



## Clipping – Cuiabá/MT, 08 de novembro de 2011.

Notícias / **Ciência & Saúde**

08/11/2011 - 02:20

### **Concessionárias de água e esgoto pedem ao governo desoneração do setor de saneamento básico**

*Agência Brasil*

O secretário nacional de Saneamento do Ministério das Cidades, Leodegar Tiscoski, disse hoje (7) que a proposta de desoneração do setor de saneamento básico já recebeu parecer favorável do ministro Mário Negromonte. A proposta, feita pela Associação das Empresas de Saneamento Básico Estaduais (Aesbe), é de reduzir em cerca de R\$ 2 bilhões por ano a carga tributária das concessionárias de água e esgoto, para que possam investir na universalização e melhoria dos serviços.

“Dentro do Ministério [das Cidades], nossa posição é favorável”, disse Tiscoski, após participar de um evento sobre saneamento básico promovido pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp). “Mas isso ainda precisa passar pelo Ministério da Fazenda e pelo Ministério do Planejamento.”

De acordo com Tiscoski, a desoneração viria por meio da isenção do PIS/Pasep e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), pagos pelas empresas. Somados, os dois tributos retiram cerca R\$ 2 bilhões por ano do caixa das companhias de saneamento do país. O secretário nacional ressaltou que, para a proposta avançar, é preciso ter mecanismos para assegurar que o valor da desoneração seja investido em serviços.

O presidente do Conselho Superior de Infraestrutura da Fiesp, Rodolpho Tourinho Neto, defendeu durante a desoneração para o setor de saneamento, mas cobrou melhorias na gestão das empresas. “É preciso modernizar a gestão e os sistemas”. Uma opinião compartilhada pelo vice-presidente da Associação Brasileira dos Fabricantes de Materiais e Equipamentos para Saneamento (Asfamas), Carlos Alberto Rosito. Para ele, o problema do saneamento no país é de “gestão, gestão e gestão”.

Segundo Rosito, o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), mantido pelo governo federal, mostra que cerca de 40% da água tratada pelas empresas brasileiras não geram qualquer receita, ou seja, são perdas de faturamento. Dessas perdas, 60% são



por falhas na rede de abastecimento de água tratada. As 40% restantes são referente à água consumida e não pagas, seja por falhas no sistema de cobrança das companhias como por fraudes de consumidores. “Só em 2008, foram R\$ 7,8 bilhões em perdas que poderiam ter sido usados para investimentos”, complementou Rosito, lembrando que esse valor é igual ao montante investido em saneamento durante todo o ano de 2009.

Para o representante da indústria de materiais e equipamentos para o setor de saneamento, se as empresas reduzissem gradativamente o percentual de perdas de cerca de 40% para perto de 23% nos próximos 15 anos, R\$ 29 bilhões seriam adicionados aos caixas para investimento. “Não é nada absurdo. No Japão, o índice de perdas é 4%”, argumentou.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Concessionarias de agua e esgoto pedem ao governo desoneracao do setor de saneamento basico&edt=34&id=217221](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Concessionarias%20de%20agua%20e%20esgoto%20pedem%20ao%20governo%20desoneracao%20do%20setor%20de%20saneamento%20basico&edt=34&id=217221)

Notícias / Ciência & Saúde

07/11/2011 - 20:03

## **Infecção por estafilococos aumenta mortalidade em crianças com H1N1**

*G1*

As crianças infectadas pelo vírus H1N1, que causou uma pandemia de gripe em 2009, sofrem um risco de mortalidade multiplicado por oito se já estiverem contaminadas por bactérias staphylococcus aureus resistentes à metilicina (SARM), um tipo de antibiótico, segundo um estudo publicado nesta segunda-feira (7) no Journal of Pediatrics.

Durante a pandemia, um grande número de crianças que anteriormente se encontravam em bom estado de saúde desenvolveu uma pneumonia grave e sofreu deficiências respiratórias, revelaram os autores da pesquisa.

Esse trabalho, o mais extenso já realizado sobre o tema nos Estados Unidos, mostra que uma coinfeção com SARM é um fator determinante para aumentar o risco de mortalidade entre crianças com gripe.

Há uma probabilidade maior de que os staphylococcus aureus se tornem invasivos no organismo sob a presença do H1N1 ou de outros patógenos", destacou a médica Adrienne Randolph, do hospital infantil de Boston, principal autora do estudo. "Essas mortes entre crianças coinfectadas são uma advertência", acrescentou.



# Saúde em Foco



Os pesquisadores detectaram que quase todos os menores coinfetados vistos também foram rapidamente tratados com vancomicina, considerada o antibiótico perfeito contra o SARM.

O fato de que vários dessas crianças morreram, apesar do tratamento, é particularmente inquietante, diante do crescimento das taxas de infecção entre os pequenos, em comparação com a população geral.

Os médicos manifestaram a esperança de que esses resultados incentivem a vacinação contra a gripe para todos os menores de 6 meses a 6 anos ou mais. Ainda não existe uma vacina antigripal para bebês abaixo de 6 meses, ressaltaram.

"O vírus H1N1 de 2009 não mudou de forma notável desde então", afirmou um dos principais coautores do estudo, o médico Tim Uyeki, do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC, na sigla em inglês) dos EUA.

"Estima-se que neste ano haverá novas infecções gripais com o vírus H1N1 em crianças, que devem estar prevenidas com a vacinação (...), que oferece uma proteção", disse Uyeki.

Para essa pesquisa, os médicos seguiram a evolução de 838 crianças, provavelmente infectadas com H1N1 e levadas para 35 serviços de emergência de hospitais pediátricos americanos entre abril de 2009 e abril de 2010.

Os médicos que trataram os pacientes não souberam em todos os casos se eles foram vacinados ou não, mas a vacina não esteve disponível até setembro de 2009.

A idade média das crianças com H1N1 gravemente doentes era de 6 anos. A maior parte sofria de dificuldades respiratórias, e dois terços delas precisaram respirar por aparelhos.

A doença desses pacientes teve uma rápida evolução, e 75 (9%) morreram, dois terços deles nas duas semanas após a entrada no hospital.

Embora a maioria das crianças gravemente doentes já sofresse de um ou vários problemas de saúde crônicos (como asma ou debilidade do sistema imunológico), o que aumenta o risco, 251 dos analisados (30% do total) estavam em perfeito estado de saúde, indicaram os pesquisadores.



[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Infeccao\\_por\\_estafilococos\\_aumenta\\_mortalidade\\_em\\_crianças\\_com\\_H1N1&edt=34&id=217184](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Infeccao_por_estafilococos_aumenta_mortalidade_em_crianças_com_H1N1&edt=34&id=217184)

Notícias / Ciência & Saúde

07/11/2011 - 17:32

## **Mortalidade de macacos liga alerta para febre amarela**

*Da Redação - LB*

No período de 21 a 28 de outubro deste ano foram registradas 11 mortes de macacos, somente no bairro Jardim Aquário, ao lado do CoopHEMA, região sul de Cuiabá. O Ministério da Saúde considera que a partir de uma única morte de macacos, deve-se alertar para a possível ocorrência de casos de febre amarela humana. O caso ligou o sinal de alerta para uma epidemia da doença.

