Cuiabá/MT, 05 de março de 2012.

Notícias / Cidades

03/03/2012 - 00:15

Saúde e Ipas iniciam capacitações para implantação da Farmácia Cidadã

Da Assessoria/SES-MT

A Secretaria de Estado de Saúde (SES) no seu objetivo de melhorar a política estadual de Assistência Farmacêutica em parceira com a Organização Social de Saúde -Ipas- dá início a uma série de capacitações as equipes das secretarias Municipais de Saúde e dos escritórios Regionais de Saúde sendo o primeiro passo para a implantação das edicamentos essenciais além de proporcionar maior acesso aos Usuários do SUS a esses medicamentos.

As capacitações vão ocorrer nas Macroregiões de Saúde, iniciando nesta sexta-feira (02/03) em Sinop, após em Pontes e Lacerda, Cuiabá, Barra do Garças, Rondonópolis e Tangará da Serra.

As capacitações visam identificar primeiramente os problemas que ocorrem na abertura e renovação dos processos de solicitação dos medicamentos especializados que, segundo o diretor do Ipas, Silvio Machado, foi identificado muitos problemas documentais bem como dificuldades dos usuários em buscar a informação correta. “O servidor que vai atender o usuário bem informado e capacitado vai proporcionar a redução dos erros dos processos. O papel da Assistência Farmacêutica é atender bem o usuário de forma humanizada e acima de tudo com a informação correta. Esse é um dos pontos da capacitação”, disse Silvio.

Outro ponto a ser discutido nas oficinas é proporcionar a agilidade da tramitação desses processos,verificando desde a entrada, análise e autorização, em tempo menor, patrocinando a desburocratização. “Já iniciamos trabalhos na implantação da informatização, onde o usuário terá uma comunicação mais rápida sobre seu processo, terá acesso para o acompanhamento on-line em casa, nos utilizaremos de torpedos (SMS), para avisar o usuário que seu medicamento está disponível bem como será informado sobre o seu processo, tempo de duração e data de renovação.Inovamos no atendimento por agendamento o que evita filas,

vamos disponibilizar tele-atendimento gratuito- call center com informações e orientação gerais sobre a disponibilidade do medicamento e documentos necessários para o acesso".

Outros dois temas se referem a exigência da Secretaria de Estado de Saúde no cumprimento das regras dos Protocolos Clínicos tanto do Ministério da Saúde quanto da SES no ato da dispensação,e sobre o avanço da política da Assistência Farmacêutica na descentralização.

Para este ultimo assunto, Silvio Machado adiantou que a Parceria do Ipas com o Estado possibilitou a organização do Sistema de Informatização da Central Estadual de Abastecimento de Insumos de Saúde (CEADIS) da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica e no campo da descentralização vão ser implantadas sete farmácias cidadã e 9 núcleos de pontos de distribuição contemplando assim as 16 microrregiões de Saúde, além da revisão dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.Cuiabá ganhará nova sede da farmácia cidadã.

Segundo ainda Silvio Machado os benefícios esperados destas oficinas além de dotar os profissionais de saúde de conhecimento na área da Assistência Farmacêutica é o de dar resultado ao usuário do SUS na agilidade e acesso ao medicamento, também é o de dar segurança aos pacientes que usam medicamentos especializados, em função da observação das exigências de exames importantes para o monitoramento e acompanhamento de cada caso; o de fornecer medicamento a pacientes que efetivamente necessitam e possuem indicação de uso além de estarem acordados nos Protocolos Clínicos e a que pode ser considerada como uma das principais ações do Estado no sentido de promover o acesso aos medicamentos essenciais são os mecanismos que o Estado adotou na aquisição destes medicamentos que dá eficiência no gasto público e a transparência das ações.

Cromograma das capacitações: Pontes e Lacerda(09/03);Cuiabá(23/03);Barra do Garças(30/03);Rondonópolis (30/03);Tangará da Serra (13/04).

http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Saude_e_Ipas_iniciam_capacitacoes_para_implantacao_da_Farmacia_Cidada&edt=25&id=240991

Notícias / Ciência & Saúde
04/03/2012 - 18:25

Com corte orçamentário, prefeituras tem perder dinheiro da saúde

Valor Online

O contingenciamento de R$ 55 bilhões nos gastos federais deste ano pode frustrar as expectativas de prefeitos de todo o país, empolgados com a perspectiva de liberação de emendas populares aprovadas no Orçamento Geral da União (OGU) de 2012, principalmente destinadas a melhorias nos serviços básicos de saúde. Com o corte anunciado em 15 de fevereiro, os gestores municipais estão temerosos de que as emendas sejam cortadas.

O receio foi manifestado pelo presidente da Confederação Nacional dos Municípios (CNM), Paulo Ziulkoski, apesar de a Comissão Mista de Orçamento (CMO) do Congresso Nacional haver publicado na internet, na última quarta-feira (29), a lista dos 4.953 municípios com menos de 50 mil habitantes beneficiados com emendas para ações de saúde, abastecimento de água, saneamento básico e manejo de resíduos sólidos.

Os congressistas reservaram R$ 2,2 bilhões para as emendas, cujo valor varia de acordo com a população: R$ 300 mil para municípios até 5 mil habitantes; R$ 400 mil para cidades entre 5.001 e 10 mil habitantes; R$ 500 mil para municípios com até 20 mil pessoas; e R$ 600 mil para municípios entre 20.001 e 50 mil habitantes.

Estão na listagem da CMO todos os municípios com menos de 50 mil habitantes que ficam fora das regiões metropolitanas ou de regiões integradas de desenvolvimento econômico (Ride), beneficiadas por programas específicos de melhoria dos serviços públicos. Esses correspondem a 89% dos 5.565 municípios brasileiros.

O presidente da CNM entende que o contingenciamento terá impacto direto nos municípios. Primeiro, em decorrência da projeção de redução de R$ 12,5 bilhões na arrecadação com o Imposto de Renda e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), que compõem o Fundo de Participação dos Municípios (FPM); depois, com a possibilidade de não liberação das emendas, uma vez que o Ministério da Saúde sofrerá corte de R$ 5,4 bilhões.

http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Com_corte_orcamentario_prefeituras_tem_perder_dinheiro_da_saude&edt=34&id=241223

Notícias / Ciência & Saúde

04/03/2012 - 16:34

Hospital em Manaus fará mutirão de cirurgias ortopédicas

G1

A Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ), localizada na Avenida Carvalho Leal, bairro Cachoeirinha, Zona Sul de Manaus, realizará mutirão de cirurgias ortopédicas de alta complexidade – artroplastia de quadril. Ao todo, serão beneficiados 60 pacientes. A ação faz parte do Projeto "Suporte", realizado por meio de convênio de cooperação técnica do Governo Federal com o Governo do Estado do Amazonas.

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (Susam), uma equipe de profissionais do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into) estará em Manaus para acompanhar a ação. Segundo o diretor-presidente da FHAJ, Raymison Monteiro de Souza, os procedimentos contarão ainda com a participação dos profissionais do Adriano Jorge. "Além dos 18 profissionais do Into, toda a equipe médica da Fundação estará em treinamento. Também estaremos realizando uma jornada científica, com palestras sobre cirurgia de quadril", destacou o diretor-presidente.

O coordenador da ação em Manaus, José Luís Ramalho, do Instituto de Traumatologia, destaca que o Projeto Suporte tem como principal objetivo a qualificação dos serviços, com o intuito de oferecer atendimento de excelência à população, permitindo diminuir o número de transferências de pacientes locais para Tratamento fora Domicílio (TFD).

http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Hospital_em_Manaus_fara_mutirao_de_cirurgias_ortopedicas&edt=34&id=241205

POLÍTICA / CARGO POLÍTICO

04.03.2012 | 14h17 - Atualizado em 04.03.2012 | 23h25

Tamanho do texto A- A+

Indefinição de Henry pode ocasionar disputa pela Saúde

Governador cobra de deputado federal posição sobre retorno à polêmica pasta

Secom/MT

Indefinição de Henry pode levar a uma disputa partidária pelo comando da Saúde em MT

LAÍSE LUCATELLI
DA REDAÇÃO

O governador Silval Barbosa (PMDB) está cobrando, até de forma sistemática, do ex-secretário de Saúde, Pedro Henry (PP), uma definição sobre seu retorno para o comando da pasta.

"O governador conversou comigo e me cobrou uma posição. Mas, eu ainda não posso dá-la, por questões pessoais. Não só de saúde, mas também questões políticas, que eu preciso avaliar", revelou Henry, em entrevista ao **MidiaNews**. Ele disse, ainda, que não tem previsão de quando definirá sua situação, e que o governador não deu nenhum prazo para isso, apesar da cobrança.

Em janeiro passado, o deputado federal justificou o não retorno à pasta, alegando um tratamento médico. Agora, alega que sua atuação na Câmara Federal o impede de voltar.

"Estou participando de uma negociação para conseguir mais recursos para a Saúde em todo o Estado. Estamos reorganizando a rede de Saúde, pois muitos municípios, inclusive Cuiabá, estão com dados defasados junto ao Ministério da Saúde, como número de leitos cadastrados inferior ao existente. E, como deputado, tenho mais força para fazer essa negociação junto ao Governo Federal do que teria como secretário", justificou.

Pedro Henry pediu exoneração do comando da secretaria e reassumiu seu mandato de deputado federal no final de 2011, com a intenção de indicar emendas parlamentares no Orçamento Geral da União 2012.

Ele deixou o cargo prometendo voltar neste ano, e chegou a ser nomeado pelo governador Silval Barbosa (PMDB) como secretário, em 16 de janeiro.

No entanto, não se licenciou do cargo e foi acusado de acumular cargos ilegalmente, sendo alvo de uma representação movida pela ONG Moral (Movimento Organizado pela Moralidade Pública e Cidadania), que pede sua cassação na Câmara Federal.

Diante da repercussão negativa, Silval exonerou Henry em 30 de janeiro e manteve o secretário-adjunto Vander Fernandes como titular da pasta.

