



Cuiabá/MT, 13 de fevereiro de 2012.

Notícias / Cidades

11/02/2012 - 10:25

## **Sem acordo, médicos mantêm greve em VG e sobrecarregam a capital**

*Da Redação - Laura Petraglia*

O que parecia caminhar para um acordo segue sem solução e os médicos da rede pública de saúde de Várzea Grande continuam em greve por tempo indeterminado. A greve, iniciada no dia 6 deste mês, rumava para um entendimento junto à Secretaria de Saúde de Várzea Grande, porém, devido ao descumprimento de alguns direitos trabalhistas e atrasos salariais os médicos suspenderam as negociações.

Enquanto médicos e o Executivo Municipal não chegam a um consenso, o atendimento de urgência e emergência da capital fica sobrecarregado pela demanda gerada por Várzea Grande. A policlínica do Verdão é uma das que teve maior aumento na demanda de pacientes.

De acordo com informações do Sindicato da classe (Sindimed/MT), há relatos de profissionais que atuam no Pronto-Socorro Municipal de que os médicos estão com salários atrasados desde outubro do ano passado. Outra reclamação foi em relação ao enquadramento do Plano de Carreira, em que os médicos afirmam que está ocorrendo diminuição nos valores de determinados benefícios.

Na próxima terça-feira (14) uma nova reunião da classe médica será realizada com a Secretaria, quando será apresentado um levantamento sobre as reclamações relatadas pelos profissionais. Caso essas pendências sejam sanadas, o Sindicato volta a negociar com a prefeitura.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Sem\\_acordo\\_medicos\\_mantem\\_greva\\_em\\_VG\\_e\\_sobrecarregam\\_a\\_capital&edt=25&id=236544](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Sem_acordo_medicos_mantem_greva_em_VG_e_sobrecarregam_a_capital&edt=25&id=236544)

**COTIDIANO / CARNAVAL SEM AIDS**

11.02.12 | 16h09 - Atualizado em 11.02.12 | 16h31

## Gays e travestis são alvos de campanha de prevenção

**Em Cuiabá, a campanha do Governo será intensa durante as festas de Momo**

MidiaNews



Coordenadora do SAE, Márcia Quatti apresenta algumas peças que estão sendo criadas para o Carnaval

LISLAINE DOS ANJOS  
DA REDAÇÃO

Neste Carnaval, jovens gays com idade entre 15 e 24 anos serão foco da campanha lançada pelo Ministério da Saúde para o Carnaval, na luta pelo combate à Aids. Além deles, pela primeira vez, o órgão fez um pôster dirigido aos travestis, além dos tradicionais já veiculados à população heterossexual.

De acordo com informações da Secretaria de Saúde de Cuiabá, cada município define o tema de campanha de prevenção a ser adotada durante o Carnaval, de acordo com a realidade ali existente.

Em Cuiabá, a campanha lançada pelo Ministério da Saúde também será adotada, segundo a coordenadora do Serviço de Assistência Especializada (SAE), Márcia Quatti.

Faixas, cartazes e tubinhos com preservativos serão distribuídos pela cidade a partir desta semana, em pontos estratégicos, como bares, boates, restaurantes, postos de gasolina e de caminhoneiros e vias mais movimentadas.



Para garantir que não haja interrupção na distribuição de preservativos, equipes da Secretaria de Saúde estarão constantemente abastecendo os tubinhos de preservativos.

Além disso, uma parceria poderá ser fechada com a Polícia Militar e a Polícia Rodoviária Federal para que, durante as blitzes realizadas pela cidade, entreguem sacolinhas de lixo – para serem colocadas dentro do carro – contendo mensagens de prevenção e preservativos.

Se depender do Ministério da Saúde, não vai faltar preservativo para ser distribuído para a população. Mato Grosso recebeu um milhão de preservativos do órgão, que serão repassados aos 141 municípios.

Quatti salientou, em entrevista ao MidiaNews, que os jovens são o foco da campanha por nem sempre se preocuparem com a prevenção, deixando de lado o uso do preservativo.

“As pessoas sempre pensam que, com elas, isso nunca vai acontecer. Esse público, entre 15 e 24 anos, é o mais vulnerável, porque não tem maturidade ainda, está vivendo a melhor fase da vida. É a fase do ‘tudo pode’”, disse.

Quatti afirmou que, apesar do foco serem os jovens homossexuais, isso não significa que eles são o público e a faixa etária mais contaminada pela Aids, pelo menos, não em Mato Grosso.

“Não existe mais isso de público-alvo, faixa de risco. Tem que prevenir. Aqui no SAE temos pacientes com idades entre 15 e 73 anos. Há mulheres e homens casados que descobrem ter contraído a doença, não apenas gays. Na verdade, os gays são, na maioria das vezes, mais conscientes da necessidade de prevenção do que os heterossexuais”, afirmou.

**Dados preocupantes** - O Estado registrou, apenas em 2011, 662 casos de Aids entre homens, mulheres, gestantes e crianças. Dentre estes casos, 550 foram em adultos, quatro em crianças e 111 gestantes portadoras do vírus HIV.

Ao todo, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Mato Grosso apresentou registro de 6.937 casos de Aids entre os anos de 1984 e 2010. Destes, 6.729 casos foram em adultos (3.973 em homens e 2.756 em mulheres). Outros 208 casos foram registrados em menores de 13 anos.

Atualmente, segundo a coordenadora Márcia Quatti, há 1,8 mil pacientes cadastrados no SAE, seguindo o acompanhamento da equipe médica do local. Destes, apenas 645 fazem uso do medicamento antiretroviral durante o tratamento e apenas 12 pacientes são crianças.

“Tratamento contra a Aids não é só fazer uso do remédio. É ter acompanhamento de terapeutas, nutricionistas, fazer exames regularmente”, ressaltou Quatti.



A coordenadora afirmou ainda que palestras e campanhas são feitas durante todo o ano, visando a prevenção.

**Realidade brasileira** – A campanha de carnaval deste ano dá prosseguimento à Campanha do 1º de Dezembro Dia Mundial de Luta contra a Aids, quando os jovens gays de 15 a 24 anos foram indicados como público prioritário.

O Boletim Epidemiológico DST/Aids divulgado em dezembro do ano passado mostra que a epidemia tem crescido nessa população nos últimos anos.

Segundo dados divulgados pelo órgão, em 2011, para cada 16 homossexuais dessa faixa etária vivendo com Aids, havia 10 heterossexuais. Em 1998, essa proporção era de 12 para 10.

Conforme o último boletim nacional divulgado, de 1998 a 2010, o percentual de casos na população heterossexual de 15 a 24 anos caiu 20,1%. Entre os gays da mesma faixa etária, no entanto, houve aumento de 10,1%.

Na população geral de 15 a 24 anos, entre 1980 e 2011, foram diagnosticados 66.698 casos de Aids, sendo 38.045 no sexo masculino (57%) e 28.648 no sexo feminino (43%). O total equivale a 11% do total de casos de Aids notificados no Brasil desde o início da epidemia.

**Campanha** – O conceito da campanha será: “Na empolgação pode rolar de tudo. Só não rola sem camisinha. Tenha sempre a sua”. Ela será veiculada em dois momentos: antes do carnaval, com alertas para o uso responsável do preservativo e, no período pós-festa, a partir do final de fevereiro, com a promoção do diagnóstico e a conscientização da necessidade da realização do teste.

Os filmes e pôsteres a serem transmitidos pela TV e internet apresentam situações em que os públicos-alvos da campanha - homens gays jovens e um casal heterossexual – encontram-se prestes a ter relações sexuais sem camisinha.

Nos filmes, surgem personagens fantasiosos – uma fadinha, no caso do filme do casal gay, e um siri, no casal heterossexual – com uma camisinha.

Ao final, em ambos os vídeos é apresentada a mensagem: “Na empolgação rola de tudo. Só não rola sem camisinha. Tenha sempre a sua”.

Veja abaixo algumas imagens da campanha. Para ver todas as peças, acesse o link: <http://www.aids.gov.br/campanhas/2012/carnaval>.

**Aids** – HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, ataca o sistema imunológico responsável por defender o organismo de doenças.



As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. O HIV altera o DNA dessa célula e faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção.

**Sintomas** – Quando ocorre a infecção pelo vírus causador da AIDS, o sistema imunológico começa a ser atacado. E é na primeira fase, chamada de infecção aguda, que ocorre a incubação do HIV - tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Esse período varia de 3 a 6 semanas.

O organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por essa razão, a maioria dos casos passa despercebido e o paciente só descobre estar portando o vírus quando algumas doenças oportunistas começam a se manifestar.

**Tratamento** – Medicamentos não matam o HIV (vírus causador da Aids), mas ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico.

Por isso, seu uso é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida de quem tem AIDS.

Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente o coquetel antiaids para todos que necessitam do tratamento. Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 200 mil pessoas recebem regularmente os remédios para tratar a doença.

Além do SAE em Cuiabá e em Várzea Grande, a população também pode procurar o Centro Estadual de referência em Média e Alta Complexidade (Cermac), para tratamento.

Testes podem ser feitos todos os dias gratuitamente – não apenas no período pós-Carnaval – nos centros de saúde, nas unidades de Programa de Saúde da Família (PSFs) e nos postos de saúde. Testes rápidos deverão ser implantados também nas policlínicas, segundo Quatti. O resultado sai em apenas 15 minutos.

**Veja abaixo algumas peças montadas pelo Ministério da Saúde e que serão veiculadas neste Carnaval:**



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT  
Participação e Controle Social

# Clipping Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT  
Participação e Controle Social

DISQUE SAÚDE  
**136**  
Ouvidoria Geral do SUS  
www.saude.gov.br

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

ISSO ROLA muito.

ESPERAR POR ISSO não ROLA.

NA EMPOLGAÇÃO  
ROLA DE TUDO. SO NÃO  
ROLA SEM CAMISINHA.  
TENHA SEMPRE A SUA.

SUS também é prevenção. Use camisinha.

**Banner direcionado aos travestis - novidade da Campanha deste ano**



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT  
Participação e Controle Social

# Clipping Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT  
Participação e Controle Social



Cartaz direcionado ao público heterossexual



Cartaz voltado ao público homossexual - foco da Campanha de Carnaval deste ano



**Peças que estão sendo criadas pela Prefeitura de Cuiabá e a Secretaria de Saúde para o Carnaval 2012**

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=77499>

Notícias / Cidades

10/02/2012 - 19:15

## Secretário garante abertura do Hospital Municipal de Sinop

*Da Asses*

Depois de inúmeras cobranças, o deputado Dilmar Dal’Bosco finalmente conseguiu sensibilizar o Executivo que assegurou, durante reunião com o secretário de Estado de Saúde, Vander Fernandes, a abertura do Hospital Municipal de Sinop, que deverá oferecer atendimento médico a partir do mês de agosto.

Segundo o vereador sinopense Ademir Bortoli (DEM), que também esteve presente a reunião, a gestão da unidade será feita por uma Organização Social de Saúde (OSS) e o edital para escolha da gerenciadora será lançado na próxima segunda-feira (13.02).

O Hospital de Sinop será referência regional no atendimento de média e alta complexidade e contará com 74 leitos hospitalares, 10 UTIs adulto e 10 UTIs pediátricas. A previsão de



atendimento, de acordo com informações do secretário de Saúde, é de 445 internações mensais.

As obras do hospital iniciaram em junho de 2003 e, somente em dezembro de 2008 foi inaugurada a estrutura física, que nunca funcionou devido falta de recursos da prefeitura municipal. No ano passado, o deputado estadual Dilmar Dal’Bosco acompanhou a comitiva governamental a duas reuniões com o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que prometeu destinar R\$ 10 milhões para a abertura unidade de saúde, mas estes recursos nunca chegaram.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Secretario\\_garante\\_abertura\\_do\\_Hospital Municipal de Sinop&edt=25&id=236473](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Secretario_garante_abertura_do_Hospital_Municipal_de_Sinop&edt=25&id=236473)

Notícias / Cidades

12/02/2012 - 16:15

## **Seminário discute soluções para problemas indígenas no Amazonas**

*GI*

Ações de combate ao aumento no consumo de bebidas alcoólicas, preconceito, suicídios e homicídios entre indígenas dos municípios de Eirunepé, Carauari, Ipixuna, Envira e Itamarati, no interior do Amazonas serão realizadas por instituições públicas, entre elas, a Secretaria de Estado para povos indígenas (Seind). A agenda conjunta de trabalho foi construída durante o 1º Seminário de Educação Escolar Indígena do Território Etnoeducacional Juruá-Purus, realizado nos dias 7 e 8 de fevereiro, em Eirunepé, a 1.245 km de Manaus.

