

Seminário Nacional de Saúde da População Negra Brasília – 18 a 20 de agosto de 2004

Ministério da Saúde - Políticas, Programas e Ações: alguns exemplos

APRESENTAÇÃO

Considerar as especificidades e desenhar estratégias que efetivamente ajudem a construir a equidade na atenção à saúde da população negra é um desafio que começa a ser enfrentado no Ministério da Saúde. A perspectiva é de melhorar a articulação entre as iniciativas das diversas áreas, de modo a potencializar o efeito da intervenção do gestor federal, no seu papel de indutor de políticas.

Este caderno traz, de modo sintético, a descrição de algumas dessas propostas. Trata-se de políticas, programas ou ações que estão diretamente vinculados a necessidades da população negra, embora nem sempre estejam explicitamente voltadas a esse segmento.

Tais propostas têm diferentes graus e estágios de desenvolvimento e implementação. Algumas são experiências consolidadas, outras são propostas ainda em fase de discussão e detalhamento. Algumas têm caráter geral e podem atender ao conjunto do país, outras são experiências mais localizadas, mas que sugerem idéias que podem contribuir para a elaboração de novas intervenções.

A Coordenação do Seminário solicitou às áreas do Ministério da Saúde que respondessem de modo sintético a um formulário para descrever sua experiência. Não foi possível colher todas a tempo de reproduzi-las, mas as que aqui estão já poderão contribuir para as reflexões que se farão no Seminário Nacional de Saúde da População Negra.

Ao final, reproduzimos a Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde (Decreto n. 4726, de 09/06/2003), que facilita a compreensão sobre as várias áreas existentes.

A Coordenação do Seminário

RELAÇÃO DAS PROPOSTAS CONTIDAS NESTE CADERNO:

Coordenadas pela Secretaria de Atenção à Saúde:

Mudanças na Atenção Básica em Saúde (DAB)

Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN (DAE)

Projeto de Atenção Integral à Saúde de Pacientes de Doença Falciforme (DAE)

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (DAPE)

Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei (DAPE)

Saúde Mental (DAPE)

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (DAPE)

Plano Nacional de Prevenção da Violência (DAPE)

Saúde do Trabalhador (DAPE)

Coordenadas pela Secretaria Executiva:

Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS – HumanizaSUS

Política de Saúde para a População do Campo

Coordenada pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos:

Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – Subagenda: Saúde da População Negra (DECIT)

Coordenada pela Secretaria de Gestão Participativa:

Associações de Portadores de Anemia Falciforme e do Traço

Coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

EducarSUS

Coordenada pela FIOCRUZ:

Saúde e Sustentabilidade das Populações Remanescentes de Quilombos da Região Norte – Brasil

Coordenada pela FUNASA:

Saneamento Básico em Comunidades Remanescentes de Quilombos

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Departamento de Atenção Básica
Coordenação de Gestão da Atenção Básica

Mudanças na Atenção Básica em Saúde

Público ou população beneficiária específica: população residente em municípios com desigualdades sociais (pequeno porte e baixo IDH), população residente nos municípios da Amazônia Legal, população residente em assentamentos rurais e POPULAÇÃO REMANESCENTE DE QUILOMBOS.

Propostas/ objetivo/ meta: Ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social, por meio da estratégia saúde da família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma política de financiamento apoiada no princípio da equidade.

Ações/ resultados obtidos:

- 1) Redução do número de pessoas acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na zona rural dos municípios da Amazônia Legal;
- 2) Acréscimo de 50% no valor dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal, transferidos mensalmente para os municípios com desigualdades sociais (pequeno porte e baixo IDH) e os integrantes do PITS, pagos em correspondência à faixa de cobertura da estratégia saúde da família;
- 3) Acréscimo de 50% no valor dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal pagos atualmente, em correspondência à faixa de cobertura da estratégia saúde da família, de acordo com o nº máximo de equipes necessárias e implantadas para assistir as POPULAÇÕES REMANESCENTE DE QUILOMBOS ou residente em assentamentos de municípios que não possuem pequeno porte e baixo IDH.

Parcerias:

- ✓ com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, o INCRA e a Fundação Palmares para obtenção das informações sobre as populações assentadas e as REMANESCENTES DE QUILOMBOS e a instituição de uma sistemática de atualização dessas informações.
- ✓ com o Ministério do Desenvolvimento Agrário e o INCRA foram realizados três seminários nacionais com lideranças do INCRA e outras ligadas a diversos movimentos sociais (MST, CONTAG, etc.).

Outras informações: Alteração no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para que os municípios possam registrar as ações que desenvolvem junto às populações residentes em assentamentos e em COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS.

Contato: Maria do Perpétuo Socorro de Albuquerque Matos
FONES: (61) 315-2898 e 226-2693
FAX: (61) 226-4340
E-MAIL: socorro.matos@saude.gov.br

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Departamento de Atenção Especializada
Coordenação Geral de Média Complexidade Ambulatorial

Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

Público ou população beneficiária específica: 100% dos nascidos vivos do País

Propostas/ objetivo/ meta: Criação e Implantação do PNTN

Histórico da Triagem Neonatal

- ✓ Década de 60 - Primeiros programas populacionais de triagem neonatal no mundo.
- ✓ 1976 - Início no Brasil, no estado de São Paulo (APAE de São Paulo).
- ✓ 1990 - Primeira iniciativa de regulamentação federal: Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069), tornando obrigatória a realização de exames visando diagnóstico e terapêutica de anormalidades do metabolismo.
- ✓ 1992 - Portaria GM/MS nº 22, torna obrigatória a inclusão no Planejamento das Ações de Saúde, do Programa para diagnóstico precoce de Fenilcetonúria e do Hipotireoidismo Congênito.

Apesar da existência de legislação, a implantação em alguns estados ocorreu devido à iniciativa particular isolada, tendo como conseqüência a falta de integração, cobertura populacional desigual e insuficiente nas diversas regiões, ausência de rotinas uniformes estabelecidas e a diversidade de patologias triadas.

✓ Início de 2001 - Ministério da Saúde decidiu regulamentar as ações de Saúde Pública em Triagem Neonatal e constituiu um Comitê de Assessoria em Triagem Neonatal com o objetivo de levantar e estabelecer os requisitos mínimos para criação e implementação de um Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), que estabeleceria as linhas mestras da Triagem Neonatal no país.

✓ 6 de junho de 2001 – Criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) através da Portaria GM/MS nº 822, com os seguintes objetivos específicos: ampliar a cobertura visando 100% dos nascidos vivos, busca ativa dos pacientes triados, sua confirmação diagnóstica, o acompanhamento e tratamento adequados dos pacientes identificados.

O objetivo de um Programa de Triagem Neonatal é promover a detecção de patologias congênitas em fase pré-sintomática em todos os nascidos vivos, permitindo o tratamento precoce e conseqüentemente diminuindo a morbidade, suas conseqüências (muitas vezes, a Deficiência Mental) e a mortalidade gerada pelas doenças triadas.

Para a seleção das patologias e após ampla análise, a Comissão de Assessoramento do Ministério da Saúde, optou por ampliar a possibilidade da triagem neonatal para mais duas outras patologias congênitas: as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e a fibrose cística, que somadas com o hipotireoidismo congênito e a fenilcetonúria perfazem um total de quatro (4) patologias triadas no programa nacional.

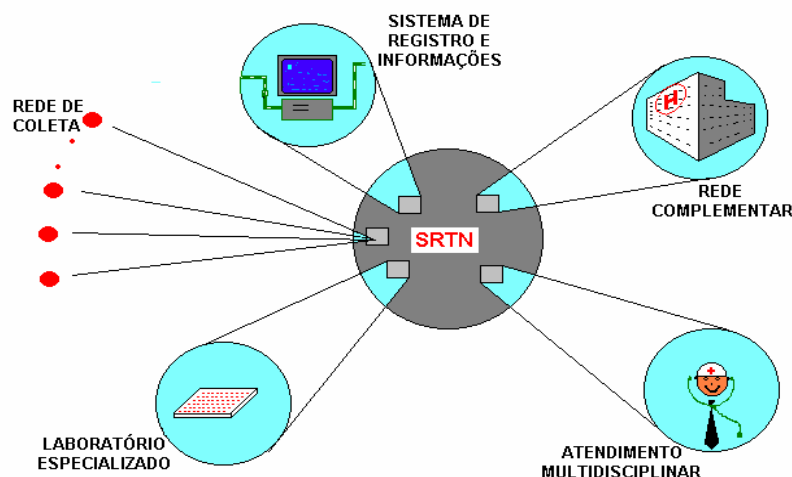
Apresentam-se abaixo as características epidemiológicas das patologias selecionadas inicialmente para o Programa Nacional de Triagem Neonatal:

- Fenilcetonúria: A incidência da doença é variável, indo desde 1: 3.000 RN na Turquia, até 1: 60.000 RN no Japão. No Brasil, a prevalência está ao redor de

1: 15.000 a 1: 20.000 nascidos vivos. A triagem para fenilcetonúria é fundamental, uma vez que o tratamento precoce é efetivo na prevenção da deficiência mental.

