

Cuiabá/MT, 24 e 25 de janeiro de 2012.

## COTIDIANO / CAOS EM VÁRZEA GRANDE

25.01.12 | 09h51 - Atualizado em 25.01.12 | 09h53

# Médicos iniciam movimento de demissão em massa

**Até o momento, 13 profissionais já pediram desligamento da rede pública de Saúde**

MidiaNews



Caos no atendimento no PS de Várzea Grande é resultado da falta de médicos e de equipamentos

LISLAINE DOS ANJOS  
DA REDAÇÃO

Más condições de trabalho, atraso no pagamento de Verbas Indenizatórias (VIs), contratos irregulares e descumprimento de acordo judicial motivaram os médicos contratados para atuarem na rede pública de Várzea Grande a darem início, na segunda-feira (23), a um movimento demissionário.

A decisão foi tomada em assembleia-geral extraordinária, realizada no último dia 20. Somente na semana passada, nove médicos já haviam pedido demissão.

Nos dois primeiros dias de movimento, quatro médicos que atendiam no Pronto-Socorro da Cidade Industrial também já pediram desligamento.

Atualmente, 380 médicos prestam serviço no município, sendo que, destes, 180 atendem em 33 unidades de saúde da rede e os demais estão lotados no Pronto-Socorro.



Além do desligamento dos profissionais temporários, os médicos concursados também prometem entrar em greve, a partir do dia 1º de fevereiro. O Sindicato dos Médicos de Mato Grosso (Sindimed) apóia o movimento e já acionou o setor jurídico para tomar as providências necessárias.

A presidente do Sindimed, Elza Queiróz, afirmou, em entrevista ao **MidiaNews**, que o atraso no pagamento da Verbas Indenizatória (VI) – que corresponde a mais de 50% da remuneração mensal dos profissionais – foi um dos motivos que levaram a categoria a se mobilizar, "para dar um basta na situação vivida hoje no município".

A VI estava com cinco meses de atraso e apenas dois meses foram regularizados. O piso básico é o único que continua em dia. A Secretaria de Saúde já havia afirmado, anteriormente, que, assim que o repasse mensal do Estado for feito, as três VIs em atraso seriam quitadas.

Elza ressaltou, porém, que o atraso no pagamento dessa verba não é a razão principal para a mobilização.

“Não se resume ao atraso na VI. É uma falta de respeito para com os profissionais. Desde 2009, o Sindimed reivindica melhores condições de trabalho. O secretário de Saúde de Várzea Grande [Marcos José da Silva] já começou a fazer algumas melhorias, mas os médicos já estão cansados disso”, disse.

De acordo com a presidente do Sindimed, o movimento nem mesmo pode ser classificado como “demissionário”, uma vez que muitos dos médicos que decidiram se desligar da rede pública de Saúde nem ao menos mantinham algum tipo de contrato formal assinado com o Governo municipal.

“Os contratos que vêm sendo feitos são irregulares. Vencem com três meses, um ano. Os médicos que estão pedindo desligamento da rede tiveram o contrato vencido no dia 31 de dezembro. Outros nem mesmo assinaram contrato”, afirmou.

Aqueles que tiveram o contrato vencido, segundo Elza, continuaram com o serviço para não deixar a população sem atendimento.

A presidente afirmou ainda que a Prefeitura de Várzea Grande encaminhou um distrato (documento para encerrar contrato), mas muitos médicos se recusaram a assiná-lo porque não haviam assinado contrato algum anteriormente, prestando serviço apenas por um acordo verbal com a secretaria.

“É um movimento, na verdade, desligando oficialmente daquele trabalho”, explicou a presidente.

Elza apontou, ainda, que os profissionais da área médica estão cansados de ser apontados como culpados pelo caos na Saúde enfrentado pela sociedade.



Segundo ela, a falta de equipamentos e materiais, apontados na última vistoria feita pelo Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso (CRM-MT) ao Pronto-Socorro de Várzea Grande, exemplifica o que a categoria está pedindo.

“Se há resultados ruins nos processos cirúrgicos ou no atendimento, é o médico que leva a culpa, mas faltam equipamentos, materiais. Se continuarem atuando desse jeito, eles (médicos) colocam em risco os próprios pacientes”, disse.

A categoria também pede pela realização de concurso público, uma vez que grande parte dos profissionais da área que atendem atualmente à população são contratados. A não estabilidade no emprego e os atrasos no pagamento da VI, desmotivam a categoria.

“No último concurso realizado, o piso salarial oferecido para os médicos foi de R\$ 1,9 mil, o que é muito pouco atrativo para os profissionais”, alegou a presidente.

## **Orientação**

De acordo com o Sindimed, a insatisfação pela maneira como a rede pública de saúde vem sendo gerida é geral na categoria, e não apenas de alguns profissionais, tanto entre os que atuam em policlínicas e rede atenção básica de Saúde como aqueles que atendem no Pronto-Socorro.

O sindicato orienta os profissionais a fazer a notificação à Secretaria de Saúde e, caso haja algo previsto em contrato, cumprir o aviso de 30 dias.

## **Pronto-Socorro**

O aviso de desligamento dos profissionais da rede municipal colocou em risco o atendimento no Pronto-Socorro do município e, segundo a presidente do CRM-MT, Dalva Neves, pode resultar em uma superlotação no Pronto-Socorro de Cuiabá.

Além disso, o número de cirurgias que são realizadas no PSVG também deverá ficar comprometido.

No entanto, a assessoria do hospital municipal, que até hoje está sob gestão da extinta Fundação de Saúde de Várzea Grande (Fusvag), afirmou ao **MidiaNews** que a instituição irá continuar com as portas abertas à população, mantendo 40% do efetivo no atendimento de casos de urgência e emergência.