Entre as ações previstas estão a realização de campanhas promocionais e educacionais dos direitos e da cultura indígenas, com intercâmbio de estudantes, elaboração de cartilhas e um evento, previsto para o mês de abril nos municípios, com palestras, seminários, atividades esportivas e culturais, feiras de artesanato e culinária, debates e serviços de cidadania, como expedição de documentos, entre outros.

No seminário também foram propostas ações que abordam a viabilização de transporte para a merenda escolar dos municípios às aldeias, a formação de professores indígenas por meio do magistério e licenciatura intercultural para estruturação da rede escolar indígena.



Os participantes do evento encaminharam documentação aos setores competentes, reivindicando o fortalecimento da Funai na região e requisitando a presença de promotores públicos nos municípios para a solução de pequenas causas.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Seminario discute solucoes para problemas indigenas no Amazonas&edt=25&id=236702](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Seminario_discute_solucoes_para_problemas_indigenas_no_Amazonas&edt=25&id=236702)

## COTIDIANO / CUIABÁ

12.02.12 | 16h09

# Secretaria de Saúde seleciona profissionais

**Edital de chamamento doi lançado na última sexta**

DA ASSESSORIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá lançou na última sexta (10), edital de chamamento para a contratação de seis profissionais para atuarem em um Consultório de Rua, um dispositivo público do SUS que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental, voltado para usuários de álcool e outras drogas que vivem em locais de risco nas ruas. Os atendimentos acontecerão de segunda à sexta-feira, das 18 às 22 h.

O projeto, intitulado “Consultório de Rua Adolescer na Rua” é uma ação do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD).

As inscrições dos profissionais interessados estarão abertas entre os dias 13 e 29 de fevereiro, na Coordenadoria Especial de Rede Assistencial de Saúde Mental. O processo de seleção ocorrerá entre os dias 1º e 9 de março. O resultado será divulgado no dia 12 do mesmo mês.

Serão contratados um psicólogo, um enfermeiro, um assistente social, um agente de ação social, um motorista e um profissional da área de saúde que coordenará o trabalho.

Os profissionais receberão salários de R\$ 1.200,00 (coordenador, psicólogo, assistente social, enfermeiro e agente de ação social); R\$ 1.000,00 (agente de ação social) e R\$ 700,00 (motorista). Os recursos são do Ministério da Saúde (MS).

Entre os critérios de seleção estarão o tempo de atuação profissional dentro da perspectiva da exigência mínima, disponibilidade para atuar em locais de risco e em horário diferenciado e com população de rua em situação de vulnerabilidade social.



O projeto tem duração de um ano, que poderá ser prorrogado caso haja recursos.

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=77588>

Notícias / Política MT

12/02/2012 - 18:03

## "Aperto de cinto" do Governo de MT atinge emendas parlamentares e deixa deputados estaduais insatisfeitos

Da Redação - Laura Petraglia

Uma reunião entre o chefe do Executivo Estadual, governador Silval Barbosa (PMDB), e os 24 deputados estaduais deve ocorrer na próxima semana para uma discussão acerca da liberação de emendas parlamentares.

De um lado, o governo tenta equilibrar as finanças do Estado, de outro os deputados se dizem engessados sem poder proporcionar benfeitorias às suas bases eleitorais. No ano passado, o governo havia prometido liberar os valores correspondentes às emendas indicadas pelos parlamentares, mas até agora não cumpriu a promessa.

Até mesmo deputados de partidos da base aliada do governo não escondem seu descontentamento com a situação. Mauro Savi (PR) chegou a afirmar que 2011 foi o pior ano político de sua vida.

Para conseguir cumprir os compromissos financeiros o governo estadual terá que promover uma economia no setor público de, no mínimo, 5%. A medida será necessária porque o orçamento do Estado para 2012, da ordem de R\$ 13 bilhões, está superestimado em pelo menos R\$ 500 milhões.

Preocupada com a situação, a deputada Luciane Bezerra (PSB) anuncia que vai cobrar explicações detalhadas do governador e a elaboração de um plano de governo. Segundo ela, a preocupação dos parlamentares é com a situação financeira do governo, que diz que está endividado.



“Quero saber onde está o déficit? Especificamente, em quais secretarias? O que vamos fazer em 2012? Como o Estado vai quitar as dívidas referentes aos repasses para a Saúde dos municípios? Precisamos saber o que o governo pretende fazer para informar a população das regiões que representamos”, questionou Luciane.

Desde o início do ano, o chefe do executivo tem tentado traçar um plano para que o governo ‘caiba dentro do seu próprio orçamento’ e não gaste mais do que arrecada. O ‘aperto do cinto’ decidido pelo governo, com cortes em despesas nas áreas meio e finalística, ocorre em várias frentes, passando por despesas da máquina pública, cortes de cargos comissionados e chega até aos municípios, via reavaliação do Fundo de Transporte e Habitação (Fethab). Os gastos com as emendas parlamentares também devem sofrer contingenciamento.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Aperto de cinto do Governo de MT atinge emendas parlamentares e deixa deputados estaduais insatisfeitos&id=236546](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Aperto_de_cinto_do_Governo_de_MT_atinge_emendas_parlamentares_e_deixa_deputados_estaduais_insatisfeitos&id=236546)

Notícias / Cidades

10/02/2012 - 15:53

## **Denúncia de abuso no Adauto Botelho deve ser apurada pela AL**

*Da Redação - Laura Petraglia*

A Comissão Permanente de Direitos Humanos, Cidadania e Amparo à Criança, ao Adolescente e ao Idoso da Assembleia Legislativa de Mato Grosso deve investigar denúncias de abusos sofridos por pacientes do Hospital Psicossocial Adauto Botelho.

O requerimento foi apresentado à Comissão pelo deputado Dilmar Dal’Bosco (DEM) que cobrou uma ampla investigação dos problemas apontados pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), em janeiro passado, após uma fiscalização surpresa na unidade.

Em relatório encaminhado à Secretaria de Estado de Saúde (SES), o CRM classificou o hospital psiquiátrico como “[um] depósito de gente”, afirmando que a infraestrutura do local é precária, tendo parte dos cômodos tomada por infiltrações e “gambiarras” no sistema de energia elétrica e na rede de esgoto.



Problemas relacionados à higiene, falta de medicação, e casos de abusos sexuais também foram constatados durante a fiscalização. “Os pacientes estão sendo tratados em condições subumanas, sendo que o ambiente não oferece qualquer segurança sanitária, já que [tanto] a limpeza [quanto] a alimentação dos internos são deficientes”, relatou o democrata.

A Comissão Permanente de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa é composta pelos deputados Emanuel Pinheiro (PR), Luciane Bezerra (PSB), Luiz Marinho (PTB), Airton Português (PSD) e Wallace Guimarães (PMDB).

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Denuncia de abuso no Adauto Botelho deve ser apurada pela AL&edt=25&id=236407](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Denuncia%20de%20abuso%20no%20Adauto%20Botelho%20deve%20ser%20apurada%20pela%20AL&edt=25&id=236407)

Notícias / Ciência & Saúde

13/02/2012 - 08:47

## **Dilma: quase 8 milhões de diabéticos e hipertensos receberam remédios gratuitos em um ano**

*Agência Brasil*

Ao fazer o balanço do primeiro ano do programa Saúde Não Tem Preço, a presidenta Dilma Rousseff disse hoje (13) que 7,8 milhões de diabéticos e hipertensos receberam medicação gratuita no país. Apenas em janeiro deste ano, 3,2 milhões de pessoas tiveram acesso gratuito aos remédios por meio do programa Aqui Tem Farmácia Popular.

“Há um ano, quando o usuário ainda pagava 10% do valor do remédio, esse número era bem menor – eram 853 mil pacientes”, ressaltou, em seu programa semanal Café com a Presidenta. Segundo Dilma, a falta de dinheiro não é mais motivo para que os pacientes interrompam o tratamento. Ao todo, 20,3 mil farmácias em 3,2 mil municípios fazem a distribuição da medicação.

Além de remédios para tratar a pressão alta e o diabetes, os locais oferecem remédios com descontos de até 90% para asma, colesterol alto, osteoporose e rinite. É possível ter acesso também a anticoncepcionais e fraldas geriátricas.



“No ano passado, o Farmácia Popular chegou a 781 municípios que não tinham nenhuma farmácia credenciada no programa. O Ministério da Saúde identificou onde está a população mais pobre, tanto nas grandes cidades como no interior do Brasil, e está estimulando o credenciamento de novas farmácias nesses municípios”, destacou a presidenta.

Este ano, segundo Dilma, a previsão é que sejam investidos R\$ 7,7 bilhões apenas na compra de medicamentos. Ela lembrou que o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou, no ano passado, 8,4 mil internações a menos de pacientes com hipertensão e 2,7 mil a menos de pessoas com diabetes.

“Outro resultado importante do programa foi o aumento do controle da distribuição dos medicamentos. Quando uma pessoa pega o remédio, a farmácia tem que tirar uma cópia da receita, com o registro do médico e o CPF do paciente para o controle do Ministério da Saúde”, ressaltou a presidenta.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Dilma\\_quase\\_8\\_milhoes\\_de\\_diabeticos\\_e\\_hipertensos\\_receberam\\_remedios\\_gratuitos\\_em\\_um\\_ano&edt=34&id=236790](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Dilma_quase_8_milhoes_de_diabeticos_e_hipertensos_receberam_remedios_gratuitos_em_um_ano&edt=34&id=236790)

Notícias / Ciência & Saúde

13/02/2012 - 08:38

## Municípios têm até hoje para concluir adesão ao Provac

*Agência Brasil*

Os 2.121 municípios pré-inscritos no Programa de Valorização ao Profissional da Atenção Básica (Provac), do Ministério da Saúde, têm até hoje para concluir a adesão. Para isso, é preciso acessar o endereço <http://dab.saude.gov.br/sistemas/provac> e informar o número de profissionais que desejam e a remuneração média no município na área de atenção básica. Os municípios que não fornecerem as informações serão excluídos do programa.

Esta edição do Provac oferece 3,7 mil vagas de trabalho, sendo 2 mil para médicos, 1 mil para enfermeiros e 700 para cirurgiões dentistas. As vagas são para pessoas interessadas em atuar nas equipes de Saúde da Família e outras ações de atenção básica. Os profissionais vão atuar em núcleos de Telessaúde instalados pelo governo federal.

A contratação dos profissionais será feita pelas secretarias municipais de Saúde.



[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Municipios tem ate hoje para concluir ades ao Provab&edt=34&id=236789](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Municipios+tem+ate+hoje+para+concluir+ades+ao+Provab&edt=34&id=236789)

Notícias / Ciência & Saúde

11/02/2012 - 10:05

## Portadores de Hanseníase isolados têm direito à pensão

Da Redação - JM

Em 2007, a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, da Secretaria de Direitos Humanos, criou a Comissão Interministerial de Avaliação (através da Lei nº 11.520/2007), com a função de conceder pensão especial aos atingidos por Hanseníase e que tenham sido internados e isolados em hospitais-colônia até 31 de dezembro de 1986.

Dados da Comissão Interministerial mostram que, apesar de já terem decorrido cinco anos de sua criação, ainda há cidadãos que desconhecem a atuação do grupo e os benefícios a que têm direito. A pensão, que é paga a título de indenização especial, tem o valor de R\$ 750 reais, sendo reajustada anualmente.

Para solicitar o benefício, o cidadão deve preencher o formulário de requerimento de pensão especial de hanseníase, disponível no site <http://www.direitoshumanos.gov.br/hansen/>, juntar fotocópias dos documentos de identificação (RG, CPF ou qualquer outro documento com foto) e de documentos que comprovem ter sido internado e isolado em hospital-colônia até 31 de dezembro de 1986. O requerimento deve ser impresso e assinado pelo próprio requerente ou seu representante legal. Neste caso, a procuração deve ser específica para a “Pensão Especial” e reconhecida em cartório.

