

Cuiabá/MT, 02 a 04 de janeiro de 2012

Notícias / Política BR

03/01/2012 - 19:05

Ministério aprova e MT terá R\$ 2 mi a mais contra dengue

De Brasília - Vinícius Tavares

O Ministério da Saúde aprovou 61 projetos de municípios de Mato Grosso para o combate à dengue, o que garantirá ao Estado um adicional de R\$ 2,113 milhões contra a doença. Os maiores beneficiados são os municípios de Cuiabá, que receberá R\$ 845 mil a mais para combater a dengue; Várzea Grande, que terá R\$ 186 mil; Sinop, com R\$ 154 mil; e Rondonópolis, com R\$ 117 mil.

No país, 1.159 cidades foram selecionadas. A medida permitirá que os municípios recebam 20% a mais do que os repasses regulares do Teto de Vigilância e Promoção à Saúde. Ao todo, serão R\$ 92,8 milhões adicionais. Os planos incluem a qualificação das ações de prevenção e controle da doença. Mais de 100 milhões de pessoas serão beneficiadas com as ações.

O número de municípios selecionados é 17% maior do que os 989 previstos em outubro, quando foi lançado o conjunto de ações estratégicas para enfrentamento da dengue neste verão. “Os municípios selecionados assinam um termo de adesão. É um comprometimento, junto com o ministério da Saúde, de ampliar as ações de combate ao mosquito transmissor, a vigilância dos casos e notificações, além da organização da assistência aos pacientes”, disse o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Até o final de novembro, foram notificados 742.364 casos suspeitos de dengue em todo o país. Em comparação com o mesmo período do ano passado, houve uma redução de 25%. De janeiro a novembro de 2010, foram registrados 985.720 casos suspeitos da doença. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste também registraram diminuição nos casos de dengue: A maior redução - de 77% - foi registrada na região Centro-Oeste. Foram 211.695 casos, em 2010, contra 48.524, em 2011.

A dengue possui quatro sorotipos de vírus (DENV 1, DENV 2, DENV 3 E DENV 4). As atividades de vigilância virológica em 2011 destacam o predomínio da circulação do sorotipo DENV 1 no país. Foram constatadas, porém, uma circulação importante dos tipos DENV 2 e DENV 4. Esse cenário, associado às condições ambientais, que permitem a manutenção do

mosquito *Aedes aegypti*, alerta para a possibilidade de persistência da transmissão em níveis elevados do vírus no verão de 2012.

Os valores obedecem ao que foi estabelecido pela Portaria nº 2.557/2011, que aprova as diretrizes para execução e financiamento destas ações. A portaria se junta a outras nove publicadas em dezembro: 2.929, 2.987 publicadas nos dias 12 e 15 respectivamente; 3.019 e 3.022, publicadas no dia 22 de dezembro e as portarias 3.207, 3.210, 3.211 e 3.212 publicadas na última sexta-feira (30).

Esses recursos correspondem a um acréscimo de 20% do Piso Fixo de Vigilância e Promoção à Saúde que já é repassado rotineiramente para os municípios. Os recursos serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos do Distrito Federal e Municipais de Saúde. (Com informações do Ministério da Saúde).

Município Valor (R\$)

Acorizal 3.917,22
Alta Floresta 54.915,35
Araguaiana 1.707,30
Araputanga 9.479,01
Aripuanã 21.384,11
Barão de Melgaço 4.218,34
Barra do Bugres 21.217,64
Barra do Garças 36.293,04
Cáceres 61.342,08
Campo Novo do Parecis 13.241,30
Campo Verde 15.123,38
Campos de Júlio 5.076,76
Carlinda 11.758,28
Cláudia 13.330,13
Colíder 31.495,48
Colniza 30.712,28
Conquista D'Oeste 1.767,18
Cuiabá 845.206,86
Diamantino 10.229,03
Figueirópolis d'Oeste 1.964,37
Gaúcha do Norte 6.326,06
General Carneiro 2.701,54
Guarantã do Norte 37.555,85
Itaúba 7.074,68
Jaciara 13.927,89
Jauru 6.256,15



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

Clipping Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

Juína 45.067,33
Juruena 9.326,34
Juscimeira 6.537,86
Lucas do Rio Verde 32.616,43
Marcelândia 20.116,57
Nobres 8.228,75
Nossa Senhora do Livramento 8.515,90
Nova Canaã do Norte 12.969,59
Nova Olímpia 11.253,21
Nova Santa Helena 1.866,04
Nova Ubiratã 8.574,66
Pedra Preta 8.844,50
Poconé 20.291,90
Pontal do Araguaia 2.859,51
Pontes e Lacerda 33.443,54
Porto Esperidião 5.471,72
Reserva do Cabaçal 1.395,91
Rio Branco 2.798,26
Rondonópolis 117.240,71
Rosário Oeste 11.482,04
Salto do Céu 1.925,68
Santa Carmem 4.934,17
Santa Rita do Trivelato 1.478,11
Santo Afonso 1.581,81
Santo Antônio do Leste 1.919,77
São José do Rio Claro 10.013,66
São José dos Quatro Marcos 10.473,59
São Pedro da Cipa 2.278,69
Sapezal 15.294,42
Sinop 154.275,19
Tangará da Serra 47.509,42
Tapurah 11.194,52
Terra Nova do Norte 14.764,68
Várzea Grande 186.195,92
Vera 12.510,60
TOTAL R\$ 2.113.472,31

<http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Ministerio aprova e MT ter a R 2 mi a mais contra dengue&id=228903>

[COTIDIANO](#) / DOE SANGUE

04.01.12 | 09h10 - Atualizado em 04.01.12 | 09h17

Hemocentro chama a população para doação de sangue

MT Hemocentro está apto a atender uma demanda superior a 60 doadores/dia

Reprodução



O ato de doação é um ato espontâneo

ASCOM

O MT Hemocentro intensifica ações para doação de sangue nesta semana. A ação de sensibilização e captação de novos doadores é para atender a demanda de sangue em todo Estado e normalização do estoque. A diretora geral do MT Hemocentro, Eliana Rabani faz um convite à população mato-grossense para a necessidade da doação de sangue, atentando ao fato do período de férias.

Outro fator que aumenta a necessidade do constante chamamento de novos doadores é o curto tempo de validade do concentrado de plaquetas. "Cada bolsa de sangue pode ser dividida em quatro componentes: concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, o plasma e concentrado de crio - precipitados (por isso dizemos que quem doa sangue pode salvar até quatro vidas). Dos quatro hemocomponentes o que tem menor vida útil, e que é um dos mais solicitados, é o concentrado de plaquetas", explicou Eliana Rabani.

"O ato de doação é um ato espontâneo. Os doadores do tipo O, A e B positivos são mais frequentes, Já o AB positivo e os de fator RH negativo são menos incidentes na população. Segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde (SES), em Mato Grosso, apenas 6% da população tem o tipo O negativo, que é o doador universal. Daí a necessidade mais frequente da busca desses doadores", destacou a diretora.

A diretora lembra que ainda assim todos os tipos de sangue são importantes, e que a unidade trabalha com o objetivo de conseguir doadores fidelizados, ou seja, aqueles que doam sangue com frequência, respeitando o intervalo de três meses para as mulheres e dois meses para os homens em cada doação. A conscientização da população é necessária para manter um estoque permanente no intuito de atender a demanda diária do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Estado. "Salientamos

ainda, que o MT Hemocentro está apto a atender uma demanda superior a 60 doadores/dia.

PROGRAMAÇÃO UNIDADE MÓVEL

Na quarta-feira (04.01) e na sexta-feira (06.01) das 08hs às 17 horas, a Unidade Móvel estará estacionada na Praça da República, recebendo os doadores.

Além desses locais, as doações poderão ser feitas na sede do MT Hemocentro, que fica na Rua 13 de junho, 1.055, bairro Porto, em Cuiabá das 07h:30min as 17 horas e sábado das 07h30 ao meio dia.

Outro ponto de coleta importante é a Unidade do MT Hemocentro que fica dentro do Pronto Socorro de Cuiabá, na rua General Valle Centro, que funciona de segunda a sexta das 08h às 18h para receber os doadores.

QUEM PODE DOAR

Candidatos com:

- Aspecto saudável e declaração de bem-estar geral;
- Idade entre 18 anos completos e 67 anos, 11 meses e 29 dias. Podem ser aceitos candidatos à doação de sangue com idade de 16 e 17 anos, com o consentimento formal do responsável legal. E, em caso de necessidades tecnicamente justificáveis, o candidato cuja idade seja inferior a 16 anos ou superior a 68 anos somente poderá ser aceito após análise pelo médico do serviço de hemoterapia.
- Peso mínimo de 50 kg. Candidatos com peso abaixo de 50 Kg podem ser aceitos após avaliação médica e desde que respeitados critérios específicos estabelecimentos na Portaria 1.353/11.

NÃO PODEM

Não podem doar sangue pessoas que tiveram diagnóstico de hepatite após os 10 anos de idade, mulheres grávidas ou amamentando, pessoas que estão expostas a doenças transmissíveis pelo sangue como AIDS, hepatite, sífilis e doença de chagas, usuários de drogas e aqueles que tiveram relacionamento sexual com parceiro desconhecido ou eventual, sem uso de preservativos.

Para mais informações os telefones de contato do MT Hemocentro são: 3623-0044 (PABX) e 3321-4578 (Captação de Doadores).

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=73922>

03/01/2012 - 17h36

Ministério aprova projetos de Mato Grosso contra dengue

Redação 24 Horas News

O Ministério da Saúde aprovou 61 projetos municipais contra dengue, que garantirão a Mato Grosso um adicional de R\$ 2 milhões contra a doença. No país, 1.159 cidades foram selecionadas. A medida permitirá que os municípios recebam 20% a mais do que os repasses regulares do Teto de Vigilância e Promoção à Saúde. Ao todo, serão R\$ 92,8 milhões adicionais. Os planos incluem a qualificação das ações de prevenção e controle da doença. Mais de 100 milhões serão beneficiadas.