- Hipotireoidismo congênito: Sua prevalência é de 1: 4.000 nascidos em regiões não endêmicas (inclusive no Brasil). É baixa em afro-caribenhos e pode ser mais comum em sul asiáticos. A triagem para hipotireoidismo congênito também é fundamental, uma vez que o tratamento precoce é efetivo na prevenção da deficiência mental.
- Anemia Falciforme: A anemia falciforme é a doença genética de maior prevalência mundial, possuindo freqüências de 25 a 40% em países africanos. No Brasil ocorre uma distribuição heterogênea para esta hemoglobinopatia, podendo ser considerada como um problema de Saúde Pública. Nas populações do Sul e Sudeste brasileiro, a freqüência de portadores (não doentes) do gene na população negra é de 6,6%, o que permite estimar o nascimento de doentes em aproximadamente 0,1%. A triagem pode determinar de forma efetiva a redução da mortalidade e morbidade dos doentes, sendo que o diagnóstico das crianças afetadas proporcionará também uma oportunidade para a identificação de casais de risco na concepção de portadores de anemia falciforme. No Brasil a incidência observada tem sido bem variada, indo de 1: 650 a 1: 9.000, de acordo com a região estudada.
- Fibrose Cística: Apresenta-se em aproximadamente 1 em cada 2 500 nascidos vivos na população de origem no Oeste da Europa. No Brasil, estima-se uma distribuição heterogênea para esta doença, com predominância na região sul do país, que se apresenta com uma incidência da doença semelhante à população européia, em torno de 1: 2.500 RN. Nas regiões de alta incidência da patologia, a triagem neonatal mostra-se altamente eficaz na redução da morbidade e mortalidade dos pacientes afetados, além de também permitir o aconselhamento genético das famílias de pacientes rastreados.

Estabeleceu-se que o PNTN seria executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados e Distrito Federal através da criação de uma Rede Estadual de Triagem Neonatal, tendo como unidade central os Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), que são os instrumentos ordenadores e orientadores de toda a rede local de triagem neonatal. Aos SRTN são destinados à operacionalização, execução e controle do PNTN, na sua área de abrangência, desde a coleta, realização de exames, busca ativa, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos positivos detectados.



Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos estados, da variação percentual de cobertura dos nascidos-vivos da triagem que vinha sendo realizada no país e da diversidade das características populacionais existentes no país, optou-se em implantar o Programa Nacional de Triagem Neonatal em fases, conforme descrição abaixo:

1. Fase I – Triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito.
2. Fase II – Triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito + doenças falciformes e outras hemoglobinopatias.
3. Fase III – Triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias + fibrose cística. (fase restrita às UFs com cobertura superior a 70% dos NV na Fases I e II).

Ações/ resultados obtidos:

1. Habilitação no PNTN de 24 UF com 32 SRTNs credenciados, sendo:
 - ✓ Fase I - 12 UFs (12 SRTNs): AC, AL, AM, CE, DF, MT, PA, PB, RN, RO, SE e TO.
 - ✓ Fase II - 10 UFs (18 SRTNs): BA, ES, GO, MA, MS, MG, PE, RJ(3), RS e SP(7).
 - ✓ Fase III - 2 UFs (2 SRTNs): PR e SC.Ainda não estão habilitados no PNTN as seguintes UFs: AP, PI e RR
2. Aumento da cobertura populacional de NV: 54% (2001); 66% (2002) e 76% (2003).
3. Todos os SRTNs fazem o atendimento de pacientes com Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito por equipe multidisciplinar (pediatra, endocrinologista, nutricionista, psicólogo e serviço social), segundo Protocolos de Diretrizes Terapêuticas/MS.
4. Todos os SRTNs fazem a primeira orientação para pacientes com Hemoglobinopatias e Fibrose Cística e os encaminham para serviços especializados.
5. Os SRTNs na fase II e III possuem vínculo formal com Rede Complementar que garantem procedimentos não disponíveis nos SRTNs (internação, UTI, etc.) ou mesmo atendimento especializado (Serviços de Hematologia/Hemocentros e Serviços de Pneumologia).
6. Está normatizado o fornecimento de fórmula de aminoácidos, levotiroxina, hidroxiuréia e enzimas pancreáticas (Medicamentos Excepcionais).
7. Foram capacitados pelo Ministério da Saúde 220 profissionais da equipe multidisciplinar dos SRTNs credenciados no PNTN.

ANEMIA FALCIFORME: ALGUNS DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Alguns dados já foram apresentados como resultado da implantação do PNTN nos vários estados, e podem ser observados na tabela abaixo. Observando a variabilidade da incidência de Anemia Falciforme no nosso país e como estudos anteriores à implantação da Triagem Neonatal já apontavam, os estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia se sobressaem por sua prevalência acentuada. Por outro lado, estados como Rio Grande do Sul e Paraná, apresentam uma incidência significativamente mais baixa.

UF	Serviço	Traço Falciforme (FAS)	Anemia Falciforme (FS)	Doenças Falciforme
RJ	APAE Rio	1 : 28	-	-
SP	APAE SP	1 : 35	1 : 3.940	-
SP	H S Marcelina	1 : 31	1: 3.417	-
SP	UNICAMP	-	1 : 7.310	-
SP	Fac. Méd. Rib. Preto	1 : 40	1 : 5.777	
SC	Lacen SC	-	-	1: 13.400
PE	Lacen PE	1 : 36	1 : 2.912	
RS	HPV/Fac Farmacia	1 : 69	-	1: 7.049
MG	NUPAD	-	1 : 2.595	1 : 1.400
ES	APAE Vitória	1 : 31	-	1: 1.743
GO	APAE Anápolis	1 : 19	1 : 2.794	-
PR	Fundação Ecumênica	1 : 66	1 : 37.859	-
BA	APAE Salvador	1 : 14*	-	1 : 500

* Traço Falciforme (FAS, FAC, FAD).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

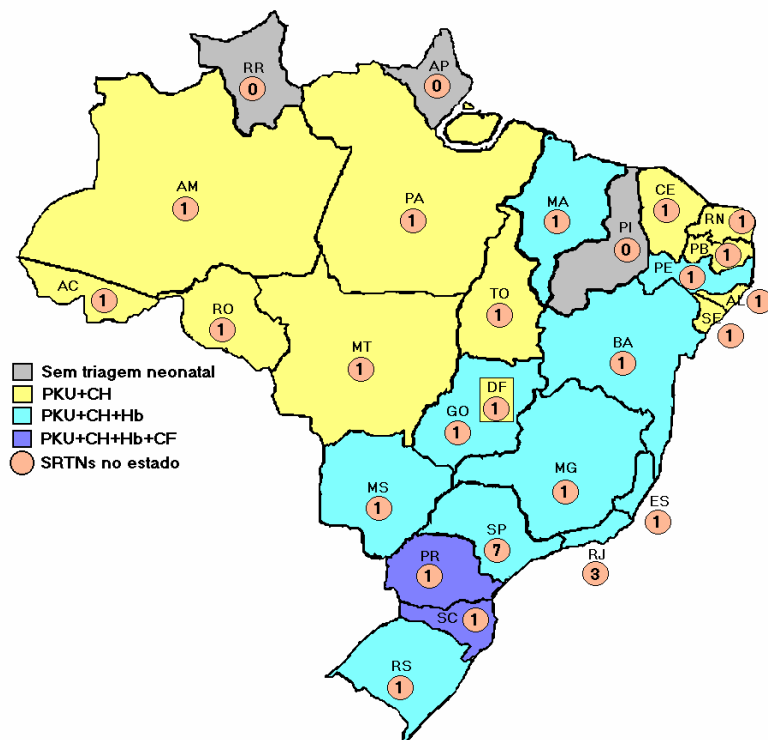
Tendo em vista a frequência elevada da hemoglobina S e de outras hemoglobinopatias na população brasileira, a sua identificação precoce, através da análise de hemoglobinas como parte dos exames obrigatórios no período neonatal, constitui-se em uma das etapas que podem determinar de forma efetiva a redução da mortalidade e morbidade dos doentes.

Devido a grande diversidade étnica da população brasileira, a criação e implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, incluindo o diagnóstico da Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias, realizada de forma universal, foi um passo inicial fundamental para a busca na solução deste problema no Brasil.