Para comprovar o enquadramento na situação prevista na Lei, são aceitos documentos hospitalares da época do isolamento e internação, que contenham a data do fichamento, data do diagnóstico da hanseníase, data de internação, data de alta hospitalar, forma clínica da hanseníase, motivo da internação, evolução do tratamento da doença no período da internação, medicamentos usados na época da internação, dentre outros que caracterizem a permanência na ex-colônia.



As cópias dos documentos comprobatórios e de identificação devem ser encaminhadas para o endereço: Presidência da República, Secretaria de Direitos Humanos – Comissão de Avaliação, Setor Comercial Sul – B – Quadra 09 – Lote C, Ed. Parque Cidade Corporate – Torre A – 8º Andar – Asa Sul, Cep 70.308-200 – Brasília – DF – Fone: (61) 2025.3142/9558 – Fax (61) 2025.9366.

Os documentos fotocopiados em hospitais e órgãos públicos precisam ser autenticados com a expressão “confere com o original”, juntamente com assinatura do servidor responsável, que deve ser identificado através do nome completo e matrícula funcional. As fotocópias também podem ser autenticadas diretamente na Comissão de Hanseníase, localizada em Brasília-DF, com a apresentação dos originais dos documentos, ou autenticadas em cartório.

A Comissão Interministerial de Avaliação é coordenada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Também integram o grupo representantes dos ministérios da Saúde, Previdência Social, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Planejamento, Orçamento e Gestão.

Documentos Hospitalares que comprovam a situação prevista na Lei nº 11.520/2007 Ficha Epidemiológica e Clínica (FEC); Guia de Internação ou Ficha de Internação e Movimento; Guia de Alta Hospitalar; Livro de Registro de Entrada de Doentes; Ficha Social e de Assentamentos; Ficha de Evolução e Tratamento ou Ficha de Evolução Clínica; Ficha Leprológica ou Ficha de Hansenologia; Ficha de Controle Médico Individual; Ficha de Prescrições Medicamentosas; Ficha Anamnese; Ficha de Vigilância Sanitária ou Ficha de Pesquisas de Pessoas Atingidas pela Hanseníase; Ficha de Avaliação Neurológica; Ficha de Intercorrências; Laudos ou Atestados Médicos ou Relatórios de Enfermagem da época; Ficha de Notificação e Investigação, no Sistema de Informação e Notificação de Agravos (Sinan).

*As informações são da Assessoria/ Secom-MT*

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Portadores de Hanseniose isolados tem direito a pensao&edt=34&id=236527](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Portadores%20de%20Hanseniose%20isolados%20tem%20direito%20a%20pensao&edt=34&id=236527)

Notícias / Ciência & Saúde

11/02/2012 - 00:39



## **Nova ministra diz que não abre mão das convicções que tem sobre aborto**

*Agência Brasil*

A nova ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Eleonora Menicucci, disse hoje (10) que vai dar continuidade ao programa de governo da presidenta Dilma Rousseff, mas não abrirá mão de convicções pessoais, em especial, das que tem sobre o aborto. “Convicção é uma coisa pessoal e hoje assumo uma posição de titularidade de uma pasta importante. Terei muita serenidade em levar à frente as políticas do governo no que diz respeito a esse aspecto [aborto] e aos projetos que existem. O debate é da sociedade civil”, disse a nova ministra, ao ser perguntada sobre as críticas que recebeu de grupos evangélicos por defender o aborto como questão de saúde pública.

A socióloga respondeu que vai tratar o tema com serenidade e está disposta a dialogar com todos, mas argumentou que o aborto é a quarta causa de morte materna no país. “Uma mulher que chega ao 67 anos com a trajetória de vida que tive, se não tivesse convicções, não estaria aqui”, acrescentou, após cerimônia de transmissão de cargo, quando assumiu o comando da pasta no lugar de Iriny Lopes, que deixou o governo para concorrer à prefeitura de Vitória, nas eleições de outubro.

A socióloga lembrou o período em que ficou presa com a presidenta Dilma Rousseff, durante a ditadura militar. “Tenho orgulho de ser amiga da presidenta Dilma e de ter sido presa com ela”.

A nova ministra comemorou a decisão de ontem (9) do Supremo Tribunal Federal (STF), de permitir que denúncias de violência doméstica sejam levadas adiante na Justiça mesmo que a vítima retire a queixa contra o agressor. Na prática, a decisão confirma a constitucionalidade da Lei Maria da Penha. “Acaba, definitivamente, com o segredo de que, quem bate em mulher, não deve ser punido”, disse.

Menicucci deixou a pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) para assumir o cargo de ministra. Doutora em ciência política pela Universidade de São Paulo (USP) e pós-doutora pela Universidade de Milão, Eleonora Menicucci dirigia o Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a Saúde da Mulher e Relações de Gênero da Unifesp.



[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Nova\\_ministra\\_diz\\_que\\_nao\\_abre\\_mao\\_das\\_conviccoes\\_que\\_tem\\_sobre\\_aborto&edt=34&id=236436](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Nova_ministra_diz_que_nao_abre_mao_das_conviccoes_que_tem_sobre_aborto&edt=34&id=236436)

Notícias / Ciência & Saúde

12/02/2012 - 11:13

## **Pesquisa da Fiocruz investiga aumento de cesarianas no país**

*Agência Brasil*

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) vai entrevistar 24 mil mulheres que tiveram bebê recentemente (pós-parto) para descobrir o porquê da preferência de muitas brasileiras pela cesariana. Dados do Ministério da Saúde indicam que, em 2010, 52% dos partos no país foram cirúrgicos. Na rede privada, o índice chega a 82% e na rede pública, a 37%.

A pesquisa vai verificar com a mãe qual foi a indicação médica para o tipo de parto, onde foi feito o pré-natal e se o profissional que acompanhou a gestação foi o mesmo que realizou o parto. No caso de mulheres que passaram por cesariana, será perguntado o motivo da escolha.

Doula há cinco anos, Rachel Bessa oferece apoio a mulheres grávidas para alcançar o bem-estar físico e emocional durante a gestação e o parto. Ela explicou que o parto normal é um ato de respeito ao próprio corpo feminino, enquanto a cesariana exige um procedimento cirúrgico com riscos, como a hemorragia interna.

Outra desvantagem, segundo Rachel, é que, após a cesariana, a mãe não pode ficar junto com a criança imediatamente porque precisa se recuperar da cirurgia – mesmo que o bebê necessite desse primeiro contato já que, por meio dessa aproximação, é possível, por exemplo, controlar a temperatura corporal.

“Além disso, durante o parto normal, acontece uma compressão natural no peito da criança. Com isso, todo o resquício de líquido, próprio da gestação e que pode estar dentro da criança, é limpo. É um processo natural. No caso da cesárea, é usada uma sonda para a retirada desses líquidos.”

Lais Ignácio, 25 anos, é nutricionista e está grávida do primeiro filho. “Pretendo ter parto normal, mas vai depender da situação na hora”, disse. Apesar do receio da dor, ela explicou



que prefere parto normal porque a recuperação é mais simples. “O corpo feminino foi preparado para isso”, completou.

Catiana Ferreira, 29 anos, trabalhadora doméstica, compartilha o sentimento de ansiedade. Grávida do primeiro filho e já no oitavo mês de gestação, ela disse que ainda não recebeu uma indicação médica sobre que tipo de parto optar. “Quero parto normal, porque é mais rápido e recupera logo. Assim, não necessito de muito repouso já que preciso voltar a trabalhar.”

Já Maria de Fátima Oliveira, 36 anos, fará uma cesariana, mesmo preferindo o parto normal. A empregada doméstica está grávida do primeiro filho, mas tem um mioma que pode complicar o procedimento. “Se não fosse esse problema, faria o [parto] normal, porque a recuperação é mais rápida e mais saudável”, disse.

De acordo com o Ministério da Saúde, as chamadas cesáreas eletivas são as que mais representam risco. Nesse tipo de procedimento, a mãe agenda o dia e o bebê nasce sem que a mulher entre em trabalho de parto, o que pode causar problemas de saúde, sobretudo respiratórios, na criança.

<http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Pesquisa da Fiocruz investiga aumento de cesarianas no pais&edt=34&id=236664>

12/02/2012 - 08h11

## **Casos de crianças em MT com hanseníase indica epidemia da doença**

Alecy Alves  
Diário de Cuiabá

Mato Grosso já é o estado brasileiro campeão em número de casos de hanseníase, o que por si só já demonstra um descontrole em relação a essa traiçoeira doença. Mas o diagnóstico recente de hanseníase em crianças demonstra algo pior: mostra que vivemos uma epidemia. Há menos de dois meses um garotinho de cinco anos, morador de Várzea Grande, foi diagnosticado com hanseníase.

Ele apresenta lesões em estágio avançado, com inflações nos nervos (das mãos e outros), além de manchas no rosto, braços e pernas. Outro caso que chama a atenção é de uma menina de 12 anos, moradora da zona rural de Campo Verde.

Ela recentemente esteve internada por um longo período no Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM) – e a hanseníase já deixou seqüelas que estão sendo combatidas com medicamentos pesados, que causam diversos efeitos colaterais, e sessões de fisioterapia.



A paciente está com deficiência renal, atrofia nas mãos (deformidades nos dedos) e manchas e outras lesões no corpo.

Esses dois casos chocaram o pediatra José Cabral Lopes, 65 anos, dos quais 40 dedicados à medicina, em especial à saúde pública. Considerado uma das maiores autoridades em hanseníase no Estado, “Dr. Cabral”, como é chamado, se emociona ao relatar o drama de seus pacientes. Ele é chefe do Ambulatório de Hanseníase do HUIJM e atua em unidades de Várzea Grande e Rosário Oeste.

Cabral destaca que a incidência em crianças aponta para uma epidemia de hanseníase. Ele observa que a criança é contaminada por adulto, o que significa que há muitos adultos com o bacilo em atividade que negam ou sequer sabem que são portadores da doença.

Pior ainda, que as crianças estão sendo contaminadas nos primeiros anos da vida, já que essa é uma doença de longo período de incubação, que só se manifesta depois de dois a dez anos.

Na avaliação de Cabral, o mais provável é que o menino tenha se contaminado por um parente próximo, no primeiro ano de vida.

A família dele aceita a idéia da existência de outros casos, o que aponta, conforme Cabral, a necessidade de uma investigação domiciliar. O mesmo se aplicaria à adolescente de Campo Verde. Entretanto, nessa ocorrência os danos causados pela hanseníase estão relacionados à demora no diagnóstico.

Durante pelo menos dois anos, conta, os médicos da região a trataram como se tivesse reumatismo. Por causa dos medicamentos usados no tratamento dos rins, numa tentativa de fazer o órgão recuperar as funções, apesar da pouca idade ela pode parar de crescer.

Conforme dados oficiais, em 2011 foram confirmados 152 novos casos em crianças e adolescentes com menos de 15 anos. Líder nacional nas estatísticas gerais de hanseníase há pelo menos 10 anos, Mato Grosso é o segundo em número de casos entre menores de 15 anos.

Dos 2.527 novos diagnósticos confirmados em 2011, 152 foram nessa faixa etária, perdendo apenas para o Estado de Tocantins, conforme dados do Ministério da Saúde. Em 2010 o Estado registrou 2.400 casos.

Cabral reclama da ausência de ações que realmente priorizem o diagnóstico precoce e o tratamento da hanseníase. Ele acha que é necessário implantar um serviço volante permanente de busca ativa dos pacientes. Não somente para aqueles que abandonam o tratamento, mas para descoberta de novos casos. Caso contrário, diz, a situação tende a se agravar.

Para Cabral, não há possibilidade de redução da incidência de 77,89 casos para cada 100 mil habitantes, incidência atual em Mato Grosso, para 1 caso por 10 mil até 2015, como diz uma propaganda do governo federal. Programa prevendo essa meta foi lançado mês passado.

“Se me disserem que isso pode acontecer em 2015, posso até acreditar”, completa. Qualquer dedução significativa, diz, demanda pelo menos 20 anos de ações continuadas.



<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=403355>

10/02/2012 - 09h29

## Saúde do Estado Alerta população da importância dos testes de AIDS, sífilis e hepatites

Redação 24 Horas News

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT), alerta a população para que faça testes que identifiquem doenças como a AIDS, sífilis e hepatites do tipo B e C. Os testes permitem detectar esses vírus e os resultados são obtidos em até quinze dias, sendo que para AIDS o resultado pode sair na hora.