O número de municípios selecionados é 17% maior do que os 989 previstos em outubro, quando foi lançando o conjunto de ações estratégicas para enfrentamento da dengue neste verão. “Os municípios selecionados assinam um termo de adesão. É um comprometimento, junto com o ministério da Saúde, de ampliar as ações de combate ao mosquito transmissor, a vigilância dos casos e notificações. e organização da assistência aos pacientes”, disse o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Até o final de novembro, foram notificados 742.364 casos suspeitos de dengue em todo o país. Em comparação com o mesmo período do ano passado, houve uma redução de 25%. De janeiro a novembro de 2010, foram registrados 985.720 casos suspeitos da doença. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste também registraram diminuição nos casos de dengue: A maior redução - de 77% - foi registrada na Região Centro-Oeste. Foram 211.695 casos, em 2010, contra 48.524, em 2011.

A Dengue possui quatro sorotipos de vírus (DENV 1, DENV 2, DENV 3 E DENV 4). As atividades de vigilância virológica em 2011, destacam o predomínio da circulação do sorotipo DENV 1 no país. Foram constatadas, porém, uma circulação importante dos tipos DENV 2 e DENV 4. Esse cenário, associado às condições ambientais, que permitem a manutenção do mosquito *Aedes aegypti*, alerta para a possibilidade de persistência da transmissão em níveis elevados do vírus no verão de 2012.

Os valores obedecem ao que foi estabelecido pela Portaria nº 2.557/2011, que aprova as diretrizes para execução e financiamento destas ações. A portaria se junta a outras nove publicadas em dezembro: 2.929, 2.987 publicadas nos dia 12 e 15 respectivamente; 3.019 e 3.022, publicadas no dia 22 de dezembro e as portarias 3.207, 3.210, 3.211 e 3.212 publicadas na última sexta-feira (30).

Esses recursos correspondem a um acréscimo de 20% do Piso Fixo de Vigilância e Promoção à Saúde que já é repassado rotineiramente para os municípios. Os recursos serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=399024>

03/01/2012 - 15h58

Ministério abre cadastro para voluntários para situações emergenciais

Agência Brasil

O Ministério da Saúde abriu cadastro para profissionais da área que queiram atuar como voluntários em situações emergenciais como desastres naturais, calamidades públicas e de risco epidemiológico. Os interessados devem preencher a ficha de inscrição disponível na internet.

Podem se cadastrar profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), médicos intervencionistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, condutores de veículos de emergência, profissionais de saúde de hospitais universitários, de institutos nacionais e da rede assistencial hospitalar federal, estadual e municipal.

O banco de voluntários da chamada Força Tarefa do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo criar uma resposta rápida e coordenada para situações como surtos de leptospirose provocados por enchentes, além de oferecer apoio logístico e equipamentos.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=399003>

02/01/2012 - 16h17

Inca recomenda protetor solar; Brasil pode ter 134 mil casos de câncer de pele

Agência Brasil

Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca) indicam que o Brasil deve registrar este ano 134.170 novos casos de câncer de pele – 62.680 em homens e 71.490 em mulheres. A doença responde por 25% do total de tumores malignos detectados no país e é o tipo de câncer mais comum em pessoas com mais de 40 anos. A recomendação é que as pessoas estejam atentas para o uso do protetor solar, sobretudo durante o período de férias de verão.

A orientação, de acordo com o Inca, é aplicar o filtro solar meia hora antes de sair de casa e reaplicá-lo a cada duas horas. O protetor também deve ser reforçado após mergulhos ou em casos de suor intenso. Pessoas de pele clara, sensível à ação dos raios solares ou com doenças cutâneas prévias são as principais vítimas do câncer de pele.

Outro conselho é o uso de roupas confeccionadas com tecidos que têm proteção solar, produzidos com tecnologia especial. Alguns desses materiais, segundo o órgão, chegam a bloquear 98% dos raios ultravioleta.

Em relação ao fator de proteção solar (FPS), a indicação é utilizar, no mínimo, filtro solar número 15. É preciso ainda evitar a exposição ao sol entre as 10h e as 16h, além de usar chapéus, guarda-sol e óculos escuros.

Pessoas que trabalham em exposição direta ao sol, como salva-vidas, pescadores e vendedores ambulantes de praia, estão mais suscetíveis à doença e devem redobrar os cuidados.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=398874>

01/01/2012 - 17h48

Planos de saúde são obrigados a oferecer mais exames e cirurgias

Terra

Entra em vigor neste domingo a nova lista do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, que devem ser garantidos pelos planos privados de assistência médica, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em agosto de 2011.

Segundo a ANS, as principais mudanças são a inclusão de 41 novos tipos de cirurgias por vídeo, novos exames como de DNA (genes EGFR, K-RAS e HER-2) e exame para diagnóstico de câncer de mama.

Além dessas inclusões, também foi ampliado o número máximo de consultas para nutricionistas, inclusão de tratamento tipo terapia imunobiológica (para reumatóide, artrite, doença de crônic e espondilite) e novos tratamentos como implante de anel intraestomal, tratamento ocular quimioterápico e atiotomografia coronariana.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=398778>

01/01/2012 - 16h55

Idade limite para vacinação contra hepatite B aumenta

Agência Brasil

Além de manter em dia as vacinas das crianças, os adultos também devem ficar atentos para a atualização da própria caderneta de imunização. É preciso se proteger contra a hepatite B, a difteria, o tétano, a febre amarela, o sarampo, a caxumba e a rubéola.

De acordo com o Ministério da Saúde, a partir dos 20 anos quatro vacinas devem ser tomadas. A tríplice viral protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola, por meio de dose única. A vacina dupla adulto protege contra a difteria e o tétano, sendo necessária uma dose a cada dez anos. A vacina contra a febre amarela também deve ser aplicada uma vez a cada dez anos.

Já a vacina contra a hepatite B, a partir de 2012, terá a faixa etária limite ampliada de 24 anos para 29 anos. A imunização só é eficaz quando as três doses são administradas - com intervalos de um mês após a primeira dose e de seis meses após a segunda dose.

Além da vacinação de rotina, a população adulta também deve ficar atenta para as campanhas nacionais, que acontecem no país desde 1980. Em 2011, foram realizadas três campanhas: contra a influenza ou gripe sazonal, contra a poliomielite e contra o sarampo.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=398767>

CONSULTAS A JATO

Atendimentos médicos que não duram mais do que 15 minutos tornam-se frequentes

Atendimentos médicos que não duram mais do que 15 minutos tornam-se frequentes, o que provoca o erro no diagnóstico e na prescrição de remédios. O que você pode fazer se tiver sido vítima dessa prática

A cena é cotidiana nos consultórios médicos: entre o bom-dia e o até logo dados pelo profissional, passam-se apenas 20, 15 e, às vezes, inacreditáveis três minutos. Quando muito, dá tempo apenas para falar dos sintomas mais aparentes, pegar na mão uma lista de exames a ser feitos ou de remédios a ser tomados. Para que servem e quando mesmo devem ser tomados? Difícil lembrar, já que as explicações foram tão rápidas que nem deu para memorizá-las como se deveria. Também é evidente que o médico não teve tempo para avaliar com a precisão necessária o que foi prescrito. Trata-se de uma realidade cada vez mais frequente, tanto no Brasil quanto em outros lugares do mundo. Inclusive em consultórios particulares, essas consultas, que mais se parecem com um drive-thru de lanchonete, são registradas. E isso contribui para as estatísticas judiciais que mostram aumento nos casos de erros médicos.

A banalização das consultas a jato é tão grande que levou a uma distorção. Hoje, ser atendido em 15 minutos é considerado um privilégio. Um estudo da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto, em São Paulo, deixou isso claro. Os pesquisadores acompanharam 480 consultas na rede pública e mediram, de cronômetro na mão, o tempo que cada doente passava no consultório. Logo em seguida, perguntaram o nível de satisfação com a consulta. Quem foi atendido entre 11,4 e 15 minutos considerou o atendimento excelente. Os que ficaram de 7,6 a 11,3 minutos acharam a consulta boa. Já os que permaneceram com o médico de 3,8 a 7,5 minutos consideraram-na regular e apenas os que ficaram de 0,1 a 3,7 minutos – ou seja, nem quatro minutos – acharam que foram mal atendidos.



Foto de Reprodução

Erro de diagnóstico
Um agente, a historiadora Lucila Bionek, 33 anos, procura a emergência de um hospital conveniado de seu plano de saúde em Porto Alegre. Sente fortes dores abdominais. Espera 45 minutos para ser atendida, mas sua consulta levou apenas dez. O médico disse que se tratava de um caso de ovário comum. Ainda com dores, no dia seguinte Lucila procurou sua ginecologista. "Ela viu os exames e disse claramente que se tratava de um caso oncológico", conta. A historiadora fez a operação e na semana seguinte que o câncer, na verdade, era um tumor. Ela hoje está no terceiro ciclo de quimioterapia. "Ainda não tenho filhos, mas me preocupo o que faria pra não denunciar o atendimento que recebi."

Apesar dos efeitos nocivos das consultas-relâmpago, não há no Brasil uma regulamentação que determine o tempo mínimo que uma consulta deve ter. Há apenas um consenso entre os bons médicos de que é impossível fazer uma avaliação correta do paciente em menos de 25 minutos. "Não se coloca o tempo de consulta no contrato porque se supõe que o médico agirá com consciência ética", afirma Rogério Toledo, diretor do setor de Proteção ao Paciente da Associação Médica Brasileira (AMB). Mas como fazer isso na rede pública, por exemplo, na qual cada médico tem pelo menos 16 pacientes marcados para prestar atendimento em uma jornada de quatro horas? Ou seja, dedicar a cada doente escassos 15 minutos? Esse tempo, aliás, é usado como marcador de produtividade

na rede pública, de acordo com o Manual de Auditoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde. O documento serve para analisar o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e, segundo uma de suas fórmulas, serviço produtivo é aquele que atende em 15 minutos. Na rede conveniada, o parâmetro é que os profissionais atendam no máximo quatro pacientes por hora – ou seja, os mesmos 15 minutos para cada um.

O problema é que nem sequer a “regra” dos 15 minutos é respeitada. “Na rede pública há médicos que atendem em dois minutos, no corredor mesmo”, relata o médico Fernando Lucchese, diretor da Santa Casa de Porto Alegre. “Já ouvi colegas dizer que eram pressionados a atender em menos de dez minutos”, completa o proctologista aposentado Albino Sorbino, que durante anos trabalhou no Hospital do Servidor Público de São Paulo. A demanda na instituição pública comprometia o atendimento em seu consultório. “Eram, no mínimo, dois casos graves por dia”, lembra. “Não tinha como fazer essa consulta em 15 minutos e eu ficava sempre três horas além do meu horário.”