A presidente do Sindimed ressaltou que um repasse de R\$ 700 mil que deveria ser feito mensalmente do Município para o Pronto-Socorro não é cumprido há quase dois anos, e que o atraso do repasse foi denunciado à Defensoria Pública, mas que até hoje não houve resposta alguma por parte do órgão.

“O único repasse feito é de R\$ 400 em forma de pagamento de salários dos funcionários”, disse Elza Queiróz.



Segundo informações da assessoria do PS, atualmente existem 79 médicos contratados ainda atuando no hospital. Além deles, outros 57 profissionais, concursados, também estão trabalhando.

Além deles, há 62 funcionários atuando na administração da instituição que prestaram concurso para a Prefeitura e foram cedidos para trabalhar no hospital.

## Repasse em atraso

Há um mês, a Secretaria de Estado de Saúde, sob Pedro Henry, não faz o repasse mensal de R\$ 1,2 milhão à Secretaria Municipal de Saúde, o que é apontado pela pasta como razão para a não regularização das VIs que ainda estão em atraso.

Elza citou que outro motivo que levou a categoria a “cruzar os braços” é o descumprimento do acordo judicial firmado entre a Prefeitura de Várzea Grande e o Sindimed, em abril de 2010.

O acordo, homologado pelo juiz Gilberto Giraldelli, prevê a regularização do Plano de Carreira dos médicos, pagamento, em dia, da VI e do salário de cada profissional, a realização de concurso público (para diminuir o número de contratados na rede), pagamento de adicional noturno e melhoria nas condições de trabalho.

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=75622>

[COTIDIANO](#) / SILICONE

24.01.12 | 17h31

## ANS publica normas para substituição de próteses



**Normativa obriga planos de saúde a cobrir o valor das próteses**

Reprodução

Normativa obriga planos de saúde a cobrir o valor das próteses

AGÊNCIA BRASIL

O [Diário Oficial da União](#) publica na edição de hoje (24) a súmula normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que



obriga os planos de saúde a cobrir o valor das próteses em implantes mamários feitos com as marcas PIP e Rofil.

Até então, os planos de saúde eram obrigados a arcar apenas com o procedimento de substituição, sem a inclusão dos gastos com as próteses de silicone.

De acordo com a súmula da ANS, a orientação contempla todos os beneficiários de planos saúde, com exceção dos que têm planos antigos, com cláusula expressa de exclusão da cobertura de próteses.

O [Ministério da Saúde](#) entendeu que o procedimento cirúrgico de troca das próteses mencionadas é considerado reparador e não estético, uma vez que a ruptura da prótese e extravasamento do silicone causam processo de inflamação, com dor, inchaço e deformidade local.

De acordo com o Ministério da Saúde, os procedimentos assegurados serão prestados na rede credenciada, cooperada ou referenciada das operadoras de planos de saúde. Os critérios de acesso à rede assistencial serão definidos pelas operadoras.

Em casos de descumprimento, as operadoras poderão ser punidas com multas no valor de R\$ 80 mil.

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=75627>

## COTIDIANO / CAMPO DE CONCENTRAÇÃO?

24.01.12 | 13h10 - Atualizado em 25.01.12 | 08h41

# Doentes mentais e viciados têm tratamento desumano

**Hospital Adauto Botelho, em Cuiabá, não tem médico e nem direção; abandono põe em risco a vida de pacientes**



CRM

Descaso está refletido no abandono do espaço físico e nas condições desumanas de atendimento

LISLAINE DOS ANJOS  
DA REDAÇÃO

Pacientes deitados no chão, paredes com



mofo, banheiros sujos e com azulejos quebrados, esgoto correndo a céu aberto e o mato crescendo na área de recreação.

Essa triste e desumana realidade foi encontrada pelos membros do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso (CRM-MT), nas unidades I e III do Centro de Atenção Psicossocial (Ciaps) Aduino Botelho, localizadas no Coxipó e no Centro Político Administrativo (próximo ao Detran), respectivamente.

Além disso, as camas estão enferrujadas e há colchões espalhados pelo chão, há insuficiência de profissionais das áreas médica e de enfermagem, bem como faltam medicamentos e materiais de trabalho e higienização.

Durante entrevista coletiva, na segunda-feira (23), a presidente do CRM, Dalva Alves das Neves, destacou que a situação vivenciada pelos pacientes do Aduino Botelho é um caos e que as unidades estão pedindo socorro.

Agora, os relatórios das visitas serão enviados ao Ministério Público Estadual (MPE), para que acione o Estado e encontre uma maneira de melhorar o atendimento aos pacientes dessas duas unidades.

“Faltam estrutura física, materiais, medicação, profissionais. Falta tudo. Não tem nada lá. O CRM pede socorro. Nós fazemos o nosso dever. Nós constatamos e mandamos (a denúncia para o MPE), mas não temos nenhuma outra arma que possamos usar”, reclamou a presidente do CRM.

A possibilidade de interdição das unidades não foi descartada pelos conselheiros, mas a hipótese será avaliada durante a primeira sessão plenária do Conselho neste ano.

“Ciaps é questão do Estado, cabe ao governador (Silval Barbosa) tomar alguma providência. Não dá pra continuar do jeito que está. Isso não é de hoje e só piora com o tempo. Vai ser colocada em votação, na nossa primeira sessão plenária de 2012, a interdição ética dos Ciaps, e todos os conselheiros vão dar a sua opinião”, explicou Dalva.

Para os conselheiros do CRM, os pacientes do Aduino Botelho são tratados de maneira desumana e, apesar da interdição ser o caminho mais viável, torna-se um risco para a sociedade, uma vez que o hospital é o único que trata de pessoas que sofrem de problemas mentais.