Além do benefício do diagnóstico precoce, o PNTN levanta uma série de informações que desencadeiam demandas adicionais, tais como:

- ✓ A descoberta dos portadores da doença proporciona o estabelecimento de terapia preventiva, minorando o desenvolvimento dos sinais e sintomas que determinam o aparecimento de seqüelas irreversíveis e, conseqüentemente do quadro clínico grave presente nestes pacientes.
- ✓ A triagem neonatal também provoca a instituição de programas educacionais e de informação por Instituições competentes, contribuindo para o aconselhamento genético das famílias.
- ✓ O diagnóstico das crianças afetadas proporciona também uma oportunidade para a identificação de casais de risco na concepção de portadores de anemia falciforme.

Contato: Tania Marini de Carvalho



Fone: (11) 5542 0900
Fax: (11) 5542 0604
taniamc@ccti.com.br

SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
Departamento da Atenção Especializada
Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados

Projeto de Atenção Integral à Saúde de Pacientes de Doença Falciforme

Público ou população beneficiária específica:

A Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, dentro da sua competência técnica, assumiu em março de 2004 a implantação ou reorganização da atenção às pessoas com doença falciforme, talassemia e coagulopatia, a partir da rede de serviços de hemoterapia – Hemorrede.

A organização desta atenção terá como instrumento de implantação o sistema *Hemovida Ambulatorial*, pelo qual a rede de assistência hematológica será integrada a partir da informatização do Ciclo do Paciente.

A escolha dos serviços para a fase piloto de implantação levou em conta os seguintes critérios:

- Credenciamento do Estado na Fase II de implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, que inclui as hemoglobinopatias, conforme a Portaria 822/01/GM/MS;
- Adesão voluntária do gestor estadual da hemorrede pública;
- Presença de Associações de Pacientes e de movimentos sociais que discutam a questão da saúde da população negra;
- Hemorrede pública capilarizada para, futuramente, interiorizar o Projeto;
- Infra-estrutura física e organizacional adequada para operacionalizar imediatamente as ações propostas pelo Projeto;
- Presença do Programa Saúde da Família no município sede do estado (capital).

As cidades escolhidas, então, foram: Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Campo Grande/MS, Porto Alegre/RS e Recife/PE.

Propostas/ objetivo/ meta:

O objetivo deste projeto é garantir o seguimento dos diagnosticados com hemoglobinopatias pelo Programa de Triagem Neonatal, recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do SUS a partir da hemorrede pública, e prover assistência aos adultos com diagnóstico tardio de anemia falciforme.

Após um período de 03 meses, a implantação será avaliada para ajustes e tratamento das não-conformidades, para então disponibilizar gradativamente o projeto a outros Estados que desejarem aderir e que atendam aos requisitos do Ministério da Saúde.

Paralelamente a isto, o Comitê Técnico de Hemoglobinopatias proporá protocolos, resgatando os trabalhos já existentes e adequando-os à nova lógica assistencial.

Ações/ resultados obtidos:

A - Integralidade da Atenção:

A equipe multidisciplinar deverá, sempre que possível, ser composta de médico hematologista, enfermeira, psicóloga, assistente social e fisioterapeuta.

A Coordenação de Sangue tem buscado, para implantar o seu Projeto, estabelecer interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde

visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da hemorrede, de forma a garantir a assistência integral a estes pacientes.

B - Capacitação para Assistência:

A Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados disponibilizará recursos para capacitação das equipes envolvidas no Projeto, e promoverá a articulação com os Pólos de Educação Permanente do SUS nessas regiões.

A equipe do DATASUS treinará as equipes locais para utilizar os módulos do programa *Hemovida Ambulatorial*.

C- Genética:

Considerando a vigência da Portaria nº 822/01/GM/MS, que institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN, atualmente sob a responsabilidade da Coordenação de Média Complexidade Ambulatorial do Departamento de Atenção Especializada – DAE da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, verificou-se que os recém-nascidos com doença falciforme e talassemia são identificados no diagnóstico neonatal, mas há dificuldades de encaminhar esses pacientes, e os familiares que às vezes também são diagnosticados no momento da triagem, para serviços de acompanhamento especializado, por falta de parceria e pagamento formalizados com algum serviço ambulatorial:

a) construir os instrumentos jurídicos para formalizar esse vínculo e investir na hemorrede para incrementar sua estrutura nos 12 estados já credenciados na fase II de implantação do Programa, aproveitando experiências bem sucedidas, como, por exemplo, de Minas Gerais e Pernambuco.

b) estimular a ampliação da cobertura do diagnóstico neonatal da fase II incentivando os demais 14 estados que ainda estão na fase I de implantação.

D- Imunobiológicos Especiais:

O Programa Nacional de Imunizações - PNI atua por meio de um calendário vacinal comum, disponível na rede básica, por meio de campanhas periódicas, e por meio de Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, destinados a fornecer vacinas especiais a pacientes com indicações específicas – neste contexto, sete (7) vacinas desse elenco que são destinadas aos pacientes de anemia falciforme.

O DATASUS também disponibilizará um módulo do sistema *Hemovida Ambulatorial* para os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE em cada estado, permitindo a troca de informações cadastrais dos pacientes diagnosticados com doença falciforme com a hemorrede, permitindo programar a reserva de vacinas especiais e a realização de busca ativa em caso de não comparecimento.

E-Medicamentos Essenciais:

A compra centralizada de analgésicos, antiinflamatórios e ácido fólico precisa ser garantida pela inclusão dessa medicação numa lista de medicamentos essenciais, conforme protocolo de tratamento da anemia falciforme.

F-Quelação de Ferro:

Muitos destes pacientes são submetidos a sistema de hipertransfusão visando a manter níveis de hemoglobina normais para evitar agravos, mas isso

gera duas grandes complicações: sobrecarga de ferro tóxica que pode comprometer órgãos vitais e podendo ser, em alguns casos, fatal, e reações por antígenos leucocitários.

O Ministério da Saúde já disponibiliza o medicamento desferroxamina, um quelante de ferro fundamental para pacientes com sobrecarga de ferro, e passará agora a disponibilizar outro quelante, este oral, a Deferriprona.

Foi proposto um protocolo de terapia quelante combinada. Contudo, a bomba de infusão ainda não está disponível no SUS. Está prevista a aquisição, em 2004, de 700 bombas de infusão subcutânea de desferroxamina, para distribuição na rede aos pacientes com indicação de quelação de ferro já cadastrados.

G- Filtração de Leucócitos:

Aquisição de filtros para deleucotização, considerando que o regime de hipertransfusão a que são submetidos os pacientes pode, com o tempo, levar a reações imunológicas decorrentes da aloimunização a leucócitos e a antígenos plaquetários.

O custo do projeto deverá ser de R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais)/ano, quando o projeto estiver implantado em sua plenitude, envolvendo apenas a compra de filtro de leucócitos, uma vez que os outros insumos e materiais já fazem parte das compras do MS, sendo apenas organizado e maximizando a sua utilização e distribuição. Para a primeira fase do projeto, serão disponibilizados R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).

Parcerias:

As interfaces e pactuações concretizadas incluem:

- a) disponibilizar um módulo do sistema informatizado Hemovida Ambulatorial para os SRTN –Serviços de Referência de Triagem Neonatal em cada estado;
- b) troca de dados cadastrais dos recém-natos e familiares diagnosticados com anemia falciforme e encaminhamento dos doentes para os serviços de hemoterapia de referência, onde terão garantia de assistência hematológica;
- c) informação e aconselhamento genético nos SRTN aos familiares das crianças com doença e traço falciforme;
- d) ampliação do exame de eletroforese da hemoglobina para os pais e irmãos do recém-nato portador de traço falciforme.

As outras interfaces com outros setores do Ministério da Saúde estão em processo de construção ou pactuação, tais como: segurança alimentar, educação popular, capacitação de profissionais de saúde, apoio às associações e organizações de doentes.

Outras informações:

Desta forma, o Ministério da Saúde implantará uma política pública para a assistência destes pacientes, contemplando a população da raça/etnia negra, que tem na Anemia Falciforme a doença genética de maior prevalência. Desta forma pretende-se reduzir as iniquidades no setor saúde, por meio da qualificação da assistência que levem em consideração os valores sociais, culturais e étnicos da população negra acometida.

Contato: Dr. João Paulo Baccara Araujo – Tel: (61) 315-2428 / Fax 315-2440

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação de Saúde no Sistema Penitenciário

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Público ou população beneficiária específica:

População penitenciária brasileira, estimada em mais de 210.000 pessoas, confinadas em presídios, penitenciárias, manicômios judiciais, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e colônias penais.

Propostas/objetivo/meta:

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi instituído através da Portaria Interministerial nº 1777, de 09/09/03 (Ministérios da Saúde e Justiça). O objetivo do Plano Nacional é a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde(SUS), através da organização de ações e serviços de atenção básica em saúde nas unidades prisionais e referência aos demais níveis de atenção em saúde, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite(CIB).

