podem-se mascarar doenças graves que evoluem para vários tipos de câncer, como o de colo de útero e o de bexiga. Ademais, o uso de uma medicação inadequada pode fazer que esse tipo de infecção cause esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental e, até mesmo, a morte. As doenças transmitidas pelo sexo são consideradas também portas de entrada para o HIV. Em alguns casos, elas podem aumentar em 18 vezes o risco de contágio por esse vírus. O MS espera, portanto, que a campanha lançada possa contribuir para a redução da incidência de aids no território brasileiro. Outros problemas relacionados ao mau tratamento de uma DST são os custos ao erário. Conforme informou Paulo Roberto Teixeira, coordenador nacional da DST/Aids, esse tipo de doença,

quando tratada desde o início, não gera gastos superiores a U\$ 10. Em estágio avançado, todavia, a cura envolve intervenções cirúrgicas e internações demoradas, levando a despesas de até U\$ 5 mil.

**Abrangência** – A nova campanha de prevenção às DST, que estará presente em 400 mil bares, restaurantes e hotéis do País, teve um custo de R\$ 5 milhões. São quase dois milhões de adesivos para banheiros, com informações para o público masculino e feminino. Para ajudar na distribuição desse material, o MS estabeleceu uma parceria inédita com a Coca-Cola. A multinacional está distribuindo os informativos produzidos pelo Ministério da Saúde em todos os postos de venda de seus produtos.

Nas emissoras de rádio e TV, a campanha permaneceu no ar entre os dias 12 e 22 de dezembro. Os spots tinham partici-

pação de Maria Paula e Bussunda, artistas do programa “Casseta & Planeta”, da Rede Globo, que conversavam com a população sobre os sintomas das doenças e o uso de preservativos como meio de evitá-las.

Os profissionais de Saúde também são alvos do conjunto de medidas lançadas para a prevenção das DST. Médicos, agentes de saúde e farmacêuticos estão recebendo instruções próprias para cada segmento. O material é composto por cartas, folhetos, livretos, *bottons* e cartazes.



Foto: Divulgação

...Bussunda, do Casseta &amp; Planeta, colaboraram com a campanha.

# Seis vitórias para a Saúde em um ano

Ministério da Saúde recebe o Prêmio Hélio Beltrão por seis inovações e um destaque na gestão pública federal

Seis iniciativas (uma delas com destaque) garantiram ao Ministério da Saúde um ano vitorioso em projetos, com a divulgação do resultado, em 19 de outubro, do 6º Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal – Prêmio Hélio Beltrão. O concurso é promovido pelo Instituto Hélio Beltrão e pela Escola Nacional de Administração Pública, vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

Desde 1996 o concurso premia e divulga anualmente inovações de gestão implementadas por instituições da administração pública federal do Poder Executivo. Neste ano, o prêmio foi concedido, entre outras inovações do Ministério da Saúde, a duas iniciativas em desburocratização: o Projeto Carteiro Amigo e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

“Mais do que um incentivo e um reconhecimento, o Prêmio Hélio Beltrão é uma maneira de divulgar os atos do Governo, fazendo com que a sociedade se torne parceira do Poder Executivo no processo de gerir os recursos públicos, de forma desburocratizada e cidadã” – afirma Paulo Ribeiro, vice-presidente do Comitê Executivo Setorial de Desburocratização do Ministério da Saúde (CDMS).

**Homenagem** – O Prêmio Hélio Beltrão é uma homenagem ao ex-ministro que, por meio do Decreto nº 83.740, de 18 de julho de 1979, criou o Programa Nacional de Desburocratização, que foi reativado pelo MPOG. A premiação é concedida a 20 iniciativas de boa gestão pública com pelo menos um ano de implementação.

Para efeitos de participação no concurso, consideram-se inovações em gestão pública as ações gerenciais implementadas que tenham introduzido mudanças substantivas na Administração Pública Federal. Para isso, utilizam-se como critérios os princípios de orientação para resultados, o foco no cidadão-usuário, o aumento da eficácia e da eficiência da organização e do programa e o estímulo à criatividade na realização do trabalho, bem como a valorização do servidor, entre outros critérios.