A febre amarela é uma doença viral, infecciosa, febril e aguda, de curta duração de no máximo de 12 dias e gravidade variável. Pode se apresentar desde uma infecção leve, até formas graves e fatais, com um período de incubação que varia de 3 a 6 dias.

Os sintomas mais comuns são insuficiência de fígado e rins, com quadro febril agudo (até 7 dias), acompanhado de icterícia (cor amarelada) e/ou manifestações hemorrágicas, podendo evoluir para óbito em aproximadamente uma semana.

Todos os profissionais e estabelecimentos de saúde são obrigados a notificar imediatamente os casos suspeitos à autoridade sanitária local. Por se tratar de doença grave, cujas medidas de controle são urgentes, o mais importante é a vacinação das pessoas sem comprovação vacinal nos últimos dez anos.

### **Como evitar a febre amarela:**

Manter a situação vacinal regular. A vacina tem validade de dez anos;

Eliminar os criadouros do mosquito Aedes;

Comunicar a existência de macacos doentes ou mortos;

Procurar a unidade de saúde mais próxima em caso de suspeita da doença em pessoas;

Evitar alimentar macacos ou mantê-los vivendo próximos as casas.

*Com informações da assessoria de imprensa.*



[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Mortalidade de macacos liga alerta para febre amarela&edt=34&id=217171](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Mortalidade_de_macacos_liga_alerta_para_febre_amarela&edt=34&id=217171)

Notícias / Ciência & Saúde

07/11/2011 - 15:42

## **Governo federal gasta apenas R\$ 5 milhões para combater crack**

*De Brasília - Vinícius Tavares*



Foto: Reprodução

Dos R\$ 124 milhões anunciados pelo governo federal para o combate ao crack, em 2010, apenas R\$ 5 milhões foram de fato gastos até o final do último ano. O dado alarmante faz parte de uma pesquisa intitulada A Presença do Crack nos Municípios, apresentada pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM), e que demonstra o descompasso do poder público federal entre o discurso e a prática no combate ao entorpecente.

"O governo tem que parar com o discurso e adotar uma política efetiva de combate ao crack a começar pela execução orçamentária, que é praticamente nula. Os governos são omissos e falta vontade política", disparou o presidente da CNM, Paulo Ziulkoski durante entrevista coletiva, em Brasília.

Entre os governos dos 26 estados e do Distrito Federal, a situação é semelhante. O orçamento de 2010 dos estados destinou apenas R\$ 23 milhões para o combate ao crack, sendo R\$ 10 milhões empenhados apenas pelo Rio Grande do Sul.

"Assistimos e falamos que a execução orçamentária é nula. Não achamos outras fontes de recursos pro parte do governo federal. Não há informações. Os municípios estão sobrecarregados porque é lá que precisa haver tratamento ao usuário", aponta.

Segundo a pesquisa divulgada pela CNM, 70% das prefeituras ouvidas relatam que as drogas causam impacto financeiro na saúde pública, na segurança, na educação e na assistência social. De acordo com o líder municipalista, o governo federal e os estados não



procuram os municípios para definir uma estratégia conjunta contra o crack e outras drogas.

"Os municípios possuem as informações, mas não são ouvidos sobre como combater o consumo de drogas. Por isso, vamos enviar esta pesquisa ao Congresso Nacional e aos governos federal e estaduais para exigirmos ações efetivas", prometeu.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Governo\\_federal\\_gasta\\_apenas\\_R\\_5\\_milhoes\\_para\\_combater\\_crack&edt=34&id=217157](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Governo_federal_gasta_apenas_R_5_milhoes_para_combater_crack&edt=34&id=217157)

07/11/2011 - 20h48

## **Policlínicas de VG irão atender população no sistema de 24 horas**

Redação 24 Horas News

Em duas semanas as Policlínicas do Jardim Marajoara e do Cristo Rei terão seu funcionamento modificado. Com o objetivo de reduzir o fluxo de atendimento no Pronto Socorro Municipal, esses pontos de atendimento passarão a funcionar no sistema de 24 horas por dia.

O comunicado foi feito pelo prefeito, Sebastião Gonçalves, na manhã do último sábado (05.11) durante visita de rotina no Pronto Socorro Municipal aos pacientes internados há mais de trinta dias. De acordo com o prefeito, as Policlínicas atenderão em período integral para que o Pronto Socorro possa atender somente os casos mais graves.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=392270>

07/11/2011 - 20h07

## **Paciente em MT morre a espera de UTI mesmo com ordem judicial**

Edilson Almeida  
Redação 24 Horas News

A ordem judicial expedida no dia 4 pelo juiz Gabriel da Silveira Matos, da 2ª Vara de Juína, pela imediata internação do lavrador José Gomes da Silva, em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) não foi cumprida a tempo. O paciente, que necessitava urgente de um procedimento chamado cinecoronariografia – ou cateterismo cardíaco, não resistiu a espera e morreu. A causa da morte, ocorrida no dia 6, atestada como sendo "infarto agudo do miocárdio, insuficiência coronariana e hipertensão arterial crônica".

José Gomes estava infartado internado em hospital de Juína desde 15 de outubro e estava aguardando na fila para realizar o exame de cateterismo. O Ministério Público ingressou com ação contra o Estado pedindo a Justiça liminar para garantir a internação do lavrador, uma vez que pelas vias normais, após requisição do médico local, a vaga não estava sendo fornecida.



Apesar dos esforços, médicos da cidade disseram ao magistrado que não conseguiram obter êxito na chamada regulação do paciente, isto é, vaga para que ele pudesse ser internado. Por e-mail ao juiz, a Secretaria de Saúde ‘empurrou’ a responsabilidade do caso para a Prefeitura de Cuiabá ao informar que "o Município de Juína pactuou com o Município de Cuiabá, inclusive destinou seus recursos através da PPI". Com isso, caberia ao Município de Cuiabá provisionar o imediato atendimento independentemente de ação judicial.

A demora no cumprimento da decisão judicial irritou o magistrado. Segundo ele, o “singelo processo” poderia ser “mais um na pilha dos processos do Poder Judiciário a ir para o arquivo”. Ele, contudo, entende que “alguma providência deva ser tomada”. Ele lembrou que José Gomes da Silva, era casado, 65 anos de idade, e deixou 6 filhos maiores e 1 menor e não deixou bens. E arrematou: “Era, enfim, um cidadão brasileiro, com RG e título de eleitor, merecedor da mesma atenção dada a todos os demais cidadãos” – disse. Gomes era residente na "Linha 4, Agrovila, Colniza", portanto, aparentemente um humilde lavrador.