Disputa

Com orçamento de cerca de R$ 1 bilhão, a Saúde é uma das pastas que mais recebem recursos e, portanto, uma das mais cobiçadas do governo estadual.

A indefinição de Henry pode acabar resultando em uma verdadeira guerra entre os partidos da base pelo comando da secretaria. A cúpula do PR reclamou, em diversas ocasiões, da diminuição do partido no staff, e reivindicou mais secretarias.

O PSD é outro partido que pode vir a ser contemplado com a pasta, pois é um dos maiores da base, segundo o próprio Silval. Nesta quinta-feira (1º), o governador adimtiu que a sigla nasceu grande e o espaço que ocupa no Governo é pequeno.

http://www.midianews.com.br/conteudo.php?sid=1&cid=109780

04/03/2012 - 10h24

Fortalecimento do sistema de atenção básica à saúde pode reduzir casos de tuberculose

Redação 24 Horas News

Reduzir as taxas de incidência da tuberculose no Rio de Janeiro é fundamental para mudar o panorama da enfermidade no país, segundo avaliação do coordenador do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, Draurio Barreira. Para ele, o fortalecimento do sistema de atenção básica, como a expansão das clínicas da família na capital fluminense, é o principal fator que pode contribuir para isso.

A cada ano são notificados aproximadamente 11 mil casos da doença no estado, que lidera o ranking de incidência nacional da doença: mais de 70 ocorrências por 100 mil habitantes, quase o dobro da média nacional (37,7 casos por 100 mil habitantes). O Brasil tem até 2015 para contabilizar 25,8 casos por 100 mil habitantes, conforme um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

“A gente vê com bastante expectativa esse movimento de fortalecimento da atenção básica, como a expansão das clínicas da família, cujos profissionais conhecem de perto esse portador [da doença], os hábitos de vida, a casa. Eles têm a capacidade de interferir positivamente na relação dessa pessoa com seus hábitos de saúde”, explicou Barreira.

Segundo ele, o Rio de Janeiro tem não só a maior incidência da doença, como concentra, em números absolutos, o maior número de casos do país. "Então, se mudar a realidade do estado e do município, que concentra metade dos casos do estado, vai mudar o panorama da tuberculose no país."

De acordo com a secretaria municipal de Saúde do Rio, foram inauguradas, nos últimos quatro anos, 56 clínicas da família, permitindo uma ampliação da cobertura de 3,5% para 31,6% nesse período, o que representa cerca de dois milhões de pessoas assistidas pela estratégia.

A superintendente de Unidades de Saúde da secretaria municipal, Betina Durovni, explica que o grande diferencial desse projeto, que integra o Programa Saúde da Família (PSF), do governo federal, é a proximidade dos profissionais e pacientes, que podem monitorar melhor a continuidade do tratamento.

“A expansão da atenção primária por meio das clínicas da família é um passo fundamental para o controle da tuberculose e de outras doenças. O papel dos agentes comunitários, da supervisão do tratamento e da proximidade [entre profissionais e pacientes] é fundamental para elevar os índices de cura da doença."

Para o diretor do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, ligado à Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), a redução nos índices da doença dependem de um acolhimento eficiente pelo serviço de saúde, o que inclui acesso facilitado e continuidade do tratamento, que leva em média seis meses, mas também da melhoria da qualidade de vida principalmente da população que vive em comunidades carentes.

“As clínicas da família ajudam porque com o tratamento adequado, evita-se que novas pessoas sejam contaminadas. Mas é preciso também que as populações vulneráveis, como as que moram em favelas, tenham melhorias na qualidade de vida. Os índices de maior incidência estão localizado em populações mais empobrecidas, de rua, e indígenas, por exemplo", explicou.

O coordenador da comissão de tuberculose da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio, Marcos Conde, acrescentou que em regiões onde há bolsões de pobreza a busca ativa por pacientes contaminados é decisiva.

“Em geral, esses locais são pouco ventilados, há pouca entrada de luz solar e, por isso, são mais propícios aos casos de tuberculose. A busca por pacientes contaminados é importante porque numa situação de tantos problemas sociais, a tosse, um dos principais sintomas da doença, acaba sendo um problema menor para essa parcela da população, que acaba demorando para buscar atendimento e a doença vai se propagando”, destacou.
http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=405494

03/03/2012 - 16h44

Adesão ao hábito de lavar as mãos é maior só em um terço dos hospitais

Carolina Pimentel
de Brasília

Uma pesquisa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) mostra que somente 30,7% dos hospitais têm taxa de adesão à higiene das mãos superior a 70%. A higienização, seja lavar com água ou uso do álcool em gel, é a maneira mais eficaz e barata de reduzir casos de infecção hospitalar.

Dos 901 hospitais com dez ou mais leitos de unidade de terapia intensiva participantes da pesquisa, em 85 deles a adesão é maior que 70%, percentual considerado ideal por especialistas. Em 130 instituições, a taxa varia de 40% a 70%.

De acordo com o levantamento, grande parte das unidades de saúde dispõe de estrutura para a limpeza das mãos, como pias com sabonete e toalhas descartáveis nos leitos. Também foi constatado que 99% têm fornecimento contínuo de água limpa e 53% possuem álcool em gel disponíveis em enfermarias.

Os programas de capacitação e monitoramento dos profissionais sobre a higiene das mãos aparecem em menor quantidade, o que pode explicar a baixa adesão. O diagnóstico revela que 68% das unidades não têm orçamento exclusivo para treinamento em higienização das mãos, menos de 40% têm programa regular de treinamento dos médicos e enfermeiros e em 66% deles não há observadores para aferir a adesão à higienização.

Para o coordenador de Infectologia Hospitalar da Sociedade Brasileira de Infectologia, Eduardo Medeiros, capacitar é o caminho para disciplinar a prática de lavar as mãos. “Ele [profissional de saúde] não é igual a um funcionário de uma fábrica, fica exposto a muita pressão e questões emocionais. A instituição precisa investir em capacitação constante. Os médicos e enfermeiros são pessoas bem formadas, mas a higienização deixa a desejar mesmo entre esses profissionais”, disse.

Medeiros sugere que os hospitais devem usar estratégias para estimular a adesão, como premiar profissionais ou áreas onde a higiene das mãos é um hábito frequente.

Na maioria dos hospitais (77%), o profissional não tem retorno sobre os efeitos da prática, por exemplo, no controle das infecções. “É fazer a enfermeira e o médico receber os dados do ato de higienização. Ele vai saber se precisa melhorar ou se está cumprindo sua tarefa”, disse Diana de Oliveira, gerente-geral de Tecnologia em Serviços de Saúde da Anvisa, em entrevista à TV Brasil.

De maio a dezembro de 2011, a Anvisa colocou à disposição o questionário, para avaliar a situação da prática de higienizar as mãos nos hospitais. A participação na pesquisa era voluntária. Há representantes de todos os estados e do Distrito Federal no levantamento. Do total de unidades de saúde que responderam o formulário, 320 eram de São Paulo.

http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=405450

03/03/2012 - 05h22

População deve ter atenção redobrada para os sintomas da dengue

No período de chuvas a população deve redobrar a atenção para os sintomas da dengue. Dor de cabeça, febre e dor nas juntas são alguns sinais da doença. O coordenador do Núcleo de Vigilância Ambiental de Rondonópolis, Edgar da Silva Prates, pede aos moradores que não se esqueçam de cuidar dos recipientes com água e a limpeza dos terrenos baldios. Se a suspeita aparecer, o correto é procurar imediatamente um Centro de Saúde ou uma unidade do Programa de Saúde da Família – PSF.

Devem buscar atendimento médico especializado, pessoas que viajaram para o Norte e Nordeste do país. De acordo com Edgar Prates, alguns rondonopolitanos viajaram no período de carnaval e voltaram com sintomas da doença. "É importante que esses moradores não hesitem em ir ao PSF ou Pronto Atendimento para fazer o monitoramento", disse.

Os agentes de endemias reforçaram as visitas na região do Jardim Atlântico e nos pontos considerados de riscos para a epidemia, como os Residenciais Alfredo de Castro Araújo e Padre Lothar I e II. "A meta é evitar a introdução do vírus 4 na cidade e como consequência, promover a saúde pública", esclarece Edgar.

http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=405419

02/03/2012 - 21h47

Prevenção e tratamento da tuberculose já salvaram quase 1 milhão de soropositivos

Agência Brasil

Cerca de 910 mil soropositivos em todo o mundo foram salvos nos últimos anos apenas com a melhoria das ações de proteção contra a tuberculose, de acordo com dados divulgados hoje (2) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A tuberculose é a principal causa de morte entre pessoas com o vírus HIV. Como o vírus da aids enfraquece o sistema imunológico, os soropositivos acabam ficando mais expostos à tuberculose. Por isso, é comum que pessoas infectadas pelo HIV também sofram de tuberculose.

Dados indicam que o número de soropositivos que fizeram exames para detectar a tubeculose passou de 200 mil em 2005 para 2,3 milhões em 2010. Já o total de pacientes com tuberculose que se submeteram ao teste de detecção do HIV passou de 470 mil para 2,2 milhões no mesmo período.

A OMS defende a adoção de medidas como a testagem rotineira para detecção do HIV em pacientes diagnosticados com tuberculose, em pessoas com sintomas da doença e em parceiros sexuais e membros das respectivas famílias dos portadores do vírus da aids.

De acordo com o levantamento, mais de 100 países já fazem testes em mais da metade dos pacientes com tuberculose para detectar a presença do HIV. Na África, número de países que adotam esse procedimento saltou de cinco em 2005 para 31 no ano passado.