Ações/resultados obtidos:

As primeiras qualificações estaduais ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário ocorrerão no dia 18/08/04, em cerimônia a ser realizada com a presença dos Srs. Ministros de Estado da Saúde e Justiça, quando será assinada a Portaria de Qualificação

Parcerias:

Este Plano foi elaborado numa ação integrada entre os Ministérios da Saúde e Justiça. No âmbito deste Ministério foi realizado um trabalho matricial envolvendo as diversas Áreas Técnicas e Secretarias que têm transversalidade com a proposta.

Outras informações:

Este Plano Nacional foi aprovado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, está referenciado no Plano Nacional de Saúde .

Contato:

Maria Cristina Fernandes Ferreira
Fone: 315-2959 e 315-2306 e Fax: 315-3403
email: cristina.ferreira@saude.gov.br

Obs: Segundo dados do último Censo Penitenciário(1995), Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça, do total da população confinada no Sistema Penitenciário, 45% são negros e/ou mulatos.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem

Atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei

Diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória – aprovadas pela Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004.

Público ou população beneficiária específica: Jovens e adolescentes em conflito com a lei, privados de liberdade em unidades de internação e internação provisória de todo o Brasil.

Propostas/ objetivo/ meta: Implantação e implementação de um elenco de ações no âmbito da promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência aos agravos, em unidades de internação e internação provisória que atendem a adolescentes em conflito com a lei, garantindo a integralidade e a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, bem como uma atenção à saúde humanizada e de qualidade, conforme a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-01/2002, o Estatuto da Criança e do Adolescente, artigos 94, 123, 124 e 125, e a Resolução do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente – CONANDA nº 46/96.

Ações/ resultados obtidos: A atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei em regime de internação ou internação provisória, em unidades masculinas e femininas, será realizada por meio das seguintes ações:

- Ações de promoção de saúde;
- Ações e práticas educativas; e
- Ações de assistência à saúde:
 - a) Acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial;
 - b) Saúde sexual e saúde reprodutiva;
 - c) Imunização;
 - d) Saúde bucal;
 - e) Saúde mental;
 - f) Controle de agravos; e
 - g) Assistência à vítima de violência.

As ações de saúde a serem desenvolvidas nas unidades de internação e internação provisória deverão visar à inclusão social do adolescente.

Parcerias: A proposta está sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pretende-se envolver todas as áreas do Ministério da Saúde, bem como as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as Secretarias gestoras do sistema sócio-educativo. Ademais, participarão do acompanhamento da implantação das diretrizes os Conselhos de Saúde e os Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente. A portaria também estabelece

que, para a implementação das ações, o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, as Secretarias Estaduais de Saúde, as secretarias gestoras do sistema sócio-educativo, e as Secretarias Municipais de Saúde poderão estabelecer, parcerias, acordos, convênios com entidades privadas sem fins lucrativos, bem como com organizações não-governamentais, regularmente constituídas e registradas no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, respeitados os critérios definidos no artigo 91 do ECA, e que detenham experiência de trabalho com adolescentes, em conflito com a lei.

Outras informações: As diretrizes visam o atendimento a todos os jovens e adolescentes privados de liberdade como um todo, sem distinção de raça. Mas certamente terá o condão de incluir a população negra privada de liberdade do sistema sócio-educativo nas ações e serviços públicos de saúde, pois a realidade mostra que este público é totalmente excluído do SUS.

Contato: Thereza de Lamare franco Netto
E-mail: thereza.lamare@saude.gov.br
Telefone: (ramal) 2375

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde Mental

Saúde Mental

Público ou população beneficiária específica:

Portadores de Transtornos mentais e portadores de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras Drogas

Propostas/objetivo/meta:

Reorientar o modelo de atenção psiquiátrica. Aumentar o número de serviços extra-hospitalares, de base comunitária, melhorar o acesso, a qualidade e a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Aumentar o gasto com a atenção extra-hospitalar, diminuir o número de internações em hospitais psiquiátricos, ampliar a rede de atenção pública (Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, ambulatórios), acompanhar e avaliar estes serviços. Capacitar profissionais que atuam na área segundo os princípios da reforma psiquiátrica.

Ações/resultados obtidos:

- Diminuição de Leitos em hospitais psiquiátricos;
- Ampliação do número de beneficiários do Programa de Volta para Casa;
- Aumento do número de serviços tipo caps;
- Criação de Grupo de Trabalho intersetorial sobre Saúde Mental infanto-juvenil – instalação do Fórum Nacional, sobre o tema, em 5.08;
- Avaliação de todos os Hospitais Psiquiátricos – PNASH/Psiquiatria;
- Ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Parcerias:

- Área de Saúde da Criança;
- Saúde do Adolescente e do Jovem;
- Saúde da Mulher;
- Saúde do Trabalhador;
- Violência e Causas Externas;
- PN DST/AIDS;
- Área de saúde dos portadores de necessidades especiais;
- Departamento de Atenção Básica;
- Saúde do Indígena;
- ANVISA;
- Secretarias estaduais e municipais de Saúde;
- Ministério da Justiça;
- SEDH;
- MEC;
- Ministério da Cultura;
- Ministério da Ação Social e do Combate a Fome;
- Ministério Público;
- CONANDA;
- CNS;

- CONASS;
- CONASEMS;
- Associação de Usuários e familiares;
- Conselho de classe;
- Ong's;
- OPAS;
- OMS;
- Presidência da República;
- Câmara Legislativa;
- Sanado Federal;
- Instituições filantrópicas (APAES, PESTALOZZI);
- Universidades.

Outras informações:

O programa desenvolve diversas ações e projetos que tem por objetivo aumentar o acesso da atenção com qualidade, equidade, de forma integral e que vise à plena garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos, enquanto cidadãos.

Temos diversas publicações que poderão ser disponibilizadas por meio de publicações e /ou eletrônico.

No PPA temos 2 ações específicas da área: uma para ampliação dos serviços extra-hospitalares e outro sobre o Programa de volta para CASA – PVC. Além disso, a área recebe grande demanda de pedidos para celebração de convênios para a realização de estudos, pesquisas, capacitações e eventos técnicos na área.

Os 26 Estados e o DF, além de vários municípios, tem coordenações de saúde mental que estabelecem contato direto com a Coordenação Nacional – Área técnica de Saúde Mental

Contato:

Coordenador: Pedro Gabriel Delgado Godinho

Fone(61) 3152313/ 3153319/3152655

e-mail: pgabriel@saude.gov.br; saudemental@saude.gov.br;

cristina.hoffmann@saude.gov.br

FAX:(61)3152313

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Departamento De Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Público ou população beneficiária específica: A Política orienta GESTORES e PROFISSIONAIS DE SAÚDE do SUS para ações que estão direcionadas à população feminina brasileira acima de 10 anos de idade.

Propostas/objetivo/meta: Inclusão da Promoção da Atenção à Saúde da Mulher Negra na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Meta: Implantar em 100% das capitais e incorporar a atenção à Saúde da Mulher Negra nas ações desenvolvidas pelas equipes do PSF.

Estratégias Propostas na Política: Melhorar o registro e a produção de dados com inclusão do quesito cor nos sistemas de informação e documentos do SUS; capacitar profissionais de saúde com abordagem das especificidades da saúde da mulher negra e o enfoque da diversidade sócio-cultural, racismo e etnicidade; apoiar a implantação do PAF nas SES e SMS; incluir no âmbito do SUS o recorte racial/étnico nas ações da saúde da mulher; estimular gestores do SUS para que considerem espaços de matriz africana como pólos de difusão de saberes e práticas de promoção da saúde da população negra; estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com movimentos e entidades da sociedade civil que atuam em saúde da população negra.

Ações/resultados obtidos: Inclusão do quesito cor no cartão da gestante e na ficha de atenção pré-natal; realização de Seminário Nacional em setembro/2004 para elaboração de planos de saúde da mulher para estados e municípios, incluindo recorte étnico/racial.

Parcerias: A Política foi elaborada em parceria com diversas áreas do MS, Agências de Cooperação Internacional, pesquisadoras e militantes da saúde da população negra, SEPPIR, Movimento de Mulheres e Movimento Feminista. para a implementação da Política são parceiros(as): outras área do Ministério da Saúde; sociedades científicas, universidades, conselhos de saúde e outros, CONASS, CONASEMS, entidades da sociedade civil, instituições/ministérios com interface com o tema; Agências de Cooperação Internacional.

Contato: Maria José Oliveira de Araújo.