“Como pode ser tratado um paciente psiquiátrico nessas condições? É desumano. O paciente já tem uma estrutura deficiente, vai lá para ser tratado com dignidade, e não é. Isso fere diretamente a lei que atende ao paciente psiquiátrico (Lei 10.216/2001).

Ele não é tratado. Ele finge que é tratado, porque não têm condições físicas de ser tratado e não têm profissionais em quantidade suficiente”, afirmou a presidente do CRM.



## Unidade I

A Unidade I do Adauto Botelho, localizada no bairro Coxipó, em Cuiabá, é composta por três alas de internação – uma feminina (20 leitos) e duas masculinas (50 leitos) – e um setor de Pronto Atendimento (14 leitos).

Em todos os setores, as paredes apresentam infiltrações, têm mofo ou estão descascadas, a iluminação é precária e não há ventilação. Os banheiros estão em péssimas condições de uso e os bebedouros não possuem proteção ou higienização.

Além disso, muitos equipamentos não funcionam e a pouca medicação existente fica condicionada em armários destrancados e, em alguns casos, misturados com pertences pessoais de funcionários.

No almoxarifado, produtos de higiene são guardados junto com materiais de escritório e os materiais estão sujos ou empoeirados pela falta de uso. A área de recreação, além de estar encoberta por mato e ter caixa de esgoto ao céu aberta, não possui qualquer tipo de pavimentação.

Outro problema grave é que não há médicos suficientes para fechar a escala de plantão no Pronto Atendimento. Até mesmo a vistoria teve que ser acompanhada por profissionais da enfermagem, pois não a unidade está sem direção.

“A unidade não tem diretor técnico, não tem diretor clínico. A visita foi acompanhada pela enfermagem, porque não têm um responsável técnico médico nem clínico médico”, criticou a presidente do CRM.

Além disso, o lixo hospitalar é misturado ao lixo comum e o único produto de limpeza usado em toda a unidade é o hipoclorídrico.

Em 2010, três mortes foram registradas por falta de atendimento adequado e, em 2011, o número de óbitos subiu para sete.

## Mistura de pacientes

Na unidade I, deveriam ser tratados somente pacientes com distúrbios psiquiátricos, mas, por falta de opção, mulheres que são dependentes químicas acabam sendo internadas lá para tratamento.

A situação já resultou em relatos de abuso e agressões dentro da unidade, de acordo com o vice-presidente do CRM, Arlan Azevedo, que participou das vistorias. Os funcionários administrativos da unidade também ficam expostos à agressividade de alguns pacientes mais graves.

“As mulheres dependentes de drogas lícitas ou ilícitas são atendidas no Ciaps I porque não há lugar para atendê-las. Aí, elas são misturadas aos pacientes com doenças mentais”, contou.



Segundo ele, os pacientes vivem em condições subumanas que ferem a legislação federal, uma vez que a Lei 10.216/2001 prevê que os doentes mentais devem ter acesso ao melhor tratamento de saúde e serem tratados com humanidade. “Há uma infração legal”, reclamou Azevedo.

### **Unidade III**

A unidade III é destinada ao atendimento de pacientes do sexo masculino que sejam dependentes de drogas. A unidade, localizada próximo ao Detran, no Centro Político Administrativo (CPA), tem capacidade para atendimento de 50 pacientes e, atualmente, conta com 27 internos.

As deficiências são as mesmas encontradas na primeira unidade, com um agravante: apenas um psiquiatra e dois clínicos gerais atuam na unidade e, em caso de emergência, como uma overdose, não há ambulâncias para transportar os pacientes.

A limpeza das alas ficam a cargo dos internados, porque os serviços de limpeza da unidade foram terceirizados. Além de não serem feitos diariamente, são realizados somente no período matutino. Também não há proteção na cozinha ou na área externa, implicando, assim, na insegurança de funcionários e pacientes da unidade.

“Cerca de 80% das internações são compulsórias, ou seja, por ordem judicial, o que agrava ainda mais a situação”, afirmou Azevedo. Isso porque, dessa forma, os pacientes resistem ao tratamento, uma vez que não buscaram o tratamento por iniciativa própria, já tendo sido registrado, até mesmo, consumo de drogas dentro da unidade.

Os conselheiros ressaltaram ainda que o local acaba sendo usado também como fuga, pois há internos que buscam tratamento no local para se proteger de “rixas” e ameaças de morte nos presídios ou para fugir de dívidas com traficantes de drogas.

Segundo a presidente do CRM, essa unidade funciona como resultado de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES), sob Pedro Henry, e a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (Sejudh), sob Paulo Lessa.

A estrutura física é de responsabilidade da Sejudh. Dalva Neves ressaltou que o Termo de Cooperação Técnica entre as duas secretarias não é ajustado há anos, e a SES justifica a falta de investimento nas manutenções por ser atribuição da outra pasta estadual.

### **Relatório**

Clique [aqui](#) para conferir a íntegra do relatório da vistoria realizada no Ciaps Aduino Botelho (Unidade I).

Clique [aqui](#) para conferir a íntegra do segundo relatório elaborado pelo CRM, referente à visita realizada ao anexo III do Aduino Botelho.