"Entretanto, há ainda muito trabalho a ser feito. O número de pacientes coinfectados com tuberculose e HIV aumentou gradualmente de 36% para 46% nos últimos cinco anos", alertou a OMS. Para o órgão, todos os pacientes soropositivos diagnosticados com tuberculose devem ter acesso rápido aos remédios antirretrovirais.

http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=405334

02/03/2012 - 12h46

Pesquisa revela que 45% das gestantes não planejaram a gravidez

Redação 24 Horas News

Dados preliminares de uma pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) indicam que 45% das brasileiras que dão à luz não planejam a gravidez. O estudo Nascer no Brasil: Inquérito sobre Parto e Nascimento já ouviu 22 mil mulheres, de um total de 24 mil que serão entrevistadas em 191 municípios.

O levantamento, de acordo com a Fiocruz, tem como objetivo conhecer as principais complicações maternas e de recém-nascidos registradas no país, por meio de informações sobre interrupção de gravidez, assistência pré-natal, e local e acompanhamento do parto.

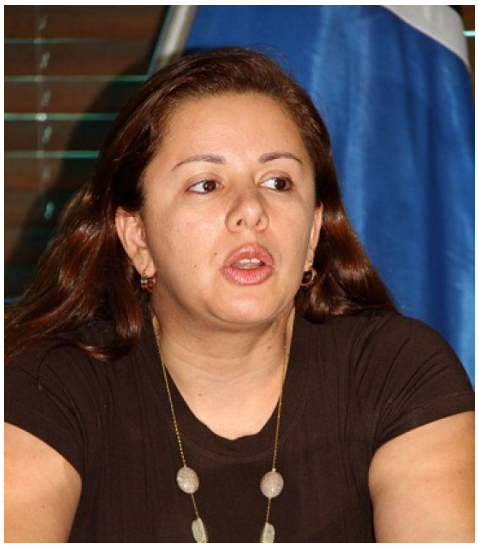
Dados aferidos até o momento mostram ainda que 53% dos partos no Brasil são cesarianas, com prevalência nas regiões Centro-Oeste e Sudeste.
http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=405307

» Pagina Inicial / Notícias / **Saúde**

05/03/2012 - 08:54 - Fonte: Primeira Hora-Redação/Ascom

Prefeitura faz pagamento de R$ 905 mil a Santa Casade Rondonópolis

Foto: Matusalem Teixeira



Prefeitura faz pagamento de R$ 905 mil a Santa Casade Rondonópolis

A Prefeitura de Rondonópolis efetuou o pagamento de R$ 905.739,56 a Santa Casa de Misericórdia referente aos serviços prestados no mês de janeiro, os valores são referentes à parte hospitalar, ambulatorial e incentivos federais. Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde dos 160 cirurgias eletivas mês que deveriam ser realizadas pela unidade hospitalar, foram cumpridas apenas 77 do pactuado com a rede SUS. Da meta de 12 cirurgias vasculares, apenas duas foram realizadas pela equipe médica. Para cada paciente operado neste tipo de intervenção, o Estado ainda repassa um incentivo de R$ 1.206,20.

A gerente do Departamento de Gestão do SUS, Izalba Diva Albuquerque, comentou que as filas na Central de Regulação estão quase zeradas, sem demanda reprimida por cirurgias eletivas graças à parceria do município com o Hospital São João Batista, em Poxoréu, Ceadas, Pronto-Atendimento Adulto e Hospital São José. “São quase 6 mil pessoas que estavam na fila e foram atendidas. Neste final de semana, serão atendidas as últimas das 200 crianças que estavam há anos esperando cirurgia eletiva”, comentou.

No ano passado foram repassados R$ 15,7 milhões para a Santa Casa de Misericórdia entre recursos do município, estado e União. É o maior valor dos últimos 13 anos, conforme dados da Secretaria Municipal de Finanças.

Cada cirurgia otorrinopediátrica e geral realizada em Poxoréu nas 200 crianças geraram economia ao SUS de Rondonópolis. Um procedimento deste é pago R$ 392,29 pela tabela SUS. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) dá um incentivo de R$ 1.138,75 a Santa Casa, totalizando o custo de R$ 1.531,04 por paciente. O Hospital São João Batista cobrou R$ 950 pelo mesmo procedimento. Mesmo pagando transporte das crianças e do acompanhante, ainda há economia do que se a cirurgia fosse feita em Rondonópolis.

A mesma economia se vê nos procedimentos de cirurgia geral eletiva em crianças. A tabela SUS remunera R$ 566,52 e o Estado oferece incentivo de R$ 1.029,05, totalizando R$ 1757,59. Em Poxoréu, o procedimento sai por R$ 1.250.

http://www.primeirahora.com.br/site/index.php?pg=noticia&intNotID=48896

TODAS AS NOTÍCIAS | MAIS COMENTADAS

Assembleia Legislativa | 05/03/2012 - 07:28

Savi quer campanha de doação de órgãos; MT não faz cirurgias

Valérya Próspero

O deputado estadual Mauro Savi (PR) defende a realização de uma campanha sobre a importância da doação de órgãos junto às escolas. A iniciativa, enviada ao governador Silval Barbosa (PMDB), levanta a discussão sobre os transplantes em Mato Grosso. Acontece que os procedimentos não podem ser realizados no Estado por falta de unidades de saúde capacitadas. A única cirurgia feita é a de córnea por conta de convênios com clínicas particulares. Para as demais cirurgias, os pacientes devem procurar outro Estados, o principal destino é São Paulo.

Segundo a secretaria estadual de Saúde, quando o Hospital das Clínicas for implantado ele vai fazer transplantes de rim, medula óssea, enxerto ósseo, córnea, bem como cirurgias de alta complexidade como em cardiologia e neurologia. Isso, no entanto, deve demorar consideravelmente, já que o processo está em fase de seleção da Organização Social de Saúde (OSS) que vai gerenciar o hospital.

Atualmente, para a retirada dos órgãos doados, equipes médicas de outros Estados contemplados pela fila nacional de transplante vêm até a Capital mato-grossense para retirar e levar órgão para o local onde será realizado o procedimento. Tudo tem que ser feito de forma célere, tendo em vista que há um prazo para que ele deixe de funcionar, mesmo com toda a tecnologia de conservação.

Campanha

Mauro Savi, por sua vez, defende que sejam realizadas palestras, seminários, debates com técnicos da área, vídeos e material gráfico de divulgação. Ele sugere ainda que a conscientização desenvolva na sociedade o conceito do que é ser um doador de medula óssea, sangue, tecidos e demais órgãos. “Várias pessoas morrem por falta de doadores,

principalmente por falta de uma cultura que incentive as pessoas a se tornarem doadoras. O poder público tem o dever de incentivar e conscientizar a população", ressaltou.

http://www.rdnews.com.br/noticia/savi-quer-campanha-de-doacao-de-orgaos-mt-nao-faz-cirurgias

Política
Segunda, 05 de março de 2012, 08h45
CONTINGENCIAMENTO

Conselho Econômico se reúne para discutir mais cortes no Estado de MT

Redação do GD

Deverão ser, no mínimo, revistas as medidas anunciadas pelo governo de Mato Grosso, que persegue contingenciamento de mais de R$ 1 bilhão dentro do Orçamento Geral do Estado (OGE), de R$ 13 bilhões para 2012. Os primeiros resultados analisados pela equipe econômica da administração estadual não são nada alentadores e provocam discordâncias internas sobre os critérios adotados pelo Estado para redução dos gastos do caixa público.

Após dois meses de trabalhos, ainda não é possível visualizar economia, que só deverá ser de fato medida, no final do primeiro semestre. Uma reforma administrativa volta a ser aventada, mas esbarra em questões de cunho político para ser admitida e implementada posteriormente.

O Conselho Econômico se reúne nesta segundafeira, para discutir novas ações. Apontamentos de dificuldades nos procedimentos feitos por técnicos e especialistas no assunto, como a decisão de enxugar a "área finalística", geram receio no conselho de o governo estar incorrendo em falhas graves.

Esse quadro, destacado por fonte de A Gazeta, poderá levar o governador Silval Barbosa (PMDB) a promover mudanças no staff, tratadas ainda com certa resistência pelo Executivo. Estão nessa fase contingenciados aproximadamente R$ 650 milhões, sendo que 90% pertence à área finalística. Essa área pode ser descrita como os projetos foco de objeto da administração,ou seja, programas que estão desenhados mas que foram atingidos de cheio com o plano do Executivo de redução de despesas.

http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/10/materia/316347

Cidades
Domingo, 04 de março de 2012, 08h14
ALCOOLISMO E DESTRUIÇÃO

Psiquiatra diz que 5% dos mato-grossenses bebem todo dia

Redação do GD

Aminésia e lapsos de memória são frequentes nos pacientes de alcoolismo. Muitos passam por constrangimento e até cometem crimes ou são vítimas em potencial durante o período de falta de consciência. Dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) mostram que o consumo excessivo de álcool está em 52% dos casos de violência doméstica.

Chico Ferreira/Arquivo

Ainda há estatísticas que ligam a bebida a homicídios e estupros em no mínimo 15% dos registros. Para a irmandade dos Alcoólicos Anônimos (AA), a doença atinge todas as classes sociais.

A única diferença para o alcoólatra é cair na 'sarjeta ou no tapete persa'. O médico psiquiatra Zanizor Rodrigues explica que 5% dos mato-grossenses bebem todos os dias e podem ser considerados dependentes químicos. Ele fala que o alcoolismo não é visto como doença pela sociedade e quando o paciente pede ajuda já está com danos orgânicos, psicológicos e com as relações familiares totalmente ou parcialmente fragilizadas.

http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/316145

Cidades
Sábado, 03 de março de 2012, 10h35
PROCESSO SELETIVO

Prefeitura de Juína contrata 79 agentes de endemias e saúde

Redação do GD/Só Notícias

A prefeitura de Juína (735 km a noroeste de Cuiabá) abrirá, de 5 a 26 de março, o período de inscrições do processo seletivo para contratação de 79 agentes comunitários de saúde e de endemias. O nível de escolaridade médio será exigido. As inscrições poderão ser feitas somente presencialmente no Sindicato dos Trabalhadores Públicos Municipais. A taxa será de

R$ 30. A carga horária será de 40 horas semanais, com salários que irão variar de R$ 622 a R$ 739.