Pouco a pouco, começam a surgir indicativos dos danos causados pelas consultas rápidas. Um estudo feito pela Universidade de Ghent, na Bélgica, revelou um pouco das diferenças que ocorrem quando uma consulta é rápida demais ou acontece no tempo certo. Os cientistas analisaram 2.801 gravações de consultas realizadas em 183 hospitais da União Europeia e categorizaram as relações estabelecidas durante o encontro com o médico. Nos curtos, o tempo é dividido entre perguntas e instruções. Já nos longos, observou-se mais tempo gasto no levantamento de problemas psicológicos que podem estar relacionados aos sintomas e no fornecimento de orientações gerais ao doente. Este último, é claro, é o modelo mais ideal. “A consulta não é o momento de diagnóstico preciso”, explica o gastroenterologista Rogério Toledo, da AMB. “É o momento de se inteirar dos hábitos do paciente.”

Uma boa consulta envolve também a coleta do histórico do paciente, exame clínico completo, indicação detalhada de exames complementares, se necessários, e orientações terapêuticas baseadas em pelo menos mais de uma hipótese de diagnóstico. “Tarefa difícil para 15 minutos”, diz o infectologista David Uip, diretor do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em São Paulo.

Há outros prejuízos quando esse roteiro não é cumprido. O tempo mínimo compromete a relação com o paciente e pode levar o médico a somente atenuar os sintomas sem tratar a doença. “O profissional vira um grande fazedor de receitas”, diz Lucchese, de Porto Alegre. O atendimento rápido também compromete a interligação de sintomas com situações, já que o paciente apenas responde a perguntas ou é dirigido pelo médico. “E é só deixando o paciente falar que se podem fazer conexões com uma sintomatologia que inicialmente não estaria relacionada à doença”, diz o cardiologista Múcio Oliveira, diretor de emergência do Instituto do Coração, em São Paulo. “O atendimento rápido vai comprometer o diagnóstico”, diz Rogério Toledo.

Outros riscos são sair da consulta sem entender como tomar o remédio – e tomá-lo errado – ou receber uma prescrição incorreta. No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde, 50% dos remédios comercializados são prescritos, dispensados ou usados de maneira errada. E, segundo especialistas, 49% dos erros são feitos pelo médico, na hora da prescrição. “O profissional faz um diagnóstico apressado, errôneo, e receita o remédio errado”, diz Fernando Lucchese. “O erro nas prescrições é uma consequência inevitável dessa consulta que não privilegia o olho clínico.” Além disso, a pressa eleva a chance de o paciente se submeter a exames desnecessários, sujeitando-se, por exemplo, a receber doses de radiação emitidas por aparelhos de imagem, sem que fosse preciso.



A falta de coleta de dados e um histórico mal tirado podem levar inclusive à morte. No ano passado, o Tribunal de Justiça de São Paulo indenizou uma família em R\$ 30 mil por causa de um atendimento ruim em um hospital privado. Uma criança de 1 mês e 7 dias de vida, com pneumonia grave, voltou para casa apenas com uma prescrição de Novalgina. “Ela morreu de pneumonia porque o médico não coletou os dados suficientes na hora da consulta”, relata o advogado Vinicius de Abreu, representante da ONG Saúde Legal, entidade de defesa de pacientes.

Uma suposta falta de médicos poderia ser usada para justificar a pressa. Mas isso não é real no Brasil. Em outubro deste ano, os conselhos regionais de medicina registravam a existência de 371.788 médicos em atividade no País, um salto de 530% desde 1970, percentual cinco vezes maior que o crescimento da população. As razões apresentadas por entidades médicas para a disseminação da praga da consulta a jato repousam em outras esferas. Elas argumentam que a baixa remuneração dos profissionais é que provoca a necessidade de atender vários pacientes em um mesmo período. Isso fica mais evidente na rede pública, na qual os baixos salários não atraem muita gente. Como resultado, o número de médicos não seria suficiente para atender à demanda. “Não é novidade que faltam médicos nos serviços de urgência em hospitais públicos”, diz Aloísio Tibiriçá, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina.

Na rede conveniada, que hoje já atende 9% da população brasileira, menos médicos se credenciam aos planos de saúde também por causa da baixa remuneração. Há planos que pagam menos de R\$ 30 por consulta. A consequência: muitos profissionais atendem mais gente do que deveriam para conseguir um rendimento satisfatório. “O médico precisa manter o consultório, mas com os valores pagos só consegue isso aumentando os pacientes por hora ou cobrando no particular”, afirma Márcia Rosa de Araújo, presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Essa realidade vem merecendo reação dos próprios médicos. Recentemente, verificou-se uma onda de paralisações entre os profissionais vinculados a convênios. Em Campo Grande, em Mato Grosso do Sul, os médicos Marco Leite e João Botelho decidiram fazer o contrário. Para mostrar à população como deve ser um atendimento impecável, reforçaram o time de profissionais em uma das Unidades Básicas de Saúde da cidade em um dia de atendimento. “Tivemos um reforço de oito médicos onde antes havia quatro”, diz João Botelho. E os pacientes finalmente foram atendidos corretamente.



É direito do médico pleitear salários mais altos. Mas os governos, os profissionais e as entidades que os representam devem ficar em alerta para não permitir que a baixa remuneração e a ausência de infraestrutura continuem a ser motivos para justificar a proliferação da prática das consultas expressas e suas consequências danosas aos pacientes. As entidades médicas deveriam também – inclusive para proteger os próprios profissionais – exigir das autoridades de saúde melhorias nos sistemas de saúde público e privado.

No âmbito particular, não há muita explicação para o fato de um médico receber o que quiser por uma consulta e atender seu

paciente rapidamente. Uma das argumentações dos profissionais é a de que muitos trabalham em hospitais públicos ou conveniados durante o dia e acabam ficando com pouco tempo para atender à noite no consultório. Mas o paciente não tem culpa disso.

O que também contribui para a armadilha das fast consultas é uma formação médica baseada mais na técnica do que em um atendimento mais humano. Além disso, muitos médicos são oriundos de faculdades de qualidade ruim, de onde saem às vezes sem saber sequer como realizar um exame clínico correto. Atualmente, o Ministério da Educação supervisiona 17 cursos de medicina que obtiveram conceitos 1 e 2, considerados baixos, no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes. Entre elas estão quatro universidades federais.

Como não há, porém, uma determinação legal sobre o tempo mínimo de uma consulta, o paciente só poderá processar o médico quando houver um dano evidente e ficarem caracterizadas negligência, imprudência ou imperícia. “Não é porque a consulta foi rápida que o serviço foi mal prestado”, diz a advogada Joana Cruz, do Instituto de Defesa do Consumidor. No entanto, a curta duração da consulta pode ser um indício de que o médico agiu com negligência. “Nesse caso, o consumidor pode usar a curta duração como contextualização”, afirma o advogado Alexei Marqui, especializado em direito do consumidor.

Para isso é necessário que o paciente produza uma prova de que o tempo diminuto resultou em negligência. “Ele pode pedir um comprovante da duração da consulta para o médico”, orienta Marqui. Mesmo na ausência de prova, dependendo do caso, o juiz pode determinar a inversão do ônus da prova. Nessas circunstâncias, como o paciente é considerado leigo, a Justiça entende que seria mais fácil o médico produzir uma prova que o defenda do que o paciente oferecer uma prova que acuse o médico.

Mesmo sem um erro evidente, no entanto, vale registrar a queixa nas operadoras de saúde (para usuários de planos) ou no Ministério Público e secretarias de Saúde (pacientes da rede pública). O doente atendido por médico particular pode resolver na hora. A advogada especializada em saúde Rosana Chiavassa orienta só pagar a consulta depois do atendimento. “Dessa forma, se a pessoa considerar que foi mal atendida ou atendida rapidamente, é só levantar e ir embora sem pagar”, diz. Os indivíduos também têm a opção de recorrer à Justiça quando considerarem que a consulta expressa deixou consequências danosas à saúde.

A denúncia aos órgãos competentes pode ser uma boa opção para detonar um movimento em massa por consultas mais extensas. Foi a partir da pressão popular, por exemplo, que a Agência Nacional Suplementar de Saúde decidiu diminuir o tempo de espera para a marcação de consultas e exames por usuários de planos de saúde.

<http://www.nopoder.com.br/materias.php?subcategoriaId=6&id=3044&>

Conheça a Carta da Frente Estadual Antimanicomial de SP!

By

[Saúde com Dilma](#)

- Atualizado em 04/01/2012 **Postado em:** [z](#)



Frente Antimanicomial de SP reitera em carta os princípios da reforma psiquiátrica! Leia e assine também o documento!

Carta da “Frente Estadual Antimanicomial – São Paulo”

Nós da “Frente Estadual Antimanicomial – São Paulo” nos propomos a congregar e acolher os diversos movimentos e entidades do campo da saúde, saúde mental, e outras áreas. Reafirmamos os compromissos e propostas da “Carta de Bauru” (Bauru, 1987), do “Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial” (Brasil, 2011), “Carta de Carapicuíba” (Carapicuíba, 2011), “Carta de Santos” (Santos, 2011) e da “Carta de Serra Negra” (Serra Negra, 2011).

Propomos avançar na Reforma Sanitária e na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no Estado, defendendo o direito à saúde a partir dos princípios do SUS, discutindo e apresentando proposições e ações frente aos desafios da atualidade.

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e Luta Antimanicomial, como muitos outros Movimentos Sociais, marcaram o século XX e início do XXI com propostas de construção de uma sociedade democrática, com a garantia de direitos sociais e transformação da atenção pública em saúde e saúde mental no Brasil.

Atualmente, encontram-se em implementação no território brasileiro redes de serviços substitutivos de atenção em saúde mental e diversas iniciativas intersetoriais nos campos do trabalho e da cultura. E, certamente, uma das principais conquistas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial tem sido a de afirmar, garantir e restituir os direitos dos usuários, dos familiares e da comunidade, buscando garantir seu protagonismo e a participação popular.

O Relatório Final da “IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial”, realizada em julho de 2010, após 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1200 municípios e aproximadamente 46.000 pessoas, reafirma os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Apresenta um conjunto significativo de propostas para

enfrentar os desafios atuais, trazer avanços à Política Nacional de Saúde Mental e às articulações intersetoriais e, do mesmo modo, contribuir para o fortalecimento de políticas sociais, tais como: direitos humanos, assistência social, habitação, educação, cultura, trabalho e economia solidária.