<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=75573>

## ECONOMIA / REPASSE

24.01.12 | 11h15

# Governo do Estado aumenta repasse dos municípios em R\$ 122,1 mi em 2011

**O aumento de 8,5% foi registrado nos dois principais impostos do Estado**

DA REDAÇÃO

O Governo de Mato Grosso, por meio da Secretaria de Estado de Fazenda (Sefaz-MT), ampliou em R\$ 122,1 milhões o repasse de recursos aos municípios mato-grossenses no ano de 2011 em comparação ao de 2010. O aumento de 8,5% foi registrado nos dois principais impostos do Estado, o Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) e no Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA). De janeiro a dezembro de 2011, os municípios receberam R\$ 1,27 bilhão em ICMS, e outros R\$ 163,9 milhões em IPVA, totalizando R\$ 1,43 bilhão transferido pelo Estado.

"O compromisso do Estado perante as administrações municipais tem sido cumprido. Por determinação do governador Silval Barbosa fizemos de tudo para ampliar o volume de recursos transferidos aos municípios mato-grossenses, esperando que os prefeitos possam realizar obras que resultem na melhoria da qualidade de vida da população. São R\$ 122,1 milhões a mais que o repassado em 2010. Mesmo com esse resultado positivo vamos repetir o recado do ano passado, ou seja, é hora de apertar o cinto e cortar despesas de custeio. É importante que os gestores reduzam os gastos com a manutenção da máquina pública e aumentem os investimentos em obras", comentou o secretário de Estado de Fazenda, Edmilson José dos Santos.

Detalhando os valores divulgados nesta segunda-feira (23.01) pela Sefaz, destaca-se o crescimento no repasse do IPVA. Neste imposto o crescimento foi de 15% no comparativo 2010/2011, ou seja, foram destinados R\$ 139,7 milhões em 2010 contra os R\$ 163,9 milhões em 2011, aumento real de R\$ 24,2 milhões. Com relação ao ICMS, principal fonte de recursos do Governo do Estado, o aumento ficou na casa dos 8%. Em 2010 foi transferido aos municípios R\$ 1,17 bilhão, número que saltou em R\$ 97,8 milhões em 2011. Pela Lei Orçamentária Anual (LOA), o Governo possui a previsão de repassar R\$ 1,28 bilhão em ICMS aos municípios neste ano de 2012 e outros R\$ 158,4 milhões em IPVA.

O repasse aos municípios é realizado semanalmente quanto ao ICMS, e mensalmente em relação ao IPVA. O IPVA é dividido ao meio entre o Estado e o município onde o veículo está emplacado. Já no caso do ICMS, o Governo observa o Índice Definitivo



de Participação dos Municípios (IPM). Ele é composto 75% pelo Valor Adicionado pelo município; 11% pelo coeficiente social e 5% pelas Unidades de Conservação e Terras Indígenas (UCTI), ambos indicados pela Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Seplan). A população e a receita própria dedicam 4% cada um, restando o último 1% para a área do município, números apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=2&idnot=75559>

Notícias / Cidades

23/01/2012 - 19:04

## CRM revela condições degradantes de pacientes do Aداuto; veja fotos

Da Redação - Renê Dióz

Foto: Da Assessoria/CRM



É assombrosa a situação do Centro Integrado de Atenção Psicossocial Aداuto Botelho, revelada nesta segunda-feira (23) pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) após vistoria no hospital e na área de internação dos dependentes de álcool e drogas. O absurdo das condições do local pode ser conferido nas fotos fornecidas pelo CRM.

A calamidade levou o CRM a enviar ao Ministério Público (MPE) os termos da vistoria e fotos do local para que alguma providência judicial seja tomada, **o mesmo procedimento adotado em relação ao Pronto Socorro de Várzea Grande**. O CRM também estuda uma interdição ética no CIAPS, o que deve ser debatido na próxima plenária do órgão. No Aداuto Botelho, três pacientes morreram em 2010 por complicações clínicas e atendimento inadequado. Este número subiu para sete em 2011.



“Não tem condições de um CIAPS desse funcionar. São condições subumanas. Está havendo uma infração, o Estado está infringindo a lei”, enfatizou a presidente do CRM, Dalva Alves Neves em entrevista coletiva à imprensa concedida hoje.

Na ala para pacientes com doenças mentais, as condições da área externa já saltam aos olhos pelo abandono. Dentro das enfermarias, uma mistura de bolor, infiltração, pintura descascada, camas enferrujadas e iluminação quebrada, em um ambiente de calor, chamam a atenção.

Os banheiros não têm condição de uso, sequer chuveiro, água quente ou até mesmo ralo. A higienização no local é um dos maiores problemas e o lixo hospitalar é misturado ao lixo comum. No pátio externo, o lixo se acumula. Já no interno, teoricamente voltado para “recreação”, uma caixa de esgoto sem tampa exala mau cheiro.

Entre os pacientes, há dependentes químicos e doentes mentais convivendo no mesmo ambiente, o que gera abusos e agressões entre eles.

Na unidade para onde vão dependentes químicos de todo o Estado para tentar se recuperar, a vistoria do CRM não encontrou sequer médicos atendendo ou ambulância para transportar algum dos 27 pacientes. Os médicos só aparecem de manhã ou terça e quinta-feira de tarde. Não há enfermeiros à noite.

Entre os absurdos da estrutura física e da falta de equipamentos estão vidros quebrados, banheiros que não funcionam, teto de PVC danificado, paredes descascando, falta de climatização, goteiras, falta de leitos, falta de lixeiras e de carrinhos de emergência, para citar apenas alguns. Há pacientes deitados no chão, sem o mínimo de conforto.

Os termos de vistoria produzidos pelo CRM nos dias **5 de dezembro do ano passado** e no **último dia 19**, relatando todas as irregularidades no CIAPS estão disponíveis, nos respectivos links.