O edital aponta que as provas objetivas serão realizadas no dia 15 de abril, em local ainda a ser divulgado. Os nomes dos aprovados e classificados sairão em até 30 dias e a homologação, em 25 de maio. O processo terá validade de dois anos e pode ser prorrogado pelo mesmo período.

http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/316139

VENDA DE VAGAS EM VG – **Cirurgião diz que não pediu dinheiro para operar paciente da rede pública**

Médico nega ter feito cobrança

LISÂNIA GHISI
DA REDAÇÃO

Citado nas investigações sobre o esquema de venda de vagas de cirurgia no Pronto Socorro de Várzea Grande, o médico Luiz Henrique Guimarães de Amorim, 34, negou que tenha autorizado funcionários da unidade de saúde a oferecerem serviços em seu nome. Atualmente, o profissional trabalha como ortopedista na unidade pública, no Hospital Metropolitano, localizado no mesmo município, e em uma clínica particular.

Luiz Henrique destacou ainda que é frequente que pacientes, socorridos primeiramente nos Prontos-Socorros, procurem unidades particulares de saúde para ter um atendimento mais rápido. Ele destaca que o fato acontece devido a situação crítica vivenciada no sistema público de saúde. O médico, que já foi ouvido pela Polícia Civil, relatou que ficou surpreso ao receber a notícia de que deveria prestar esclarecimentos sobre o fato. “Não sabia que meu nome tinha sido citado”.

O esquema em Várzea Grande foi descoberto após a prisão do porteiro Edson Fernando da Silva, 48, que atuava no Pronto Socorro de Várzea Grande. Ele é suspeito de intermediar a venda de vagas na unidade. Conforme denúncia feita à Polícia Civil, no dia 19 de fevereiro, Albertina Pimentel foi atendida no Pronto-Socorro da cidade, vítima de um acidente de trânsito. Na data um funcionário do local informou que o médico chamado ‘Amorim’ faria a cirurgia da mulher por um

valor de R$ 6,5 mil. O marido de Albertina, Mário Aparecido Silirios, negou os serviços devido ao preço.

No dia seguinte, Edson entrou em contato com Mário, informando que conhecia um médico, por nome de Rafael, que faria a cirurgia de sua esposa por R$ 2,5 mil em uma clínica particular. O fato é que mulher, 3 dias depois, foi operada no Hospital Metropolitano, unidade pública de saúde administrada pelo Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde (Ipas).

Médico há 8 anos, mas atuando como ortopedista há 3 anos, Luiz Henrique informou que o seu trabalho no Pronto Socorro e no Hospital Metropolitano não são pra angariar pacientes da rede pública. “Isso foge aos princípios da ética médica”. Ele destacou ainda que não conhece e não teve qualquer contato com a paciente Albertina Pimentel, enquanto ela esteve internada nas duas unidades públicas de saúde.

Sobre o médico Rafael Frederico Vaz Curvo, também citado nas denúncias, Amorim informou que trabalha com o profissional no Pronto Socorro de Várzea Grande e não tem conhecimento de que o mesmo tenha autorizado terceiros a oferecer serviços médicos em seu nome. “Desconheço qualquer tipo de participação de Rafael”.

Desde o dia 25 de fevereiro, o porteiro Edson Fernando está preso no Centro de Ressocialização de Cuiabá (CRC). Ele foi detido na data, no momento em que recebia R$ 500 das mãos de Mário. O dinheiro era parte do pagamento referentes à cirurgia de Albertina. A direção do Pronto Socorro de Várzea Grande já exonerou Edson da unidade e o Conselho Regional de Medicina do Estado (CRC/MT) abriu sindicância paraabriu sindicância para investigar a participação dos médicos no esquema.
http://www.gazetadigital.com.br/pdf/m03a12/g0303c-b.pdf

Não cabe cura para quem não está doente

Saúde com Dilma
- Atualizado em 05/03/2012**Postado em:** Carla Bianca Angelucci, Humberto Verona, z

Conselho Federal de Psicologia debate iniciativa de deputados que propõem “cura” para a homossexualidade.

Por Carla Bianca Angelucci presidenta do CRP-SP e Humberto Verona, presidente do CFP

Da Folha de SP de 05 de março de 2012

Deputados evangélicos ferem a autonomia do Conselho Federal de Psicologia ao tentar permitir que psicólogos proponham tratar e curar homossexuais

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), assim como os conselhos regionais, é uma autarquia de direito público, com os objetivos de orientar, fiscalizar e disciplinar a profissão de psicólogo, zelar pela fiel observância dos princípios éticos e contribuir para a prestação de serviços à população.

Cumprindo as suas atribuições, o CFP, por meio da resolução 01/99, regulamenta a atuação dos psicólogos com relação à questão da orientação sexual.

Considerando que as homossexualidades não constituem doença, distúrbio ou perversão (compreensão similar à da Organização Mundial da Saúde, da Associação Americana de Psiquiatria e do Conselho Federal de Medicina), a resolução proíbe que o psicólogo proponha seu tratamento e cura.

Entretanto, em nenhum momento fica proibido o atendimento psicológico à homossexuais, como afirmado pelo deputado João Campos (PSDB-GO), líder da Frente Parlamentar Evangélica no Congresso Nacional, que propõe um projeto que pretende sustar dois artigos da citada resolução.

Isso fere a autonomia do CFP como órgão que fiscaliza e orienta o exercício da psicologia e contraria as conquistas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, consolidados nacional e internacionalmente.

A iniciativa do CFP foi pioneira e, na época, o Brasil passou a ser o único país no mundo com uma resolução desta natureza. Por isso, o conselho recebeu dois prêmios de direitos humanos.

Vale ressaltar que, a partir da resolução brasileira, a Associação Americana de Psicologia formou um grupo específico para elaborar documentos de referência para norte-americanos e canadenses, reafirmando posteriormente a inexistência de evidências a respeito da possibilidade de se alterar orientações sexuais por meio de psicoterapia.

A discussão sobre a patologização da homossexualidade é comumente atravessada por questões religiosas, já que certas práticas sexuais são vistas também como imorais e contrárias a determinadas crenças.

Entretanto, há que se reafirmar a laicidade da psicologia, bem como de nosso Estado. Isso significa que crenças religiosas -que dizem respeito à esfera privada das pessoas- não podem interferir no exercício profissional dos psicólogos, nem na política brasileira.

Nesse sentido, ao associar o atendimento à pretensa cura de algo que não é doença, entende-se que o psicólogo contribui para o fomento de preconceitos e para a exclusão de uma parcela significativa de nossa população.

Considerando que a experiência homossexual pode causar algum sofrimento psíquico, o psicólogo deve reconhecer que ele é decorrente, sobretudo, do preconceito e da discriminação com aqueles cujas práticas sexuais diferem da norma estabelecida socioculturalmente.

O atendimento psicológico, portanto, deve, em vez de propor a "cura", explorar possibilidades que permitam ao usuário acessar a realidade da sua orientação sexual, a fim de refletir sobre os efeitos de sua condição e de suas escolhas, para que possa viver sua sexualidade de maneira satisfatória e digna.

http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/03/05/nao-cabe-cura-para-quem-nao-esta-doente/

Nova regulamentação do financiamento da saúde no Brasil

Paulo Navarro
- Atualizado em 04/03/2012**Postado em:** Gilson Carvalho, z

Gilson Carvalho: A presença e participação do município na LC 141.

BOM DIA.

ABRASUS DOMINICAIS.

1. PRIMEIRA PÁGINA – TEXTOS DE GILSON CARVALHO – EM ANEXO TEXTO E COLEÇÃO DE SLIDES SOBRE O TEMA ABAIXO

A PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NA LC 141: NOVA REGULAMENTAÇÃO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Gilson Carvalho[1]

Com inúmeras demandas de municípios para discutir as novas obrigações municipais, tenho feito uma seleção dos principais aspectos da LC 141 a eles referentes.

Cada um destes artigos e parágrafos abaixo destacados estão sendo lidos e relidos por inúmeras pessoas. Umas apenas militantes como eu. Outras preparados e com formação jurídica ou econômica ou em gestão pública. As interpretações continuarão por muito tempo e dificilmente se chegará a um consenso em várias questões.

O entendimento pode ser diverso pois mal escrito o texto legal. Também ainda que bem escrito, pode ser mal interpretado por interesses os mais diversos e muitas vezes não confessos ou inconfessáveis.

A CF tem mais de 23 anos. A Lei 8080 tem mais de 21 anos. Questões essenciais da saúde expressas nestes documentos legais jazem descumpridas e os argumentos são os mais diversos para que assim seja.

Minha participação abaixo é de apenas ter tentado resumir à essência o texto legal, segundo minha interpretação que a luz de novos argumentos pode mudar.