Os testes são gratuitos e podem ser feitos em qualquer unidade de saúde do SUS que oferece assistência integral. Os testes são indicados às pessoas que tenham passado por alguma situação de risco, como: manter relação sexual sem camisinha, ou tiveram alguma doença sexualmente transmissível (DST's), tuberculose ou que tenham compartilhado agulhas ou seringas.

Se o resultado for positivo para algum dos testes, o tratamento imediato pode garantir mais qualidade de vida. Nos casos de gravidez, a infecção com o vírus HIV pode prevenir a transmissão vertical, por meio de acompanhamento e tratamento adequado.

A SES amplia o olhar ao enfrentamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST), e durante todo o período de carnaval disponibiliza gratuitamente preservativos que podem ser requisitados em qualquer unidade de saúde pública na capital e nos municípios do interior do estado, além das várias ações e campanhas da saúde que acontecem durante o período de folia.

O Ministério da Saúde (MS) já está divulgando a cartilha de promoção ao teste para a AIDS, sífilis e Hepatites B e C. Na campanha do carnaval “Na empolgação pode rolar de tudo. Só não pode rolar sem camisinha. Tenha sempre a sua”. A atenção do Ministério da Saúde (MS) na campanha de carnaval deste ano está com o foco na redução de casos entre os grupos considerados vulneráveis, aos jovens gays entre 15 e 24 anos, já que o percentual de casos de AIDS aumentou 10,1% em relação aos heterossexuais infectados que caiu 20,1%, segundo dados nacionais.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=403204>

SAÚDE



## Hanseníase em crianças, sinal de epidemia

Quando a hanseníase se manifesta em crianças, isso significa que há muitos adultos que escondem ou não sabem que têm a doença

**ALECY ALVES**

Da Reportagem

Mato Grosso já é o estado brasileiro campeão em número de casos de hanseníase, o que por si só já demonstra um descontrole em relação a essa traiçoeira doença.

Mas o diagnóstico recente de hanseníase em crianças demonstra algo pior: mostra que vivemos uma epidemia.

Há menos de dois meses um garotinho de cinco anos, morador de Várzea Grande, foi diagnosticado com hanseníase.

Ele apresenta lesões em estágio avançado, com inflações nos nervos (das mãos e outros), além de manchas no rosto, braços e pernas.

Outro caso que chama a atenção é de uma menina de 12 anos, moradora da zona rural de Campo Verde.

Ela recentemente esteve internada por um longo período no Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM) – e a hanseníase já deixou seqüelas que estão sendo combatidas com medicamentos pesados, que causam diversos efeitos colaterais, e sessões de fisioterapia.

A paciente está com deficiência renal, atrofia nas mãos (deformidades nos dedos) e manchas e outras lesões no corpo.

Esses dois casos chocaram o pediatra José Cabral Lopes, 65 anos, dos quais 40 dedicados à medicina, em especial à saúde pública. Considerado uma das maiores autoridades em hanseníase no Estado, “Dr. Cabral”, como é chamado, se emociona ao relatar o drama de seus pacientes. Ele é chefe do Ambulatório de Hanseníase do HUJM e atua em unidades de Várzea Grande e Rosário Oeste.

Cabral destaca que a incidência em crianças aponta para uma epidemia de hanseníase.

**GERALDO TAVARES/DC**



O pediatra José Cabral Lopes, autoridade em saúde pública: a hanseníase está entre nós e não está recebendo a atenção que merece



Ele observa que a criança é contaminada por adulto, o que significa que há muitos adultos com o bacilo em atividade que negam ou sequer sabem que são portadores da doença.

Pior ainda, que as crianças estão sendo contaminadas nos primeiros anos da vida, já que essa é uma doença de longo período de incubação, que só se manifesta depois de dois a dez anos.

Na avaliação de Cabral, o mais provável é que o menino tenha se contaminado por um parente próximo, no primeiro ano de vida.

A família dele aceita a idéia da existência de outros casos, o que aponta, conforme Cabral, a necessidade de uma investigação domiciliar.

O mesmo de aplicaria à adolescente de Campo Verde. Entretanto, nessa ocorrência os danos causados pela hanseníase estão relacionados à demora no diagnóstico.

Durante pelo menos dois anos, conta, os médicos da região a trataram como se tivesse reumatismo. Por causa dos medicamentos usados no tratamento dos rins, numa tentativa de fazer o órgão recuperar as funções, apesar da pouca idade ela pode parar de crescer.

Conforme dados oficiais, em 2011 foram confirmados 152 novos casos em crianças e adolescentes com menos de 15 anos. Líder nacional nas estatísticas gerais de hanseníase há pelo menos 10 anos, Mato Grosso é o segundo em número de casos entre menores de 15 anos.

Dos 2.527 novos diagnósticos confirmados em 2011, 152 foram nessa faixa etária, perdendo apenas para o Estado de Tocantins, conforme dados do Ministério da Saúde. Em 2010 o Estado registrou 2.400 casos.

Cabral reclama da ausência de ações que realmente priorizem o diagnóstico precoce e o tratamento da hanseníase. Ele acha que é necessário implantar um serviço volante permanente de busca ativa dos pacientes. Não somente para aqueles que abandonam o tratamento, mas para descoberta de novos casos. Caso contrário, diz, a situação tende a se agravar.

Para Cabral, não há possibilidade de redução da incidência de 77,89 casos para cada 100 mil habitantes, incidência atual em Mato Grosso, para 1 caso por 10 mil até 2015, como diz uma propaganda do governo federal. Programa prevendo essa meta foi lançado mês passado.

“Se me disserem que isso pode acontecer em 2115, posso até acreditar”, completa. Qualquer dedução significativa, diz, demanda pelo menos 20 anos de ações continuadas.

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=406733>

## Doença causa mais aflição em



## idosos

A hanseníase está causando sofrimentos também aos idosos, pessoas que mesmo quando não têm a doença já enfrentam as limitações físicas impostas pela idade. É o caso de um garimpeiro aposentado, de 90 anos, morador do bairro Santa Clara, em Várzea Grande, que recentemente descobriu ser portador.

O diagnóstico dele ocorreu tardiamente, quando a infecção já havia deixado seqüelas irreversíveis. O aposentado está com o corpo tomado por manchas e caroços, perdeu os pêlos das sobrancelhas e cílios e apresenta inflamações nas articulações (mãos e joelhos, por exemplo).

O médico José Cabral Lopes diz que esse idoso deve ter vivido os últimos 15 ou 20 anos com a doença em atividade e sem que fosse diagnosticada e tratada.

O mais grave disso, explica Cabral, é que nesse período ele pode ter contaminado dezenas de pessoas.

Conforme o médico, a cada ano sem tratamento o doente contamina pelo menos cinco pessoas. A mulher do aposentado, por exemplo, que tem 75 anos, contraiu a doença provavelmente do marido e recebeu o diagnóstico primeiro que ele.

Como o idoso passava longos períodos na zona rural, no interior do Estado, somente com a vinda da mulher dele, para exames médicos, a família decidiu trazê-lo para Várzea Grande.

Cabral observa que a hanseníase está diretamente ligada às condições de moradia, qualidade da alimentação e, conseqüentemente, estado imunológico. Quanto mais precária a casa, maiores as possibilidades de contágio. Nos ambientes onde crianças e adultos dormem na mesma cama, por exemplo, os riscos são maiores. (AA)

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=406734>

## Manchas são sinais de alerta

Da Reportagem

Doença infecciosa e de alto grau de contágio, a hanseníase é transmitida por um micróbio chamado bacilo, que atinge a pele e nervos dos braços, mãos, pernas, pés e cabeça. O tempo entre a contaminação e primeiros sintomas varia de dois a 10 anos.

Os sinais de alerta são manchas brancas, avermelhadas ou amarronzadas, com sensação de formigamento e redução da sensibilidade ao calor, frio e toque, importantes para o diagnóstico e prescrição do tipo e tempo de tratamento.



Gratuito, o tratamento pode durar de seis meses a um ano, sendo mais longo nos casos multibacilares, ou seja, com identificação de mais feridas no corpo.

Todos os pacientes submetidos à poliquimioterapia podem ser curados. O ciclo de transmissão da doença é interrompido 48 horas após o início do tratamento, mas pode retornar.

DESCOBERTA – O médico Gerhard Henrik Armauer Hansen, cujo nome mudou a denominação da doença de lepra para hanseníase, dedicou-se ao estudo desse mal milenar, que mutila, deforma e ainda marginaliza seus portadores. (AA)

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=406735>

Cidades

Sábado, 11 de fevereiro de 2012, 10h23

DEMARCAÇÃO DE TERRA

## Índios e fazendeiros entram em conflito na divisa de MT e Pará

Redação do GD/ Só Notícias

A Fundação Nacional do Índio de Colíder (650 Km ao norte de Cuiabá) articula junto à Polícia Federal (PF) uma ação para evitar o confronto direto entre fazendeiros e índios das etnias Kayapó e Juruna, por uma área limitada entre os municípios mato-grossenses de São Félix do Xingu e Vila Rica, e a divisa com Santa Cruz do Xingu (PA). O coordenador regional da Funai, Sebastião Martins, explicou que os indígenas querem o início do estudo antropológico para a demarcação e inclusão das terras em uma reserva indígena, por parte da entidade em Brasília, além do governo, e a saída dos que consideram "posseiros". Um inquérito vai ser aberto para apurar o conflito.

Sebastião afirmou que a área é de preservação permanente, mas pousadas e empreendidos estão instalados irregularmente e atraem um grande número de pessoas, principalmente pescadores. "Causando uma depreciação do ecossistema. Os índios tem muito cuidado com isso, já que consideram aquele local um berçário da fauna ictia", disse, afirmando que, inclusive, os estabelecimentos já foram notificados pelo Instituto Brasileiro do Ambiente e dos Recursos Renováveis (Ibama). "Os índios tem uma tradição cultural muito forte naquela região, sendo o local onde nasceram seus anciãos", acrescentou.

O coordenador explicou que o clima esquentou, ontem, após uma caminhonete utilizada pelo índios, que ficou atolada, ter sido queimada. Cerca de 160 estão acampados nas proximidades dos estabelecimentos e pelo menos três funcionários da Funai, indígenas, estão lá, tentando "apaziguar" os ânimos. "Então, a fundação já está representada lá. Está acompanhando de perto".



Uma das intenções com a Polícia Federal é abrir inquérito para apurar o conflito. É pleiteado um helicóptero da própria Polícia Federal ou do Ibama, para que mais agentes se desloquem a zona de conflito, já que o acesso é difícil neste período, "em decorrências da chuvas", segundo Sebastião. Ainda não há previsão para a chegada dos policiais, já que a região é circunscrita da PF paraense. (W.S)

<http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/313223>

## Saúde alerta para testes rápidos

### ASSESSORIA/SES

Pessoas que tiveram relação sexual sem camisinha, alguma doença sexualmente transmissível (DST's), tuberculose ou que compartilharam agulhas ou seringas foram convocadas para fazer o teste que identifica Aids, sífilis e hepatites do tipo B e C. Os testes permitem detectar o vírus e os resultados são obtidos em até 15 dias, sendo que para Aids o resultado pode sair na hora. Os exames são gratuitos e podem ser feitos em qualquer unidade de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece assistência integral.

Caso o resultado for positivo para algum dos testes, o tratamento imediato pode garantir mais qualidade de vida. Nos casos de gravidez, a infecção com o vírus HIV pode prevenir a transmissão para o feto, por meio de acompanhamento e tratamento adequado.

A Secretaria de Estado de Saúde (SES) quer ampliar o enfrentamento às doenças sexualmente transmissíveis e durante todo o período de carnaval disponibiliza gratuitamente preservativos que podem ser requisitados em qualquer unidade de saúde pública na Capital e nos municípios do interior do Estado, além das várias ações e campanhas da saúde que acontecem durante o período de folia, que começa no próximo final de semana.

O Ministério da Saúde (MS) já divulgou este ano a cartilha de promoção ao teste para a Aids, sífilis e hepatites B e C, na campanha do carnaval intitulada "Na empolgação pode rolar de tudo. Só não pode rolar sem camisinha. Tenha sempre a sua". A atenção do Ministério da Saúde (MS) na campanha de carnaval deste ano está com o foco na redução de casos entre os grupos considerados vulneráveis, aos jovens gays entre 15 e 24 anos, já que o percentual de casos de Aids aumentou 10,1% em relação aos heterossexuais infectados que caiu 20,1%, segundo dados nacionais.