**[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=CRM\\_revela\\_condicoes\\_degradantes\\_de\\_pacientes\\_do\\_Adauto\\_font\\_colororangeveja\\_fotos\\_font&edt=25&id=232696](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=CRM_revela_condicoes_degradantes_de_pacientes_do_Adauto_font_colororangeveja_fotos_font&edt=25&id=232696)**



## CRM quer que Estado pague internação particular

*Da Redação - Renê Dióz*

Uma série de irregularidades sem fim encontradas durante vistoria realizada na semana passada no Pronto Socorro de Várzea Grande (PSVG) levou o Conselho Regional de Medicina (CRM) a pedir ao Ministério Público (MPE) medidas judiciais drásticas contra o município e o Estado na tentativa de garantir mais decência no atendimento prestado à população.

O órgão fiscalizador enviou ao MPE, nesta segunda-feira (23), o termo de vistoria no PSVG contendo todas as irregularidades encontradas pelos conselheiros (leia o documento na íntegra [aqui](#)) e defende até que a Justiça obrigue o poder público a pagar pelos serviços aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) na rede privada.

“Faltam profissionais, falta estrutura física, as pessoas que lá vão para um atendimento de urgência e emergência não têm condições de serem atendidas com dignidade. Nós vamos entregar para o Ministério Público [o termo de vistoria na unidade] e que o MP tome as medidas cabíveis. O CRM pede socorro. A gente fica com a sensação de impunidade total”, anunciou a presidente do órgão, Dalva Alves das Neves.

Devido a tantas irregularidades e em meio ao [estado de greve anunciado pelos médicos](#), que atuam na rede pública de Várzea Grande, Dalva foi questionada sobre a possibilidade de interdição ética no PSVG, mas ela descartou tal medida.

O raciocínio é de que a população ficaria em situação ainda pior e isso provocaria uma corrida ao PS de Cuiabá, que também não opera nas melhores condições.

“O Estado pode ser acionado para que pague a rede privada e atenda aquele paciente que não pode ficar sem o atendimento de urgência e emergência. Se o PSVG não tem condições de fazê-lo, então o Estado tem que pagar para que ele fique em um hospital particular recebendo o seu atendimento de urgência e emergência”.

Série de irregularidades



Dentre as irregularidades encontradas no PSVG estão pacientes em período de observação nos corredores; salas de observação abarrotadas; sala de emergência improvisada sem médico e enfermeiro plantonistas presentes, sem condições de higiene pessoal ou para manipulação de medicamentos, sem carrinho de emergência ou espaço para deslocamento dos profissionais; materiais limpos e sujos misturando-se a medicamentos no balcão improvisado como posto de enfermagem; número de banheiros insuficiente; móveis se deteriorando; desfibriladores inoperantes; e sala de pré-parto sem funcionar.

Na mesma unidade, o CRM também constatou falta de sala de reanimação; cestos de lixo descobertos; central de esterilização com evidente risco de incêndio; medicamentos acondicionados de forma incorreta; falta de enfermeiro no centro cirúrgico; instalações elétricas expostas; expurgo e banheiro da UTI adulta sem limpeza; ausência de climatização nas enfermarias; ausência de profissional de radiologia; entre vários outros.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=CRM quer que Estado pague internacao particular&edt=25&id=232672](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=CRM+quer+que+Estado+pague+internacao+particular&edt=25&id=232672)

Notícias / Ciência & Saúde

23/01/2012 - 10:12

## Hospital Regional inicia projeto para reduzir perda de alimentos na Unidade de Alimentação

*Da Assessoria*

A equipe de colaboradores da Unidade de Alimentação e Nutrição, UAN, do Hospital Regional de Rondonópolis Irmã Elza Giovanella – São Camilo – recebeu um treinamento especial para praticar o novo projeto iniciado no setor que visa reduzir a perda de alimentos em estoque.

Por meio de etiquetas padronizadas de cores diferentes, os colaboradores poderão assimilar de imediato os alimentos que estão aptos ao consumo, os que estão próximos da data de vencimento e os que, por ventura, não estiverem mais aptos ao consumo.



São três cores de etiquetas, sendo a Verde a determinante para as mercadorias em boas condições, a Amarela para as mercadorias com prazo igual ou inferior a 30 dias do vencimento e a Vermelha para alimentos inaptos ao consumo.

“Nossa proposta é padronizar cada vez mais nosso setor com metodologias e projetos que assegurem uma alimentação saudável e com medidas eficazes que combatam o desperdício e a perda de mercadorias”, afirma o coordenador do setor, Paulo Sérgio de Carvalho.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Hospital\\_Regional\\_inicia\\_projeto\\_para\\_reduzir\\_perda\\_de\\_alimentos\\_na\\_Unidade\\_de\\_Alimentacao&edt=34&id=232577](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Hospital_Regional_inicia_projeto_para_reduzir_perda_de_alimentos_na_Unidade_de_Alimentacao&edt=34&id=232577)

Notícias / Ciência & Saúde

22/01/2012 - 06:15

## Prefeitura encaminha projeto de lei com mudanças no Samu

*Da Assessoria*

A Prefeitura de Rondonópolis encaminhou para a Câmara de Vereadores, na tarde desta sexta-feira (20), o projeto de lei que trata sobre mudanças no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), com a sugestão de que seja apreciado em regime de urgência urgentíssima. Foi estabelecido o teto de 120 plantões mensais e um número limitado de 13 médicos no serviço. Cada plantão de 12 horas é cumprido por dois médicos, sendo duas equipes, uma na regulação e outra na ambulância.

A proposta também fixa um limite de 15 plantões mensais para cada médico. O valor do plantão é de R\$ 720, já com adicionais de auxílio alimentação, auxílio transporte, dentre outros benefícios.