Foto: João Brasil

## As inovações vencedoras do Ministério da Saúde

### Comitês de Coordenadores de Auditoria por Especialidades Médicas

Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus

Os comitês realizam um diagnóstico geral em sua especialidade, o que permite que a auditoria avalie não apenas aspectos financeiros, mas também aspectos técnicos e legais da aplicação dos recursos na saúde, viabilizando melhorias nas políticas públicas.

### SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Diretoria de Projetos – Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

Criado em 1999, o SIOPS objetiva consolidar os dados referentes aos gastos e aos financiamentos da área da Saúde nas três esferas de governo. O sistema propicia a melhoria da gestão, diagnósticos do setor e a formulação de políticas públicas, além de municiar a sociedade civil e os conselhos de saúde para o exercício do controle social sobre a gestão pública, ao disponibilizar os dados à população.

### Projeto de Implantação da Cirurgia Cardíaca no Rio de Janeiro

Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras – Coordenação de Planejamento

O projeto objetiva ampliar a oferta e a qualidade das cirurgias cardíacas no Estado do Rio de Janeiro, por meio da melhor uti-

lização da capacidade instalada e dos recursos dos hospitais do Ministério da Saúde (*este projeto foi citado também como destaque de gestão empreendedora*).

### Sistema de Treinamento por Cotas

Instituto Nacional de Câncer – Inca

Elaborado para funcionar como uma “conta-corrente” para ações de treinamento, o sistema propicia a otimização da distribuição da verba e o aumento de profissionais atendidos.

### Vigilância à Saúde da Criança e do Adolescente – Projeto “de Volta pra Casa”

Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária – Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital da Criança Conceição, ambos de Porto Alegre/RS

O projeto busca reduzir as internações, por meio da realização de visitas e do acompanhamento das crianças atendidas no hospital, dando maior ênfase à educação continuada, à valorização dos profissionais, à participação ativa das famílias, à otimização dos recursos e maior integração entre os níveis de atenção.

### Projeto Carteiro Amigo

Programa de Saúde da Criança/SPS

O projeto objetiva promover e apoiar o aleitamento materno, utilizando carteiros treinados para prestar orientação às mães sobre os benefícios da amamentação, além de entregar cartazes e panfletos explicativos.

# Cruzada em defesa da vida

II Fórum Nacional Antidrogas aborda o vício de entorpecentes como doença e conta com auxílio da Anvisa para normatização do tratamento a dependentes químicos

“Não há desenvolvimento possível sem a liberdade da opção, sem a liberdade da escolha, sem a valorização dos princípios do ser humano”. Com essas palavras, citando o prêmio Nobel de Economia de 1998, Amartya Sen, o presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, discursou na abertura do II Fórum Nacional Antidrogas, sediado no Colégio Militar de Brasília, entre os dias 11 e 13 de dezembro.

O evento, que marcou a posse do novo secretário nacional Antidrogas, general Paulo Roberto Uchôa, convocando a sociedade para uma discussão ampla sobre o combate aos entorpecentes, apresentou as diretrizes da Política Nacional Antidrogas (Pnad), sancionada pelo presidente na inauguração do fórum. A Pnad tem como objetivos, entre outros, priorizar a prevenção no uso de drogas, reconhecer as diferenças entre o usuário, o dependente químico e o traficante, tratando-os de forma diferenciada, bem como combater a discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes químicos.

**Tratamento humano** – “O lema da Pnad é considerar o usuário uma pessoa doente como qualquer outra, passível, portanto, de tratamento humano para se livrar da dependência”, explicou o gen. Alberto Cardoso, ministro-chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e ex-secretário nacional Antidrogas.

Aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad), órgão normativo do Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), que possui representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Justiça, entre outros, a Pnad também estabelece mecanismos para auxiliar na recuperação de dependentes químicos, reconhecendo seu direito de receber tratamento adequado.

Neste sentido, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu um regulamento técnico para fixar e disciplinar exigências mínimas para o funcionamento de serviços públicos e privados que prestam auxílio a pessoas com transtornos decorrentes do uso

ou abuso de substâncias psicoativas, para o licenciamento sanitário de tais serviços, como os prestados pelas comunidades terapêuticas de recuperação de dependentes.