O Governo do Estado de São Paulo marcou seu retrocesso ao se recusar a participar da “IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial”. No entanto, movimentos sociais associados ao Conselho Estadual de Saúde fizeram frente a essa omissão autoritária e conseguiram organizar a “Plenária Estadual de Saúde Mental Intersetorial”, realizada em São Bernardo do Campo.

Esse posicionamento do Governo do Estado de São Paulo evidencia uma oposição à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o descaso com princípios do Sistema Único de Saúde, o Controle Social e a participação popular. Isto evidencia o investimento de ações e serviços distantes dos princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica Antimanicomial: Unidade Experimental de Saúde, Comunidades Terapêuticas, Ambulatórios Médicos de Especialidades – AME Psiquiatria. Destacamos que o governo desse estado vem transferindo sua responsabilidade de gestão e oferta de serviços SUS para terceiros como as Organizações Sociais, colocando interesses privados acima dos públicos.

Defendemos a extinção definitiva de toda e qualquer forma de internação de cidadãos com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos ou em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado, como uma das formas de enfrentar o estigma e a segregação das pessoas em sofrimento psíquico e primar pela garantia dos direitos humanos.

Consideramos as seguintes prioridades para o avanço da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial:

- Que o usuário de serviço de saúde mental não seja reduzido a um diagnóstico, devendo ser considerado como sujeito de direitos;
- O reconhecimento do protagonismo de usuários e familiares para a construção de políticas públicas de saúde mental e intersetoriais;
- A garantia do direito à saúde por meio de ações intersetoriais que visem à integralidade da atenção, com horizontalidade nas relações profissionais, a partir de equipes e serviços interdisciplinares;
- Implementar, ampliar e fortalecer as redes territoriais de atenção à saúde mental com diversos serviços substitutivos, estreitando relações com importantes frentes de luta e cuidado: direitos humanos, assistência social, educação, moradia, trabalho e economia solidária;
- Entender e considerar a política de atenção a usuários de álcool e outras drogas como parte integrante das ações em saúde mental devendo respeitar os mesmos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em que a centralidade está na construção de projetos terapêuticos singulares;

- Fechamento de todos os leitos de Hospitais Psiquiátricos, destinando seus recursos de acordo com a Portaria 106/2000 e garantindo a criação da rede substitutiva;
- Extinção de toda e qualquer forma de internação de cidadãos em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, manicômios judiciários e em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado;
- Criação de leitos em hospitais gerais previstos na Lei 10.216;
- O fechamento imediato da Unidade Experimental de Saúde, considerando essa como uma afronta aos Direitos Humanos, à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial;
- Retirar os investimentos públicos de Comunidades Terapêuticas, entendendo que estas se apresentam como equipamentos contrários à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, representando a volta dos manicômios e da assistência baseada na exclusão social;
- Ampliar os investimentos na implementação de redes de atenção comunitária à saúde mental;
- Garantir que todos os moradores mapeados pelo “Censo Psicossocial dos – Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo”, sejam desinternados e desinstitucionalizados, e, quando necessário, possam morar em residências terapêuticas;
- Implementar Casas de Acolhimento Transitório e moradias solidárias vinculadas às redes de saúde mental, contemplando também a população em situação de rua;
- Implementar, ampliar e fortalecer ações intersetoriais para garantir os direitos sociais para a população em situação de rua;
- Garantir a efetivação dos consultórios de rua e o fortalecimento das políticas de Redução de Danos;
- Garantir a eliminação da dupla porta no SUS;
- Revogação a Lei Estadual 1131/2010 que permite ao Estado vender 25% das vagas de serviços SUS para os Planos de Saúde Privados e particulares, cerceando os direitos dos usuários do SUS e atacando diretamente os princípios do SUS;
- Respeitar e fortalecer os espaços e instâncias de controle social (Conselhos, Conselhos Gestores, Conferências) como espaços de proposição, fiscalização e acompanhamento das políticas de saúde e de saúde mental em suas áreas de abrangência.

Em defesa do SUS, Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, por uma Sociedade sem Manicômios!

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2012/01/04/conheca-a-carta-da-frente-estadual-antimanicomial-de-sp/>

O dom ou o carma de assuntar peripécias na encruzilhada

By

[gabrielecfreitas](#)

- Atualizado em 03/01/2012 **Postado em:** [Fátima Oliveira, z](#)



Aborto inseguro é causa de óbitos maternos no Brasil

por *Fátima Oliveira*

Médica – fatimaoliveira@ig.com @oliveirafatima_

No atual governo, o Brasil patina quando instado a referendar sua laicidade e a agenda republicana; e o faz às custas dos corpos das brasileiras, não fugindo à regra fundamentalista de santificar a maternidade e de satanizar as mulheres. Ai, meus saís! Estamos numa encruzilhada. Há satanização maior do que, sem revogar a [Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento](#) (2004), ao emitir uma Medida Provisória (MP) que diz ser linha auxiliar do combate à morte materna, omitir a atenção ao aborto inseguro, não mencionar a palavra aborto nem usar a terminologia direitos reprodutivos?

Desconfio de quem desconhece o aborto inseguro como causa importante de óbitos maternos no Brasil. A [MP 557](#) viola o direito à privacidade (cadastro nacional de grávidas); e sua [exposição de motivos](#) desconhece o inteiro teor e a extensão dos compromissos do Brasil no âmbito da ONU, não restritos às Metas do Milênio (Cúpula do Milênio, Nova York, 6 a 8.9.2000) nem por elas anulados.

Haverá uma MP para cada Meta do Milênio: 1. Erradicar a pobreza e a fome; 2. Atingir o ensino básico universal; 3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4. Reduzir a mortalidade infantil; 5. Melhorar a saúde materna; 6. Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7. Garantir a sustentabilidade ambiental; e 8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento?

Fora o auxílio-transporte para o pré-natal e a reafirmação do direito a acompanhante no trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato, o restante da MP 557 é dispensável e o Ministério da Saúde sabe bem que sim. No essencial, registra o “lá vem o Brasil descendo a ladeira do conservadorismo” ao conferir personalidade civil ao nascituro, desrespeitando a Constituição Federal de 1988. Ou a MP foi para isso?

***“O Brasil patina
quando instado a
referendar sua
laicidade e a agenda
republicana; e o
faz às custas
dos corpos das brasileiras”***

Sou testemunha ocular, e tenho cópia, da fala do embaixador do Brasil no Chile, Gelson Fonseca Júnior, chefe da delegação brasileira na Reunião da Mesa Diretora Ampliada do Comitê Especial de População e Desenvolvimento (10 e 11.3.2004, Santiago do Chile), que afirmou que, sem cuidar do aborto inseguro, combater a morte materna seria uma miragem. O Brasil ali entendia que as Metas do Milênio eram uma pauta minimalista e a confissão de um fracasso: os governos não deram conta de cumprir o disposto nas Plataformas de Ação das Conferências da ONU da década de 1990 e “jogaram a toalha”, elegendo oito prioridades.

Disse o embaixador Gelson Fonseca Júnior: ***“O meu país reafirma a Plataforma de Ação do Cairo (1994) e as definições do Cairo +5 (1999); referenda os direitos e os serviços de saúde reprodutiva, e o direito de adolescentes a informações e acesso, com privacidade e confidencialidade, a serviços de saúde reprodutiva; reafirma o acesso à prevenção do HIV e ao tratamento da Aids como direitos humanos; enfatiza o combate à morte materna e a atenção aos múltiplos fatores que a causam, destacando o parágrafo 63 do Cairo +5 (atenção ao aborto inseguro); e explicita que, se não se respeitar e implantar o definido em Cairo, as Metas do Milênio serão inalcançáveis!”***

E finalizou seu discurso ovacionado ao dizer: ***“Problemas comuns exigem estratégias concertadas. Minha delegação reitera total apoio ao Consenso do Cairo e se soma à maioria dos países que endossa a declaração que deverá resultar da presente reunião. Esta é uma reunião de alta significação política e esperamos que tenha a sua expressão na dita declaração”***. É pra jogar no lixo? Arrogância tem limites.

Publicado no Jornal [OTEMPO](#) em 03.01.2012

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/01/03/o-dom-ou-o-carma-de-assuntar-peripecias-na-encruzilhada/>

Governo institui cadastro para prevenir mortalidade materna

Notícias - Nacionais

Ter, 27 de Dezembro de 2011 00:00

Medida provisória publicada no Diário Oficial da União de hoje (27) institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna.

O objetivo é garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção à saúde materna, principalmente, nas gestações de risco.

O sistema é constituído pelo cadastramento das gestantes e das mulheres que tiveram parto recente, de forma a permitir a identificação daquelas em situação de risco, a avaliação e o acompanhamento da atenção à saúde recebida por elas durante o pré-natal, parto e logo após o parto.

O cadastro também deverá conter informações sobre as mortes de gestantes e puérperas com dados sobre a investigação das causas do óbito e medidas a serem tomadas para evitar novas ocorrências. O cadastro deve ser informatizado, abastecido por estados e municípios e gerenciado pelo Ministério da Saúde.

A medida provisória prevê ainda o pagamento de benefício, no valor de até R\$ 50, para as mulheres cadastradas no sistema. O intuito é custear as despesas de deslocamento aos serviços de saúde para acompanhamento do pré-natal e assistência ao parto prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Caixa Econômica Federal será o banco responsável pelo repasse do benefício.

O sistema, instituído pela Medida Provisória 557, integra a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, coordenada e executada pelo SUS, e será gerido pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios.

Fonte: www.agenciabrasil.ebc.com.br

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/111375-governo-institui-cadastro-para-prevenir-mortalidade-materna.html>

Filantropicos com atendimento 100% SUS receberão incentivo

Notícias - Nacionais

Seg, 26 de Dezembro de 2011 16:40

Adicional corresponderá a 20% do que é repassado para custear a produção hospitalar de

média complexidade. Estados e municípios devem solicitar a adesão.

O Ministério da Saúde aumentará os recursos destinados aos hospitais filantrópicos e de ensino que atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Eles receberão um adicional de 20% do valor total destinado à assistência hospitalar de média complexidade. O incentivo foi definido em [portaria](#) publicada no Diário Oficial da União e ajudará na manutenção dos serviços dessas unidades.

A ação faz parte de uma série de medidas adotadas este ano pelo Ministério da Saúde para ampliar o atendimento nos hospitais filantrópicos e de ensino e integrá-los mais a rede pública de saúde. Além do incentivo criado pela portaria, foram destinados, em dezembro, R\$ 220 milhões as 663 unidades que participam do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.