A LEI TRATA:

- **DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**
- **AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – ASPS**
- **RECURSOS MÍNIMOS**
- **REPASSE E APLICAÇÃO DOS RECURSOS MÍNIMOS**
- **MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS DA UNIÃO**
- **MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS DOS ESTADOS**
- **DISPOSIÇÕES GERAIS DA APLICAÇÃO RECURSOS**
- **TRANSPARÊNCIA E VISIBILIDADE DA GESTÃO**
- **ESCRITURAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTAS**
- **PRESTAÇÃO DE CONTAS**
- **FISCALIZAÇÃO DA GESTÃO**
- **DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

1. MUNICÍPIO SÓ PODE FAZER ASPS DEFINIDOS NA LEI (Art.2 E 3) E NÃO PODE FAZER NADA VEDADO NA LEI (Art.4)

2. ASPS TEM QUE OBEDECER PRINCÍPIOS DO SUS da LC 141 – Art.2; SÓ PODEM SER FEITAS DESPESAS COM PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E

RECUPERAÇÃO DA SAÚDE E QUE ATENDAM DIRETRIZES: ACESSO UNIVERSAL, IGUALITÁRIO E GRATUITO; CONFORMIDADE COM PLANOS DE SAÚDE CADA ESFERA; RESPONSABILIDADE ESPECÍFICA DE SAÚDE; NÃO INCLUIR AÇÕES PÚBLICAS DETERMINANTES SOCIAIS E ECONÔMICOS, AINDA QUE INTERFIRAM NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NA POPULAÇÃO; RECURSOS MOVIMENTADOS NO FUNDO; AQUELAS CONSTANTES DA LEI 8080, ART.7

3. MUNICÍPIO APLICARÁ EM ASPS NO MÍNIMO 15% DE SUAS RECEITAS (ART.7) E DE OUTRAS FUTURAS OU COMPENSAÇÕES (Art.9).

4. MUNICÍPIO QUE TIVER EM SUAS LEIS, PERCENTUAL MAIOR QUE 15% DEVEM CUMPRI-LOS (Art.11)

5. MUNICÍPIO SÓ PODE MOVIMENTAR RECURSOS DO FUNDO POR CHEQUE NOMINATIVO, ORDEM BANCÁRIA, TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA (Art.13 §4)

6. MUNICÍPIO DEVE MANTER FUNDO, CRIADO POR LEI, COMO UNIDADE<u>ORÇAMENTÁRIA E GESTORA</u> (Art.14)

7. MUNICÍPIO RECEBERÁ RECURSOS DA UNIÃO POR CRITÉRIOS RATEIO DEFINIDOS POR METODOLOGIA PACTUADA NA CIT E APROVADA NO CNS (usando: necessidades de saúde, epidemiologia, demografia, espacial, sócio econômico, produção de ASPS+8080,7) (Art.17).

8. MUNICÍPIO COBRARÁ DO MS DEFINIÇÃO E PUBLICAÇÃO DOS MONTANTES A SEREM TRANSFERIDOS A CADA MUNICÍPIO. (Art.17,§1).

9. MUNICÍPIO PARTICIPARÁ DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE E DO <u>TERMO DO COMPROMISSO</u> DE GESTÃO FIRMADO ENTRE UEM. (Art.17 §3).

10. MUNICÍPIO RECEBERÁ RECURSOS DO MS/FNS PARA ASPS, NOS FUNDOS DE SAÚDE DE FORMA <u>DIRETA, REGULAR E AUTOMÁTICA</u> (Art.18) (ROTINA)

11. MUNICÍPIO COBRARÁ DA UNIÃO A DEFINIÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS PARA SITUAÇÕES ESPECÍFICAS ONDE SE PODE USAR A MODALIDADE DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA (Art 18 § U) (EXCEÇÃO)

12. MUNICÍPIO RECEBERÁ RECURSOS DOS ESTADOS SEGUNDO CRITÉRIOS (necessidades de saúde, epidemiologia, demografia, espacial, sócio econômico, oferta ASPS) E ATENDENDO A NECESSIDADE DE DIMINUIR AS DISPARIDADES. (Art.19)

13. MUNICÍPIO COBRARÁ DOS ESTADOS O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE COM EXPLICITAÇÃO DA METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS

ESTADUAIS E DE RECURSOS AOS MUNICÍPIOS, PACTUADOS NA CIB E APROVADOS NO CES (Art.19,§1).

14. MUNICÍPIO COBRARÁ DOS ESTADOS MONTANTE DE RECURSOS PREVISTOS PARA TRANSFERÊNCIAS DO ESTADO AOS MUNICÍPIOS (Art.19,§2).

15. MUNICÍPIO COBRARÁ DOS ESTADOS TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DE FORMA DIRETA, REGULAR E AUTOMÁTICA (Art.20) (ROTINA?)

16. MUNICÍPIO COBRARÁ DOS ESTADOS O SIGNIFICADO DE TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS PARA SITUAÇÕES ESPECÍFICAS ONDE SE PODE USAR A MODALIDADE DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA (Art.20 § ÚNICO) (EXCEÇÃO?)

17. MUNICÍPIO COM CONSÓRCIOS OU OUTRAS FORMAS LEGAIS DE COOPERATIVISMO PODERÁ REMANEJAR ENTRE SI RECURSOS DO FUNDO TANTO PRÓPRIOS COMO TRANSFERIDOS DA UNIÃO E ESTADOS SEGUNDO NORMAS DE DIREITO ADMINISTRATIVO, LEI 8080 E NORMAS DA CIT APROVADAS NO CONSELHO. (ArT.21 COM § ÚNICO).

18. MUNICÍPIO NÃO ACEITARÁ RESTRIÇÃO DE RECURSOS DE TRANSFERÊNCIAS OBRIGATÓRIAS, REGULARES E AUTOMÁTICAS DO 198, EXCETO SE NÃO TIVER PLANO, FUNDO E CONSELHO FUNCIONANDO .(Art. 22)

19. MUNICÍPIO CONSIDERARÁ COMO APLICADOS EM ASPS DESPESAS: LIQUIDADAS E PAGAS; EMPENHADAS E NÃO PAGAS MAS COM SALDO NO FUNDO; PAGAMENTO DE AMORTIZAÇÃO E ENCARGOS FINANCEIROS DE EMPRÉSTIMOS APÓS JAN/2000 E NÃO INCLUÍDOS NOS MÍNIMOS. (Art.22 §3)

20. MUNICÍPIO QUE DESCUMPRIR O MÍNIMO VERIFICADO PELO TCU OU HOMOLOGADO PELO SIOPS PODERÁ TER RESTRIÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS do 198 ATÉ O LIMITE DO DÉBITO.(Art.26 §1)

21. MUNICÍPIO QUE CUMPRIR OS MÍNIMOS PODERÁ TER TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS RESTABELECIDAS.(Art.26 §5)

22. MUNICÍPIO QUE DETECTAR COM SEUS ÓRGÃOS OU DO MS, APLICAÇÃO ERRADA DE RECURSOS (FORA DO PREVISTO NO ART.3º OU DO PACTUADO) PODERÁ DEVOLVER OS RECURSOS A SEU PRÓPRIO FUNDO DEVIDAMENTE CORRIGIDOS, PARA CUMPRIR OS OBJETIVOS DO REPASSE (Art.27)

23. MUNICÍPIO NÃO PODE EXCLUIR DA BASE DE CÁLCULO DO MÍNIMO PARCELAS DE IMPOSTOS OU TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS VINCULADAS A FUNDOS OU DESPESA (Art. 29)

24. MUNICÍPIO DEVERÁ ELABORAR PPA,LDO,LOA DE ACORDO COM A LC 141 (Art.30)

25. MUNICÍPIO FARÁ PLANOS E METAS REGIONAIS RESULTANTES DE PACTUAÇÕES INTERMUNICIPAIS QUE SERVIRÃO DE BASE PARA PLANOS E METAS ESTADUAIS (Art.30 §2)

26. MUNICÍPIO DARÁ DIVULGAÇÃO AMPLA, INCLUSIVE PELA NET, DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS COM ÊNFASE NO CUMPRIMENTO DA 141, DO RELATÓRIO DE GESTÃO, COM AVALIAÇÃO CS.(Art. 31)

27. MUNICÍPIO INCENTIVARÁ A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS (Art.31§ Único)

28. MUNICÍPIO MANTERÁ REGISTRO CONTÁBIL RELATIVO A DESPESAS COM ASPS (Art. 32)

29. MUNICÍPIOS DEVERÁ COBRAR DO ÓRGÃO CENTRAL DA CONTABILIDADE DA UNIÃO AS NORMAS GERAIS PARA SEGREGAÇÃO DA INFORMAÇÃO FINANCEIRA DA SAÚDE (Art.32 §único)

30. MUNICÍPIO PRESTARÁ CONTAS DE SEUS ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA (Art. 33)

31. MUNICÍPIO DEMONSTRARÁ DESPESAS COM ASPS INTEGRANTES DO RREO PARA PARECER PRÉVIO (LC 101) (Art. 34)

32. MUNICÍPIO DEMONSTRARÁ RECEITAS E DESPESAS COM ASPS DO BALANÇO COMO TAMBÉM O DEMONSTRATIVO PRÓPRIO DO RELATÓRIO BIMESTRAL (Art165§3)(Art.35)

33. MUNICÍPIO FARÁ RG DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (MÍNIMO: REC.APLICADO PERÍODO; AUDITORIAS; ASPS (Art. 36)

34. MUNICÍPIO ENVIARÁ RG ATÉ 30/3 E CONSELHO EMITE PARECER CONCLUSIVO COM AMPLA DIVULGAÇÃO (Art. 36 §1)

35. MUNICÍPIO FARÁ PROGRAMAÇÃO ANUAL DO PLANO DE SAÚDE ENCAMINHADA AO CS QUE DEVE APROVAR ANTES DA LDO SER ENCAMINHADA (15/4) E DAR AMPLA DIVULGAÇÃO (Art.36 §2)

36. MUNICÍPIO ATUALIZARÁ CADASTRO NO SIOPS (ANUAL) INDICANDO DATA APROVAÇÃO RG NO CNS (Art. 36 §3)

37. MUNICÍPIO ADOTARÁ MODELO DE RG APROVADO NO CNS COM MODELO SIMPLIFICADO PARA MUNICÍPIOS COM <50 MIL HAB (ArT.36 § 4)

38. MUNICÍPIO DEVE APRESENTAR RG NO LEGISLATIVO NOS MESES DE MAIO, SET.E FEVEREIRO.(Art.36 §5)

39. MUNICÍPIO SERÁ FISCALIZADO PELOS ÓRGÃOS FISCALIZADORES SE CUMPREM CF 198 E LC 141 (Art.37)

40. MUNICÍPIO SERÁ AVALIADO PELO LEGISLATIVO SOBRE: PPA, CUMPRIMENTO METAS LDO, APLICAÇÃO DOS MÍNIMOS, TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS AO FS; APLICAÇÃO RECURSOS DO SUS; DESTINAÇÃO DE RECURSOS OBTIDOS COM ALIENAÇÃO DE BENS DO SUS (Art.38)