Gabriel Matos destacou que se as autoridades competentes não conseguirem resolver tais problemas, eles desaguarão mais e mais no Poder Judiciário. “Ocorre que as urgências médicas exigem ação, tomadas de decisão imediata, ou seja, atos que não se coadunam com a natural burocracia processual exigida pelos tramites legais” – frisou, ao determinar a Polícia a abertura de inquérito policial para apurar “eventuais responsabilidade” na esfera criminal pela morte. Ele também pedir a Procuradoria Geral de Justiça e ao Ministério Público Federal que sejam adotadas medidas para o caso, além de oficiais os deputados estaduais, federais e senadores.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=392294>

07/11/2011 - 21h24

## Oficina de Saúde Bucal em VG termina nesta terça-feira

Redação 24 Horas News

A Saúde Bucal dos Idosos será tema de discussão da I Oficina de Capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nesta terça-feira (08.11), no Auditório III, Bloco C da UNIVAG.

O evento é uma parceria da Secretaria de Saúde de Várzea Grande com o Curso de Odontologia da UNIVAG e a ABO (Associação Brasileira de Odontologia). A capacitação visa aperfeiçoar o potencial de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e melhorar as condições de saúde bucal da população.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=392271>

SAÚDE

**Febre**

**poderá**

**voltar**



## Morte de macacos por febre amarela em Cuiabá leva Secretaria a alertar para o perigo de que a doença atinja humanos

ANA ADÉLIA JÁCOMO

Da Reportagem

Onze macacos foram encontrados mortos numa área de mata fechada no bairro Jardim Aquarius, próximo ao CoopHEMA, em Cuiabá. As mortes teriam sido causadas por febre amarela, doença que é transmitida por um mosquito e que não ocorre na zona urbana em humanos desde 1942.

Vale ressaltar que há riscos de o mosquito que transmite a dengue picar um animal infectado e acabar transmitindo a febre amarela para a população.

O alerta foi feito pela Secretaria Estadual de Saúde e, segundo o superintendente de vigilância em Saúde, Oberdan Lira, 169 pessoas teriam sido vacinadas na região e mais de 150 receberam visitas de agentes que forneceram orientações para prevenção da doença.

“As amostras foram para um laboratório no Pará e ainda não recebemos o diagnóstico, mas já estamos trabalhando para impedir que algo de pior aconteça”, afirma Oberdan.

A secretaria informa que as mortes ocorreram entre 21 e 28 de outubro deste ano e desde o dia 25 a equipe vem trabalhando para enfrentar a febre amarela. O estranhamento se dá pelo fato de o mosquito não pode se reproduzir em regiões urbanas, contudo Oberdan afirma que, mesmo sendo próximo, o local das mortes dos primatas é de mata fechada.

A coordenadora do Centro de Informação, Estratégias e Vigilância em Saúde, Moema Blat, explica que, de 1992 a 2006, 22 casos da doença foram detectados em Mato Grosso. E desse total, 13 pessoas morreram.

Em 2007, o Estado contabilizou apenas um caso, em Juara. Em 2008 houve dois casos, um Novo São Joaquim e o outro em Guarantã do Norte.



Oberdan Lira: “há risco de o mosquito da dengue picar um animal infectado e depois uma pessoa”



No ano de 2009 houve mais dois, ambos em Feliz Natal, e em 2010 e 2011 não se contabilizaram registros da doença.

**Prevenção** - A secretaria adverte que áreas de mata fechada têm mais probabilidade de facilitar a proliferação do mosquito. Já nas cidades, o ideal é remover os focos de água parada, pois o mosquito da dengue infectado pode transmitir a doença.

É importante manter o cartão de vacina em dias e sempre avisar a vigilância sanitária caso haja desconfiança de infecção.

A equipe da secretaria de Saúde frisa que é proibido revacinar um paciente.

“A vacina tem validade de 10 anos no organismo e, se a pessoa tomar duas doses nesse espaço de tempo, pode ter complicações e diversas reações”, adverte Moema.

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=401856>

## DROGAS

### Crack se alastra, afirma pesquisa

**Pesquisa revela que o crack, por seu baixo preço, está substituindo o álcool nos municípios de pequeno porte e áreas rurais de todo o país**

Agência Brasil

A facilidade de acesso e o baixo custo do crack estão fazendo com que a droga se alastre pelo país. Uma pesquisa divulgada ontem pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) revela que o crack está substituindo o álcool nos municípios de pequeno porte e áreas rurais. Nos grandes centros, uma pedra de crack custa menos de R\$ 5.

Dentre os 4,4 mil municípios pesquisados, 89,4% indicaram que enfrentam problemas com a circulação de drogas em seu território e 93,9% com o consumo. O uso de crack é algo comum em



Pedra de crack a menos de cinco reais: problema sério de saúde em 63,7% dos municípios brasileiros



90,7% dos municípios. “Verificamos que o uso de crack se alastrou por todas as camadas da sociedade. A droga que, em princípio, era consumida por pessoas de baixa renda, disseminou-se por todas as classes sociais”, aponta a pesquisa.

O custo efetivo das ações de combate ao crack e outras drogas nos municípios chega a mais de R\$ 2,5 milhões. De acordo com o CNM, faltam profissionais capacitados e verbas destinadas para a manutenção das equipes e dos centros de atenção que deveriam estar disponíveis aos usuários.

O relatório mostra que 63,7% dos municípios enfrentam problemas na área da saúde devido à circulação da droga. A fragilidade da rede de atenção básica aos usuários, a falta de leitos para a internação, o espaço físico inadequado, a carência na disponibilidade de remédios e a ausência de profissionais especializados na área da dependência química são os principais entraves apontados pelos gestores municipais.

Em relação à segurança pública, os principais problemas estão relacionados ao aumento de furtos, roubos, violência, assassinatos e vandalismo. Existem ainda apontamentos em relação à falta de policiamento nas áreas que apresentam maior vulnerabilidade.

Outra questão revelada pela pesquisa é a fragilidade da rede de Proteção Social Especial e do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas) que tem como objetivo trabalhar as demandas dos usuários de drogas. Estes serviços são deficitários em 44,6% dos municípios.

De acordo com a pesquisa, um dos grandes problemas é a falta de controle das fronteiras do país. “O efetivo policial é pequeno, mal remunerado e pouco treinado para enfrentar a dinâmica do tráfico de drogas”.

Outro fator relevante, segundo o CNM, é o papel que as indústrias produtoras de insumos utilizados para o preparo do crack desempenham. “A grande questão é a fiscalização da venda desses produtos, que atualmente é feita de maneira insuficiente”.