Fone: 61-3152933

Fax: 3223912

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Área Técnica de Prevenção da Violência e Causas Externas

Plano Nacional de Prevenção da Violência

Público ou população beneficiária específica: População brasileira

Propostas/ objetivo/ meta: Qualificar a gestão para o olhar transversal da violência estrutural nos segmentos raça/cor, gênero e geração.

Ações/ resultados obtidos: O Plano está em fase de implantação.

Parcerias: Núcleos Estaduais e Municipais, Instituições Sociais e Instituições Acadêmicas.

Contato:

Maria do Socorro Lemos

Fone: 315 33 15

E-mail: msocorro.lemos@saude.gov.br

Fax:315 34 03

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação de Saúde do Trabalhador
Área Técnica de Saúde do Trabalhador

Saúde do Trabalhador

Público ou população beneficiária específica:

Quem o SUS deve considerar como trabalhador?

Devem ser considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários, servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego. Este conceito de trabalhador, ampliado e abrangente, expressa o princípio de universalidade do SUS.

Propostas/objetivo/meta:

O que faz a Área de Saúde do Trabalhador do SUS?

A saúde do trabalhador constitui a área da saúde pública que tem como objeto de estudo e de ação as relações entre o trabalho e a saúde. O objetivo maior dessa área do MS é a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, mediante, prioritariamente, o desenvolvimento de ações de vigilância sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, sobre as condições de trabalho e sobre os agravos à saúde dos trabalhadores, bem como da assistência integral à saúde deste segmento populacional. Também contempla, a organização e a prestação da assistência ao trabalhador, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e as diretrizes da Política Nacional de Saúde do são:

- Atenção Integral Saúde dos Trabalhadores envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis; fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho; assistência integral à saúde dos trabalhadores; adequação e ampliação da capacidade institucional;
- Articulação Intra e Intersetoriais;
- Estruturação de Rede de Informações em Saúde do Trabalhador;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;

- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos;
- Participação da Comunidade na Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador.

Ações/resultados obtidos:

Quais as ações e estratégias de Saúde do Trabalhador em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde?

- 1- Implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, com controle social: Meta de 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, em todo o território nacional. Destes, 101 já foram habilitados até julho de 2004, sendo que já 71 estão em operação e os demais em fase de instalação.
- 2- Implementação do Observatório Nacional de Saúde do Trabalhador: análise dos dados de agravos em saúde do trabalhador que são de notificação compulsória e deverão ser no SINAN de forma a contemplar o quesito raça/cor (variável já disponibilizada na ficha de notificação) e disponibilização desses dados para gestores e controle social.
- 3- Criação de uma rede de Centros Colaboradores do SUS em Saúde do Trabalhador para a Saúde do Trabalhador.
- 4- Incorporar ações de atenção à Saúde do Trabalhador na atenção básica, com ênfase no PACS/PSF.
- 5- Definição e implementação de um Plano de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador, visando o desenvolvimento de ações integradas entre as diversas áreas do SUS.
- 6- Formulação e implantação uma política de comunicação de Saúde do Trabalhador.
- 7- Participação em organismos colegiados no âmbito do Ministério da Saúde ou de outras instituições.
- 8- Desenvolvimento de ações somatórias para a erradicação do trabalho infantil e proteção ao trabalho do adolescente, no âmbito do SUS.
- 9- Realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, convocada intersetorialmente – Ministério da Saúde /Ministério do Trabalho e Emprego / Ministério da Previdência Social – para o segundo semestre de 2005, com participação dos diversos movimentos sociais que possuem interface com o tema.
- 10- Desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador para a população do campo, participando das ações encaminhadas junto ao Grupo da Terra do Ministério da Saúde, cujo objetivo é discutir as políticas de saúde específicas para a população do campo, tendo como um dos subgrupos alvo as populações remanescentes de quilombos.

Parcerias:

Por que as ações de Saúde do Trabalhador devem ser integradas com diversos setores de governo?

As políticas públicas no campo da saúde e segurança no trabalho constituem ações implementadas pelo Estado visando garantir que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, sem prejuízo para sua integridade física e mental.

A concepção de cidadania, presente na Constituição Federal, inclui a garantia do direito ao trabalho, à saúde e à previdência social, entre outros, que decorrem, em grande parte, dos modelos de desenvolvimento econômico e social adotados pelo país. Para o Estado garantir esses direitos, torna-se necessário o desenvolvimento de políticas e ações de governo articuladas entre diversos setores públicos e privados.

Uma política de saúde e segurança do trabalhador apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, além de estar diretamente relacionada com as políticas do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde.

A abordagem integrada das inter-relações entre as questões de saúde e segurança do trabalhador, meio ambiente e desenvolvimento sustentável representa, na atualidade, um grande desafio para o Estado Brasileiro. A degradação ambiental, originada no processo de produção, armazenagem, distribuição e comercialização, tem gerado poluição do ar, do solo, da água, com riscos e danos à saúde dos trabalhadores, da população do entorno e para o equilíbrio ecológico. Tal fato ocorre no campo e nas cidades, tanto nas atividades de economia "formal", como "informal".

As mudanças ocorridas na economia mundial e nacional nos últimos anos, caracterizadas pelo aumento da produção com menor número de trabalhadores empregados, com automação, terceirização, precarização e aumento da informalidade, têm causado novos prejuízos à saúde dos trabalhadores, que se somaram aos problemas de doenças e acidentes de trabalho que já existiam. Vivenciamos assim um aumento de "novas" doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos, Sofrimento Mental e diversos tipos de Câncer, além dos agravos ocupacionais "tradicionais", como as seqüelas de acidentes de trabalho, silicose, asbestose, intoxicações, dermatoses, surdez ocupacional, entre outros. Também os trabalhadores dos serviços públicos, como profissionais da educação, da saúde e da segurança pública têm sido alvo de adoecimento pelo trabalho nas últimas décadas.

Com a preocupação e o compromisso de alterar essa situação e, no cumprimento de seu dever, o Governo Federal está aglutinando toda a experiência já acumulada em saúde e segurança do trabalhador pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, para elaborar a proposição de uma Política de Segurança e Saúde do Trabalhador, para que se desenvolvam ações integradas nessa área, de forma mais racional e universal.

Outras informações:

Qual é a situação de adoecimento e morte no trabalho em nosso país?

A escassez e inadequação das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para o planejamento e intervenções em saúde, além de omitir à sociedade instrumentos importantes para a melhoria das condições de trabalho.

Como dado ilustrativo, no período de 1996 a 2000, a Previdência Social registrou

entre 22 milhões de trabalhadores formais¹ (35% da População Economicamente Ativa - PEA) um total de 1.963.955 acidentes de trabalho, sendo 102.321 com óbitos ou incapacidade permanente², com uma média de 3.788 óbitos/ano. O coeficiente médio de mortalidade entre 1997 e 2001 foi de 17,39 por 100.000 trabalhadores (MS, 2002).

Comparando-se o coeficiente de mortalidade do Brasil com o de outros países, estudados por Takala (1999), no início da década de 1990, observa-se que na Finlândia era de 3,2 , na França de 7,4 , Canadá 6,93 e Espanha 10,2 (por 100.000 mil trabalhadores) demonstrando que o risco de morrer devido os acidentes de trabalho no Brasil é cerca de duas a cinco vezes maior.

Entre 2000 e 2002, INSS, concedeu 42.384 benefícios por incapacidade permanente para o trabalho (em média de quase 40 casos de aposentadoria por invalidez por dia) devido a seqüelas de acidentes e doenças do trabalho. No mesmo período, foram registrados 58.978 casos de doenças relacionadas ao trabalho. A atuação dos serviços de referência de saúde do trabalhador do SUS teve papel importante no aumento do número desses registros, ocorrido a partir do final da década de 80.

Apesar de elevados, estes números não refletem a realidade, que é ainda mais grave. Recente estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista³, na cidade de Botucatu – SP, com padrão de vida e índice de desenvolvimento humano – IDH superiores à média nacional, mostrou a ocorrência de 4,1% de acidentes de trabalho na população, dos quais apenas 22,4% tiveram registro previdenciário. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde - OMS (ano), na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas.

Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos evitáveis e que trabalhadores jovens, idosos e excluídos do mercado formal são mais vulneráveis. Em 1997, na cidade de Campinas – SP (população de cerca de 1 milhão de habitantes), a vigilância em saúde do trabalhador do SUS local estimou incidência anual de aproximadamente 100 amputações traumáticas em menores de 18 anos, devido a acidentes de trabalho.

Considerando que, no Brasil, os segurados pelo SAT representam cerca 35% do total de trabalhadores, caso a exposição a fatores de riscos de acidentes presentes no trabalho seja semelhante para os demais trabalhadores, os números globais de acidentes de trabalho no País, poderiam de uma forma bastante simplificada, serem multiplicados por três.⁴

¹ com vínculo de trabalho regido pela CLT e cobertos pelo Seguro de Acidente do Trabalho – SAT

² <http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/estatisticas>

³ Binder, MCP e Cordeiro, R. Ver. Saúde Pública 2003; 37 (4): 409-16.