41. MUNICÍPIO É OBRIGADO AO PREENCHIMENTO DO SIOPS; OS GESTORES SÃO RESPONSÁVEIS E O SIOPS TEM FÉ PÚBLICA (Art.39)

42. MUNICÍPIO DISPONIBILIZARÁ AO TC INFORMAÇÕES SOBRE CUMPRIMENTO DO 141 E SE HOUVER DIVERGÊNCIA O TC DARÁ CIÊNCIA AO CHEFE DO EXECUTIVO E DIREÇÃO DO SUS PARA TOMAR MEDIDAS CABÍVEIS (Art.40)

43. MUNICÍPIO APRESENTARÁ AOS CONSELHOS DE SAÚDE O RG A CADA QUADRIMESTRE – FEV.MAIO-SET. SOBRE REPERCUSSÃO DA LC 141 NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS CONSELHOS ENCAMINHARÃO AO CHEFE DO EXECUTIVO INDICAÇÕES DE MEDIDAS CORRETIVAS (Art.41)

44. MUNICÍPIO SERÁ AVALIADO PELO SNA POR AMOSTRAGEM E PRESENCIALMENTE SOBRE A VERACIDADE DA INFORMAÇÃO (SEM PREJUÍZO DO TC E MP) (Art.42)

45. MUNICÍPIO COBRARÁ DA UNIÃO COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS FUNDOS E SIOPS E FINANCEIRA MEDIANTE BENS, VALORES E CRÉDITOS BANCÁRIOS (Art.43)

46. MUNICÍPIO PROPORCIONARÁ EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PRIORIDADE PARA USUÁRIOS E TRABALHADORES PARA CUMPRIMENTO DA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E EXERCER CONTROLE SOCIAL (Art.44)

47. **MUNICÍPIO DEVE TER CIÊNCIA SOBRE MECANISMOS LEGAIS DE PUNIÇÕES A QUE ESTÃO SUJEITOS. SEGUNDO LEIS 2848/1940 (CÓDIGO PENAL) LEI 201/1967 E LEI 8429/1992 (ArT.46)**.

2. SEGUNDA PÁGINA – TEXTOS DE OPINIÃO DE TERCEIROS

"O ORÇAMENTO DA SAÚDE ESTÁ SENDO ENGOLIDO PELA POLÍTICA ECONÔMICA DO GOVERNO FEDERAL" – ÁQUILAS MENDES

Para o professor de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, Áquilas Nogueira Mendes (foto), o poder público não prioriza seu sistema universalizado de atendimento à saúde, o SUS. O corte no investimento em saúde pelo governo federal em R$ 5 bilhões, anunciado no Orçamento 2012, coloca em evidência a gestão da saúde pública no Brasil. O corte de verbas – que totaliza R$ 55 bilhões – ocorre para o pagamento dos juros da dívida pública.

A regulamentação da Emenda 29, sancionada em janeiro deste ano, é outro tema polêmico. O texto estabelece percentuais mínimos de recursos para a saúde. Para a União, o valor é o mesmo do exercício anterior – variando de acordo com o Produto Interno Bruto (PIB). Já os estados aplicam 12% da arrecadação de impostos, e os municípios 15%. Estimativas apontam que a medida poderá injetar de R$ 2 bilhões a R$ 3 bilhões na área. O que não resolveria os graves problemas da saúde pública, segundo especialistas e militantes sociais.

Para o professor de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, Áquilas Nogueira Mendes, em entrevista à **Radioagência NP**, essas medidas refletem o descaso do poder público com seu sistema universalizado de atendimento à saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde). Segundo ele, "o orçamento da saúde vem sendo engolido pela política econômica do governo federal", a mesma dos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula.

Radioagência NP: Como a saúde pública está sendo afetada pelos cortes de investimento do Estado brasileiro?

Áquilas Nogueira Mendes: Na realidade ela vem sendo afetada diretamente há muitos anos, dado que a política de contingenciamento para manutenção do superávit primário tem sido recorrente desde 1995, mantida desde o governo Fernando Henrique [Cardoso] e, sobretudo, nos governos Lula. Isso tem inviabilizado a área da saúde. Muito se anunciou que o orçamento deste ano para o Ministério da Saúde havia tido um crescimento substantivo em relação ao ano passado, porém, se olharmos a inflação e este corte agora, na realidade ficou-se na mesma. Gastamos em média 4% do PIB – o governo federal mantém somente 1,7%, os outros são estados e municípios. *O*orçamento então – como tem tido vários cortes – no fundo não tem refletido no aumento do compromisso da União nos recursos com a área da saúde. O orçamento da saúde vem sendo engolido por essa política econômica do governo federal, que não é de hoje.

Radioagência NP: Como fica a questão da Emenda 29 dentro desse quadro?

ANM: Nós ficamos onze anos para aprovar a regulamentação da Emenda Constitucional 29. O básico disso era mudar o método de cálculo para aplicação da União. No fim desses 11 anos, ela foi aprovada e agora em janeiro saiu a lei 141/2012, que na realidade não se alterou o método de cálculo da União. Ficou o anterior: a variação nominal do PIB. Isso aí tem gerado muitos problemas, não tem ocasionado em um aumento de recursos e dá problema inclusive na fórmula do cálculo. As entidades da saúde queriam outra base de cálculo, o projeto que estava no Senado era outro, era um projeto que pressupunha uma aplicação da União de 10% da receita corrente bruta.

Radioagência NP: Quais as áreas da saúde pública mais afetadas em função dos cortes de recursos?

ANM: O grosso do orçamento da Saúde vai para a média e a alta complexidade, que é toda a parte de exames e que leva em consideração procedimentos em hospitais. O segundo item considerado é o de recursos para a atenção básica, que são direcionados às cinco clínicas gerais básicas de saúde. O recurso que foi direcionado para [os procedimentos de] alta complexidade e a atenção básica já deixava a desejar em relação ao necessário. Então, o corte vai afetar também aquilo que já faltava para essas áreas.

Radioagência NP: Com menos investimentos do governo na saúde pública, a saúde privada acaba se fortalecendo?

ANM: A ausência de gastos públicos no país pressupõe que o gasto privado vem aumentando. Em nosso país, em 2009, se gastou com saúde privada 52% [de todos os gastos com saúde], enquanto a saúde pública, 48%. Em um país com um sistema universal de saúde como o nosso, o gasto público chega a beirar 80% do total. Nós temos 190 milhões de brasileiros, que praticamente 150 milhões não têm plano privado de saúde. Então, a importância do gasto público é fundamental, no SUS [Sistema Único de Saúde]. Mesmo aqueles 40 milhões que têm plano privado utilizam o SUS. Porque o plano privado na hora da alta complexidade, o plano não cobre porque ele diz ser muito caro. Então veja a perversidade da ausência do investimento público na relação com o gasto privado. É muito comum pessoas com câncer de pulmão que tem plano privado, mas que na hora de precisar usar uma quimioterapia mais sofisticada tem que dar entrada no SUS, e o SUS paga [o tratamento].

Radioagência NP: Quanto o Estado deixa de arrecadar com as isenções fiscais na área da Saúde?

ANM: Nós temos vários gastos indiretos do Estado. Na área da saúde, as despesas com imposto de renda da pessoa física – isenção com despesa médica -; imposto de renda pessoa jurídica; das entidades sem fins lucrativos que têm isenção no imposto de renda, como [os Hospitais] Sírio-Libanês e Einstein; e, também, a indústria farmacêutica com isenção em medicamentos. Se nós somarmos essas isenções, os dados que temos estimados de 2011, chegou a R$ 15 bilhões. O fato de isentar isso, é o Estado dando isenção ao privado. Logo, se o Estado isenta ele tem que cobrir os recursos. Ele no fundo está subsidiando o privado.

3. TERCEIRA PÁGINA – NOTÍCIAS

3.1 MINISTÉRIO AVALIA E MONITORA ACESSO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

MINISTRO ALEXANDRE PADILHA LANÇOU, NESTA QUINTA-FEIRA (1/03), O ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS (IDSUS 2012); FERRAMENTA VAI AVALIAR 24 INDICADORES E AJUDAR GOVERNO FEDERAL, ESTADOS E MUNICÍPIOS A QUALIFICAREM ATENDIMENTO DE SAÚDE.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, lançou, nesta quinta-feira (1/03), em Brasília, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS 2012), ferramenta que avalia o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no país. Criado pelo Ministério da Saúde, o índice avaliou entre 2008 e 2010 os diferentes níveis de atenção (básica, especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência), verificando como está a infraestrutura de saúde para atender as pessoas e se os serviços ofertados têm capacidade de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população.

"Além de dar maior transparência ao quadro geral da oferta e da situação dos serviços de saúde, o IDSUS 2012 servirá como instrumento de monitoramento e avaliação para que os dirigentes dos três níveis – federal, estadual e municipal – tomem decisões em favor do aprimoramento das ações de saúde pública no país", explica Padilha. "O SUS não pode temer processo de avaliação do sistema e deve dar publicidade às informações, pois se trata de uma ferramenta para aprimorar a gestão". O IDSUS 2012 está disponível para consulta de toda a sociedade pelo endereço www.saude.gov.br/idsus.

AVALIAÇÃO – O índice avalia com pontuação de 0 a 10 a municípios, regiões, estados e ao país com base em informações de acesso, que mostram como está a oferta de ações e serviços de saúde, e de efetividade, que medem o desempenho do sistema, ou seja, o grau com que os serviços e ações de saúde estão atingindo os resultados esperados.

O IDSUS é formado por seis grupos homogêneos e leva em consideração a análise concomitante de três índices: de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), de Condições de Saúde (ICS) e de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM). Basicamente, os grupos 1 e 2 são formados por municípios que apresentam melhor infraestrutura e condições de atendimento à população; os grupos 3 e 4 têm pouca estrutura de média e alta complexidade, enquanto que os grupos 5 e 6 não têm estrutura para atendimentos especializados. A proposta é unificar em grupos cidades com características similares.