“Reconhecemos a importância das entidades filantrópicas e queremos estreitar a relação delas com o SUS. Hoje elas respondem por cerca de 50% do atendimento na rede pública de saúde”, destacou o secretário de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães. Ele acrescenta ainda que o reforço que está sendo dado ajuda a garantir a sustentabilidade dessas unidades e a continuidade dos seus serviços.

METAS DE QUALIDADE –Para aderir à iniciativa e os hospitais passarem a receber os 20% adicionais, os gestores municipais e estaduais devem solicitar o incentivo ao Ministério da Saúde, atestando que a unidade está dentro dos pré-requisitos. Além do atendimento 100% SUS, o hospital deve fazer parte do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos ou do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino Públicos e Privados.

Os hospitais que receberão o incentivo vão se comprometer com metas de qualidade e serão acompanhados pelo Ministério da Saúde. Eles devem, por exemplo, manter a taxa de ocupação dos leitos alta e fazer a classificação de risco no atendimento de urgência e emergência, como está previsto no programa para melhorar o atendimento nesta área, o Saúde Toda Hora.

Fonte: www.portalsaude.saude.gov.br

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/111308-filantropicos-com-atendimento-100-sus-receberao-incentivo.html>

MDS prorroga prazo para cadastro de beneficiários do Bolsa Família no sistema de gestão de saúde

Notícias - Nacionais

Seg, 26 de Dezembro de 2011 16:30

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) prorrogou para o dia 13 de janeiro o prazo de inserção de dados de saúde dos beneficiários no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Inicialmente, o sistema estaria disponível até o dia 30 de dezembro.

A assessoria MDS esclareceu que a data foi prorrogada por causa da grande demanda dos municípios para cadastrar as famílias beneficiárias. A prorrogação garantirá que os municípios alcancem a meta de cobertura do programa.

Para receber as transferências de renda, as famílias precisam apresentar os cartões de [vacinação](#) das crianças com até 7 anos em dia, acompanhar o peso e crescimento infantil e, para as gestantes, fazer o acompanhamento pré-natal. A expectativa é que 70% das famílias que recebem a bolsa do programa continuem a ter acesso aos direitos sociais básicos na área da saúde.

Fonte: www.agenciabrasil.ebc.com.br

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/111306-mds-prorroga-prazo-para-cadastro-de-beneficiarios-do-bolsa-familia-no-sistema-de-gestao-de-saude.html>

Hospitais filantrópicos que atendem pelo SUS vão receber incentivo financeiro

Notícias - Nacionais

Seg, 26 de Dezembro de 2011 00:00

Hospitais filantrópicos que atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vão receber um adicional de 20% do valor total destinado à assistência hospitalar de média complexidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo é ajudar na manutenção dos serviços oferecidos nessas unidades. Estimativas do governo apontam que os hospitais filantrópicos

são responsáveis por cerca de 50% do atendimento na rede pública de saúde.

Para aderir à iniciativa, os gestores municipais e estaduais devem solicitar o incentivo, atestando que a unidade está dentro dos pré-requisitos. Além do atendimento 100% SUS, o local deve fazer parte do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos ou do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino Públicos e Privados.

Ainda segundo a pasta, os hospitais selecionados serão acompanhados e terão que cumprir metas como, por exemplo, manter alta a taxa de ocupação dos leitos e fazer a classificação de risco no atendimento de urgência e emergência, como previsto no programa Saúde Toda Hora.

Também este mês, foram destinados R\$ 220 milhões para as 663 unidades que participam do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.

Fonte: www.agenciabrasil.ebc.com.br

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/111304-hospitais-filantropicos-que-atendem-pelo-sus-vaio-receber-incentivo-financeiro.html>

CNS disponibiliza versão online do Manual da Cofin



Com o objetivo de oferecer um mecanismo que estimule a participação de todos nas políticas de saúde, principalmente, em aspectos financeiros e orçamentários, o Conselho Nacional de Saúde lançou na 228ª Reunião Ordinária a versão impressa do Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde. Nesta segunda (26), a publicação passa a ter uma versão online o que permitirá a toda sociedade ter acesso as informações deste Manual.

Elaborado pela Comissão Permanente de Financiamento e Orçamento (Cofin) do CNS, a publicação foi construídas tendo como base as experiências da Comissão, além da realização de Oficinas Regionais de Orçamento e Financiamento, em parceria com os conselhos municipais e estaduais de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, Ministério da Saúde e conselheiros nacionais.

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/26_dez_manualorcamento.html

CNS divulga novo endereço e telefones da CONEP

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) informa a mudança das instalações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para o seguinte endereço: Unidade II do Ministério da Saúde - SEPN 510 Norte Bloco "A" 1º Subsolo – Ed. Exinan – Brasília (DF). Os novos telefones são: 61. 3315.5878 ou 3315.5879.

Com a mudança de endereço, a Comissão vai contar com melhor estrutura, agilidade e rapidez para atender demandas voltadas para a proteção ética de pesquisas com seres humanos no Brasil.

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/23_dez_end_conep.html

Brasília, 23 de dezembro de 2011

Anvisa publica consultas públicas

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) comunica que encontram-se à disposição da sociedade nove Consultas Públicas. São propostas de novas resoluções e regulamentos técnicos na área de saúde. Os prazos para contribuição variam de 30, 45 e 60 dias. Confira abaixo a lista com as Consultas Públicas abertas pela Anvisa. Para ler o texto completo das propostas acesse o site da Anvisa: www.anvisa.gov.br

Consulta Pública nº 64, de 20 de dezembro de 2011

Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 60 (sessenta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Resolução que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Consulta Pública nº 63, de 19 de dezembro de 2011

Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 30 (trinta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Regulamento Técnico, para o ingrediente ativo B33 - BISPIRIBAQUE, contido na Relação de Monografias dos Ingredientes Ativos de Agrotóxicos, Domissanitários e Preservantes de Madeira.

Consulta Pública nº 62, de 15 de dezembro de 2011

Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Resolução que "Define critérios para otimização das missões de inspeção internacional para verificação do cumprimento das Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos e de Produtos para Diagnóstico de Uso In Vitro e da outras providências".

Consulta Pública nº 61, de 9 de dezembro de 2011

Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 60 (sessenta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Resolução que dispõe sobre a alteração da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC no. 222, de 28 de dezembro de 2006, que dispõe sobre os procedimentos de petição e arrecadação eletrônica no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e dá outras providências.

Consulta Pública nº 60, de 9 de dezembro de 2011

Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 30 (trinta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Regulamento Técnico, para o ingrediente ativo C63 - LAMBDA-CIALOTRINA, contido na Relação de Monografias dos Ingredientes Ativos de Agrotóxicos, Domissanitários e Preservantes de Madeira.

Consulta Pública nº 59, de 9 de dezembro de 2011

Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 30 (trinta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Regulamento Técnico, para o ingrediente ativo T48- TIAMETOXAM, contido na Relação de Monografias dos Ingredientes Ativos de Agrotóxicos, Domissanitários e Preservantes de Madeira.

Consulta Pública nº 58, de 6 de dezembro de 2011

Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 60 (sessenta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Resolução que dispõe sobre as diretrizes para embalagens primárias utilizadas no acondicionamento de tecidos humanos para fins terapêuticos.

Consulta Pública nº 57, de 2 de dezembro de 2011

Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 30 (trinta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Resolução que altera a Resolução - RDC nº 206, de 17 de novembro de 2006, que estabelece Regulamento Técnico de Produtos para Diagnóstico de uso in vitro e seu Registro, Cadastramento, e suas alterações, revalidações e cancelamento e à proposta de Instrução Normativa que estabelece regras para disponibilização de instruções de uso em formato não impresso de produtos para saúde.

Consulta Pública nº 56, de 2 de dezembro de 2011

Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 30 (trinta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Regulamento Técnico, para o ingrediente ativo F26 - FOMESAFEM, contido na Relação de Monografias dos Ingredientes Ativos de Agrotóxicos, Domissanitários e Preservantes de Madeira.

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/23_dez_anvisa_consulta_publica.html

Conselheiros aprovam com ressalvas gastos de 2010 do Ministério da Saúde

O Pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou com ressalvas e recomendações na manhã desta quinta-feira (15) o Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde de 2010. Para apreciação dos conselheiros, a Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) fez uma análise prévia do relatório que traz os gastos feitos pela pasta no ano passado na área de saúde.

De acordo com o conselheiro Ronald Ferreira, as ressalvas dizem respeito a quatro pontos: os restos a pagar cancelados, os gastos com o programa Farmácia Popular, os planos de saúde dos servidores públicos federais e a realização de um seminário com juristas e economistas para que se chegue a uma interpretação comum dos dispositivos legais referentes ao financiamento da saúde. “Para poder aprovar o relatório nos debruçamos sobre ele para que ele significasse um instrumento político de avanço para o financiamento do SUS”, afirmou.

Para o Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS), Arionaldo Bomfim, é muito importante a aprovação do relatório pelo CNS e apontou a necessidade de discutir os recursos para a saúde com outros ministérios. “Desejamos que o Conselho possa dar créditos a administração do MS que iniciou este ano. Vamos levar sempre em consideração as demandas que forem apresentadas pelo Conselho e discuti-las com os demais órgãos que compõem o governo federal”, disse.

O presidente do CNS, ministro Alexandre Padilha, também acompanhou o debate e apontou a realização do seminário, previsto para o próximo ano, como um importante momento para se discutir o financiamento e o que se gasta hoje com saúde no Brasil. “Às vezes alguns projetos demoram para receber o recurso porque o que falta do projeto é, por exemplo, a aprovação da tripartite. Nesse seminário poderemos debater os gargalos que fazem com que todo ano tenhamos inscrições importantes no restos a pagar, entre outros pontos”, ressaltou.

Regulamentação EC29

Após a aprovação do relatório os conselheiros debateram a recente votação da regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29/2000 pelo Senado Federal. A maior parte dos conselheiros demonstrou bastante pesar pelo texto aprovado. O documento deixou de fora a destinação de 10% do PIB da União para a Saúde.

“Estamos perdendo a luta por uma concepção de estado e de uma política macroeconômica instável e o processo de construção do SUS é permanente. Perdemos para os nossos e isso é o que dói para nós que somos militantes do SUS há muito tempo. Tentamos fazer uma análise para não cair em depressão, mas é doído ver o que aconteceu

diante de uma égide econômica que está aí e não conseguimos romper”, lamentou o conselheiro José Carrigio.