⁴ Caso se considere a subnotificação demonstrada , entre outros, por Binder,(2003), Barata, (2000) e Conceição (2003), o índice a ser utilizado para “correção” das estatísticas de acidentes de trabalho deverá ser ainda maior

As informações disponíveis mostram que a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais, nos processos de trabalho, modifica o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Essas mudanças se expressam, entre outros, no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT); os cânceres; formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental; e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Essas “novas” formas de adoecimento convivem com as já conhecidas doenças profissionais, como a silicose, as intoxicações por metais pesados, por agrotóxicos, entre outras.

Os acidentes e doenças do trabalho conectam-se intrinsecamente aos problemas da violência e exclusão vividos pela sociedade brasileira. As relações entre trabalho e violência têm sido enfocadas em múltiplos aspectos:

- a violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho;
- a violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças;
- a violência, a discriminação e o assédio moral ligados às relações de etnia e gênero, caracterizados pelas agressões (incluindo humilhações) entre pares, chefias e subordinados.

A violência urbana e a criminalidade estendem-se aos ambientes e às atividades de trabalho, traduzida em assaltos e roubo, que resultam em agressões por vezes fatais. Também são freqüentes agressões a trabalhadores em serviços sociais e de atendimento ao público, como motoristas, policiais, vigilantes e os trabalhadores da saúde. A violência também acompanha o trabalhador rural brasileiro, conseqüência dos seculares problemas envolvendo a posse da terra.

Se, por um lado, as inovações tecnológicas têm contribuído para a redução da exposição aos riscos ocupacionais em determinados ramos de atividade, tornando o trabalho menos insalubre e perigoso, também podem gerar novos riscos e danos para a saúde. O emprego de tecnologias avançadas na área da química fina, na indústria nuclear e nas empresas de biotecnologia que operam com organismos geneticamente modificados acrescenta novos e complexos problemas para o meio ambiente e para a saúde pública do País. Esses riscos são ainda pouco conhecidos e de difícil controle.

Contato:

Marco Antônio Gomes Pérez
Tel: 61 3152610 / 2266406
E-mail: cosat@saude.gov.br

SECRETARIA EXECUTIVA
Grupo da Terra

Política de Saúde para a População do Campo

Público ou população beneficiária específica: agricultores familiares, trabalhadores rurais e aqueles em regime de trabalho temporário; trabalhadores rurais assentados; famílias de trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos; comunidades que vivem em quilombos, em reservas extrativistas, em vilas, povoados; população ribeirinha, populações atingidas por barragens, comunidades tradicionais e trabalhadores que moram na periferia das cidades e que trabalham no campo.

Propostas / objetivo / meta: a *Agenda da Saúde para a População do Campo* foi construída em resposta às pautas dos movimentos sociais organizados no campo e está representada nos temas: acesso às ações integrais de atenção à saúde; política de saneamento; política de assistência farmacêutica e fitoterápicos; política de alimentação e segurança alimentar; política de saúde do trabalhador e saúde ambiental; política de educação em saúde e controle social

Ações / resultados obtidos: articulação de ações de várias áreas do Ministério sendo consolidada por meio de algumas medidas normativas e de negociações com os setores sociais envolvidos:

- Portaria GM/719, 16/4/2004 – cria o Grupo da Terra; Portaria GM/777, 28/4/2004 – Projeto de combate ao uso de agrotóxico; Portaria GM/1432, 14/7/2004 – PAB fixo população assentada entre os anos 2000-2003; Portaria GM/1434, 14/7/2004 – Incentivo à equidade: mudanças no financiamento dos pequenos municípios da Amazônia Legal
- Portaria FUNASA-106/2004 – Projetos de Saneamento: Comunidades Quilombolas, Assentamentos, Reservas Extrativistas e em municípios de até 30 mil habitantes.
- Política de Fitoterápicos – sendo finalizada. Projetos: Farmácias Verdes
- Educação em Saúde – Projeto de Capacitação em Educação Reprodutiva, Gênero e Família (MS/CONTAG)
- Projetos de DST/AIDS – em assentamentos, quilombos, garimpos, acampamentos.

Parcerias: MMA, MDA, CONTAG, MST, Margaridas, CONAQ (Coordenação Nacional de Associações de Quilombolas)

Outras informações: a população remanescente de quilombos, que é um dos sujeitos desta política, é estimada em 2 milhões de pessoas, que residem em 743 comunidades distribuídas em 315 municípios.

Contatos:

Márcia Amaral (coordenadora) / Moema Brito

Fones: (61) 315-2130, 315-2133

E-mail: marciaamaral@saude.gov.br;

maria.moema@saude.gov.br

grupodaterra@saude.gov.br

**SECRETARIA EXECUTIVA
Núcleo Técnico da PNH**

**Política Nacional de Humanização da Atenção e da
Gestão no SUS – HumanizaSUS**

Público ou população beneficiária: Trabalhadores gestores e usuários do SUS.

Um dos Princípios Norteadores: Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.).

Proposta/objetivo/meta: Trabalhamos para consolidar quatro marcas específicas:

- Redução de filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- Gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

Parcerias: Secretarias Estaduais de Saúde; Secretarias Municipais de Saúde; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR/PR.

Contato:

Regina Duarte Benevides de Barros – Coordenadora Nacional de PNH

Fone: 315 2133/ 315 2130

E-mail: regina.benevides@saude.gov.br

Núcleo Técnico da PNH – humanizasus@saude.gov.br;

**SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS
ESTRATÉGICOS
Departamento de Ciência e Tecnologia**

**Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde /
Subagenda – Saúde da População Negra**

Público ou população beneficiária específica: A construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde é um processo técnico e político que envolve o conjunto dos atores sociais comprometidos com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S) – gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, usuários, agências de fomento, órgãos formadores, pesquisadores, setor produtivo, sociedade civil organizada.

Propostas/ objetivo/ meta: A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde deve orientar o fomento no âmbito do SUS, com o objetivo de produzir novos conhecimentos e práticas voltados para a promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, com estímulo a estudos integrados de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial e levando em conta os aspectos culturais e étnicos.

Outras informações: A Subagenda - **SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA** é o resultado de um processo de construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que culminou com a votação na plenária final da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada de 25 a 28 de julho de 2004 em Brasília.

Contato: Dr. Reinaldo Guimarães – Diretor do DECIT
Fax: (061) 223-0799
Fones: (061) 315-2790/2839

SUBAGENDA Nº 4. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

4.1 MAGNITUDE E DINÂMICA DOS PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

4.1.1. Estudo da questão racial no Brasil, seus impactos nas relações sociais e implicações sobre o processo saúde-doença da população negra;

4.1.2. Situação de saúde das populações negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas);

4.1.3. Desenvolvimento de sistema de indicadores de saúde da população negra:

4.1.3.1. Informação estatística do quesito cor e de outras variáveis importantes no monitoramento da equidade em saúde;

4.1.3.2. Análise epidemiológica da morbimortalidade por doenças genéticas e por doenças agravadas pelas condições de vida;

4.1.3.3. Revisão sistemática sobre saúde da população negra.

4.1.4. Estudos multidisciplinares sobre doença falciforme:

- 4.1.4.1. Impacto epidemiológico, determinantes, repercussões e riscos;
- 4.1.4.2. Clínico-epidemiológicos sobre a heterogeneidade da sintomatologia, ocorrência de complicações e reação adversa a medicamentos;
- 4.1.4.3. Desenvolvimento de kits básicos para diagnóstico;
- 4.1.4.4. Vigilância epidemiológica de infecções associadas.
- 4.1.5. Doenças, agravos e condições da população negra:
 - 4.1.5.1. Hemoglobinopatias, hipertensão, diabetes mellitus e seus agravos;
 - 4.1.5.2. Deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase, e outras condições genéticas;
 - 4.1.5.3. Infecção por HTLV-I;
 - 4.1.5.4. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/ aids;
 - 4.1.5.5. Gravidez e obesidade na adolescência;
 - 4.1.5.6. Transtornos mentais.
- 4.1.6. Estudos e pesquisas qualitativas e quantitativas sobre medicina popular de matriz africana e contribuição das manifestações afro-brasileiras na promoção da saúde.

4.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS, SERVIÇOS E TECNOLOGIAS

- 4.2.1 Estudos sobre as políticas governamentais afirmativas de discriminação positiva, na área da saúde.

SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA

Associações de Portadores da Anemia Falciforme e do Traço: uma ação em busca da equidade

Público ou população beneficiária específica:

Portadores da Anemia Falciforme, do Traço e as entidades representativas desta parcela da população.