O regulamento foi solicitado pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), órgão vinculado à Presidência da República, que tinha dificuldades em caracterizar essas comunidades

dependente na sociedade. O aumento desenfreado, sem rigores éticos e técnicos, dessas comunidades preocupou a Senad, que resolveu normatizar seu exercício.

“Para isso, requisitou os serviços da Vigilância Sanitária, com o objetivo de caracterizar, adequar e fiscalizar o funcionamento das comunidades, o que levou a um processo de colaboração entre Senad e Anvi-

cia à Saúde), juntamente com representantes da Anvisa, especialmente da Unidade de Medicamentos Controlados (Gerência-Geral de Medicamentos) e das Unidades de Infra-estrutura Física e de Tecnologia da Organização de Serviços de Saúde (Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde).

**Exigências mínimas** – Criado por meio da Resolução de

estrutura física dos serviços também deve ser aprovada pelos demais órgãos competentes, bem como avaliados e inspecionados anualmente. O regulamento ainda estabelece critérios para o tratamento dos dependentes.

Porém, para a aplicação do regulamento, falta a aprovação do roteiro piloto de inspeção, que será instrumento importante e necessário a ser utiliza-



Da esquerda para a direita – Anadyr de Mendonça Rodrigues (Corregedoria-Geral da União), Arthur da Távola (Senado), Joaquim Roriz (GDF), Fernando Henrique Cardoso (Presidência da República), Alberto Cardoso (Secretaria Nacional Antidrogas), Pimenta da Veiga (Ministério das Comunicações), José Bonifácio (Ministério da Justiça): o vício das drogas é uma doença que deve ser tratada

terapêuticas e disciplinar seus serviços.

**Comunidades terapêuticas** – Inseridas no chamado modelo psicossocial, expressão criada para caracterizar os serviços não-convencionais de tratamento dos dependentes químicos, diferentemente do tratamento médico-hospitalar, as comunidades terapêuticas visam à reinserção do depen-

sa” – explicou a dra. Lucila Pedrosa da Cruz, gerente-geral de Tecnologia de Serviços de Saúde da Anvisa.

A discussão para a formulação do regulamento técnico contou com representantes do Ministério da Saúde, especialmente das áreas de DST/Aids (Secretaria de Políticas de Saúde) e da Assessoria de Saúde Mental (Secretaria de Assistên-

Diretoria Colegiada n.º 101, de 30 de maio de 2001, da Anvisa, o regulamento estabeleceu exigências mínimas para o funcionamento das comunidades terapêuticas.

Entre as exigências, consta que todo serviço, para funcionar, deve ser licenciado pela autoridade sanitária competente do estado, do Distrito Federal ou do município, sendo que a es-

do pelos técnicos de vigilância sanitária na fiscalização das instalações das comunidades terapêuticas. “Estamos esperando avaliações e sugestões das unidades estaduais e municipais de vigilância sanitária. Tão logo tenhamos um retorno positivo, poderemos utilizar o roteiro piloto de inspeção em todas as unidades do País”, conclui Lucila Pedrosa.

# Mais tratamento extra-hospitalar

## III Conferência Nacional de Saúde Mental reúne especialistas, autoridades, pacientes e sociedade para discutir e avaliar o modelo assistencial de saúde mental

“Cuidar sim, excluir não. Efetivando a reforma psiquiátrica, com acesso, qualidade e controle social”. Este foi o tema da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada pelo Ministério da Saúde, entre os dias 11 e 15 de dezembro.

Sediado na Academia de Tênis, o encontro reuniu cerca de 1.300 participantes, entre delegados, observadores e convidados. O tema do evento sintetiza o que foi debatido durante a semana de sua realização. O novo modelo de assistência psiquiátrica, com base na nova legislação em saúde mental – aprovada em abril do ano passado – e subtemas correlatos foram discutidos em painéis, grupos de trabalho e mesas redondas. Alguns subtemas estiveram em foco na conferência: reorientação do modelo assistencial, financiamento, recursos humanos, controle social, acessibilidade, direitos e cidadania.