Segundo o conselheiro Pedro Tourinho, o momento exige uma reavaliação de todos os atores sociais em relação às práticas realizadas atualmente pelos movimentos que lutam pela melhoria do Sistema Público de Saúde. “O debate de financiamento do SUS é também uma discussão com outras políticas sociais. É uma triste derrota, mas é um chamado para repensar e seguir o debate e a luta por mais recursos para o SUS”, afirmou.

Para o conselheiro José Eri de Medeiros, a mobilização para garantir mais financiamento para o Sistema Único de Saúde deve seguir. De acordo com ele, é importante também inserir nessa luta a sociedade brasileira e chamá-la para ir às ruas. “Temos que avançar entre nós. Quando a gente foi às ruas pela aprovação da regulamentação da EC29, a saúde deu uma demonstração de como a sociedade tem poder”, disse.

Como encaminhamento sobre esse assunto, o Pleno aprovou a elaboração de um texto a ser encaminhado ao Congresso Nacional manifestando o desagrado com a proposta aprovada pelo Senado Federal. Também como medida o CNS vai coordenar um processo de iniciativa popular para exigir os 10% da União.

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/15_dez_gasto_2010.html

Foto do dia

Descaso com a saúde continua

04/01/2012 às 11:04



Pronto socorro de Cuiabá, pessoas atendidas nos corredores e em macas no chão do hospital, sem qualquer conforto. O flagra foi de Euclides Oltramari

<http://www.folhadestado.com.br/foto-do-dia>

Saúde Pública | 04/01/2012 - 10:30

Lessa quer Saúde responsável por médicos dos presídios estaduais

Gabriela Galvão



O secretário estadual de Justiça e Direitos Humanos, Paulo Lessa, quer transferir a responsabilidade dos médicos contratados para atuar em presídios e penitenciárias do Estado para a pasta de Saúde. O objetivo é desonerar a secretaria para melhorar o andamento das atividades, uma vez que, segundo ele, o orçamento e a estrutura humana são insuficientes. Para 2012, os recursos destinados à Sejudh ficaram em R\$ 220 milhões, R\$ 30 milhões a mais que o previsto no ano passado.

Lessa defende que a contratação dos médicos para atender esse setor é uma questão de saúde pública. Ele afirma já ter iniciado a negociação com a secretaria estado de Saúde (SES) e o governador Silval Barbosa (PMDB). “Nós temos 20 psiquiatras em todo o Estado e os que prestaram concurso não aceitaram assumir. Além disso, as famílias que vão visitar os presos que estão com tuberculose, por exemplo, trazem a doença para fora. É uma questão de saúde pública e tem que ficar sob responsabilidade da secretaria que cuida deste setor”, avalia.

Mesmo com um orçamento considerado insuficiente, o secretário pondera que alguns aspectos melhoraram. “O socioeducativo teve um aumento de 100%, embora ainda seja deficitário”, pontua. Quantos aos agentes penitenciários, o secretário lembra da escola que promove a capacitação permanente desses profissionais. “Já formamos a primeira turma, com 48 pessoas, e em abril vamos formar mais 120. A tendência é substituir a presença da Polícia Militar por agentes treinados e armados como qualquer policial, liberando esses PMs para a atividade fim deles, que é segurança pública”, explica.

Ainda assim, entre os principais problemas que enfrenta, Lessa aponta a mão de obra, que não supre a demanda da pasta. “Vamos ver se vai melhorar a estrutura humana, técnicos, engenheiros, agentes penitenciários. No ano passado não tinha como, devido ao orçamento reduzido”, pondera. Hoje Mato Grosso possui 54 cadeias públicas e 8 penitenciárias. Segundo o secretário, a necessidade é de 300 agentes capacitados.

<http://www.rdnnews.com.br/noticia/lessa-quer-saude-responsavel-por-medicos-dos-presidios-estaduais>

04/01/2012 - 06:23 - Fonte: Primeira Hora-Assessoria

Defensoria Pública intervém para evitar corte de energia em residência com homecare

Considerado como essencial, o serviço de energia elétrica se traduz em benefícios e conforto aos consumidores. A imensa necessidade do uso da eletricidade é percebida por G.M.S, que possui em sua casa uma Home Care para atender o sogro que é portador de grave doença pulmonar.

A internação domiciliar proporcionada pela Home Care visa a melhora do paciente que ao invés de ficar internado em um hospital, recebe os mesmos cuidados em casa, liberando leito para que outros possam ser atendidos na unidade hospitalar.

O aparelho, que tem que permanecer o dia todo ligado, já está instalado na residência há dois anos. O consumo de energia, com o equipamento de oxigenioterapia, era de no máximo 980 kWh por mês o que girava em torno de R\$ 600 à R\$ 700.

Os problemas começaram quando receberam a fatura referente ao mês de outubro de 2011. O cliente foi surpreendido por uma conta que registrava o consumo de 2127 kWh, totalizando R\$ 1.318,00.

Como não houve nada que justificasse a elevação abrupta do consumo, G.M.S foi em busca dos seus direitos. Com a intenção de resolver o problema sem acionar o Judiciário, o senhor, por diversas vezes, procurou a concessionária de energia solicitando uma vistoria. Ocorre que a tal inspeção realizada pela Rede Cemat se deu com a ausência dos moradores da casa, registrando-se que tudo se encontrava normal.

Pensando no sogro de 74 anos de idade, que indiscutivelmente necessita da Home Care e diretamente da energia da residência ativa, G.M.S. procurou a Defensoria Pública para continuar evitar o corte, que já estava programado pela concessionária.

“A medida tomada é para obrigar a Reclamada a regularizar o valor de energia cobrado e a continuação da prestação do serviço, tendo em vista que o idoso corre risco de morte caso a energia venha a ser cortada”, frisa a Defensora Pública Maria Luziane Ribeiro, que prestou atendimento durante o plantão.

O artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor deixa claro, no parágrafo 10, que é considerada como prática abusiva elevar sem justa causa os preços de produtos e serviços. Isso pode ser observado na atitude da prestadora, que aumentou ao dobro o valor da conta, mesmo o cliente afirmando que o consumo continua o mesmo.

“Neste caso a Cemat atua em desacordo com os preceitos legislativos, ao exigir do cliente, valores que o mesmo não consumiu valores estes manifestamente abusivos, além de expor em

risco a vida de uma pessoa que depende do fornecimento da energia para sua sobrevivência”, destaca.

O objetivo da ação, segundo a Defensora Pública, é dar continuidade ao fornecimento de energia elétrica, uma vez que, ao não concordar com o valor cobrado, o cliente solicitou vistoria e a Rede Cemat alegou não haver nada de errado, negando o direito de resposta.

A medida requer o fornecimento de energia independente do pagamento da fatura, pois o consumidor tentou a negociação do débito, e a prestadora não aceitou. O consumidor tem pretensão de arcar com a dívida gerada por seu consumo e não mais que isso, como exige a Cemat.

Assim, o pedido pleiteado pela Dra. Maria Luziane requer a diminuição no valor da fatura de energia, bem como vistoria do relógio, possibilitando o adimplemento da dívida, e a manutenção do fornecimento de energia elétrica.

Estado paga

O Defensor Público Marcelo Rodrigues Leirião já obteve êxito em vários pedidos de HomeCare e destaca que, para evitar problemas semelhantes, é mais garantido solicitar judicialmente a instalação de uma nova unidade consumidora de energia, para atender exclusivamente os equipamentos de saúde. “Assim o cidadão paga a energia gasta pela casa, e a conta do consumo da homecare fica sob responsabilidade do Estado”, explicou.

<http://www.primeirahora.com.br/site/index.php?pg=noticia&intNotID=46621>

30/12/2011 - 08:39 - Fonte: Primeira Hora/GD

Hospital é habilitado para assistência de alta complexidade em oncologia



Hospital é habilitado para assistência de alta complexidade em oncologia

O Hospital Santo Antônio, em Sinop (500 km ao norte de Cuiabá), foi habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em oncologia, pela Secretaria de Atenção à Saúde, veiculada ao Ministério da Saúde. A portaria, publicada no Diário Oficial da União, que circula nesta sexta-feira (30), mostra que o custeio do impacto financeiro gerado, vai ocorrer por conta o orçamento do próprio ministério.

A reivindicação foi feita ao ministério pelo deputado federal Nilson Leitão (PSDB). Ele afirmou há pouco, que o credenciamento inclui o estabelecimento no Sistema Único de Saúde (SUS), beneficiando a população de baixa renda. "É uma conquista imensurável que vai beneficiar a população mais carente", declarou. Ficar garantido o tratamento de câncer, não só no município, como cidades vizinhas, no Sul do Pará e parte de Rondônia.

Para ele, a habilitação também surge como o início da luta para a busca de uma estrutura própria, o Hospital de Câncer de Sinop. "É o início onde começamos a buscar uma estrutura organizada, junto com os médicos, políticos, para o hospital de fato", acrescentou ele, que disse ser estimado algo em torno de R\$ 30 milhões, para este fim.

<http://www.primeirahora.com.br/site/index.php?pg=noticia&intNotID=46506>

30/12/2011 - 07:24 - Fonte: Primeira Hora/Rodrigo Maciel Meloni

Médicos do Samu irão pedir demissão em massa

Foto: Reprodução



Médicos do Samu irão pedir demissão em massa

Os profissionais da saúde que trabalham na Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) não entraram em acordo com os poderes municipal e estadual e decidiram por pedir demissão do serviço. Segundo representante dos médicos que atuam no Samu, a decisão foi tomada devido ao descaso dos entes públicos em executar as melhorias julgadas fundamentais para que os profissionais possam dar continuidade aos trabalhos ofertados a população.

As reclamações de médicos e enfermeiros que atuam no Samu vão desde o salário defasado, as péssimas condições de trabalho, a falta de veículos com condições de uso e o descaso, principalmente por parte da Secretaria Estadual de Saúde (SES), com a situação destes profissionais. O problema vem sendo discutido com as autoridades competentes há pelo

menos um ano, mas até o momento nada foi feito para que todas as reivindicações dos médicos fossem atendidas.

Já no primeiro dia de 2012 o Samu deixará de atender os municípios de Primavera do Leste e Campo Verde, e no dia 02 de janeiro será protocolado o pedido de demissão em massa dos médicos. A situação do serviço médico já tinha se agravado com a saída de outros quatro médicos, como informado anteriormente pela reportagem do **Primeira Hora**.