Propostas/ objetivo/ meta:

Fortalecimento Institucional das Associações de Portadores da Anemia Falciforme como forma de promoção da Equidade em Saúde.

Objetivos:

- Fortalecer e qualificar a participação das Associações de Falcêmicos e portadores do Traço na gestão do SUS, para que atuem como instância formuladora de estratégias em saúde da população que representam.
- Proporcionar o fortalecimento das associações para que elas efetuem a busca ativa dos portadores da Anemia Falciforme para encaminhamento no SUS; o aconselhamento genético, a busca e garantia de medicamentos, ambos considerados muito importantes para a qualidade de vida dos sujeitos portadores.
- Fortalecer os direitos de cidadania e à saúde da parcela da população alvo das ações.
- Divulgar a patologia, disseminando o conhecimento da Anemia Falciforme para a população em geral, inclusive para os próprios profissionais de saúde que a desconhecem.
- Divulgar a existência e o trabalho desenvolvido pelas entidades representativas dos portadores da Anemia Falciforme e do Traço, utilizando as parcerias institucionais da SGP com os meios de comunicação comunitários e outros.
- Contribuir para reflexão e ações que levem à promoção da Equidade em Saúde para esta parcela vulnerável da população.

Ações/ resultados obtidos:

Primeira etapa: mapeamento das associações existentes, com o objetivo de conhecer seu funcionamento e necessidades; fortalecimento das associações existentes e fomento à criação dessas nos estados e municípios que não as possuem. Proporcionar às associações capacidade de busca ativa dos portadores da anemia e do traço para encaminhamentos necessários no SUS.

Segunda etapa: fomento à organização das associações de Falcêmicos, incluindo infra-estrutura necessária ao seu funcionamento.

Parcerias:

- As Associações de Falcêmicos e/ou portadores do Traço;
- Gestores de Saúde dos estados e municípios;
- Setores do Ministério da Saúde, notadamente a Coordenação de Sangue/SAS.

Outras informações:*Sobre a Anemia Falciforme*

A Anemia Falciforme é uma doença crônica, degenerativa, auto-incapacitante e ainda não tem cura, mas pode ser controlada através de alguns cuidados básicos de saúde. A qualidade de vida dos acometido pela doença é, em geral, muito baixa e agravada principalmente pelas más condições sócio-econômicas.

Origens ou Causas:

Mutações genéticas, ocorridas há milhões de anos no continente africano e que chegou às Américas pela imigração forçada dos aproximadamente 4 milhões de escravos. Nas doenças falciformes, as hemácias (células do sangue), assumem a forma de foice, daí o nome "falciforme". Estas ficam mais duras e seu tempo de vida diminui de 120 dias, nas situações de normalidade, para 15 dias, acarretando a necessidade, do doente de se submeter a transfusão de sangue para repor as hemácias perdidas, que morrem por hemólise (explosão).

Sintomas:

- Crises dolorosas: dor nos ossos, músculos e juntas associadas ou não a infecções, exposições ao frio, esforços físicos.
- Palidez, cansaço fácil, astenia, icterícia (cor amarelada visível principalmente no branco do olho).
- Úlceras (feridas) nas pernas.
- Palpitações, taquicardia.
- Nas crianças pode haver inchaço muito doloroso nas mãos e pés. Pode haver também seqüestro de sangue no baço, causando palidez acentuada, às vezes seguida de desmaio e aumento do baço (constitui uma emergência).
- Maior tendência a infecções.
- Manifestações Urogenitais: perda progressiva do poder de concentração de urina, causada pelas repetidas lesões, conseqüência das obstruções de pequenos vasos no sistema urogenital. Esses pacientes eliminam sempre grande quantidade de urina, e são freqüentes as micções.
- Priapismo: Ocorre pelo represamento de sangue no pênis, criando condições para trombose e oclusão vascular. Pode ocorrer em crianças e adultos.
- Desidratação: muito comum, causada pela transpiração excessiva, e pelo grande volume de urina expelido.

Contato:

Sylvain Levy - Informação e Comunicação em Saúde

Autora: Maria Maurília Queiroga

maria.queiroga@saude.gov.br

Tel.: 61 3153611

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EDUCARSUS

Público ou população beneficiária específica:

Gestores, trabalhadores da saúde, instituições formadoras e usuários do SUS (movimentos sociais, conselhos de saúde e população em geral).



A POLÍTICA acima proporciona oportunidade de inserção do recorte raça/cor nos espaços locorregionais de discussão e pactuação de AÇÕES afirmativas

Propostas/ Objetivo/ meta:

Construir uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde: educação técnica, educação superior, especialização,

educação permanente e produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde, bem como a educação popular para a gestão das políticas públicas de saúde.

Propostas:

Capacitação nos temas do projeto, de até 60 multiplicadores(as) por território, selecionados nos 26 Estados e no Distrito Federal, totalizando 1.620.

Ações/ resultados obtidos:

Exemplo de ação:

Projeto de Formação de Multiplicadores (as) em "Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos" – Convênio CONTAG / MS

Alguns objetivos:

- * Potencializar o Movimento Sindical de Trabalhadores (as) Rurais no exercício do direito à saúde e sua atuação na formulação da Política de Saúde para a População do Campo, com a perspectiva da territorialidade e da **igualdade de gênero, articulada com as dimensões de geração, raça e etnia;**
- * Sensibilização e comprometimento de gestores do SUS na formulação e implementação da política de Saúde para a População do Campo.

Parcerias:

Intra-ministeriais:

- participação no Comitê Técnico Saúde da População Negra;
- participação no Grupo da Terra.

Inter-ministeriais:

- participação no GRPE (gênero, raça, pobreza e emprego);
- participação no GT Educação do Campo (CONDRAF – Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável).

Movimentos sociais:

- ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular na Saúde);
- MST, CONTAG e outros.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane
Sociodiversidade

Saúde e Sustentabilidade das Populações Remanescentes de Quilombos da Região Norte – Brasil

Público ou população beneficiária específica:

Populações Remanescentes de Quilombos

Propostas/objetivo/meta:

Proposta: O Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD), Unidade Técnico Científica da Fundação Oswaldo Cruz na Amazônia, com sede em Manaus, vem estabelecendo como prioridades estratégicas à promoção e realização de pesquisas em ciência e tecnologia em saúde, nas áreas da sociodiversidade e biodiversidade dirigidas para os problemas sócio-sanitários e epidemiológicos de alta relevância na região. O "Projeto Quilombos" consiste num grupo de pesquisa consorciado no âmbito do *Observatório de Situações de Saúde e Ambiente*, que sustenta as linhas de pesquisa da Sociodiversidade.

Considerando as especificidades culturais e geográficas da região Norte, este Centro estabeleceu entre suas atividades prioritárias ações dirigidas a populações mais vulneráveis tais como às populações indígenas, assentados, populações de periferias das grandes cidades, caboclos ou ribeirinhos e remanescentes de quilombos. Neste sentido foi estabelecido um grupo de pesquisa dirigido a estudar da situação de saúde das populações remanescentes de quilombos da região Norte. Com esta linha de pesquisa o CPqL&MD reafirma seu papel estratégico de focalizar grupos sociais em situação de vulnerabilidade desta região e se insere no *Acordo Multilateral* para o desenvolvimento da área da Saúde na região Amazônica.

Objetivo: Conhecer as interações entre a saúde dos remanescentes de quilombos e a sustentabilidade na região Norte, através de enfoques sócio-sanitários, epidemiológicos e antropológicos que favoreçam o entendimento ambiental da produção e reprodução do processo saúde-doença, visando uma cooperação técnico-científico entre grupos de pesquisa consorciados, procurando contribuir no conhecimento da realidade em saúde, fortalecimento do SUS e melhoria das condições de vida das populações na Amazônia Legal.

Meta: Realizar levantamentos em saúde e sustentabilidade dos quilombos referenciados para a Amazônia Legal.