SITUAÇÃO – De acordo com o índice, o Brasil possui IDSUS equivalente a 5,47. A região Sul teve pontuação de 6,12, seguida do Sudeste (5,56), Nordeste (5,28), Centro-Oeste (5,26) e Norte (4,67). Entre os estados *(ver tabela no fim do texto*), possuem índices mais altos os da região Sul – Santa Catarina (6,29), Paraná (6,23) e Rio Grande do Sul (5,90). Na sequência, vêm Minas Gerais (5,87) e Espírito Santo (5,79). As menores pontuações são do Pará (4,17), de Rondônia (4,49) e Rio de Janeiro (4,58).

De acordo com o IDSUS 2012, as maiores notas por Grupo Homogêneo foram: 7,08 para Vitória (ES), no grupo 1, e 8,22 para Barueri (SP), no grupo 2. Na sequência, nos grupos 3 e

4, vêm 8,18 para Rosana (SP) e 7,31 para Turmalina (MG). Nos grupos 5 e 6 os destaques foram Arco-Íris (SP) e Fernandes Pinheiro (PR), com IDSUS de 8,38 e 7,76, respectivamente.

MODELO –O IDSUS 2012 é resultado do cruzamento de 24 indicadores, sendo 14 que avaliam o acesso e outros 10 para medir a efetividade dos serviços. No quesito acesso, é avaliada a capacidade do sistema de saúde em garantir o cuidado necessário à população em tempo oportuno e com recursos adequados. Entre esses indicadores estão a cobertura estimada de equipes de saúde; a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal; e a realização de exames preventivos de cânceres de mama, em mulheres entre 50 e 69 anos, e de colo do útero, na faixa de 25 a 59 anos.

Já na avaliação de efetividade, ou seja, se o serviço foi prestado adequadamente, encontram-se itens como a cura de casos novos de tuberculose e hanseníase; a proporção de partos normais; o número de óbitos em menores de 15 anos que foram internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI); e o número de óbitos durante internações por infarto agudo do miocárdio.

O levantamento de dados para divulgação do IDUS 2012 será realizado a cada três anos. Desde a idealização até a fase de finalização, o índice foi construído com a participação de vários segmentos do governo, técnicos, acadêmicos e com a participação e aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

Por Ubirajara Rodrigues, da Agência Saúde – ASCOM/MS
Atendimento à imprensa – 3315-3533/3580

TABELA 1 – ÍNDICES DOS ESTADOS

Unidades Federativas	IDSUS
Santa Catarina	6,29
Paraná	6,23
Rio Grande do Sul	5,90
Minas Gerais	5,87
Espírito Santo	5,79
Tocantins	5,78
São Paulo	5,77
Mato Grosso do Sul	5,64
Roraima	5,62

Acre	5,44
Alagoas	5,43
Rio Grande do Norte	5,42
Bahia	5,39
Sergipe	5,36
Piauí	5,34
Pernambuco	5,29
Goiás	5,26
Maranhão	5,20
Ceará	5,14
Distrito Federal	5,09
Mato Grosso	5,08
Amapá	5,05
Amazonas	5,03
Paraíba	5,00
Rio de Janeiro	4,58
Rondônia	4,49
Pará	4,17
Brasil	5,47

TABELA 2 – ÍNDICES DAS CAPITAIS POR GRUPO HOMOGÊNEO

Capitais	IDSUS 2012	Grupo Homogêneo
Vitória	7,08	1
Curitiba	6,96	1
Florianópolis	6,67	1

Porto Alegre	6,51	1
Goiânia	6,48	1
Belo Horizonte	6,40	1
São Paulo	6,21	1
Campo Grande	6,00	1
São Luís	5,94	1
Recife	5,91	1
Natal	5,90	1
Salvador	5,87	1
Teresina	5,62	1
Manaus	5,58	1
Cuiabá	5,55	1
João Pessoa	5,33	1
Fortaleza	5,18	1
Brasília	5,09	1
Maceió	5,04	1
Belém	4,57	1
Rio de Janeiro	4,33	1

http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/03/04/nova-regulamentacao-do-financiamento-da-saude-no-brasil/

SUS começa a distribuir cartas com valor de serviços prestados a pacientes

Paulo Navarro
- Atualizado em 05/03/2012**Postado em:** z

Da Rede Brasil Atual.

O Sistema Único de Saúde (SUS) começou a distribuir a segunda remessa de Cartas-SUS a mais de 640 mil pacientes. As correspondências estão sendo distribuídas nos 26 estados e no Distrito Federal e permitem aos usuários do SUS conferir os valores dos procedimentos a eles prestados, além de poder fazer criticas ou elogios ao atendimento recebido.

A ferramenta Cartas-SUS tenta avaliar a opinião dos brasileiros sobre os serviços públicos de saúde e unidades conveniadas ao SUS. "As Cartas abrem um canal direto de comunicação entre o paciente e o governo federal", disse o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em entrevista à página do ministério. "O retorno dos pacientes diretamente ao Ministério da Saúde é extremamente importante tanto para o acompanhamento quanto para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos na rede pública de saúde."

As cartas são enviadas em parceria com os Correios e os endereços dos pacientes são obtidos nos formulários de Autorização para Internação Hospitalar (AIH). Além de um questionário para a avaliação dos serviços prestados, a Carta SUS informa dados da internação do paciente, como data de entrada, dia de alta hospitalar, motivo da internação e o custo total dos procedimentos. "Essa iniciativa busca o fortalecimento do controle social pelo fato de ser uma ação de incentivo à participação do cidadão na gestão do SUS, de forma que ele se manifeste quanto ao atendimento que recebeu", reforça o diretor do Departamento da Ouvidoria-Geral do SUS, Luís Carlos Bolzan.

Para o ministério, a nova ferramenta será importante para identificar hospitais e procedimentos que precisam ser aprimorados. Em caso de denúncia de irregularidades na prestação de serviços, poderão ser abertos processos de auditoria para analisar se houve inadequação no atendimento dos usuários, desvios de recursos ou até mesmo má aplicação de verba pública.

Essa semana o governo federal divulgou uma avaliação do SUS feita pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (Idsus) que mostra que 20,7% da população vive em locais que a estrutura de saúde é classificada como baixa. Apenas 1,9% tem acesso a estruturas consideradas de alta qualidade e os outros 77,4% possuem acesso a estrutura de saúde mediana.

http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/03/05/sus-comeca-a-distribuir-cartas-com-valor-de-servicos-prestados-a-pacientes/

Vivendo com mais qualidade e com mais saúde

jjor12ge
- Atualizado em 03/03/2012**Postado em:** Equipe do Blog

Uma dica para as pessoas que tiverem problemas de dependência por alguma droga tipo maconha, cocaína, haxixe, cheirinho da loló, cola de sapateiro, crack, tabagismo ou alcoolismo: procurem a rede CAPS AD.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade do Rio de Janeiro
O que é o CAPS?

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços comunitários para o tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e pessoas com problemas mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esses serviços são estratégicos no processo de reformulação da assistência psiquiátrica pública que está construindo um modelo de cuidado integral, permanente e territorial. Constituídos pela Lei 10.216, de 06/04/2001, que "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" e pela Portaria Nº 336/GM, de19/02/2002, esses dispositivos visam garantir um atendimento de qualidade a pessoas com transtornos mentais próximo ao local onde vivem.

O início da implantação dos CAPS na cidade do Rio de Janeiro ocorreu na década de 90. Hoje são unidades autônomas de saúde, incluídas na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde – RJ em 20/09/2007.

Atualmente a cidade do Rio de Janeiro conta com 22 CAPS, sendo 19 municipais: 02 CAPS III (adultos), 11 CAPS II (adultos), 04 CAPSi , 02 CAPS ad; 02 estaduais: CAPS ad Centra-Rio e CAPS II UERJ, além de 01 federal, pertencente a UFRJ-IPUB, CAPSi CARIM. Os CAPS oferecem um tratamento complexo, que envolve a ação de vários profissionais de

saúde e a própria comunidade. Tal modelo assistencial se faz necessário porque a evolução – positiva ou negativa – dos transtornos mentais graves está na dependência de diferentes variáveis, aquelas ligadas a doença mental propriamente dita e variáveis ligadas ao ambiente em que vive. Esses serviços devem, por exemplo, construir pontes de enfrentamento do estigma, problema hoje mundialmente reconhecido como capaz de retardar a chegada de uma pessoa com transtorno mental grave ao atendimento, dificultar a sua adesão ao tratamento contribuindo para uma evolução negativa do transtorno.

Os CAPS podem ser de 3 tipos: CAPS para adultos (CAPS II ou III) com sofrimento mental, CAPS infantil (CAPSi), para crianças e adolescentes que possuem sofrimento mental e CAPS álcool e drogas (CAPSad), para crianças, adolescentes e adultos com problemas relacionados ao álcool e outras drogas. A clínica é centrada no acolhimento, no vínculo, na tomada de responsabilidade de pessoas e instituições unidas em rede.

O CAPS para adultos se diferencia em II e III devido ao período de funcionamento, no II (8h ás 17h) e no III (24h por dia).