A primeira pesquisa da CNM, divulgada em dezembro do ano passado, mostrou que 98% dos municípios pesquisados confirmaram a presença do crack em sua região. Em abril, a confederação lançou o portal Observatório do Crack para acompanhar a situação dos municípios, com informações sobre o consumo, os investimentos e os resultados das ações de combate à droga.

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=401859>

Sorriso

## Sorriso: hospital e prefeitura debatem procedimentos após perna "aparecer" em cemitério



A direção do Hospital Regional de Sorriso, das funerárias e prefeitura devem se reunir para decidir os novos procedimentos a serem adotados para enterrar membros amputados, na unidade hospitalar. No domingo à tarde, populares encontraram uma perna, que teria sido amputada em uma cirurgia, na semana passada, e que estava "jogada" na calçada em frente ao cemitério. Uma das suspeitas é que alguém tenha desenterrado a perna e colocado na calçada.

O dono de uma funerária, Giovano de Ávila, contou ao *Só Notícias* que faz mais de quatro anos que todos os membros amputados no hospital são enterrados nas laterais do cemitério. Ávila, disse que o serviço é totalmente legal e que foi feito um "acordo de cavalheiros" com o Hospital Regional de Sorriso para que as funerárias que estivessem de plantão realizassem este serviço de forma gratuita. O empresário afirma que o responsável pela destinação correta deste material é o hospital, porém é a funerária de plantão (são duas em Sorriso) ficam responsáveis por enterrar as "peças atômicas" como são chamadas.

O dono da outra funerária, Vilson Vigolo confirma a informação de Giovano Ávila, e acrescenta que estes membros são enterrados entre os túmulos e o muro. "Não há lugar específico, nós enterramos em uma cova de aproximadamente 50 centímetros", explica.

Fonte: Fatos em dia com So notícias

<http://www.fatosemdia.com.br/Noticias/Ver/10404/>

MT

## **Erro médico deixa criança com sequelas irreversíveis**

Defensoria Pública de Mato Grosso entrou com ação contra um médico acusado de erro contra uma mulher grávida. Segundo a Defensoria, T.C.L, 29, sofreu uma queda aos 9 meses de gestação e com muitas dores foi encaminhada de volta para casa pelo médico. Sete dias após a queda, ela entrou em trabalho de parto e o médico optou pelo parto normal, não levando em consideração o tamanho do feto e estrutura física da mãe. Mesmo nessas condições, o médico não realizou a cesariana de emergência e optou pelo uso do fórceps.

O procedimento causou hematomas na mulher e deformou o crânio do bebê atingindo o cerebelo (hematoma subdural), causando lesões irreversíveis. A criança hoje tem 5 anos, não se locomove, não fala, tem graves problemas respiratórios, e vai ser totalmente dependente para o resto da vida. Ela deixou o trabalho para se dedicar ao filho.

O Defensor Público Rogério Borges Freitas está juntando provas e informações para garantir o suporte ao tratamento necessário à vida da criança. Informações não oficiais, relatadas por outro médico, dão conta que tal obstetra já tem histórico negativo em outros partos. (Com DF/MT)

Fonte: Fatos em dia com GD

<http://www.fatosemdia.com.br/Noticias/Ver/10409/>



## A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e as estratégias para enfrentar o racismo na saúde

By

[Paulo Navarro](#)

- Atualizado em 07/11/2011 **Postado em:** [Equipe do Blog](#)



UNFPA entrevista Reginaldo Chagas, da SGEP/MS.

Do site da [Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra](#).

Com o intuito de saber mais sobre os desafios do Ministério da Saúde para efetivar PNSIPN no Brasil, o UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas, que apóia a Mobilização Nacional Pro Saúde da População Negra, no âmbito do Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia, entrevistou Reginaldo Alves das Chagas, coordenador de Apoio à Educação Popular em Saúde e à Mobilização Social da Secretaria de Gestão Participativa (SGEP/MS).

Dentre os temas abordados na entrevista estão o termo de cooperação assinado pelo Ministério da Saúde com a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) na última quinta-feira (27), data marco da Mobilização Nacional; discriminação nos serviços de saúde e quesito cor no sistema de informações.

**Confira!**

**UNFPA – A Mobilização é uma iniciativa da sociedade civil, mas o governo se engajou e, nesse período, realiza ações nas três esferas de gestão. Como a Mobilização se alinha com a lógica da gestão participativa do SUS?**

**Reginaldo Chagas –** Dentro do próprio Sistema Único de Saúde tem uma parte da mobilização que é institucionalizada. Nós temos dentro do Ministério da Saúde um comitê



# Saúde em Foco



técnico de saúde da população negra que é feito por membros especialistas no tema indicados pela SEPPIR e a mobilização social. É um dos nossos componentes do dia a dia do trabalho, que também é um dos componentes da gestão estratégica e participativa, que tem o objetivo de fazer o enfrentamento das iniquidades em saúde e participa ativamente do processo.

Nós fizemos agora uma avaliação da implantação desde 2009 para este ano, na verdade desde 2005, quando foi criado o primeiro comitê técnico de saúde da população negra, de como é que estava a implantação da política integral de saúde da população negra. O comitê técnico de saúde da população negra avalia que o racismo institucional é um dos principais entraves para a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Então, no dia 27 de outubro, fizemos o lançamento conjunto – com Ministério da Saúde e SEPPIR – de um termo de cooperação técnica para o enfrentamento ao racismo institucional, porque no dia da Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra o ministério está assumindo o compromisso com a SEPPIR para enfrentar o racismo institucional, que muitas vezes impede o avanço da política. Racismo é não ter o recorte étnico racial nas publicações, por exemplo. Só um dado para percebermos como isso é grave. Nas maternidades, as mulheres negras recebem duas vezes menos anestesia que as mulheres brancas. Então, o racismo institucional está arraigado no sistema. Nós estamos assumindo o compromisso e montamos um grupo de trabalho para enfrentar o racismo institucional na área da saúde.

**UNFPA – O Ministério da Saúde e a SEPPIR assinaram um documento de cooperação técnica visando a elaboração de ações conjuntas para assegurar que a Política Nacional de Saúde Integral da População da Negra seja efetivamente incorporada pelo Ministério, com potenciais reflexos nos serviços que integram a rede SUS e na atuação de toda a força de trabalho em saúde. De que forma este acordo firmado entre os entes do governo federal é uma estratégia para que a política se torne efetiva nos municípios e estados brasileiros?**

**Reginaldo Chagas** – O acordo foi assinado dentro de um evento da comissão tripartite que conta com representantes de secretarias estaduais e secretarias municipais pra conduzir as mesmas atitudes por conta destes estados e municípios. O Ministério não pode intervir em relação a gestão estadual e municipal. Não temos autonomia segundo a Constituição de 88. Então só estamos assumindo isso para o Ministério da Saúde e vamos induzir isso em relação aos estados e municípios. Agora, a prática, o que pretendemos fazer são instâncias de promoção da igualdade racial nos estados e municípios. Nós temos um comitê técnico aqui no Ministério e queremos que os estados também tenham.