**Ampla discussão** – Temas específicos também foram abordados durante o encontro. Ações antidiscriminatórias e de inclusão, aids e saúde mental, terceira idade, atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, população de rua e outros grupos sociais em situação de risco, entre outros, fizeram parte da ampla discussão promovida pelo encontro.

Para Pedro Gabriel, coordenador-geral do evento, “este é o momento propício para se realizar um encontro de porte nacional, que englobe as mais variadas questões relativas à área”.

**Experiências e homenagens** – Era também o momento certo para se premiar as muitas experiências bem sucedidas na área de saúde mental, de vários locais do País. Para divulgar as iniciativas com bons resultados, a III Conferência Nacional de Saúde Mental premiou dez experiências e concedeu cinco menções honrosas.

Até novembro do último ano, foram selecionados 73 projetos de não-confinamento e assistência diferenciada a pacientes. Desses trabalhos, 20 foram pré-selecionados a partir de critérios como regionalidade, ineditismo, cobertura populacional e integração do projeto junto à comunidade.

Dez experiências de grande êxito na área de saúde mental, que expunham maneiras criati-

vas de integrar à sociedade usuários dos serviços de saúde mental e de humanizar o trata-

mento, levaram o troféu David Capistrano Filho, homenagem ao médico sanitarista conheci-

do como autoridade mundial na luta contra as internações agressivas em hospitais psiquiátricos. Além disso, ele foi um dos criadores das Casas de Parto, hoje numerosas no Brasil, e pioneiro na distribuição de seringas a viciados em drogas.

**Memória da Loucura** – O encontro também foi marcado por eventos culturais paralelos aos debates e reuniões. Uma grande tenda instalada próxima à piscina da Academia de Tênis, a Tendarte, foi um dos espaços de exposição de trabalhos artísticos e artesanais de usuários e familiares de usuários dos serviços de saúde mental. Apresentações artísticas, lançamentos de livros e mostras de vídeo fizeram parte da programação.

Nos estandes da Tendarte, participaram de apresentações grupos e associações pró-saúde mental, que desenvolvem trabalho terapêutico e ocupacional junto a pacientes que sofrem de distúrbios psicológicos, psiquiátricos e comportamentais.

O módulo fotográfico da exposição “Memória da Loucura” também impressionou com suas fotos históricas mostrando o primeiro hospício de Pedro II – inaugurado em 1852 e transformado em hospital nacional de alienados em 1980 – e o cotidiano dos pacientes com transtornos mentais em instituições manicomial de meados do século XIX.

O acervo de 71 peças veio do Rio de Janeiro e foi montado com fotos dos acervos do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), do Instituto Philippe Pinel (IPP) e do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMASNS).

A organização e a coordenação da mostra são de responsabilidade da Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI) do Ministério da Saúde. “Memória da Loucura” é a exposição de estréia do Centro Cultural da Saúde (CCS), também iniciativa da CGDI, que foi inaugurado no último dia 20 de dezembro, no Rio de Janeiro. (Na próxima edição, matéria especial do evento de abertura do CCS para o público).



Foto: Divulgação

*Para o coordenador-geral da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Pedro Gabriel Delgado (foto), o encontro, além de trazer novo oxigênio para a discussão da reorientação do modelo de assistência psiquiátrica, foi importante “para avaliar os problemas da assistência em saúde mental e os avanços conquistados até o momento” – comenta ele.*

*Um grande número de pessoas foi mobilizado antes mesmo da abertura do evento. “Cerca de 25 mil pessoas já haviam trabalhado em conferências municipais, estaduais e pré-conferências” – afirma Cristina Lobo, coordenadora de organização e credenciamento do evento.*

*Antes deste encontro, outros dois aconteceram. A assistência à saúde mental de crianças e adolescentes foi o tema do primeiro. O segundo teve como objetivo tratar da regulamentação da Lei de Internação Involuntária – inserida na nova legislação sobre assistência à saúde mental.*

**Relatório sobre Saúde** – No dia 11, primeiro dia da conferência, foi lançada a versão em português do Relatório sobre a Saúde no Mundo em 2001 – Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança. O documento foi apresentado pelo coordenador do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde (OMS), Benedetto Sarraceno.