O pedido de demissão em massa seria uma forma de protesto dos médicos para chamar a atenção do poder público. Caso a SES e os órgãos responsáveis aceitarem as propostas dos médicos para que haja uma efetiva melhoria nos serviços e nas condições de trabalho dos profissionais que atendem pelo Samu, a categoria aceitar dar continuidade aos trabalhos.

Município – Em recente nota encaminhada aos meios de comunicação, a Assessoria de Comunicação da Prefeitura de Rondonópolis informou que o Executivo Municipal enviou projeto de Lei para conceder abono salarial de 30% a toda equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192. O prefeito Zé Carlos do Pátio disse que o abono é uma forma de recompensar a ampliação dos trabalhos desde 2009, quando o serviço passou a ser regional.

“Mesmo não recebendo o reconhecimento que Rondonópolis merece, sem o apoio adequado, nós decidimos oferecer o abono”, esclarece Pátio.

Ainda segundo o prefeito, o município está no limite. Além dos materiais e da manutenção dos veículos que é feita regularmente pela atual administração, a Prefeitura repassa 35% de todo o investimento ao Samu 192.

“Defendemos que a regulação dos serviços continue na cidade, mas precisamos que cada setor assuma seu papel. Não se pode politizar o problema porque o município cumpre seu dever de forma rigorosa. É necessário mudar o foco, Rondonópolis faz acima de suas obrigações e outros também de fazer”, enfatiza.

<http://www.primeirahora.com.br/site/index.php?pg=noticia&intNotID=46492>

03/01/2012 - 11:11 - Fonte: Primeira Hora/Rodrigo Maciel Meloni

Município ganha central de regulação integrada

Foto: Arquivo/Primeira Hora



Cidadãos ganharam melhor atendimento na saúde

Estado e município anunciaram na manhã desta terça-feira (03/12) a fusão das centrais de regulação de saúde de Rondonópolis e do estado em um só local. Com isto, os dois poderes esperam garantir agilidade nos serviços de saúde. Segundo a assessoria de Comunicação da Prefeitura de Rondonópolis, a sede da central, localizada na esquina da Rua Rio Branco com a Avenida Bandeirantes, onde funcionava as instalações do Centro de Especialidades Albert Sabin (Ceadas), atenderá pacientes dos 19 municípios que compõe a região sul, da qual Rondonópolis é a cidade-pólo.

A coordenadora do Sistema Único de Saúde Municipal, Isalba Diva Albuquerque, divulga que o departamento municipal continuará a gerenciar os atendimentos e organizar os vários serviços, como consultas, internação, cirurgias, e outros. A coordenadora informa ainda que os trabalhos serão conduzidos por sete médicos reguladores em comando único.

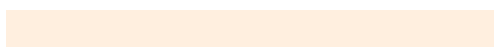
“Muitas vezes precisamos resolver o caso de um paciente nosso que está na Santa Casa, por exemplo. O tempo de resposta vai ser bem menor com o funcionamento integrado. Não vamos precisar entrar em contato com a outra central”, argumenta Isalba.

Para a diretora do Escritório Regional de Saúde do Mato Grosso, Geraldina Ribeiro da Silva, o Complexo Regular com Gestão Compartilhada, a nova estrutura vai beneficiar o atendimento ao cidadão. “Aqui haverá a união de vários profissionais na intenção de um só objetivo, que é melhor atender a população”.

<http://www.primeirahora.com.br/site/index.php?pg=noticia&intNotID=46601>

04/01/2012 - 8:04

Depois de sete anos de trapalhadas, MIDA quer "ganhar" com estadualização





Altair Nery - Redação

A prefeita Maria Izaura Dias Alfonso mandou espalhar diversas faixas na cidade de Alta Floresta com frases que reportam à estadualização do Hospital Municipal Albert Sabin (agora Regional) com o nítido objetivo de "ganhar politicamente" com o ato assinado na manhã desta segunda-feira, 02 de janeiro. Nas faixas, MIDA não atribui a ninguém o "feito político", preferindo dizer que "o mérito é de todos, pois somos a força da união". No entanto, o grupo de MIDA, que está há sete anos no poder, pouco, ou quase nada fez para que o hospital altaflorestense fosse de fato assumido pelo estado de Mato Grosso. Basta ter um curto lastro de memória para que fique clara esta posição. O que se viu nestes sete anos, foi uma inércia no que diz respeito à ideia de estadualização e uma preocupação do governo municipal em responsabilizar o governo do estado pelas dificuldades enfrentadas pela prefeitura em manter o antes "Hospital Municipal".

Voltando um pouco no passado, lembrando o ano de 2006, logo que assumiu a prefeitura, Maria Izaura, que durante a campanha política que a conduziu ao cargo de prefeita havia prometido lutar pela estadualização, coordenou uma audiência pública sobre o tema. O na época secretário de estado de Saúde Agostinho Moro veio à Alta Floresta com toda a sua equipe de trabalho para discutir com as lideranças municipais. No entanto, enquanto entidades como associação de aposentados, Câmara Municipal, dentre outras, tentavam mostrar a realidade da saúde pública, a prefeitura mostrava o contrário. Numa das palestras mais desastrosas da história de Alta Floresta o diretor do HMAS José Marcos disse, frente à frente com o secretário de estado, que havia organizado o atendimento e que o município estava dando conta do recado. Foi a deixa para que Agostinho Moro desistisse da estadualização, afinal, se o município dava conta do recado, porque que estadualizar? Mais tarde descobriu-se que José Marcos era uma espécie de "iluminado" na administração pública, pois acumulava dois salários (algo considerado abominável no direito administrativo) como diretor do HMAS e do Consórcio de Saúde. O caso foi denunciado na Câmara de Vereadores e José Marcos chegou a ser apelidado pelo ex-vereador Douglas Arisi de "mensalão", por causa dos polpudos salários que recebia. O caso foi denunciado pelos vereadores no Ministério Público do Estado, mas caiu nas mãos do Promotor Marcelo Vaccheano e... bom, nada aconteceu.

Estadualização e fato - No ano passado, quando assumiu a vaga na Assembleia Legislativa, o deputado estadual Romoaldo Junior, que havia levantado a bandeira da estadualização, trouxe, logo na primeira semana de trabalho, o secretário de saúde Pedro Henry para debater o assunto. Um novo modelo de gestão foi apresentado e houve até uma promessa de Henry de que o HMAS seria a primeira unidade do estado a ser estadualizada, processo que não levaria mais de 06 (seis) meses. Caberia à prefeita Maria Izaura Dias Alfonso o único ato de enviar à Câmara um pedido de autorização para cessão do HMAS para o estado por período determinado de 10 anos. MIDA demorou mais três meses para enviar a mensagem e a estadualização de novo empacou. Enquanto isso, Rondonópolis e Várzea Grande (esta apesar da troca intermitente de prefeitos) conseguiram andar mais rápido do que Alta Floresta e tanto o Hospital de Rondonópolis, quanto o recém inaugurado Hospital Metropolitano de Várzea Grande foram assumidos pelo estado.

Agora, com a estadualização assinada de fato, MIDA, tenta atribuir-se a conquista, como se o povo tivesse memória curta e não se lembrasse de que foi a sua administração que, dispensou um tomógrafo destinado à Alta Floresta pelo ex-governador Blairo Maggi, que dispensou a farmácia popular do Brasil (feito atribuído ao secretário Robson Valadão) ou mesmo deixou de agir com vistas à estadualização. Tomara que agora, sem o peso da administração do HMAS, ao menos sobre dinheiro para comprar copos plásticos descartáveis para os postos de saúde, pois até isso MIDA deixou de cumprir em sua administração.

<http://www.diarionews.com.br/exibenoticia.php?id=49491>

04/01/2012 - 12:24

Prêmio esquecido pode ir para Saúde

O destino do dinheiro que os sortudos ganham nas loterias federais – mas se esquecem de buscar – pode mudar. Dois projetos de lei em tramitação no Congresso determinam que os prêmios esquecidos passem a ser destinados ao Fundo Nacional de Saúde (Funasa).

Um é do deputado federal Onofre Santo Agostini (DEM-SC), já sob análise da Câmara. O outro é do senador Paulo Davim (PV-RN). Davim tenta, desde junho do ano passado, aprovar o projeto que originalmente previa que os recursos tivessem como destino único o Programa Saúde da Família; em dezembro, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado alterou o texto, ampliando os beneficiados.

Davim cita que em 2010 a Caixa Econômica arrecadou R\$8,8 bilhões com as apostas e que o montante de prêmios não retirados chegou a R\$169 milhões, boa parte de premiação secundária. Hoje, os prêmios não reclamados são uma das fontes do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies).

<http://www.diarionews.com.br/exibenoticia.php?id=49483>

03/01/2012 - 13:21

Pedro Henry afirma que atendimentos continuarão gratuitos

Alex Cordeiro



O termo de estadualização do Hospital Albert Sabin em Alta Floresta foi assinado na manhã de ontem, segunda-feira, 2 de janeiro, com a presença do deputado estadual Romoaldo Júnior, deputado federal Pedro Henry, secretário estadual de Saúde, Vander Fernandes, prefeita Maria Izaura, vereadores, entre outras lideranças política da região. Com a implantação do novo modelo de gestão hospitalar, o Albert Sabin passa a ser gerenciado por uma Organização Social de Saúde, (OSS), passando a ser um hospital regional que será preparado para atender cerca de 120

mil pessoas.

A estimativa que a partir de agora o hospital regional Albert Sabin realize, no mínimo, 410 atendimentos ao mês, após a ativação completa de todos os serviços. O serviço de urgência e emergência deverá funcionar 24 horas por dia, sete dias na semana. Atualmente, o hospital que é considerado de médio porte, atende com 70 leitos, sendo 45 para internação; três de UTI adulto; quatro neonatal; 20 de observação no Pronto Socorro; três salas de cirurgias e três de Recuperação Pós Anestésica (RPA), no centro cirúrgico. A capacidade é para atendimentos de média e alta complexidade. No Hospital Albert Sabin, também deverá ser disponibilizado serviços ambulatoriais, nas especialidades de Clínica Médica, Obstetrícia/Ginecologia, Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica Geral, Ortopédica e Traumatológica. Serão atendidos, ainda, pacientes encaminhados de outras cidades próximas à Alta Floresta, através da Central de Regulação.