A intenção é a criação de comitês técnicos, de secretarias, de áreas técnicas de saúde da população negra nos estados e municípios. Essas são as estratégias que a gente está utilizando, além de audiências públicas. Esse documento de política de saúde da população negra vem sendo discutido em audiências promovidas por nós nas assembleias legislativas. O racismo tem de ser discutido por toda a sociedade. Em Salvador articulamos uma audiência recentemente e estamos articulando outra em Amapá.



# Saúde em Foco



**UNFPA – Um dos objetivos da Política é identificar, abordar e enfrentar o racismo e da discriminação nos serviços de saúde. Até mesmo em relação a atenção de mulheres grávidas ou em situação de parto, prioridade estratégica do Ministério, a discriminação esta presente. Quais medidas estão sendo tomadas para que este objetivo possa ser cumprido? Como o MS pretende monitorar o cumprimento destas medidas e os seus impactos?**

**Reginaldo Chagas –** A primeira medida que está sendo tomada é a questão de dar visibilidade aos fatos. A outra ação é fazer processos de capacitação e qualificação de profissionais de saúde para as especificidades da mulher negra. A população negra é mais vulnerável a hipertensão, a diabete e ‘a discriminação no serviço, porque muitas vezes o racismo institucional faz com que as mulheres negras fiquem em estado de espera nos corredores do hospital por muito mais tempo. Então não é apenas uma questão técnica. É uma herança que a sociedade brasileira tem de tratar os brancos diferente dos negros e que acaba sendo reproduzido no dia a dia da unidade, do serviço de saúde. Nestes espaços se reproduzem os conceitos da sociedade como um todo. Então vem a importância dos comitês estaduais que tem de fazer um monitoramento e acompanhamento em relação a isso. A própria Rede Cegonha trabalha com a possibilidade do monitoramento da humanização no parto. Desde janeiro todos os sistemas de informações do Ministério da Saúde incluem o quesito cor. Precisamos divulgar esses dados. A expectativa de vida da mulher negra é 68 anos, da branca é 75. Os dados sobre acesso a anestesia também são completamente distintos da população negra para a população branca.

**UNFPA- A coleta, registro e análise e divulgação de dados desagregados são essenciais para identificar as iniquidades. Vários sistemas de informação em saúde do Ministério já incorporam o quesito cor. Então pergunto: se as mulheres negras apresentam maior risco para as mortes maternas, por que não pactuar metas diferenciadas e estratégias específicas para estimular a atenção diferenciada a este grupo de mulheres durante a gravidez, parto ou pós-parto e, por consequência reduzir as mortes? Será que esta dificuldade está relacionada com o racismo institucional?**

**Reginaldo Chagas -** Nós temos estratégias para isso e por isso que estamos discutindo nas audiências públicas, para dar capilaridade a esse discurso da abordagem étnico racial. O COAP – contrato anual de ação pública, é a nova ferramenta que vai definir a união federativa entre estados e municípios, estamos sugerindo aos estados e municípios que coloquem indicadores específicos sobre saúde da população negra. Monitorar a questão de pré-natal, de complicações no parto. Há a possibilidade da construção desses indicadores diferenciados, agora isso não vai ser no nível federal. Hoje a mulher negra tem complicação no parto e no pré-natal 105 vezes mais do que a mulher branca. Uma necessidade de comparação diferenciada de indicadores. O racismo institucional é o principal impeditivo do avanço de políticas públicas na saúde da população negra. Não dá para enfrentar o racismo se você não reconhece que ele existe. No Brasil existe uma idéia de que vivemos numa democracia racial que não é verdade. Os indicadores demográficos de saúde da população negra não se revertem no Senado, na Câmara dos Deputados, nas Assembléias Legislativas. Os negros ainda não têm tanta presença em locais de poder, como têm presença demográfica no país.

## **UNFPA-Como o Ministério pretende promover “a igualdade racial pra valer”? Isso tem a ver com saúde, tem a ver com a Mobilização?**

**Reginaldo Chagas** – Nós do Ministério da Saúde, entendemos que ‘igualdade racial é pra valer!’, na saúde, na educação, nos direitos humanos, e em todos os locais. Então nós optamos por não fazer uma campanha própria. Mas aderir a campanha já existente, o que fortalece a identidade institucional da SEPPIR e estimula que outros ministérios e secretarias também o façam. Então nós já somos o segundo órgão que adere. Nós queremos que todas as áreas do Ministério discutam a questão do racismo institucional. Ela não pode ficar apenas dentro da coordenação estratégica e participativa, vai ter que ir para a saúde mental, para a saúde da criança, da mulher, do adolescente, da população carcerária... Então a estratégia é que a questão do racismo institucional seja transversal e perpassa todas as áreas técnicas do Ministério, e que todo mundo se responsabilize e se comprometa com metas e pactos para o enfrentamento do racismo.

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/11/07/a-politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-e-as-estrategias-para-enfrentar-o-racismo-na-saude/>

## **Como será a 14ª Conferência Nacional de Saúde?**

By

[\*Saúde com Dilma\*](#)

- Atualizado em 08/11/2011 **Postado em:** [Equipe do Blog, z](#)



Na próxima quarta-feira (dia 09/11) às 20h30m, o blog Saúde com Dilma e o site da Primavera da Saúde promovem debate on-line sobre a 14ª Conferência Nacional de Saúde, que será realizada de 30 de Novembro a 04 de Dezembro deste ano.

O debate tem como objetivo tirar dúvidas e contribuir com os debates de preparação

para a Conferência que ocorrem em todo o país.

### **Como participar?**

O vídeo será divulgado na página principal dos blogs. É possível também acessar o vídeo e o bate-papo (usando perfil no twitter ou facebook) através do link: <http://www.livestream.com/saudecomdilma>



Para fazer perguntas é possível:

- enviar email para [saudecomdilma@gmail.com](mailto:saudecomdilma@gmail.com);
- Perguntar diretamente no chat do livestream, usando perfil no twitter ou facebook (<http://www.livestream.com/saudecomdilma>).

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/11/08/como-sera-a-14-conferencia-nacional-de-saude/>

## Ministério garante apoio financeiro a 989 municípios

Os municípios selecionados para receber o incentivo financeiro de 20% do valor anual do Piso Fixo de Vigilância e Promoção à Saúde tem até dia 15 de dezembro, para apresentar o plano de qualificação das ações de prevenção e controle da dengue. O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.557/2011 que aprova as diretrizes para execução e financiamento destas ações.