*O relatório trata de experiências de assistência ao doente mental em todo mundo, diagnosticando a situação da Saúde Mental nos cinco continentes. De acordo com dados do documento, 60% das pessoas com doenças mentais nunca procuraram a ajuda de um especialista. “Em alguns países, 90% dos doentes não recebem qualquer tipo de tratamento” – declarou Sarraceno.*

*Com o relatório, a OMS pretende chamar a atenção dos governos para a situação da Saúde Mental, pois 40% dos países não têm uma política para a área e mais de 30% não têm nem programas de saúde mental.*

*Há um bom tempo não se reuniam especialistas, autoridades, trabalhadores e usuários ligados à saúde mental de todo o país, em um só evento. A última Conferência Nacional ocorreu em 1992. O tema da cidadania das pessoas que sofrem de transtornos mentais foi o centro das discussões na II Conferência Nacional, que definiu rumos importantes da reforma psiquiátrica nos anos 90.*

**Ano Internacional** – Uma série de fatores propiciaram a realização do evento em 2001. O ano passado foi escolhido pela Organização Mundial da Saúde como o Ano Internacional da Saúde Mental. Assim, foram feitas comemorações e pequenas conferências nos estados e municípios pelas áreas em questão. Além disso, após dez anos de intensos debates desde a última conferência, e com a nova legislação em vigor, era preciso discutir pontos estruturais.

*Necessitavam de debate questões como a melhor forma de se organizar a rede comunitária de serviços; as diferenças na organização da rede em cidades de pequeno, médio e grande porte; como garantir mecanismos efetivos de financiamento da rede de serviços comunitários, já que 90% dos recursos ainda são gastos somente com internações, entre outras.*

# Prevenção à aids para a melhor idade

Com o aumento do número de casos de aids no grupo de idosos, o Ministério da Saúde vai incluir a terceira idade em seus programas de prevenção para diminuir a incidência da doença

Não existem grupos de risco quando o assunto é aids. Prova disso é o pequeno, mas preocupante, aumento do número de casos da doença entre idosos. Por isso, a Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde vai incluir a terceira idade em seus programas de prevenção como forma de evitar um maior crescimento de incidência da doença nessa faixa etária.

Uma pesquisa recentemente realizada no Hospital Graffê &

rrior a 59 anos tenham as informações necessárias a respeito da aids e façam uso do preservativo.

“É preciso se fazer um trabalho de prevenção continuada, dirigida e eficaz. O objetivo é disponibilizar as informações sobre a doença e conscientizar essa faixa etária de que o problema também existe em seu meio” – diz Donêda.

Ela enfatiza ainda que, pelo fato de os idosos já procurarem com certa frequência os serviços de saúde, será mais fácil fazer

rina, e Santos, em São Paulo. Ambas apresentam índices altíssimos de casos de aids – 1º e 13º lugar no *ranking* da aids no Brasil, em números absolutos – e já fazem programas de prevenção específicos para a chamada melhor idade.

O Distrito Federal também está na lista de alerta em relação a casos da doença em idosos. Segundo dados da Unidade de Prevenção e Controle em DST/Aids e Hepatite no DF, apenas um caso de aids foi registrado entre maiores de 59 anos durante 1999. Ano passado, cinco foram registrados.

Josenilda Gonçalves da Silva, coordenadora da Unidade de Prevenção do DF, ressalta que, como a expectativa e a qualidade de vida aumentaram, a faixa etária acima de 59 anos ficou mais exposta à aids. Além disso, hoje os idosos têm uma vivência mais intensa de sua sexualidade.

Trabalhando há quase um ano na prevenção da doença com a terceira idade, Josenilda diz que ainda é cedo para resultados mais significativos. “Estamos conhecendo a realidade da população acima de 59 anos. É preciso uma nova linha de aproximação, uma linguagem diferente” – explica a coordenadora.

O principal meio de prestar serviços de assistência e prevenção aos idosos é por meio dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde do Idoso, segundo Josenilda Gonçalves. Já foram distribuídos 3.312 preservativos masculinos e 200 femininos nos 13 núcleos localizados em Brasília e entorno, além de cartilhas informativas.