<http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/313219>

## Médicos mantêm greve em VG



**LISÂNIA GHISI**  
DA REDAÇÃO

*A greve iniciada no dia 6 por melhores condições de trabalho e fim de atrasos salariais continua em VG*

Devido às novas reclamações sobre atraso salarial e de que direitos trabalhistas não estariam sendo cumpridos pela Secretaria de Saúde de Várzea Grande, os médicos do município



rejeitaram a proposta que seria apresentada pelo Sindicato da classe (Sindimed/MT) ao secretário da pasta Marcos José da Silva, nesta semana. Por este motivo, o movimento grevista, iniciada na segunda-feira (6), continua por tempo indeterminado.

Segundo a presidente do Sindimed/MT, Elza Queiroz, os profissionais que atuam no Pronto-Socorro Municipal relataram que ainda existem médicos que estão com salários atrasados desde outubro do ano passado. “Outra reclamação foi em relação ao enquadramento do Plano de Carreira, onde

médicos afirmam que estão ocorrendo diminuição nos valores de determinados benefícios”.

A presidente do Sindimed/MT informou ainda que na terça-feira (14) será realizada uma nova reunião entre a classe e a secretaria, onde será apresentado um levantamento sobre as reclamações relatadas pelos profissionais. “A intenção é que estes 2 novos itens apresentados pelos médicos sejam corrigidos para que, então, as negociações continuem”.

Elza informou que devido à paralisação em Várzea Grande, diariamente estão sendo registradas reclamações por parte dos médicos que atuam no Pronto-Socorro de Cuiabá, devido à superlotação e precárias condições de trabalho. “Com a situação no município (Várzea Grande), os pacientes estão sendo encaminhados diretamente para a Capital”.

**Outro lado** - A assessoria de imprensa da Secretaria de Saúde de Várzea Grande informou que 100% dos atendimentos de urgência e emergência estão sendo realizados na unidade e que na próxima semana uma nova rodada de negociações deve acontecer, com objetivo de encerrar a greve.

<http://www.gazetadigital.com.br/pdf/m02a12/g1104c-b.pdf>

**METROPOLITANO** Juíza determina execução de sentença e pede comprovação que decisão foi cumprida

## Justiça dá 5 dias para Estado

**CAROLINE RODRIGUES**  
DA REDAÇÃO



O Estado tem 5 dias para comprovar à Justiça que reassumiu a direção do Hospital Metropolitano de Várzea Grande ou passará a pagar multa diária de R\$ 100 mil. A decisão é da juíza federal Célia Regina Ody Bernardes, que acatou pedido do Ministério Público Federal, no final da tarde de quinta-feira, e determinou a execução da sentença que dava prazo até 28 de dezembro para que o Estado substituísse o Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde (Ipas) na unidade, o que não ocorreu até ontem.

A magistrada ainda determina que o Estado comprove que não repassou a gestão de outras unidades para Organizações Sociais de Saúde (OSSs), ou multas também serão cobradas. Neste caso, o governo só ficará livre das multas se conseguir uma outra decisão, pois a gestão de outras 3 unidades hospitalares do interior foram repassadas para Organizações Sociais após decisão que o impedia de, realizar estes procedimentos.

Entre os documentos solicitados pela juíza está o que comprova a saída do Ipas e ainda a volta da totalidade dos serviços para a administração pública. A prestação de contas do Ipas para o Conselho Estadual de Saúde, Assembleia Legislativa, Tribunal de Contas do Estado e Tribunal de Contas da União também está na lista.

**Entenda o caso** - Na sentença proferida em setembro do ano passado, o Estado recebeu prazo de 90 dias para fazer a transferência da gestão do Metropolitano e foi proibido de entregar serviços de saúde, em sua totalidade, para OSSs. Nenhuma das medidas foi tomada e os hospitais regionais de Colíder, Alta Floresta e Sorriso passaram para gestão de entidades privadas.

O prazo do governo terminou em dezembro e no final de janeiro deste ano o MPF pediu a execução da sentença. O procurador Gustavo Nogami defende na ação que a atitude do Estado fere a Constituição, que permite apenas a entrega de serviços complementares e não totais para a iniciativa privada.

Nogami alega que não há transparência na contratação e que os critérios de parceira não atendem as exigências de um processo licitatório. Um dos pontos defendidos pelo procurador é que não há espaço para a livre concorrência e como sempre aparecem as mesmas organizações, há indícios que acontece “rodízio” entre elas, para cada uma assumir.

**Outro Lado** – A Procuradoria Geral do Estado informou, por meio de nota oficial, que o processo está em grau de recurso contra sentença da juíza federal devendo ser enviado ao Tribunal Regional Federal (TRF) para confirmação ou não da decisão proferida.

A Procuradoria garante que a eficácia da sentença só existirá após a confirmação no TRF. “Assim, a eventual execução somente levaria a um caos no atendimento à população e, o Estado esta buscando a solução dentro das condições que lhes seria possível resolver, embrando.

<http://www.gazetadigital.com.br/pdf/m02a12/g1104c-b.pdf>



Cidades

Sexta, 10 de fevereiro de 2012, 19h40

## **Portadores de Hanseníase isolados em hospitais-colônia têm direito à pensão**

Redação do GD

Em 2007, a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, da Secretaria de Direitos Humanos, criou a Comissão Interministerial de Avaliação (através da Lei nº 11.520/2007), com a função de conceder pensão especial aos atingidos por Hanseníase e que tenham sido internados e isolados em hospitais-colônia até 31 de dezembro de 1986. Dados da Comissão Interministerial mostram que, apesar de já passados cinco anos de sua criação, ainda existem cidadãos que desconhecem a atuação do grupo e os benefícios a que têm direito. A pensão, que é paga a título de indenização especial, tem o valor de 750 reais, sendo reajustada anualmente.

O cidadão, para solicitar o benefício, deve preencher o formulário de requerimento de pensão especial de hanseníase, disponível no site <http://www.direitoshumanos.gov.br/hansen/>, juntar fotocópias dos documentos de identificação (RG, CPF ou qualquer outro documento com foto) e de documentos que comprovem ter sido internado e isolado em hospital-colônia até 31 de dezembro de 1986. O requerimento deve ser impresso e assinado pelo próprio requerente ou seu representante legal. Neste caso, a procuração deve ser específica para a “Pensão Especial” e reconhecida em cartório.

Para comprovar o enquadramento na situação prevista na Lei, são aceitos documentos hospitalares da época do isolamento e internação, que contenham a data do fichamento, data do diagnóstico da hanseníase, data de internação, data de alta hospitalar, forma clínica da hanseníase, motivo da internação, evolução do tratamento da doença no período da internação, medicamentos usados na época da internação, dentre outros que caracterizem a permanência na ex-colônia.

As cópias dos documentos comprobatórios e de identificação devem ser encaminhadas para o endereço: Presidência da República, Secretaria de Direitos Humanos – Comissão de Avaliação, Setor Comercial Sul – B – Quadra 09 – Lote C, Ed. Parque Cidade Corporate – Torre A – 8º Andar – Asa Sul, Cep 70.308-200 – Brasília – DF – Fone: (61) 2025.3142/9558 – Fax (61) 2025.9366.

Os documentos fotocopiados em hospitais e órgãos públicos precisam ser autenticados com a expressão “confere com o original”, juntamente com assinatura do servidor responsável, que deve ser identificado através do nome completo e matrícula funcional. As fotocópias também podem ser autenticadas diretamente na Comissão de Hanseníase, localizada em Brasília-DF, com a apresentação dos originais dos documentos, ou autenticadas em cartório.



A Comissão Interministerial de Avaliação é coordenada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Também integram o grupo representantes dos ministérios da Saúde, Previdência Social, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Planejamento, Orçamento e Gestão. (Secom) W.S

<http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/313149>

Cidades

Sexta, 10 de fevereiro de 2012, 18h59

## Mato Grosso participa da Semana da Saúde na Escola

Redação do GD

Escolas da rede estadual de ensino de Mato Grosso participarão entre os dias 05 a 09 de março de atividades voltadas à promoção da saúde entre os alunos. Denominada “Semana da Saúde na Escola” o evento nacional promovido pelo Ministério da Educação (MEC) e Saúde (MS), em parceria com as prefeituras e Secretarias Estaduais, terá como tema o combate a obesidade entre crianças e adolescentes.

A Secretaria de Estado de Educação (Seduc) fará o lançamento da atividade na próxima semana, dentro do Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceria com a Secretaria de Estado de Saúde. Conforme a coordenadora do PSE na Seduc, Mariza Lima de Souza, entre as ações desenvolvidas estão: a aferição de peso e altura dos alunos e cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) dos mesmos.

“Os pais também serão convidados a visitarem as Unidades de Saúde da Família que cobrem a região da escola dos filhos. Todas essas ações serão coordenadas pelos profissionais da saúde, com o apoio dos servidores das escolas”.

Mariza Souza informa que 81 municípios do Estado estão cadastrados no PSE. Eles recebem cerca de R\$ 10 mil por ano do MS para financiamento de cada equipe de Saúde da Família que está cadastrada no Programa. “Para irem às escolas realizar as atividades da semana com saúde, cada equipe receberá um recurso extra de R\$ 500”, disse. Ela conta ainda que os demais municípios que não participam do PSE poderão realizar as ações da semana, com suporte financeiro disponibilizado pelas Unidades de Saúde da Família.

### Programa

O Saúde na Escola (PSE) tem como objetivo oferecer atenção integral de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público. Conforme informações do MEC, dois anos após o início do programa, em 2007, mais de 8,460 milhões de estudantes de 695 cidades brasileiras já tinham sido beneficiados pelas ações do programa.



O PSE é uma iniciativa do MEC e MS, por meio de financiamento e fornecimento de materiais e equipamentos para as escolas e equipes de saúde. O programa também trabalha para integrar as redes de serviços do setor educacional e do Sistema Único de Saúde (SUS) nos territórios, com o fortalecimento e sustentação da articulação entre as escolas públicas e as unidades básicas / unidades de saúde da família, por meio da realização de ações dirigidas aos alunos.

As ações do PSE dividem-se em quatro áreas: avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção, educação permanente dos profissionais da área e monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.

Para mais informações sobre a Semana da Saúde na Escola entrar em conta com Mariza Souza, na Coordenadoria de Projetos Educativos da Seduc por meio do telefone: 3613 6321. (Ascom) W.S

<http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/313145>

## Comentários à Lei Complementar 141 de 13/1/2012

Paulo Navarro

- Atualizado em 12/02/2012 Postado em: [Gilson Carvalho, z](#)



**BOM DIA.**

**ABRASUS DOMINICAIS.**

**1. PRIMEIRA PÁGINA – TEXTOS DE GILSON CARVALHO – ANEXO TEXTO INTEGRAL**

**COMENTÁRIOS À LEI COMPLEMENTAR 141 DE 13/1/2012 DE REGULAMENTAÇÃO DA EC-29 – FINANCIAMENTO DA SAÚDE**

**Gilson Carvalho**[\[1\]](#)

**OBSERVAÇÕES INICIAIS:**



1. Desde que publicada a LC 141 tenho feito algumas análises na medida em que se clareiam ou se confundem e complexificam as interpretações. Esta versão data de 1/2/2012 e durará até que surjam novidades. Com ela morrem minhas análises anteriores.
2. Esta é uma análise global de todos os artigos da LC 141 . O subtítulo da análise é financiamento pois todos seus artigos versam sobre o tema financiamento: quantitativos, objetos do gasto, critérios de rateio, controle da comunidade, transparência e visibilidade.

## CAPÍTULO I

### DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

**LC 141, Art. 1º** Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

- I – o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- II – percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- III – critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
- IV – normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

### COMENTÁRIO GC:

Estão aqui inscritos os capítulos da LC 141: mínimo federal, mínimo estadual e municipal; critérios de rateio; normas de fiscalização, avaliação e controle. Estes objetivos acabaram sendo diferentes daqueles que ordenado pela CF.

CF Art.198 §3: “Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: I – os percentuais de que trata o § 2º; II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.”