[Confira íntegra da Portaria](#)

[Municípios aptos a receber o recurso financeiro](#)

Ao todo, 989 municípios deverão receber os recursos. Antes, porém, devem aprovar na Comissão Intergestores Bipartite dos estados o Plano de Contingência e o termo de compromisso detalhando as ações a serem executadas. Mais de 100 milhões de pessoas serão beneficiadas com as medidas de controle e prevenção da dengue.

São diversas metas que os municípios precisam cumprir como: garantir quantitativo adequado de agentes de controle de endemias; garantia de cobertura das visitas domiciliares pelos agentes; a adoção de mecanismos para a melhoria do trabalho de campo; realização do LIRA (Levantamento Rápido de Infestação por Aedes Aegypti) com ampla divulgação nos veículos de comunicação locais; notificação dos casos graves suspeitos de dengue, entre outras.

“Hoje contamos com cerca de 90 mil agentes de vigilância em saúde no país e os municípios devem qualificar o trabalho desses agentes. Para isso, existem várias formas, como oferecer alguns incentivos e aumentar a fiscalização”, ressalta o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa.



# Saúde em Foco



Apoio técnico - As secretarias municipais e estaduais de Saúde devem prestar apoio técnico no acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações para prevenção e controle da dengue. Também devem cumprir as ações estabelecidas no Plano Municipal de Saúde.

O Ministério da Saúde irá analisar os planos de contingência e os termos de compromisso, emitindo parecer técnico e propondo adequações, quando necessário. O Ministério da Saúde já vem desenvolvendo uma série de atividades para garantir a adesão dos municípios, como, por exemplo, o envio de correspondência às cidades selecionadas; realização de vídeo conferência com as secretarias estaduais para esclarecer dúvidas com relação aos planos de contingência; reuniões com dirigentes estaduais de vigilância em saúde, entre outras.

Como resultado desse esforço conjunto todas as secretarias estaduais de saúde definiram datas estimativas para realização de suas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Abaixo as datas previstas das reuniões:

UF	Data estimada CIB
RO	17 de novembro
AC	27 de outubro (Rio Branco) e 20 de novembro
AM	16 de novembro
RR	16 de novembro
PA	entre 15 e 20 de novembro
AP	25 de novembro
TO	24 de novembro
MA	22 de novembro
PI	04 de novembro



# Saúde em Foco



CE	18 de novembro
RN	19 de novembro
PB	21 de novembro
PE	14 de novembro
AL	14 de novembro
SE	22 de novembro
BA	17 de novembro

UF	Data estimada CIB
MG	17 de novembro
ES	7 de novembro
RJ	10 de novembro
SP	17 de novembro
PR	4 de novembro
SC	17 de novembro
RS	14 de novembro
MS	18 de novembro
MT	10 de novembro e 08 de dezembro
GO	17 de novembro



DF 25 de novembro

Fonte: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/9-principais/110367-ministerio-garante-apoio-financeiro-a-989-municipios.html>

## Nacional

# Crack vem substituindo bebidas alcoólicas



A facilidade de acesso e o baixo custo do crack estão fazendo com que a droga se alastre pelo país. Uma pesquisa divulgada hoje (7) pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) revela que o crack está substituindo o álcool nos municípios de pequeno porte e áreas rurais. Nos grandes centros, uma pedra de crack custa menos de R\$ 5.

Dentre os 4,4 mil municípios pesquisados, 89,4% indicaram que enfrentam problemas com a circulação de drogas em seu território e 93,9% com o consumo. O uso de crack é algo comum em 90,7% dos municípios. “Verificamos que o uso de crack se alastrou por todas as camadas da sociedade, a droga que, em princípio, era consumida por pessoas de baixa renda, disseminou-se por todas as classes sociais”, aponta a pesquisa.

O custo efetivo das ações de combate ao crack e outras drogas nos municípios chega a mais de R\$ 2,5 milhões. De acordo com o CNM, faltam profissionais capacitados e verbas destinadas para a manutenção das equipes e dos centros de atenção que deveriam estar disponíveis aos usuários.

O relatório mostra que 63,7% dos municípios enfrentam problemas na área da saúde devido à circulação da droga. A fragilidade da rede de atenção básica aos usuários, a falta de leitos para a internação, o espaço físico inadequado, a carência na disponibilidade de



remédios e a ausência de profissionais especializados na área da dependência química são os principais entraves apontados pelos gestores municipais.

Em relação à segurança pública, os principais problemas estão relacionados ao aumento de furtos, roubos, violência, assassinatos e vandalismo. Existem ainda apontamentos em relação à falta de policiamento nas áreas que apresentam maior vulnerabilidade.

Outra questão revelada pela pesquisa é a fragilidade da rede de Proteção Social Especial e do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas) que tem como objetivo trabalhar as demandas dos usuários de drogas. Estes serviços são deficitários em 44,6% dos municípios.

De acordo com a pesquisa, um dos grandes problemas é a falta de controle das fronteiras do país. “O efetivo policial é pequeno, mal remunerado e pouco treinado para enfrentar a dinâmica do tráfico de drogas.”

Outro fator relevante, segundo o CNM, é o papel que as indústrias produtoras de insumos utilizados para o preparo do crack desempenham. “A grande questão é a fiscalização da venda desses produtos, que atualmente é feita de maneira insuficiente.”

A primeira pesquisa da CNM, divulgada em dezembro do ano passado, mostrou que 98% dos municípios pesquisados confirmaram a presença do crack em sua região. Em abril, a confederação lançou o portal Observatório do Crack para acompanhar a situação dos municípios, com informações sobre o consumo, os investimentos e os resultados das ações de combate à droga.

Publicado em : 08/11/2011 às 10:04

<http://www.folhadoestado.com.br/noticia/12984/>

## Cidades

### **TJ instalará núcleo técnico as decisões ligadas a Saúde em MT na 4ª**

08/11/2011 - 02h12

Da Redação

O Tribunal de Justiça de Mato Grosso instalará às 10h30 desta quarta-feira (9 de novembro), no Fórum Desembargador José Vidal, em Cuiabá, o Núcleo de Apoio Técnico (NAT), cuja função será oferecer subsídios para que os magistrados decidam adequadamente em processos relacionados a questões de saúde. A instalação do núcleo estava prevista em um termo de cooperação técnica assinado entre o presidente do Tribunal de Justiça, desembargador Rubens de Oliveira Santos Filho,



e o secretário de Estado de Saúde, Pedro Henry, em 20 de setembro deste ano. O NAT iniciará suas atividades com uma equipe formada por cinco médicos, um farmacêutico, um técnico administrativo e dois estagiários, cedidos pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT), que trabalharão das 12 às 19 horas. A composição poderá ser modificada de acordo com as necessidades do serviço. O coordenador do NAT será o juiz da Sexta Vara da Comarca de Sinop (500km a norte de Cuiabá) e coordenador do Comitê Executivo do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em Mato Grosso, Túlio Dualibi Alves Souza.