Em parceria com o Serviço Social do Comércio (Sesc) e com a Coordenação de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, a Unidade de Prevenção do DF realiza trabalho preventivo em bailes e grupos de convivência voltados para a terceira idade. São distribuídos preservativos e *folders* explicativos com letras grandes e texto leve, sem imagens agressivas.

“Somente com ações a longo prazo poderemos ter resultados efetivos. Até agora, tivemos boa aceitação por todos” – complementa a coordenadora.

Larissa Guimarães Marques  
Ministério da Saúde Informa



Você também é responsável por sua saúde!

Guinle, no Rio de Janeiro, foi um dos principais motivos de alerta para os responsáveis da área no Ministério. Os números mostram que, a despeito das outras faixas etárias nas quais o índice de crescimento do HIV permanece estável, a faixa de 59 a 70 anos apresenta um pequeno aumento.

De acordo com dados do MS, em 1990 o número de casos de aids na população de 60 a 69 anos era de sete pessoas para cada 100 mil habitantes. Já em 1998, eram 14,69 casos para cada 100 mil pessoas.

Segundo Denise Donêda, assessora-técnica responsável pela Unidade de Prevenção de DST/Aids, apesar de o aumento não ser expressivo, será necessário traçar estratégias de ação para que as pessoas com idade supe-

com que a informação chegue a eles. Disponibilizando as informações no próprio Sistema de Saúde, assim como foi feito na campanha dos preservativos, a Coordenação Nacional de DST/AIDS pretende atingir o maior número possível de pessoas com mais de 59 anos.

“Temos um sistema de assistência de excelência, que cobre todas as faixas etárias e gêneros. Daremos agora uma atenção maior à terceira idade” – afirma a assessora-técnica.

Apesar de a questão do idoso em relação à aids ter entrado na pauta de discussão recentemente, alguns estados e municípios já trabalhavam a prevenção dentro dessa faixa etária de forma diferenciada há algum tempo. É o caso, por exemplo, da cidade de Itajaí, em Santa Cata-

Está no ar, pela *internet*, o cadastro de vacinas em HIV/aids. Cientistas e instituições que estejam desenvolvendo pesquisa em vacinas contra a aids ou que tenham interesse em participar de trabalhos complementares podem preencher o formulário de cadastramento disponível no site da área de DST/aids ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)). Caso haja alguma dúvida ou dificuldade, os interessados podem entrar em contato com os coordenadores do projeto, Luís Brígido ou Milda Jodelis, pelos telefones (61)448-8176/8138.

No dia 20 de novembro, no Auditório Petrólio Portella, no Senado, foi realizado um ciclo de palestras intitulado “Diabetes e Doenças Cardiovasculares”, em virtude do Dia Mundial e Nacional de Combate ao Diabetes (14 de novembro). O evento, que teve o apoio do Ministério da Saúde e da Federação Nacional de Associações de Diabéticos (Fenad), entre outras entidades, trouxe discussões sobre as medidas de prevenção à enfermidade e estatísticas que envolvem a luta contra o diabetes no Brasil, que possui cerca de 5 milhões de diabéticos.

O Ministério da Saúde promoveu, entre os dias 5 de novembro a 14 de dezembro, a Campanha Nacional de Detecção de Hipertensão. A ação foi destinada a examinar brasileiros com mais de quarenta anos de idade e conscientizá-los para a importância de ter hábitos saudáveis, como praticar esportes, fazer caminhadas e ter hábitos alimentares corretos.

O Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Abrinq e o CityBank, está levando bibliotecas infantis para hospitais públicos. O projeto Biblioteca Viva em Hospitais Públicos tem por objetivo fazer com que as crianças tenham acesso à leitura de boa qualidade e, por meio dela, facilitar sua recuperação física e psicológica.

## 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 e Ana Raquel Macedo – Fotografia: João Brasil – Editoração: Fabiano Bastos e Sérgio Lima Ferreira – 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](mailto:editora.ms@saude.gov.br)



Trabalhando em todo o Brasil