A justificativa para esta extrapolação foi de que não se deixou de cumprir a CF, apenas se fez a mais que o mandato. E por princípio (sic) “o que excede, não prejudica”. Tem mais. A CF no 198, §2 fala explicitamente de percentuais da receita:

CF 198, § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde **recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.**

Ao fazer a definição de forma diferente de percentual (empenhado no ano anterior aplicada variação nominal do PIB) tomou uma medida inconstitucional. Isto já dito desde o ADCT 77 onde foi introduzido este parâmetro esdrúxulo.

## **PRÓXIMO PASSO:**

**ESCLARECER QUE INSTITUIÇÕES OU ÓRGÃOS ARGUIRÃO DE INCONSTITUCIONALIDADE O FATO DE A LEI COMPLEMENTAR NÃO TER DEFINIDO PERCENTUAL DE RECEITA DA UNIÃO PARA A SAÚDE, MAS SIM OUTRA FÓRMULA NÃO PREVISTA NA CF 198,3.**

## **CAPÍTULO II**

### **DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

**LC 141, Art. 2** Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário **egratuito**;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III – sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no *caput*, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

## COMENTÁRIO – GC:

Para facilitar o raciocínio, abaixo transcrevo princípios e diretrizes do SUS garantidos na Lei 8080,7 e não alterados, mas sim reforçados. ....

A LC 141, em seu Art.2, reafirma o que já estava sacramentado na CF e na Lei 8080. Novas orientações que ajudarão a confirmar conceitos.

1) A explicitude do termo “gratuito” que hermeneuticamente sempre foi entendido assim (direito de todos + acesso universal) agora resolve qualquer tentativa de aproveitadores que querem cobrar pelos serviços do SUS. Que fique claro que não existe gratuidade em nenhuma ação do Governo, o sentido é que não se possa cobrar nada do usuário no momento de dispensação do serviço. O pagamento de tudo é feito por impostos e contribuições pagas direta ou indiretamente por cada cidadão. É um grande reforço na argumentação contra a venda de leitos e serviços ao privado tanto pelos hospitais públicos universitários, como pelas Organizações Sociais e Associações.

2) O fato de permitir apenas o gasto com serviços de saúde de acesso universal é um reforço contra a dupla porta e de gasto com saúde, direto ou indireto como auxílio ao servidor para cuidar de sua saúde.

3) Ainda que bastante claro na CF onde fala que a saúde depende do econômico e social e de ações de saúde – separando um de outro, apresentado está, na Lei 8080, 3 o que são ações relativas aos condicionantes e determinantes. A saúde tem dois desvios comuns:

A) o assédio de outras áreas pelo dinheiro da saúde cujo volume é sempre grande, em relação a outras áreas da administração;

B) a própria vontade do povo da saúde de gastar algum dinheiro em áreas que não saúde e que empiricamente melhoram as condições de saúde das pessoas. Isto tem levado a que recursos financeiros da saúde sejam cedidos a outras áreas, ou a saúde queira ou tenha assumido outras áreas que não a sua. Destaquem-se algumas áreas como: saneamento, meio ambiente, desporto, etc... Só para ilustrar recente portaria do MS transfere recursos da saúde ao Ministério de Gestão para que ele execute melhoria no processo de trabalho em determinada área do MS. São 5 mi a menos no MS. Não é valor, é o princípio que preocupa!

4) Mais um lembrete ao afirmar que as ações de saúde deverão ser financiadas por recursos movimentados no fundo de saúde. Isto já estava claro na EC 29 de 2000 que todos os recursos devam ser aplicados por meio de fundo. Vale para a União que não mantém o dinheiro todo no fundo de saúde, mas apenas sua contabilidade. Vale para estados e municípios que não passam ao fundo de saúde seus recursos próprios. Dispensável este parágrafo único por já estar na CF e dispensável “ser reforçado” por uma Lei Complementar.



**LC 141, Art. 3** Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do SUS;

V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médicos-odontológicos;

VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

## **COMENTÁRIO GC:**

Antes de tudo, a grande definição do que são ou não as ações e serviços de saúde está sacramentada na CF,200 e na Lei 8080,6.

Esta explicitação do que pode ou não ser feito com recursos da saúde, gerou, casuísticamente a partir dos Estados uma reação com o sofisma que não estava ainda definido o que eram



ações e serviços de saúde. Argumentavam que só iriam separar o que era ou não ação de saúde, depois da lei complementar assim o definir. Uma falácia pois nem a CF198 disse que seria função de LC definir o que eram ou não ações de saúde. Negaram o que já estava na CF e na 8080. Inclusive a polêmica da inclusão dos inativos nas despesas de saúde o que foi transformado sofisticadamente em cavalo de batalha. Já estava resolvido desde todo o sempre quando se definiu a seguridade com suas três áreas onde não posso pegar dinheiro da previdência para fazer saúde, nem de saúde para fazer previdência (pagar inativos).

Como que passando recibo à interpretação falaciosa dos Estados e de alguns Municípios o Conselho Nacional de Saúde tomou a frente e lançou a Resolução 322 dirimindo estas dúvidas. O CNS buscou e contou com a parceria de várias instituições e órgãos públicos, coordenados pelo Nelsão.

Tempos depois o Ministério da Saúde determinou a mesma interpretação do CNS pela Portaria 2047/2002. Este texto da Resolução, repetido na Portaria, entrou na proposta da Lei Complementar, exatamente pela presença de representantes do Conselho Nacional de Saúde

Mais uma vez demonstrada que o texto da LC 141, em alguns artigos e incisos, repete o que já existia na CF e Lei 8080. Isto é facilmente demonstrável abaixo.

Foram introduzidas, entretanto, algumas questões importantes como as despesas indiretas com saúde – como as atividades meio. Estas já foram muito contestadas pelo antigo INAMPS e seus remanescentes e colocou muito gestor respondendo processo na auditoria, no tribunal de contas e até judicialmente. Hoje menos questionamentos, mas acho que valeu a pena a explicitude.

Destacam-se:

## **I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;**

Pela primeira vez oficialmente se usa o termo VIGILÂNCIA EM SAÚDE numa lei. Ainda que só tenha incluído apenas a epidemiológica e sanitária outras podem ser incluídas.. A meu ver e salvo melhor juízo, a vigilância nestas áreas são capazes de cobrir todas as outras, principalmente lembrando que promoção da saúde é uma ação parte de todas as vigilâncias possíveis (dentro dela e não como outra área independente, autônoma). Isto acompanha erros históricos que temos ao fazer categorias de áreas e coisas e misturamos umas com outras fugindo ao princípio rudimentar da lógica onde as categorias são mutuamente excludentes. Tenho sempre uma preocupação especial com a área de promoção da saúde que é um preceito constitucional e legal inarredável. Defendo-o com mais veemência e compreensão de sua importância até do que alguns poucos que defendem um setor de promoção da saúde. Alguns imaginam que para dar o destaque a esta área deveríamos continuar mantendo um setor de Promoção da Saúde, dentro das Vigilâncias. Tenho me manifestado contra esta concepção, pois, fazer promoção de saúde é um componente essencial de todas as ações de saúde que têm que visar a integralidade da ação. A integralidade constitucional, preceito maior, é de fazer ações e serviços de saúde **de promoção, proteção, recuperação da saúde**. Diante deste entendimento, sou contra qualquer divagação de que teríamos de ter três áreas, departamentos ou setores: um de promoção, outro de proteção e outro de recuperação. Seria a antítese da



integralidade. Quero que os profissionais de todas as áreas tenham a concepção e ações tríplexes e não tenham que chamar alguém especialista ou de outra área para fazer as ações de promoção da saúde. Uma ampla e profunda discussão se impõe. A vantagem é ter consagrado em Lei a Vigilância em Saúde com seus dois componentes o epidemiológico e sanitário onde facilmente se encaixam a saúde ambiental e saúde do trabalhador.

## **PRÓXIMO PASSO:**

**ESCLARECER O CAMPO DESTAS DUAS VIGILÂNCIAS INCLUINDO NELA AS DEMAIS OU FAZENDO NOVA COMPOSIÇÃO COM ADEQUAÇÃO DE NORMATIZAÇÃO.**

### **III – capacitação do pessoal de saúde do SUS;**

Alguns administradores públicos ou gestores de saúde ou órgãos de fiscalização e controle negavam e negam o uso de recursos de saúde, principalmente os de transferências, às ações de educação permanente dos trabalhadores de saúde. Todas as áreas de conhecimento, públicas e privadas, vem fazendo isto com seus trabalhadores. Na saúde é imprescindível pois é mais susceptível a atualizações diante de mudanças. Falar de educação permanente (depois da quinta mudança já querem denominar apenas de informação permanente!) sem que isto seja viabilizado financeiramente, é discurso oco.

### **VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades,**

O art.3º entra na questão da ação de saneamento que está entre os condicionantes e determinantes da saúde e jamais tipicamente uma ação de saúde. A Lei 8080 havia vedado o financiamento do saneamento pelo SUS pelo Art.3 e pelo 31 §3 “As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).” Agora o 32 cai por terra e se abre a exceção à esfera de governo que for financiar a ação de saneamento. Só será possível para domicílios e pequenas comunidades SÓ SE FOR APROVADO PELO CONSELHO DE SAÚDE da esfera financiadora. Um meio de controlar para que a esfera financiadora não descumpra o princípio geral de que saneamento não pode ser financiado pela Saúde, exceto no saneamento básico domiciliar e de pequenas comunidades. Também nas comunidades indígenas e quilombolas, o que não depende de aprovação do Conselho. Hoje o grande financiador de saneamento, com recursos da saúde, tem sido o Ministério da Saúde e esta tarefa de aprovação ficará com o Conselho Nacional de Saúde. Menos, mas também para os estados e muito pouco para os municípios. Isto pode diminuir o assédio que os municípios sofrem das secretarias de obras e infra-estrutura para financiar ações de saneamento, com recursos das ações de saúde.

## **PRÓXIMO PASSO:**

**ü ESCLARECER ABRANGÊNCIA E COMPLEXIDADE DO SANEAMENTO BÁSICO DE DOMICÍLIOS E DE PEQUENAS COMUNIDADES.**



**ü ESCLARECER UMA METODOLOGIA PARA O CS FAZER ESTA AVALIAÇÃO DEVIDO AO GRANDE NÚMERO VOLUME DE OBRAS DE SANEAMENTO FINANCIADAS PELA FUNASA.**

**ü ESCLARECER SE AINDA HAVERÁ AVALIAÇÃO NO ANO DE 2012 OU SÓ A PARTIR DE 2013.**

**VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;**

Estas áreas, como já estão bem definidas por outras bases e são bem específicas, não precisam passar pela aprovação do Conselho.

**VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;**

Zona perigosíssima pois a liberação foi genérica, sem nenhum limitante a não ser controle de vetores. Será a saúde responsável agora para financiar todas as ações ambientais de combate a vetores?

**PRÓXIMO PASSO:**

**ESCLARECER QUAL O LIMITE DESTA AÇÃO AMBIENTAL: ABRANGÊNCIA E COMPLEXIDADE.**

**IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;**

Outra área que agora fica explícita e que faz cessar polêmicas. Tanto os investimentos como o custeio destas áreas com a chancela; REDE FÍSICA DO SUS o que pode ser interpretado que só na rede própria e não naquela terceirizada para associações, OSCIPS e O.S.

**PRÓXIMO PASSO:**

**ESCLARECER SE SÓ NA REDE FÍSICA DO SUS SIGNIFICA APENAS AQUELAS DE OPERAÇÃO PRÓPRIA OU ENTRAM TAMBÉM AS TERCEIRIZADAS.**

**X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;**

Mais uma dúvida dirimida: o pagamento de pessoal e de seus encargos sociais. Fica agora oficialmente liberado o pagamento de pessoal que trabalhe na área e esteja em atividade já como uma primeira vedação a se pagar inativo com dinheiro da saúde. Pensar que inquisidores chegaram a decretar que saúde se fazia sem pessoal e vedava o uso dos recursos com esta despesa. Outra restrição que era cobrada era só gastar com pessoal que trabalhasse em ações diretas de saúde como consultas, exames, cirurgias, partos etc. O resto que fosse remunerado com recursos da administração municipal e estadual. Outra questão que acabou ficando como história é que o pagamento de pessoal só possa ser feito com recursos próprios



os recursos de transferências pagam as outras despesas. O dinheiro de transferências obedece a regras de quem os transfere seguindo a legislação.