Ainda foi garantido o abono de 16,67% proporcional ao número de plantões realizados ao longo do ano e pago em até duas parcelas iguais. O valor do abono nada mais é do que a produtividade de R\$ 120, acumulada durante o ano. Durante as negociações, os médicos abdicaram de receber o valor mensalmente.

O prefeito Zé Carlos do Pátio também garantiu manter os pagamentos dos médicos quando se afastarem por motivo de licenças. Como em qualquer lugar, os primeiros 15 dias são pagos



pelo município, a partir do 16º dia, o profissional deve ser afastado pelo INSS. “Nós temos nos esforçado para oferecer uma melhor remuneração aos médicos do Samu, mas também não podemos esquecer os outros servidores. Essa proposta é o que podemos garantir”, comentou o prefeito.

Caso os médicos não aceitem a proposta, a alternativa é passar a regulação do Samu para a central em Cuiabá. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) está com a política de centralizar a regulação na capital, deixando os municípios apenas com os socorristas, reduzindo a quantidade de médicos do serviço no interior.

Mato Grosso quer seguir exemplos das grandes metrópoles como São Paulo, que tem dez milhões de habitantes na capital e apenas uma central do Samu. O mesmo ocorre em Brasília e outras cidades do interior paulista. Hoje o Samu em Rondonópolis tem um custo mensal estimado de R\$ 203 mil aos cofres públicos. Desse total, R\$ 96 mil é arcado pela União, R\$ 42 mil pelo governo estadual e outros R\$ 65 mil pela prefeitura. O município aplica 32% do recurso, índice acima dos 25% previstos por lei.

Pátio também destaca que as outras reivindicações em relação a investimentos em infraestrutura do serviço já estão encaminhadas. Já foi autorizada a licitação para reforma da central do Samu, a construção do posto avançado na antiga sede do Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (Dnit), localizado às margens da BR-364. Pátio também ressalta que o município concedeu abono de 30% aos médicos a ser pago a partir do salário do mês de janeiro.

O secretário Municipal de Saúde, Valdecir Feltrin, comentou que já solicitou ao Ministério da Saúde a vinda de cinco ambulâncias para o município. Apenas duas foram encaminhadas, restam outras três. “A viatura mais nova, da nossa frota, tem cinco anos de uso. O Ministério da Saúde é o responsável pelo encaminhamento de ambulâncias do Samu para todo Brasil. Por lei, os veículos devem ser trocados a cada três mil quilômetros rodados ou três anos de uso”, explica o secretário.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Prefeitura\\_encaminha\\_projeto\\_de\\_lei\\_com\\_mudancas\\_no\\_Samu&edt=34&id=232415](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Prefeitura_encaminha_projeto_de_lei_com_mudancas_no_Samu&edt=34&id=232415)



## Mesmo com decisão judicial paciente continua sem passar por cirurgia

Marco Di Perez  
TV Record de Juína

A situação do idoso Aristides dos Santos de 68 anos se arrasta no município de Juína, noroeste de Mato Grosso, ainda sem solução. Apesar de uma medida impetrada pelo Ministério Público e deferida pelo poder judiciário, o idoso continua internado no hospital municipal de Juína.

Ele necessita de uma cirurgia urgente no fêmur. O mês passado ele sofreu um acidente doméstico em sua residência no setor industrial e acabou lesionando o membro inferior.

Com esta medida judicial, inicialmente uma vaga havia sido destinada para a cirurgia em Cáceres e depois Sinop, depois de sinalizada e confirmada à cirurgia em Sinop, ela foi cancelada. A alegação é que uma peça havia sido danificada na unidade hospitalar daquele município e não seria possível a realização da cirurgia.

A secretaria municipal de saúde, Aparecida Gomes, disse que a secretaria está fazendo de tudo para que este caso seja solucionado o mais rápido possível, toda equipe médica está pronta para transferir o paciente para qualquer unidade no estado, resta somente à vaga.

Enquanto não resolve este impasse, o paciente continua aguardando a transferência para ser submetido a este procedimento, o que deixa Aristides mais debilitado ” eu quero que resolva logo esta situação, não agüento mais esperar ” – desabafou.

Mesmo recebendo todo atendimento necessário em Juína, seu Aristides tem sido prejudicado na hora de se alimentar devido ao problema “ estou me alimentando bem pouquinho “- lamentou.

A decisão judicial detalha o seguinte: determino que o estado de Mato Grosso e o município de Juína adotem todas as medidas administrativas necessárias ao fornecimento de tratamento médico hospital-cirúrgico ao idoso Aristides dos santos, em caráter de urgência e no prazo improrrogável de 24 horas, a fim de que seja submetido à cirurgia adequada e necessária ao seu tratamento, na rede publica ou em unidades de atendimento privado custeadas pelo estado, sob pena de multa diária, que fixo no valor de R\$ 3, 000,00 (três mil reais).

O Ministério Público de Juína tomou conhecimento do caso no dia 4 de janeiro de 2012. Segundo a Secretária de saúde Aparecida Gomes, o juiz de direito Gabriel da Silveira Matos, foi informada hoje pela manhã de que o paciente ainda não foi devidamente atendido. Por volta das 11h, após a gravação desta reportagem, o juiz Gabriel da Silveira, após diversas ligações, conseguiu uma vaga para o paciente no hospital HGU em Cuiabá.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?tipo=ler&mat=401340>

25/01/2012

10h20



## Município de MT não poderá prestar assistência jurídica a cidadãos

Uma decisão judicial, em sede de liminar, determinou a suspensão do fornecimento de assistência jurídica prestada pelo município de Nova Olímpia. Além dos serviços prestados pela "Defensoria Pública Municipal" o juízo da 3ª Vara da Comarca de Barra do Bugres também determinou a interrupção do pagamento dos honorários ao advogado contratado para este serviço.