Após o ato de instalação, a coordenação do NAT estabelecerá, em cinco dias, o fluxograma dos procedimentos a serem desempenhados e os critérios técnicos mínimos que serão utilizados para a confecção dos pareceres. Mas a partir da instalação, algumas atividades do núcleo já serão regulamentadas, como a que trata da confecção de pareceres. Nos processos que tramitam na Comarca de Cuiabá, os membros do NAT terão acesso físico aos autos. Em relação aos processos que tramitam nas comarcas do interior, os documentos necessários, assim como os pareceres, serão encaminhados por malote digital.

Para processos que tenham por objeto a disponibilização de leito de UTI, o parecer deverá ser encaminhado ao juiz responsável em no máximo seis horas ou, no caso de impossibilidade justificada, no mesmo dia da solicitação. Para processos que tenham por objeto a realização de procedimento em paciente que já se encontra internado, o parecer deverá ser encaminhado em no máximo 24 horas. Já nos casos de procedimento eletivo (sem urgência), o parecer poderá ser encaminhado ao magistrado em até 72 horas.

Até o quinto dia útil de cada mês, o NAT apresentará relatório estatístico indicando os medicamentos, insumos e procedimentos mais solicitados no mês anterior, e as causas que levaram o paciente a buscar o Poder Judiciário a fim de obter assistência à saúde pública.

Com a instalação do NAT, o Poder Judiciário de Mato Grosso entra para a lista dos que atendem recomendação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para disponibilizar serviço de amparo técnico, dando mais segurança aos juízes no momento das decisões relacionadas a pedidos de medicamentos, procedimentos de urgência, emergência e eletivo, além de direito a leito em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

<http://www.odocumento.com.br/materia.php?id=376195>

## Cidades

### Ministério amplia em R\$ 2,2 mi repasse contra dengue em Mato Grosso

07/11/2011 - 18h28

Da Redação

Os municípios de Mato Grosso receberão um incentivo R\$ 2,2 milhões para ampliar as ações contra a dengue em sua região. Para garantir os recursos, os gestores devem apresentar um plano de contingência ao Ministério da Saúde até 15 de dezembro. São metas como a manutenção do número adequado de agentes de controle de endemias para uma maior cobertura das visitas domiciliares, realização do LIRAA (levantamento da infestação de larvas do mosquito), além de adequar a rede de



atenção primária para atender os casos na sua área de abrangência.

Em todo o país, serão investidos R\$ 90 milhões. O incentivo equivale a 20% a mais do Piso Fixo de Vigilância e Promoção à Saúde. A estratégia foi anunciada pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, no último mês.

Ao todo, 989 municípios deverão receber os recursos. As ações devem ser aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite dos estados (onde municípios e o Estado entram em acordo sobre atuação regional). No país, mais de 100 milhões de pessoas serão beneficiadas com as medidas.

São diversas metas que os municípios precisam cumprir como: garantir quantitativo adequado de agentes de controle de endemias; garantia de cobertura das visitas domiciliares pelos agentes; a adoção de mecanismos para a melhoria do trabalho de campo; realização do LIRA (Levantamento Rápido de Infestação por Aedes Aegypti) com ampla divulgação nos veículos de comunicação locais; notificação dos casos graves suspeitos de dengue, entre outras.

“Hoje contamos com cerca de 90 mil agentes de vigilância em saúde no país e os municípios devem qualificar o trabalho desses agentes. Para isso, existem várias formas, como oferecer alguns incentivos e aumentar a fiscalização”, ressalta o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa.

Apoio técnico - As secretarias municipais e estaduais de Saúde devem prestar apoio técnico no acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações para prevenção e controle da dengue. Também devem cumprir as ações estabelecidas no Plano Municipal de Saúde.

O Ministério da Saúde irá analisar os planos de contingência e os termos de compromisso, emitindo parecer técnico e propondo adequações, quando necessário. O Ministério da Saúde já vem desenvolvendo uma série de atividades para garantir a adesão dos municípios, como, por exemplo, o envio de correspondência às cidades selecionadas; realização de vídeo conferência com as secretarias estaduais para esclarecer dúvidas com relação aos planos de contingência; reuniões com dirigentes estaduais de vigilância em saúde, entre outras.

<http://www.odocumento.com.br/materia.php?id=376200>

## Cidades

## PSF Água Vermelha oferece caminhada no parque Bernardo Bernek

07/11/2011 - 16h07

Da Redação

O PSF (Programa de Saúde da Família), “Celestina Gomes Coelho”, ofereceu na última quinta-feira (27) uma manhã de caminhada com o grupo de idosos da unidade de saúde no Parque Bernardo Bernek.

Conforme a gerente da unidade, Agdelma da Costa, os idosos puderam conhecer o parque, o lago Bernek e os animais que ali se encontram e logo em seguida tiveram um delicioso lanche



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT  
Participação e Controle Social

# Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT  
Participação e Controle Social

acompanhado de suco e outros.

A unidade de saúde está localizada na Rua Luís Camões, s/n, bairro Água Vermelha. Outras informações pelos telefones 3688-3164 e 3684-2028.

SAIBA MAIS – Inaugurado em 2010, o Parque conta com uma área para shows com 6.200 metros quadrados, palco e concha acústica; dois estacionamentos, 3,5 quilômetros de trilhas para caminhada; dois playgrounds; dois sanitários; dois lagos naturais; três áreas de ginástica com aparelhos e portaria. A área do parque foi doada pelo empresário do setor de madeiras falecido em 1996 e que dá nome ao espaço, Bernardo Berneck.

O Parque dá acesso aos bairros: Santa Isabel, Asa Branca, Asa Bela, Condomínio Renato dos Santos, Ataíde Ferreira, Alice Gonçalves, Jardim Eldorado, Cidade de Deus, Jardim Itororó, Jardim Marajoara, Paiaguás I, II e III, Jardim dos Estados, Parque Atlântico e o grande São Matheus.

<http://www.odocumento.com.br/materia.php?id=376182>

## Cidades

### Para desafogar pronto-socorro, policlínicas voltam a funcionar 24 horas em VG

07/11/2011 - 14h32



Da Redação

Em duas semanas as Policlínicas do Jardim Marajoara e do Cristo Rei terão seu funcionamento modificado. Com o objetivo de reduzir o fluxo de atendimento no Pronto Socorro Municipal, esses pontos de atendimento passarão a funcionar no sistema de 24 horas por dia.

O comunicado foi feito pelo prefeito, Sebastião Gonçalves, durante visita de rotina no Pronto Socorro Municipal aos pacientes internados

há mais de trinta dias. De acordo com o prefeito, as Policlínicas atenderão em período integral para que o Pronto Socorro possa atender somente os casos mais graves.