CASO NECESSITEM TRATAMENTO ENTREM CONTATO COMIGO ATRAVÉS DO MEU E-MAILL PESSOAL QUE EU FORNEÇO O ENDEREÇO DA CLÍNICA MAIS PRÓXIMA DA SUA CASA,(JJOR12GE@YAHOO.COM.BR),MEU NOME É JORGE DA NÓBREGA.

http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/03/03/vivendo-com-mais-qualidadee-com-mais-saude/

A Saúde Pública no Distrito Federal: O Novo Caminho que não Começou

Saúde com Dilma
- Atualizado em 03/03/2012**Postado em:** Maria Fátima de Sousa, z

Agnelo em 2010: "Serei o secretáriode Saúde…Vou cuidar pessoalmente desta pasta…"

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Instituído há 23 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco na mudançano modelo de atenção no Brasil. Maior política social do país, atende desde a vacinação, programas específicos dirigidos aos diferentes ciclos de vida (crianças, adolescentes,adultos, idosos) e de situações de risco e/ou agravos. Reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como exemplo de sistema de serviços universais no cuidado à saúde. Entretanto, o SUS no Distrito Federal, com muito mais recursos, é diferente doque precisamos. Ele vem sendo desmontado por décadas, por seguidos governos, quedescumprem o dever do Estado no atendimento das necessidades e direitos humanos básicos (CF de 1988; Art. 6º – Direitos Sociais). Portanto, a presença do setor privadodeve ser complementar. No SUS todos os serviços de assistência à saúde podem ser complementados por contrato ou convênio com terceiros, desde que comprovada ainsuficiência dos serviços pelos entes públicos responsáveis pela saúde (art. 24 da Lei8.080/90). O Estado deve garantir o acesso universal aos bens e serviços essenciais àdignidade humana, não garantida pelo mercado. E quando necessária a presença domercado, o Estado deve assumir seu papel regular e protetor da saúde. O que não seaplica ao DF, por apresentar em sua rede assistencial, condições humana, tecnológica ede infraestrutura para cumprir as obrigações Constitucionais.Recordemos um episódio de 2008, quando o então governador José RobertoArruda anunciou que o Hospital Regional de Santa Maria seria administrado por uma Organização Social. Os movimentos sociais e acadêmicos logo questionaram. Aguerridos, lutaram contra a privatização do Hospital. Na ocasião, uma das vozes que mais soaram em defesa do SUS, foi a do Partido dos Trabalhadores, que ao seapresentar como uma proposta de construção de um novo caminho nas eleições de 2010, colocou no programa de governo uma dura crítica à gestão por OS's e assumiu umcompromisso pelo fortalecimento do SUS e na luta contra a privatização. As palavras do atual Governador Agnelo, em campanha, no ato de sua posse, edurante as visitas nos primeiros dias de governo aos hospitais eram: "Serei o secretáriode Saúde…Vou cuidar pessoalmente desta pasta…". Palavras aos ventos? Contradiçõesideológicas, político-administrativa do governo? Somente o Governador pode responder àqueles que votaram em confiança às "promessas".O Edital de Chamada Pública N. 01/2012 transfere sua responsabilidade com asaúde dos brasilienses para o setor privado por meio das Parcerias Público-Privadas.Revela a desresponsabilização do Estado em definir um modelo de atenção à saúde,com base nos valores e princípios orientadores do SUS. Demonstra que o Governo do DF abre mão, inclusive, de responder pela organização dos serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família e da convocação da população, na figura dos Agentes Comunitários de Saúde, para reedificar a saúde no DF e efetivar o direito à saúde para os moradores da capital de Brasília.Senhor Governador, o discurso da inovação da gestão pública governamental, noenfrentamento das amarras legislativas e estatais que coíbem o fortalecimento eampliação do SUS, não pode ser usado como desculpa para a desestatização das ações eserviço públicos de saúde por meio das PPPs. É preciso reimprimir a ética em defesa davida e de um sistema que possa protegê-la em todas as suas dimensões. E o DF não pode se furtar dessa responsabilidade.

Maria Fátima de Sousa é Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade deBrasília e Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP/CEAM/UnB.

http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/03/03/a-saude-publica-no-distrito-federal-o-novo-caminho-que-nao-comecou/

Obesidade é tema de campanha

Publicado em Segunda, 05 Março 2012 13:47

Prevenção da obesidade. Esse é o primeiro tema deste ano do Programa Escola com Saúde, desenvolvido pela prefeitura de Cuiabá, por meio da Secretaria Municipal de Educação (SME) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em parceria com o MEC.

A campanha, que será realizada de 5 a 9 de março, denominada "Prevenção da Obesidade da infância e na Adolescência", é lançada nesta segunda (05), às 9h, na escola Marechal Cândido Rondon, no bairro Alvorada.

A ação tem como finalidade contribuir para formação integral e promover a saúde dos alunos, abrangendo 100% dos estudantes do município, em um trabalho realizado nas 144 creches e escolas da rede.

Educação e Saúde

O Escola com Saúde possui equipes com profissionais especializados nas áreas de avaliação clínica, nutricional, oftalmológica, psicossocial e saúde e higiene bucal. Outras ações da iniciativa são a promoção de alimentação saudável, orientação do calendário vacinal, prevenção do uso de álcool e drogas pelos escolares e familiares, promoção da saúde sexual e reprodutiva, além de encaminhamentos para atendimento de consultas especializadas, atendimento psicológico e distribuição de óculos.

Em Cuiabá o programa foi implementado em junho de 2008, pelo Decreto Nº 4.684. Além do tema de lançamento, o Escola com Saúde também abordará temas como modos de vida saudáveis, diversidade sexual, bullying; homofobia e discriminação e preconceito no cotidiano da escola.

Da redação com Assessoria

Foto: Jorge Pinho-SME

http://www.circuitomt.com.br/editorias/geral/11934-obesidade-e-tema-de-campanha.html

Brasília, 02 de março de 2012

CNS planeja grande mobilização popular para 2012

Na tarde desta quinta-feira, 1º de março, o tema levado à baila para discussão no Encontro com as Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde foi o Planejamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para 2012. Da mesa, participaram Rozângela Camapum,

secretária executiva do CNS e Gleisse de Castro, coordenadora técnico normativa da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Em fevereiro, durante a realização de sua primeira Reunião Extraordinária, a 48ª do CNS, o Pleno aprovou o Planejamento 2012, com ações baseadas 15 nas diretrizes aprovadas durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada no final de 2011, que devem ser realizadas nas três esferas de governo.

Dentre as várias e importantes ações definidas no Plano para 2012, Rozângela Camapum, Secretaria Executiva do CNS, destacou uma especialmente importante, na avaliação dela: a mobilização nacional em prol de 1,5 milhão de assinaturas para obtenção de mais recursos, especificamente o investimento de 10% da receita bruta corrente da União destinado à saúde pública.

De acordo com a secretária executiva do Conselho Nacional de Saúde, "garantir 10% da receita bruta corrente da União para saúde pública brasileira representa fortalecer e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS)".

Rozângela Camapum agradeceu a colaboração dos participantes do Encontro com as Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde e afirmou acreditar que 2012 será, de fato, um ano diferente para o controle social, principalmente no que diz respeito à aproximação com os conselhos de saúde e conselheiros de todo país.
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/02_mar_mobilizacao_popular.html

Brasília, 02 de março de 2012

PID retoma com força suas atividades

O debate sobre o Programa de Inclusão Digital (PID) foi o último ponto de pauta do Encontro com as Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde. Participaram desta mesa, Gleisse de Castro, coordenadora técnico normativa da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cuja tarefa foi coordenar os trabalhos, Zenite Bogea,

coordenadora do Programa e Maria da Glória Campos da Silva, consultora técnica do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep).

Ao iniciar sua fala, Zenite Bogea fez questão de registrar seu agradecimento a secretários e secretárias executivas de todo país, ali representados, pelo avanço e desenvolvimento que o Programa de Inclusão Digital tem apresentado no decorrer de seu funcionamento. Para Zenite, "a consolidação do PID fortalece o controle social".

A coordenadora do PID relatou que o ano de 2011 foi atípico. De acordo com Zenite Bogea, no ano passado todos os esforços foram concentrados para a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde e, por isso os debates sobre o PID foram bastante reduzidos. Agora em 2012, informa Zenite, os três pilares do PID serão retomados a todo vapor: entrega de equipamentos, formação de conselheiros e conectividade.

Para satisfação dos secretários e secretárias executivas, Zenite Bogea informou que até julho deste ano 1000 (mil) aparelhos de televisão serão entregues aos conselhos de todo país. A recomendação, alerta Zenite, é que os conselhos de saúde contemplados primeiramente, organizem-se para receber os aparelhos de TV, definindo em que local será instalado e como o equipamento será utilizado.

Na avaliação da coordenadora do programa, "definir estratégias para utilizar bem os equipamentos é garantir uma informação de qualidade para os conselhos de saúde". Ainda que haja dificuldade na execução do PID e grandes desafios a enfrentar, ressalta Zenite, "não tenho a menor dúvida de que ele é o grande responsável pelo fortalecimento do controle social", finaliza.

Por fim, a consultora do Dagep, Maria da Glória Campos da Silva, aproveitou a presença dos representantes dos 27 estados da federação e reforçou a necessidade de receber, por parte dos conselhos de saúde, um comunicado oficial acerca da realização de eventos com caráter formativo para que o repasse de recursos possa ser plenamente justificado.

Encerrados os trabalhos do Encontro com as Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde, o grupo reuniu-se para a foto oficial, já com o indicativo de um novo encontro em novembro deste ano.
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/02_mar_pid.html

Brasília, 02 de março de 2012

Nova ferramenta de cadastro dos conselhos de saúde é apresentada durante Encontro

A secretária executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Rozângela Camapum, apresentou na manhã desta sexta-feira (2) o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), durante o segundo dia do Encontro com as Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde, em Brasília. A nova ferramenta de cadastro pretende levantar dados

atualizados dos colegiados estaduais e municipais em todo Brasil e será lançada oficialmente pelo Pleno do CNS no próximo dia 14 de março.

Segundo Camapum, as informações mais recentes dos conselhos são de 2008, o que dificulta o acompanhamento das mudanças sofridas pelos colegiados como novas entidades participantes, alterações na presidência e secretaria executiva, entre outros. Além disso, Rozângela Camapum explicou que o último sistema utilizado apresentava aspectos de difícil navegação e acesso à elaboração de relatórios.

"O papel dos conselhos estaduais é de comunicar os municípios sobre a necessidade do preenchimento dos dados no novo sistema. O prazo do envio das informações é de junho de 2012 e deverá coincidir com o prazo do Acórdão do Tribunal de Contas da União", disse.

Em seguida, o técnico de informática do CNS, Willian Barreto, fez uma breve explanação sobre como utilizar o SIACS e tirou dúvidas dos secretários executivos presentes no evento.
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/02_mar_nova_ferramenta.html