## **PRÓXIMO PASSO:**

**ESCLARECER SE ESTA AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE ENCARGOS SOCIAIS VALE PARA USO APENAS DO RECURSO PRÓPRIO OU TAMBÉM PARA OS RECURSOS DE TRANSFERÊNCIAS.**

**XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;**

Mais um ponto de eterna discórdia entre gestores e inquisidores. Agora clareado está: todas as ações que são de gestão e apoio administrativo devem ser pagas com recursos do SUS. Pensar que o absurdo foi imposto anos e mais anos de considerar atividade de saúde apenas aquelas desempenhadas em unidades de atendimento médico!!! Neste raciocínio o primeiro que estaria inviabilizado seria o prédio central e as regionais do Ministério da Saúde onde, com certeza não são desenvolvidas ações diretas de saúde. Aqui uma aparente nuance, mas que terá repercussão em alguns estados e até municípios, onde se incluem nas despesas próprias de saúde e educação, os gastos de outras áreas que não saúde, da administração o que é feito por rateio.

Mais um lembrete neste inciso que se “casado” ao IX reforça a idéia de instituições públicas do SUS

**XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.**

Nenhuma dúvida sobre as unidades públicas estatais prestadoras de serviços públicos de saúde. Mas, aqui encontra-se o termo unidades prestadoras de serviços públicos de saúde: vale para as terceirizadas?

## **PRÓXIMO PASSO:**

**ESCLARECER O QUE ABRANGE O TERMO UNIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.**

**LC 141, Art.4** Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;



IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII – ações de assistência social;

IX – obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definido nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

## **COMENTÁRIOS – GC:**

Aqui as questões fazem o contraste com a anterior. Ou afirmando o que não se pode fazer com dinheiro da saúde ou delimitando o que se pode colocando um limite na permissão.

Lembro que a maioria delas já está explícita na Lei 8080, Art.3 como condicionante e determinante da saúde.

### **I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;**

A questão do pagamento dos inativos com recursos do SUS praticada por vários estados e alguns municípios maiores afronta o conceito de Seguridade Social da CF. A SS tem três áreas distintas: saúde, previdência e assistência social. Cada uma delas tem recursos e orçamentos próprios, bem como objetivo de suas ações. Como pagar inativos com dinheiro da saúde? Isto é romper a CF e jamais seria necessário repetir isto numa Lei Complementar.

### **II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;**

A administração pública tem uma prática comum que é deslocar pessoas de função ou alocá-las em outros órgãos por opção ou para assumirem cargos de direção. Tudo isto possível e mais dependente da vontade das pessoas. Aqui lembrado que se as pessoas foram lotadas na saúde e trabalharem em outra área da administração seus salários e encargos não poderá ser financiado com recursos da saúde. Novamente precisa haver vigilância pois muitos constantes da folha de pagamento do SUS não trabalham mais lá.

### **III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;**



Um “chega para lá” no financiamento dos sistemas de saúde de servidores questão já abordada acima e que fica reforçada. Está vedado, repetidamente, que o dinheiro da saúde, nas três esferas de governo, financie sistemas de saúde destinados a servidores. Tem-se que vigiar pois muita rapidamente corre-se o risco de que o que vinha nominalmente como assistência à saúde dos servidores pode, num passo de marinha, mudar de nome e continuar sendo subtraído da saúde universal do cidadão.

## **PRÓXIMO PASSO:**

**ESCLARECER EXATAMENTE ESTE ITEM PARA EVITAR O USO DE SUBTERFÚGIOS COM MUDANÇA DO NOME ORIGINAL.**

**IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;**

A mesma vedação em relação às despesas com alimentação (merenda escolar, cesta básica para carentes etc). Mesmo que estes serviços sejam prestados por unidades de saúde não podem ser financiados com dinheiro da saúde. O fato mais comum é a questão da distribuição do leite. O leite para doentes e desnutridos é ação típica da saúde. Já aquele que se destina a completar a renda e alimentação dos carentes, não pode ser computado como de saúde pois está no campo da assistência social. A dúvida que tenho é até que ponto esta será a interpretação do Ministério Público e com o Judiciário.

**V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;**

Aqui se reforça pelo contrário o que já havia na 8080: As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH). Saber separar exatamente o que é ou não permitido em relação ao saneamento é uma das definições a serem feitas. Permitido o de domicílios e pequenas comunidades com aprovação do Conselho e não permitido todos os demais principalmente se tarifados.

**VI – limpeza urbana e remoção de resíduos; VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;**

Todas estas ações não pertencem à área de saúde. São condicionantes e determinantes da saúde. Este é um engano em que não apenas incorrem os outros, mas as pessoas que trabalham com saúde acabam confundindo o que sejam ações de condicionantes e determinantes e ações de saúde. Perigoso: não se pode transferir os recursos de saúde para outros fazerem ações de meio ambiente nem de limpeza urbana ou remoção de resíduos nem para realizar pela própria área de saúde principalmente as falsamente alegadas como de controle de vetores.

**VIII – ações de assistência social;**



Novamente aqui a mistura de ações distintas dentro da Seguridade Social. Não se mistura uma com a outra. Diferentemente de ações de assistência social normalmente existentes dentro do setor saúde. O fato de ter um mesmo profissional lá e cá, não pode levar a que se igualem as ações integrais de assistência social com aquelas de saúde.

**IX – obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e**

Asfalto na frente da unidade de saúde; ponte para passar ambulância etc. são alguns exemplos do que não se pode gastar dinheiro da saúde. Entretanto ainda tem outras questões como linha telefônica, de acesso à internet e até ligação de luz elétrica.

**PRÓXIMO PASSO:**

**ESCLARECER EXATAMENTE QUAIS SÃO ESTAS AÇÕES DE INFRAESTRUTURA.**

**X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.**

Aqui se refere diretamente aos recursos do fundo de combate à pobreza que só podem ser utilizados na saúde como um recurso a mais e não para atingir o mínimo. Mas também pode-se ter a leitura de que as taxas, multas etc, aplicadas pela saúde têm que ser considerados como recurso além da base da saúde. Entretanto fica no limbo a questão da UNIÃO que não tem base a não ser o valor empenhado no ano anterior. Entre estas se encontram as Taxas e Multas da ANVISA, ANS, do produto da venda de medicamentos, do DPVAT e outras.

**PRÓXIMO PASSO:**

**ESCLARECER EXATAMENTE QUAIS SEJAM ESTAS SITUAÇÕES POSSÍVEIS QUE REPRESENTARIAM OUTROS RECURSOS DA UNIÃO PARA A SAÚDE, ALÉM DA BASE. O MESMO NÃO ACONTECE COM ESTADOS E MUNICÍPIOS QUE TÊM SUA BASE DE CÁLCULO DEFINIDA COM CLAREZA. TUDO FORA DA BASE É A MAIS.**

.....

**TEM ANÁLISE DOS OUTROS CAPÍTULOS E SEÇÕES DA LEI COMPLEMENTAR 141 DE REGULAMENTAÇÃO DA EC-29**

**O TEXTO INTEGRAL ESTÁ EM ANEXO**

.....

**BOA SEMANA**



Gilson Carvalho – Médico Pediatra e de Saúde Pública - [carvalhogilson@uol.com.br](mailto:carvalhogilson@uol.com.br)

O autor adota a política do copyleft em seus textos disponíveis no site: [www.idisa.org.br](http://www.idisa.org.br)

“A conquista do impossível só acontecerá com teimosia pacífica.” Gandhi

[1] Gilson Carvalho – Médico Pediatra e de Saúde Pública - [carvalhogilson@uol.com.br](mailto:carvalhogilson@uol.com.br). O autor adota a política do copyleft podendo este texto ser multiplicado, editado, distribuído independente de autorização. Textos disponíveis: [www.idisa.org.br](http://www.idisa.org.br)

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/02/12/comentarios-a-lei-complementar-141-de-1312012/>

## América Latina e Caribe: Campeã na Redução da Mortalidade Infantil

Marcela Lima

- Atualizado em 12/02/2012 **Postado em:** [z](#)



Leia na íntegra o texto de André Cezar Medici que mostra o quanto a saúde nos países da América Latina e do Caribe tem melhorado nos últimos anos.

de André Cezar Medici no [Monitor de Saúde](#)

**Introdução** – Ainda que existam análises pessimistas, a saúde nos países da América Latina e do Caribe tem melhorado sensivelmente nos últimos anos. Esta melhoria se deve, em grande medida, ao desenvolvimento econômico da Região, ao maior investimento público em políticas sociais e à dinâmica social marcada por crescentes taxas de urbanização, melhores níveis educacionais das famílias (especialmente das mulheres) e melhorias nos sistemas de saneamento básico.

Entre 1990 e 2008, a esperança de vida ao nascer na América Latina aumentou de 68 para 73 anos de idade, alcançando ao final do período valor superior à média mundial (69 anos) e a de



todas as demais regiões em desenvolvimento. O bom desempenho da América Latina quanto a este indicador fica evidente quando se compara ao dos países do Leste Europeu e Ásia Central, onde a esperança de vida ao nascer, no mesmo período, aumentou apenas um ano (69 para 70 anos de idade), partindo de um patamar superior mas chegando a um patamar inferior ao latino-americano no final do período.

A desnutrição infantil (medida pelo baixo peso em relação à idade) alcançava em 2008 apenas 4,5% das crianças menores de cinco anos – o menor valor entre todas as Regiões em Desenvolvimento, incluindo o Leste Europeu e a Ásia Central. Em compensação, 7,2% das crianças latino-americanas nesta faixa etária já apresentavam sobre-peso, fator que poderá contribuir para a incidência precoce de doenças crônicas.

As taxas de imunização para DPT 3 e sarampo eram superiores a 90% da população alvo. A prevalência de HIV-AIDS alcançava 0,5% da população entre 15 e 49 anos de idade, valor inferior ao da média mundial (0,9%) e a dos países do Leste Europeu e Ásia Central (0,6%), ainda que maior que a dos países de renda alta (0,3%). A incidência de tuberculose havia baixado para 47 por 100 mil habitantes e quase 80% dos casos são registrados regularmente pelos serviços de saúde, valor somente superado pelos países do Oriente Médio e África do Norte, entre o conjunto das regiões em desenvolvimento.

As taxas de mortalidade materna seguiam altas na Região. Em 2008 alcançavam 130 por 100 mil, mas entre os países desenvolvidos só eram maiores que as do Leste Europeu e Ásia Central. Cerca de três quartos das mulheres latino-americanas em união estável utilizavam contraceptivos, valores equivalentes aos vigentes nos países de renda alta. Com isso, as taxas de fecundidade haviam alcançado em muitos países, níveis inferiores às taxas de reposição.

O acesso a água e esgoto alcançava 78% da população latino-americana em 2006, valor somente superado pelos países de renda alta (100%) e pelos países do Leste Europeu e Ásia Central.

Por tudo isso, os principais problemas de saúde, como foi visto na postagem passada, deixaram de ser as doenças associadas a pobreza (desnutrição, doenças transmissíveis e causas maternas e infantis) e passaram a ser as doenças crônicas. O envelhecimento da população se acelera e com isso a aumenta a demanda por serviços de saúde mais sofisticados e de alto custo.