Ações/resultados obtidos:

- a) Levantamento de dados de saúde, ambiente, georreferenciamento e censo populacional de seis Quilombos situados no município de Santarém, PA: Comunidades de Saracura, Arapemã, Bom Jardim, Murumurutuba, Murumuru e Tiningú;
- b) Realização de levantamento etnográfico da população negra na comunidade do Tambor, Enseada (Parque Nacional do Jaú) e periferia da Cidade de Novo Airão, Município de Novo Airão;

- c) Realização de Audiência na Cidade de Novo Airão com Representantes das Comunidades envolvidas, Líderes Comunitários, Representantes da FIOCRUZ, Ministério Público Federal, IBAMA, Ministério Público do Estado do Amazonas, Fundação Cultural Palmares e Representantes do IPHAN. (Já realizado em 2003);
 - d) Expedição a Comunidades Remanescentes de Quilombos do Baixo Amazonas (Bom Jardim, Arapemã, Saracura, Murumuru, Murumurutuba, Tiningú): Produção de um Documentário sobre as Condições de Vida e Saúde dessas Comunidades;
 - e) Oficina sobre inserção das comunidades quilombolas da Amazônia no Programa Fome Zero;
 - f) Oficina sobre sustentabilidade de comunidade quilombola referenciada para o Amazonas no município de Nova Airão (Org. FIOCRUZ/MPF) e participação da Fundação Cultural Palmares;
 - g) - Oficina sobre Saúde e Sustentabilidade das Comunidades Remanescentes de quilombos no Baixo Amazonas, encaminhamentos:
 - a. Inserção no Programa Emergencial de Cestas Básicas do Programa Fome Zero (6 comunidades de Santarém, 1 de Alenquer e 16 de Oriximinã - comunidades localizadas em áreas atingidas por Barragem);
 - b. Implantação de Vr-Sats em comunidade quilombola por parte do SIPAM, objetivando a inclusão digital e instalação de Telecentro onde instituições como a FIOCRUZ possa oferecer capacitação na área de saúde pública para estas comunidades (Sra. Dulci Vidigal – Técnica do SIPAM e o Sr. Euclides Sales, Assessor Institucional do SIPAM);
 - c. Implantação do Programa de Todas as Letras, visa à alfabetização de jovens e adultos – Escola Sindical Amazônia conveniado Ministério da Educação, com previsão de início de atividades do dia 20/07/04 (Responsável – Sr. Euclides Sales, Assessor Institucional do SIPAM);
 - d. Inclusão de todas as Comunidades Quilombolas do Brasil como áreas prioritárias (especiais) da FUNASA/MS a receber investimentos em saneamento básico (Portaria no. 225, de 14/05/2003). Previsão de início de Saneamento Agosto/2004 em 2 comunidades de terra firme (Bom Jardim e Murumurutuba) e uma de Várzea (Saracura) no município de Santarém.
- Doação de Medicamentos básicos de FARMANGUINHOS para comunidades remanescentes de quilombos do município de Santarém.
 - Reunião das Diretorias das unidades (Dr. Luciano Medeiros de Toledo, CPqLMD, Dra. Denise Oliveira, DIREB; Dr. Jose Augusto – IFF, da Fiocruz que participam deste levantamento com o Secretário Municipal de Saúde de STM – Dr. Alberto Tolentino), objetivo foi de formalizar parceria para trabalho em saúde nestas comunidades;
 - Oficina para discutir a questão de demarcação de terras quilombolas e sua relação com problemas de sustentabilidade, saúde e ambiente (Orgs. Comissão de Articulação de quilombos de Santarém), convidados INCRA, MPF, FCP e FIOCRUZ. Encaminhamentos:
 - a. Organização de Comissão para discutir problemática de Saúde, ambiente e demarcação de terras quilombolas (INCRA, MPF, FIOCRUZ, Comissão de Articulação quilombos de STM, Universidades, entre outras);

b. A primeira Reunião aconteceu em julho/04 – Demarcação de terras – Georreferenciamento dos quilombos, saúde e ambiente – degradação ambiental em áreas quilombolas.

- Oficina de Encerramento para discussão de resultados preliminares da pesquisa em Saúde realizada pela Fiocruz com a Secretaria Municipal de Saúde de STM;

- Realização de estudo e mapeamento sobre anemia falciforme nas comunidades quilombolas da Amazônia (já realizado nas seis do município de Santarém), em parceria com o Centro de Pesquisa Gonzalo Muniz em Salvador;

- Mapeamento das seis comunidades remanescentes de quilombos do município de Santarém e compartilhamento de informações com INCRA, MP, Comissão de Articulação de Quilombos de Santarém na discussão da Demarcação das terras;

- Reunião com o Laboratório Central de Saúde Pública do município de Macapá – Estado de Amapá para discussão de proposta de projeto de cooperação técnico-científica do *Acordo Multilateral* sobre saúde na Amazônia Legal, em Comunidades Afro-descendentes do Curiaú e Maruanum I e II e para assessorar e colaborar na organização dos projetos sociais do Governo do Estado com população Afro-descendente de Lagoa do Índio.

Parcerias:

Direção Regional de Brasília (DIREB), Instituto Fernandes Figueiras, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Centro de Pesquisa Gonzalo Muniz, Instituto de Tecnologia em Fármacos (FARMANGUINHOS), Fundação de Medicina Tropical em Manaus, Ministério da Saúde, Fundação Cultural Palmares, Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, Organizações Comunitárias Quilombolas, Comissão de Articulação de Quilombos de Santarém, Ministério Público, INCRA, SIPAM, Movimentos de Consciência e Artes Negras, Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (IBAMA).

Outras informações:

a) Representação na Comissão de Discussão de Demarcação de Terras Quilombos do Município de Santarém;

b) Realizamos acompanhamento e apoio na elaboração de projetos, organização comunitária (especialmente com relação à questões de Controle Social);

c) Inserção, Capacitação e oferecimento de bolsas para jovens e adultos quilombolas para auxílio nas pesquisas de saúde que realiza a Fiocruz nas comunidades.

Contato:

✓ Luciano Medeiros de Toledo – ltoledo@amazonia.fiocruz.br (092) 234 4783/232 3696.

✓ Ana Felisa Hurtado Guerrero – guerrerocol@amazonia.fiocruz.br (092) 232 3696/637 6421.

✓ Denise Oliveira e Silva – deniluz@direb.fiocruz.br (061) 340 0340.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA

Saneamento Básico em Comunidades Remanescentes de Quilombos

Comunidade: KALUNGA

Melhorias Sanitárias Domiciliares – MSD

Público ou população beneficiária específica: Comunidade remanescente de quilombo, denominada “Kalunga”, localizada na Região Norte de Goiás, nos Municípios de Cavalcante, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás.

Propostas/ objetivo/ meta: A ação prevê a construção de 1.200 módulos sanitários, beneficiando cerca de 1.200 famílias, sendo parte integrante do processo de melhoria de qualidade de vida da Comunidade Kalunga, por meio de ações de saneamento básico para controle de agravos.

Parcerias: O projeto denominado “Ação Kalunga” conta com a participação da Funasa/MS, Ministério das Cidades, Fundação Cultural Palmares, SEPPIR, Agência Goiânia de Habitação e Fundação Universidade de Brasília – Fubra, sendo esta a responsável pela execução das obras.

Outras informações: A construção de 1.200 módulos sanitários é apenas uma das ações em execução nessa parceria inter-ministerial. Além desta, está sendo iniciada a construção de 400 casas e reformas de outras 800. A Funasa pretende investir R\$ 2.868.000,00.

Comunidade: KALUNGA

Construção de Sistema de Abastecimento de Água

Público ou população beneficiária específica: Comunidade Kalunga, localidades Vão do Moleque, Taboca e Diadema, nos Municípios de Cavalcante e Teresina de Goiás.

Propostas/ objetivo/ meta: Serão construídos três Sistemas de Abastecimento de Água, com tratamento e distribuição. A Funasa está investindo R\$ 900.000,00 nessas ações.

Parcerias: As ações estão sendo executadas por meio de convênios celebrados entre a Fundação e as Prefeituras Municipais.

Comunidade: CAIANA DOS CRIoulos

Construção de Sistema de Abastecimento de Água

Público ou população beneficiária específica: Comunidade de Caiana dos Crioulos, no Município de Alagoa Grande no Estado da Paraíba.

Propostas/ objetivo/ meta: Construção de um Sistema de Abastecimento de Água, que beneficiará 250 famílias.

Parcerias: A execução da obra se dará através de convênio celebrado entre a Funasa e a Prefeitura Municipal de Alagoa Grande/PB.

Outras informações: A Funasa investirá R\$ 150.000,00 nessa ação.

Comunidade: PEDRO CUBAS

Ampliação de sistema de abastecimento de água

Público ou população beneficiária específica: Comunidade de Pedro Cubas, no Município de Eldorado, no Estado de São Paulo.

Propostas/ objetivo/ meta: Ampliação de sistema de abastecimento de água, beneficiando 80 famílias.

Outras informações: A Funasa investiu cerca de R\$ 21.000,00.

Contato: O Coordenador-Geral do Projeto na Funasa é o Diretor do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional - Depin, Déo Costa Ramos. Contato através do telefone: 314-6206/6226, e-mail: deo.ramos@funasa.gov.br.

Obs: A Funasa investirá, ainda em 2004, em ações de abastecimento de água e melhorias sanitárias domiciliares, atendendo cerca de 10 comunidades remanescentes de quilombos.