A decisão é resultado de uma ação civil pública impetrada pela Defensoria Pública de Mato Grosso. Os defensores Leandro Fabris Neto e Rafael Pereira Cardoso alegaram que a assistência jurídica prestada pelos municípios é vedada pela Constituição Federal, ainda mais quando a Comarca é provida dos serviços prestados pela Defensoria Pública do Estado.

Nova Olímpia tinha um gasto mensal de R\$ 3 mil com um advogado particular responsável cuidar dos casos de violação de direitos por ocorrência de violência física, psicológica, sexual, pensão alimentícia, divórcio, investigação de paternidade. O serviço atendia aproximadamente 50 pessoas por mês.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401376>

25/01/2012

09h55

## Estado vai realizar campanha para redução de acidentes de trânsito

Em virtude do índice elevado de acidentes com motos, o governo do Estado de Mato Grosso vai realizar uma campanha para redução de acidentes de trânsito, especialmente os acidentes com motos, pois segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 70% desses acidentes no Brasil, a culpa é do motociclista.

O tema foi discutido em reunião nesta terça-feira (24.01) pelo secretário chefe da Casa Civil, José Lacerda, com os titulares do Detran-MT, Batalhão de Trânsito, Secretarias de Segurança e Saúde.

O governador Silval Barbosa determinou à equipe a elaboração de um plano estadual de redução dos acidentes de trânsito, responsáveis pela maioria de fraturas, mutilações, invalidez e mortes. O que repercute no custeio da saúde pública. Os hospitais públicos do Estado estão abarrotados de acidentados no trânsito, a grande maioria é motociclista.

Para melhorar a capacitação será exigido mais rigor na formação de motoristas e motociclistas. Várzea Grande, por exemplo, disponibilizará de uma pista de treinamento para pilotos de motos e de automóveis.

Lacerda esclareceu que trata-se de um programa estadual de redução de acidentes de trânsito,



tendo em vista que tem reflexo direto na saúde pública pelo percentual elevado de fraturas, sequelas e mortes.

“Vamos exigir melhor qualificação dos condutores de motos e de carros, para evitar os acidentes”, disse Lacerda, lembrando que grande parte dos acidentes é por imprudência, imperícia ou negligência de uma das partes envolvidas nos acidentes.

Assim, o Estado vai fazer uma campanha de conscientização da sociedade para que ela também colabore. A campanha vai chamar à atenção do motorista para não abusar da velocidade, não ingerir bebida alcoólica e dirigir com responsabilidade

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401374>

25/01/2012 - 00h18

## MP e Procon vão apurar falta de atendimento médico em hospitais

do Diário da Serra

O Ministério Público Estadual (MPE) em ação conjunta com a Procuradoria de Proteção e Defesa dos Consumidores (Procon) em Tangará da Serra vai receber denúncias de pessoas que procuraram hospitais públicos ou privados e não receberam atendimento de urgência e emergência. O anúncio foi feito na manhã de ontem pelo promotor da Primeira Promotoria de Justiça Criminal, Renee do Ó Souza, e pela coordenadora do Procon de Tangará Adriana Gimenes da Silva. O objetivo é localizar pessoas que nos últimos dois anos não foram devidamente atendidas em quaisquer dos hospitais localizados em Tangará, sob a justificativa de que inexistiam médicos no local, seja pediatra ou não.

As denúncias poderão ser feitas diretamente no Procon, no MP, pelo telefone disque denúncia do MP, o 127, ou no link Ouvidoria do site [www.mp.mt.gov.br](http://www.mp.mt.gov.br). Em nota assinada pelos promotores Renee Souza e Daniela Berigo Buttner Castor em conjunto com a coordenação do Procon, as pessoas que não receberam atendimento médico são incentivadas a denunciar.

“Sua reclamação será importante para a devida apuração de irregularidade na prestação do serviço hospitalar de saúde relacionado ao atendimento de urgência e emergência”, diz a nota.

O promotor Renee Souza conta que já existe nas Promotorias de Justiça de Tangará da Serra uma investigação visando a apuração da falta de atendimento dos hospitais no serviço de urgência e emergência. A abertura do canal de comunicação com os usuários dos serviços médicos visa individualizar essas reclamações.

“As reclamações chegam ao Ministério Público de maneira extraoficial, o que é suficiente inclusive para a instauração do procedimento, mas neste instante o Ministério Público busca individualizar essas reclamações a fim de quantificá-las, ao menos ainda que seja por



estimativa, para tomarmos providências adequadas em face dessas irregularidades”, explica.

A falta de médicos especializados em pediatria, segundo o MP, é uma questão já levantada no procedimento em tramitação, através de informações de prestadores de serviço, mas a situação vai além já que também existem notícias que dão conta da falta de médicos em outras especialidades e principalmente problemas relacionados a negativa de atendimento de urgência e emergência.

Com os casos de cada denunciante o MP dará prosseguimento à investigação para verificar outras situações relacionadas a irregularidade. Uma opção, ao fim da apuração, será a celebração de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) entre os prestadores de serviço e o Ministério Público para sanear a irregularidade. “E aí sim, caso contrário, caso esse saneamento não ocorra, demandá-los judicialmente”, promete o promotor Renee do Ó Souza.

A coordenadora do Procon Adriana Gimenes diz que os denunciantes devem comparecer ao órgão munidos apenas de documentos pessoais, não sendo necessária nenhuma documentação que comprove a falta de atendimento – comprovação que segundo o Código de Defesa do Consumidor cabe à empresa denunciada.