Para o deputado Romoaldo Júnior, a estadualização do Hospital Albert Sabin foi um marco importante para a região, mesmo tendo chegado "com um pouco de atraso". Ele explica que esta estadualização vinha sendo trabalhada há cerca de 20 anos. "O importante é que não desistimos. Agora, vejo que juntando às forças a saúde vai caminhar de forma melhorada para a população", destacou.

Conforme o deputado, a expectativa é de que seja feito a partir de agora um investimento maciço junto ao Hospital Albert Sabin, principalmente em equipamentos. "Muitas vidas já se perderam aqui por falta de UTI e agora não vamos medir esforços para possibilitar melhorias em se tratando de saúde para a população", apontou Romoaldo.

O deputado federal Pedro Henry, (PP), que deixou a secretaria de Estado de Saúde, para reassumir a cadeira na Câmara Federal, frisou que o novo modelo de gestão chega para desencadear aquilo que for de melhor em saúde. Ele ressaltou que deixou a secretaria de Saúde, porque sabe das dificuldades para conseguir recursos do Governo Federal, para investimentos na saúde e classificou os opositores ao novo modelo de gestão como "boca mole". "Existem muitos boca moles que falaram um monte de coisa quando falei sobre este novo modelo de saúde e quando deixei a secretaria para voltar a ocupar o cargo de deputado federal. Mas existem provas que isto dá certo, e não há dúvidas de que aqui não será diferente", destacou Pedro Henry, afirmando que nestes poucos meses que está de volta na Câmara Federal já conseguiu viabilizar cerca de R\$ 100 milhões de reais para serem investidos na saúde pública no estado de Mato Grosso. O termo de concessão

sobre o uso de toda a estrutura do hospital tem o prazo de 10 anos, podendo ser renovado.

O Secretário de Estado de Saúde, Vander Fernandes, destacou que este novo modelo de saúde tem dado resultados satisfatórios para a Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, tanto que a carência no atendimento da média e alta complexidades já tem reflexos significativos de diminuição de filas nas regiões que onde já foi feito o compromisso. No entanto, ele explica que ainda há muito a se fazer para que todos os matogrossenses tenham o acesso aos serviços de saúde efetivos e de qualidade. "Estas parcerias que estão sendo firmadas trarão melhorias sensíveis no alcance e na qualidade do serviço público de saúde", finalizou.

Fim da Fusvag: Secretário de Saúde de VG visita Pronto-Socorro e promete uma guinada na instituição

Fotos: VG Notícias



AMPLIAR

Secretário conversa com os médicos e promete uma guinada no Pronto-Socorro de VG

A Fundação de Saúde de Várzea Grande (Fusvag), mantenedora do Pronto-Socorro está extinta, desde o último dia 31. O Projeto de Lei foi aprovado por unanimidade pela Câmara de Vereadores, em 22 de novembro de 2011. O Hospital e o Pronto-Socorro do município ficam sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde.

A reportagem do **VG Notícias** acompanhou o secretário de Saúde, Marcos José, no último dia de 2011, sábado (31.12), no Pronto-Socorro. Ele conversou com os médicos, enfermeiras, e visitou o almoxarifado e algumas alas do Hospital, entre elas, a ortopedia. O secretário ouviu reivindicações e prometeu tomar medidas urgentes para solucionar os problemas que se arrastam há anos, na saúde do

município.

Depois de ouvir queixas, Marcos conversou com os médicos que estavam de plantão, entre eles, o vereador Marcos Boró (PSD) e o diretor do Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso (Sindmed/MT), Hélio Costa Filho, e fez algumas ponderações, sobre a saída dos seis médicos, faltando apenas cinco dias para o término do contrato de trabalho. "Não é justo e nem ético o que fizeram. Faltando cinco dias para terminar o contrato deles, simplesmente, próximo do Natal e Ano Novo, eles abandonam o serviço. Isso não existe, em lugar nenhum, nem mesmo em empresas privadas, o funcionário tem que dar o aviso prévio", questionou.

Reivindicações: Ele explicou ao diretor do Sindimed, que esteve reunido com representantes da classe, onde prestou esclarecimentos. "Estiveram na Secretaria de saúde representantes do

Sindimed, e eu prestei esclarecimentos. Inclusive o vice-presidente de vocês e a assessoria jurídica. Marcamos nova audiência e vamos atender ao pedido deles que é o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV). Depois da primeira reunião, 48 horas depois já publiquei o primeiro enquadramento, cinco dias depois o segundo, e agora vamos dar sequência. Temos uma variável, que não é minha. Tem colegas de vocês, que não apresentaram nenhum documento até hoje, e vai enquadrar só no tempo. E essa reclamação não tem como corrigir. Eu não tenho como obrigar alguém a apresentar título de mestrado, doutorado, especialização, isso é uma coisa de cada profissional. Até porque, eu não sei quem fez. A lei do PCCV foi um pedido da doutora Margarete, representante da comissão do Sindimed. Ela nos informou que saiu errado, corrigimos, e a redação foi de vocês e nós aceitamos daquele jeito. Conversamos com os vereadores e eles votaram, aprovaram. O que é possível fazer está sendo feito. Mas ficaram muitas coisas represadas e nós vamos corrigir. Conversando, acertando, vou correr atrás, são melhorias e correções do trabalho”, justificou o secretário.

AVIs atrasadas: Uma das dificuldades, segundo o médico Intensivista, Edson Anchieta, é a questão salarial. “Não conseguimos manter colegas aqui ganhando R\$ 2 mil reais por mês. Se você analisar, são cinco meses, completam hoje, que não recebemos as AVIs (Verbas Indenizatórias). A AVI para nós sempre foi salário, nunca tivemos separação da AVI com salário. Quando separaram, a partir de setembro do ano passado, sempre paga um e fica outro, ficamos com a impressão ruim que você falou a AVI não era problema da secretaria”, cobrou.

Marcos justificou ao médico, que a responsabilidade e autonomia financeira, até aquela data, eram da Fusvag. “Estou fazendo esta visita para tomar pé e a partir de amanhã (01.01), vocês são meus. A partir de amanhã tenho autonomia financeira sobre vocês, que eu nunca tive. A folha de vocês é separada, a ficha de vocês, o ponto de vocês é separado. Eu só tenho autonomia sobre a rede, a partir de amanhã, eu tenho autonomia sobre o Pronto-Socorro”.

Extinção Fusvag: Ele explicou que a diretoria deixa de existir e os funcionários da extinta Fusvag, passam a fazer parte da Secretaria de Saúde, como os demais colegas que atuam na pasta. “Vai ter um colega de vocês aqui como superintendente, mas a Superintendência não é mais a mesma de diretor-presidente. É um superintendente como nas policlínicas. Todo gerenciamento, compras são de minha responsabilidade”, esclareceu.

Edson ponderou ainda, que em Várzea grande e Cuiabá a comissão técnica resolve muito mais do que atrapalha – e às vezes não é reconhecida pela rede pública de saúde, tanto municipal quanto estadual. “Hoje está um dia atípico, calma. Mas aqui o nível de atendimento é grande, é complexo”.

“Doutor, todas estas questões tem como conversar, e assim, vocês vão entender à medida que observarem que as coisas vão ser feitas. Acertou, conversou e isso vai ser feito. O dia que vocês observarem comigo lá na gestão, que vocês acertaram alguma coisa, seja por vocês ou pelo sindicato, e que lá vocês não estão vendo aquela luz no fim do túnel, podem fazer igual os colegas de vocês, que chegaram e apresentaram a carta de manhã e foram embora. Apesar de que isso não existe, em lugar nenhum do mundo existe. Seja na iniciativa privada ou na pública, na iniciativa privada nos conhecemos o famoso aviso prévio, e aqui também, a mesma coisa, principalmente”, desafiou.

Salário: O médico intesivista disse ainda, que o problema na unidade de saúde, é que além do concurso, a maioria mantém contrato de trabalho. “Eu assinei essa semana o contrato de 2010, então se você olhar pelo lado legal, nós não temos nem contrato. Então estes que saíram agora, do ponto de vista legal, não tem nem que dar satisfação. Mas moral, ética é outra coisa. A coisa é tão sem arrumação”, criticou Edson Anchieta.

Marcos respondeu ao médico, que é bom saber o que está acontecendo para tomar providências. “Até poucos dias, eu assinei o de 2010, eu cheguei lá na secretaria, há 40 dias, eu já encerrei 2011 e já estou abrindo 2012. Eu quero olhar para trás para não cometer erros e para poder conversar com todo mundo aqui do Pronto-Socorro para a gente fazer um futuro melhor, isso não é conversa de candidato, porque eu não sou, estou aqui trabalhando, indicando, eu tenho que olhar para trás para ver essas coisas, mas eu não quero ficar perdendo tempo olhando para trás e esquecer-se do presente e do futuro. Quero resultado”, assegurou.

Edson enfatizou ao secretário, que no PS ele vai encontrar resposta do trabalho e disse que médico não é grevista, “médico nem sabe fazer greve, não tem competência. Mas estamos aqui para dar resposta a vocês”.

Reforma: Marcos garantiu apoio aos médicos. “Doutor pode contar comigo, mas uma coisa eu quero que vocês saibam, não tem como amanhecer e anoitecer pronto. Isso é uma construção, agora vocês vão ver que vai mudar e vai ser pra melhor, e com vocês, aí que a coisa melhora. Porque, eu não sou médico, eu sou gestor. Da questão médica eu não sei, mas sobre gestão eu discuto com qualquer um, se for preciso”.

A partir de agora, destacou Marcos José, os servidores da extinta Fusvag receberão o salário junto com os demais servidores do município. A proposta do secretário é manter o equilíbrio entre os salários dos contratados e concursados, respeitando tempo de serviço e títulos de especialização.

“Precisamos estabelecer um equilíbrio entre o salário do contratado e o salário do concursado, porque se por um lado, não é justo ganhar R\$ 2 mil, que é o caso do contratado, que começa nesta faixa e eu não posso deixar de reconhecer o concursado, que está há dez anos aqui. Eu preciso estabelecer um meio termo de valores. Valorizar quem está entrando e não esquecer quem está aqui há dez e até quinze anos. Até porque o funcionário antigo tem que entender isso aí e ser reconhecido e valorizado. É uma questão de justiça”, finalizou o secretário de Saúde.

<http://www.vgnoticias.com.br/noticia.php?codigo=22186>