Mas o bom desempenho da saúde na América Latina nos últimos anos se deve somente às políticas de saúde. Ele é fruto de uma combinação de políticas bem sucedidas de estabilização, crescimento econômico e desenvolvimento social implementadas nos últimos vinte anos, e de políticas de saúde mais centralizadas em resultados associados a atenção básica. Esse conjunto de fatores não foi capaz de eliminar a profunda inequidade que ainda se reflete nos indicadores de saúde mas permitiu avançar comparativamente na melhoria dos resultados de saúde da Região. Entre estes resultados se destaca o da redução da mortalidade infantil, o qual



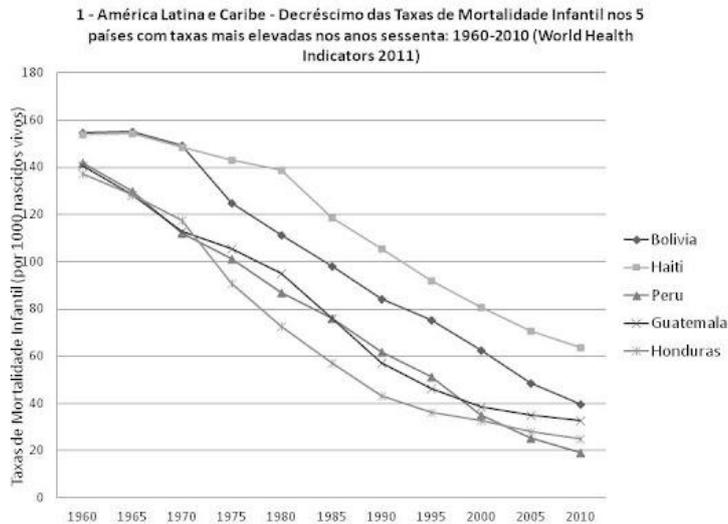
tem sido o foco da atenção de organismos internacionais e instituições de combate a pobreza nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

**A redução da Mortalidade Infantil nos países da América Latina e do Caribe** – Entre 1990 e 2008, A Região latino-americana e caribenha foi a que reduziu mas rapidamente as taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, apresentando um decréscimo anual de 4,53%. Com isto, mantendo o mesmo ritmo, a Região será uma das poucas que alcançará a meta do milênio em reduzir a mortalidade de crianças até 2015 (ver tabela 1). Os países de alta renda, mesmo alcançando os melhores níveis absolutos neste indicador, não alcançarão esta meta do milênio.

**Tabela 1 – Taxas de Mortalidade de Menores de 5 Anos : 1990-2008 (por 1000 nascidos vivos)**

Regiões Mundiais (pelo critério do Banco Mundial)	1990	2008	Redução Geométrica Anual	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (*)
Ásia do Leste e Pacífico	101	73	-1,79	Meta: 33,7 – Projeção: 64,5
Leste Europeu e Ásia Central	50	22	-4,46	Meta: 16,7 – Projeção: 16,2
<b>América Latina e Caribe</b>	<b>53</b>	<b>23</b>	<b>-4,53</b>	<b>Meta: 17,7 – Projeção: 16,9</b>
Oriente Médio e Norte da África	76	34	-4,37	Meta: 25,3 – Projeção: 25,2
Ásia do Sul	125	76	-2,73	Meta: 41,7 – Projeção: 62,9
África Sub-Sahariana	185	144	-1,38	Meta: 61,7 – Projeção: 130,9
Países de Alta Renda	12	7	-2,95	Meta: 4,0 – Projeção: 5,7
TOTAL	92	67	-1,74	Meta: 30,7 – Projeção: 59,4

Os diferenciais internos de mortalidade infantil na América Latina eram bastante elevados no início dos anos 60. Atualmente ainda são, embora com base em níveis mais baixos deste indicador. Países como Bolívia e Haiti, por exemplo, tinham em 1960 taxas próximas a 160 por mil, valores quase quatro vezes maiores que os de Cuba, que sempre teve as taxas de mortalidade infantil mais baixas de toda a Região. O gráfico 1 mostra a redução em meio século (1960-2010) das taxas de mortalidade infantil dos cinco países países com os níveis mais elevados deste indicador em 1960, os quais eram Bolívia, Haiti, Peru, Guatemala e Honduras.

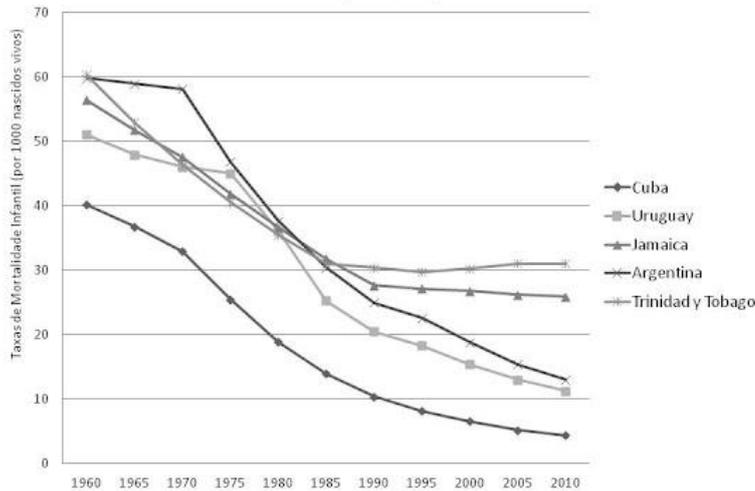


Verifica-se que entre 1960 e 2010, em que pese a fantástica redução da mortalidade infantil, aumentou o diferencial entre os cinco países que detinham as maiores taxas associadas a este indicador em 1960. O Haiti foi o país que apresentou a menor redução, passando da segunda posição, em 1960, para a mais alta taxa de mortalidade infantil da Região em 2010. Mesmo assim a redução foi de 154 para 64 por mil nascidos vivos. A Bolívia, que detinha a maior taxa de mortalidade infantil da Região em 1960, apresentou uma redução considerável (quase quatro vezes) ao passar de 154 para 40 por mil em 2010. No entanto, Perú, Guatemala e Honduras apresentaram maiores reduções, ou seja, entre quatro e seis vezes baixando de taxas próximas a 140 por mil para taxas entre 20 e 35 por mil nascidos vivos.

Passemos agora a analisar os países que em 1960 apresentavam as menores taxas de mortalidade infantil (Cuba Uruguai, Jamaica, Argentina e Trinidad y Tobago. O gráfico 2 mostra a redução destas taxas entre 1960 e 2010.



## 2. América Latina e Caribe: Decréscimo das Taxas de Mortalidade Infantil nos países com menores taxas nos anos sessenta (1960-2010)

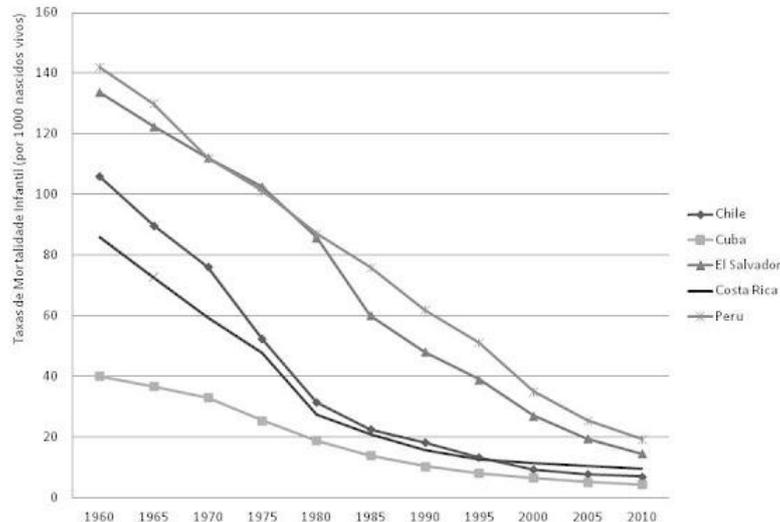


Cuba, o país com a menor taxa de mortalidade infantil em 1960 (40 por mil) continuava a deter esta posição em 2010. Reduziu em quase dez vezes sua taxa de mortalidade infantil, com resultado de sua política de saúde focalizada neste e em outros indicadores de atenção básica. A taxa de mortalidade infantil em Cuba em 2010 (4,4 por mil) é similar a dos países da comunidade europeia. Países como Uruguai e Argentina, com taxas de mortalidade infantil entre 50 e 60 por mil ao redor de 1960, também sofreram reduções expressivas neste indicador, estando suas taxas em 2010 ao redor de 11 e 13 por mil, respectivamente. No entanto, não se pode dizer que o mesmo ocorreu com os maiores países do Caribe inglês – Jamaica e Trinidad e Tobago. Nestes, as taxas não apenas se reduziram pouco (ao redor da metade) como se estagnaram (Jamaica) ou até mesmo aumentaram (Trinidad e Tobago) a partir de 1985.

Uma outra forma de se analisar as tendências da mortalidade infantil na Região nos últimos 50 anos é comparar os países que emprederam maiores e menores esforços para a redução deste indicador. Começamos pelos países que empreenderam maiores esforços. Os cinco primeiros colocados são Chile, Cuba, El Salvador, Costa Rica e Peru (ver gráfico 3). Verifica-se que as taxas de mortalidade infantil nestes países, as quais tinham grandes discrepâncias em 1960 (entre e quarenta e 140 por mil nascidos vivos) passaram a convergir em 2010 para valores situados entre 5 e 20 por mil nascidos vivos, estando todos, portanto, em situação relativamente próxima quanto ao indicador.



3. América Latina e Caribe: Taxas de Mortalidade Infantil nos países que empreenderam maiores esforços para sua redução (1960-2010)

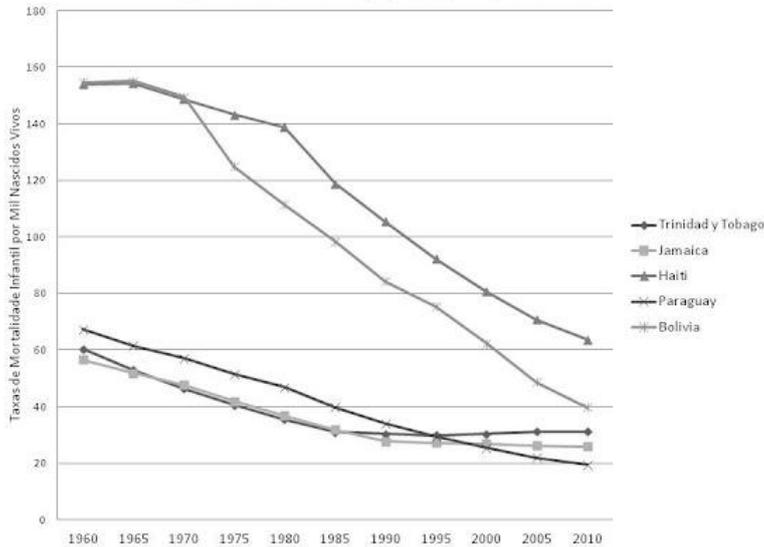


No Chile a redução foi superior a 13 vezes, passando de 106 para 7 por mil nestes 50 anos e alcançando em 2010 a segunda melhor posição no ranking regional deste indicador. Em Cuba, como já destacado, a redução foi de dez vezes. Nos demais países, a redução também foi bastante expressiva. Uma pergunta a responder é o que fizeram estes países para alcançar estes resultados? Veremos isso mais adiante.

Passemos a análise dos países que aparentemente se esforçaram menos ou tiveram piores resultados na luta pela redução da mortalidade infantil: são eles Trinidad & Tobago, Jamaica, Haiti, Paraguai e Bolívia (ver gráfico número 4). Trinidad & Tobago e Jamaica – países que nos anos sessenta estavam entre os cinco que apresentavam as taxas de mortalidade infantil mais baixas da Região, tiveram o pior desempenho regional na redução do indicador. Outro país com desempenho igualmente sofrível é Paraguai – também com taxas não muito elevadas de mortalidade infantil em 1960, mas que não registrou bons resultados na redução deste indicador nos últimos 50 anos.



4. América Latina e Caribe: Taxas de mortalidade infantil nos países que empreenderam menos esforços para sua redução: 1960-2010



O Haiti e a Bolívia são países que estão entre os que detém, desde 1960, as cinco maiores taxas de mortalidade infantil na Região. No entanto, eles também estão entre aqueles com piores resultados na redução da mortalidade infantil nos últimos cinquenta anos, o que justifica sua permanência neste grupo. Também integram os países com pior desempenho Trinidad y Tobago e Jamaica, que como foi visto, ainda que integrem o grupo dos cinco com taxas mais baixas em 1960, não foram capazes de manter esta posição em 2010.

Nesse sentido, os campeões em manter baixas taxas de mortalidade infantil na América Latina em 2010 eram Cuba (4,4), Chile (7,0), Domenica (8,1), Bahamas (8,5) e Barbados (9,8). Mas, com exceção do Chile, todos já tinham taxas relativamente baixas em 1960. O que vale, portanto é conhecer o que poderia estar associado ao esforço alcançado na redução da mortalidade infantil. E neste sentido, é inegável que o Chile tem sido o campeão latino-americano na redução da mortalidade infantil.

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2012/02/12/america-latina-e-caribe-campea-na-reducao-da-mortalidade-infantil/>