<http://www.odocumento.com.br/materia.php?id=376161>

## Cidades

### Informações podem reduzir em 86% as amputações em "pé diabéticos"

07/11/2011 - 14h24



## Da Redação

Estudos mostram que 61% das amputações de extremidades inferiores são associadas ao diabetes, sendo que 86% destes procedimentos poderiam ser evitados. Por isso, alertar adultos, jovens e crianças sobre os cuidados, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dos diversos tipos de lesões que o paciente diabético pode apresentar nos pés é o objetivo de uma indicação apresentada pelo deputado estadual Mauro Savi (PR) ao Governo do Estado.

O parlamentar sugere que a Secretaria de Estado de Saúde desenvolva programas informativos sobre o que se convencionou chamar de saúde do “pé diabético” (Neuropatia Periférica).

Diabetes e problemas do pé são quase sinônimos em consequência da associação de doença vascular periférica, neuropatia, deformações ortopédicas, infecções e traumatismos. “É fato conhecido que os diabéticos são propensos à doença do pé e o temor de gangrena está sempre presente nas mentes dos diabéticos que se esforçam para manter sua saúde e proteger suas vidas”, argumenta Savi na justificativa da indicação.

Especialistas alertam para a necessidade de examinar os pés dos diabéticos todos os dias, pois eles são mais vulneráveis a ferimentos. Essa vigilância é necessária porque às vezes surgem calos que nem sempre causam dor.

A intenção do deputado Mauro Savi com essa indicação é contribuir para a diminuição das amputações de membros inferiores de pacientes diabéticos, proporcionando uma melhora na qualidade de vida e diminuindo os efeitos psicológicos deste procedimento.

De acordo com dados publicados no artigo “Educação em pé diabético” (2009), de autoria de Fabio Batista, Michael Pinzur, Augusto Monteiro e Raul Taira, “as estimativas mostram que existem 10 a 12 milhões de pacientes adultos com diabetes no Brasil, e provavelmente um número semelhante de casos não-diagnosticados. 90% dos casos são diagnosticados em adultos, sendo que um quarto apresentam sinais de neuropatia periférica. A incidência de neuropatia periférica aumenta dez anos após o diagnóstico, quando o controle glicêmico está aquém do ideal”.

No mesmo artigo, os autores observam que programas governamentais mostram que são capazes de reduzir a morbidade associada ao pé diabético, bem como o índice de amputações das extremidades inferiores, em países com população de pacientes atendidos precariamente pelos serviços de saúde. Além disso, os calçados terapêuticos têm um papel importante na redução potencial da morbidade.

<http://www.odocumento.com.br/materia.php?id=376160>

## Dilemas, desafios e limites do SUS

By

*Saúde com Dilma*

- Atualizado em 04/11/2011 **Postado em:** [Lenir Santos, z](#)



# Saúde em Foco



por Lenir Santos, Advogada especializada em Direito da Saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA

Outro dia fui convidada a fazer uma palestra no Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), em São Bernardo do Campo, São Paulo, e ao ter que refletir sobre esses três temas, *dilemas, desafios e limites do SUS*, concluí o seguinte: O grande *dilema* do SUS é o público e o privado; Os *desafios* são fundamentalmente três: o financiamento; a gestão pública e a participação da comunidade, expressão da democracia participativa; e os *limites* dizem respeito à definição de que SUS queremos e respectivo padrão de integralidade que ele comporta.

O *dilema público-privado* tem duas dimensões: a) a dimensão do setor privado que adentra o SUS; b) a dimensão do público em relação à iniciativa privada e a regulação, controle e fiscalização que compete ao SUS.

O privado que adentra o SUS tem causado discussões, debates, celemas uma vez que sua regulação é tênue, insipiente. O fato de existirem leis dispendo sobre três modelos de qualificação de entidades privadas sem finalidades lucrativas não significa que temos legislação suficiente para regular a gestão pública e sua articulação mediante parceria, colaboração ou fomento com o setor privado na saúde.

A regulação dessas entidades em relação ao Poder Público ainda é frágil, tanto que uma delas está *sub judice*, a organização social. As OSCIPs têm sido utilizadas de maneira equivocada ao realizar atividades públicas permanentes quando seu escopo deveria ser apenas a parceria em determinados programas com prazo certo. Há ainda a confusão com o regime da complementaridade do privado no SUS, que muitas vezes ganha o tom de substituição de serviços públicos ao invés de complemento.

Não defendemos a ausência do regime de parceria público-privado, mas certamente está faltando melhor definição e regulamentação.

No tocante à relação do Poder Público com o setor lucrativo a falta de regulamentação é flagrante. Pouco avançamos, sendo que nem mesmo em relação à medicina suplementar (planos de saúde) estamos à cavaleiro. Nem mesmo o ressarcimento das operadoras de



# Saúde em Foco



saúde ao SUS pela utilização de seus serviços pelos usuários de planos de saúde, foi executada até o presente momento, ainda que a lei seja de 1998.

Há que se ter coragem de planejar a saúde de maneira global: a pública e a privada para que de fato possamos utilizar os serviços privados como complementares ou suplementares dos serviços públicos, induzindo suas atividades aos interesses públicos por serem serviços de relevância pública.

Os desafios a serem vencidos em relação ao financiamento insuficiente, a gestão pública inadequada e a participação social equivocada precisam ser vencidos. Temos que refletir sobre o financiamento que não pode continuar com o percentual público de 3.4% do PIB, sem fontes definitivas e suficientes.

A gestão pública é arcaica, amarrada, engessada. O marco regulatório da Administração Pública data de 1967. Muita coisa mudou de lá pra cá. É preciso inovar e melhorar a gestão. A participação da comunidade no SUS, expressão da democracia participativa, um valor democrático, de profundo respeito à cidadania tem sido muito mal utilizada pelo nosso cidadão.

Os conselhos de saúde, que devem discutir a política de saúde, aprovar o plano de saúde e fiscalizar a sua execução, têm feito tudo, menos isso na maioria das vezes. Os interesses são corporativos, segmentados, com falta de alternância no papel de conselheiro, que deve ser antes de tudo um exercício da cidadania, articulando os interesses coletivos e não os interesses de segmentos sociais, dos setores de onde os conselheiros se originam. Conselhos cujos representantes são de minorias jamais irão defender um SUS que deve ser para todos, igualmente e sua representação sempre deixará a desejar.

Outro ponto são os *limites* do SUS. Por limites entendo a necessidade de definição de que SUS queremos e se o SUS que queremos cabe na riqueza do País e se o estamos executando. Devemos definir o padrão de integralidade que não pode nem ser nem a minguada do direito à saúde nem a abundância que o País não conseguiria garantir para todos.

Enfim, para chegarmos ao SUS que queremos precisamos saber que SUS queremos e fazer um pacto sociedade-Estado, definindo-o com clareza e perseguir com coerência a sua efetividade.

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/11/04/dilemas-desafios-e-limites-do-sus/>