“As pessoas têm que vir munidas de seus documentos pessoais, em caso de atendimento clínico para maiores. E se for caso relacionado a menores de idade também os documentos dos menores. Então será aberto um processo e como estamos em parceria com o Ministério Público, o caso vai ser encaminhado também aos promotores”, explica <http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401341>

23/01/2012 - 19h13

## Casos diagnosticados de hanseníase tiveram queda em Sinop

Só Notícias

Em 2010, 172 casos foram diagnosticados em Sinop (500 km ao norte de Cuiabá), já em 2011 o número caiu para 165. "Gradativamente, com a realização de campanhas e o acompanhamento correto vamos reduzir a quantidade de casos", aponta o secretário de Saúde, Mauri Rodrigues de Lima. O tratamento varia de seis a doze meses. Na primeira dose do tratamento, a maioria dos bacilos são fragmentados e não há mais chance de contaminação, contudo, o paciente ainda precisa do acompanhamento de especialistas.

A hanseníase é causada pelo bacilo de Hansen, o *Mycobacterium leprae*, um parasita que ataca a pele e nervos periféricos, mas também pode afetar outros órgãos como o fígado, testículos e olhos. Entre os primeiros sintomas estão o aparecimento de manchas dormentes, de cor avermelhada ou esbranquiçada, em qualquer região do corpo. Placas, caroços, inchaço, fraqueza muscular e dor nas articulações também podem ocorrer. O avanço da doença pode comprometer os nervos, causar deformações em regiões como nariz e dedos e impedir determinados movimentos, como abrir e fechar as mãos.



O diagnóstico é feito por meio de avaliação clínica com aplicação de testes de sensibilidade, força motora e palpação dos nervos e com exames laboratoriais. A transmissão do bacilo de Hansen é feita pelo ar ou pelo contato com pessoas infectadas, que não estejam em tratamento. O diagnóstico precoce e o tratamento correto podem evitar seqüelas e proporcionar ao paciente uma vida normal.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401200>

23/01/2012 - 14h56

## Casos de câncer de colo de útero pode ser maior do que o estimado pelo Inca,

Agência Brasil

O Brasil pode fechar o ano com um número de casos de câncer de colo de útero muito superior aos 17,5 mil estimados pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca). Apesar do número alarmante, o diretor do Instituto Oncoguia, Rafael Kaliks, considera a projeção do Inca conservadora. “Existe uma variabilidade muito grande do número de casos por 100 mil habitantes entre os estados e não tem motivo para uma região ter muito maior incidência do que outra. Existem locais onde os números não estão sendo documentados de forma adequada”, afirmou o oncologista.

Kaliks destaca, por exemplo, a situação da doença na Região Norte do país, onde o câncer de colo de útero ainda é o tipo de câncer que mais mata mulheres. “É mais comum que o câncer de mama. Se pensar que se trata de um câncer que se pode prevenir e que ninguém deveria morrer por esta doença, já que com a detecção precoce existe cura, é uma tragédia permitir que esta seja a principal causa de morte por câncer na região.”

Para o diretor do instituto responsável pela divulgação de informações sobre vários tipos de câncer, apesar de todos os esforços que o governo vêm fazendo desde a década de 1990, os casos da doença estão aumentando. Kaliks elenca duas razões para o cenário estabelecido. A primeira delas é a baixa adesão das mulheres ao exame de papanicolau. “Ou o papanicolau não está sendo feito nunca ou está sendo feito de forma irregular. O segundo motivo é que mesmo que uma mulher seja diagnosticada, em determinadas regiões, até que ela seja tratada, podem se passar meses e até um ano. E, nesse período de atraso do tratamento, a doença acaba se espalhando ou se tornando intratável. Quando a mulher chega para operar ela não é mais operável e ela acaba morrendo pela doença.”

O oncologista diz ser inaceitável que uma mulher morra por esse tipo de câncer em pleno século 20 e defende a inserção da vacina contra o HPV (vírus do papiloma humano, principal responsável pelo câncer de colo de útero) no calendário de imunização da rede pública de saúde. “Se você tem cinco projetos de melhoria do rastreamento [exame e diagnóstico do vírus] ao longo de 20 anos e, apesar da implementação desses cinco projetos, a mortalidade está aumentando, você tem que ser honesto e dizer 'vamos fazer mais alguma coisa?'”, afirmou o especialista criticando a posição do governo que ainda não incluiu a vacina no programa nacional.

“Além da educação sexual, teria o uso da vacina que diminui em 90% ou mais o risco do



aparecimento de lesões pré-malignas. O governo se apoia no argumento de que não se sabe se ocorrerá redução dos casos de câncer para dizer que não está justificada a incorporação da vacinação contra HPV na rede pública. Quando o mundo inteiro está aderindo a essa vacina”, disse Kaliks.

Por outro lado, o Ministério da Saúde garante que as negociações com os laboratórios estão em andamento. “O Programa Nacional de Imunização do Brasil é um dos mais completos do mundo. Temos agora três vacinas que estão sob análise [vacina contra hepatite A, contra varicela e contra HPV]. Antes de incluir uma vacina, o Ministério da Saúde tem que fazer vários estudos porque precisamos zelar pelos recursos da área, que já são menores do que deveriam ser, e temos que ter a certeza que cada vacina vai representar um avanço na saúde das pessoas”, explicou Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

Pelos cálculos do ministério, hoje são gastos R\$ 1,6 bilhão em todo o programa de vacinação. Os gastos com a nova vacina representariam R\$ 700 milhões só no primeiro ano. “A vacina já reduziu bastante o preço porque ela foi um relativo fracasso no mundo. Essa vacina só foi implementada em cerca de 30 países. Nos Estados Unidos, a cobertura chega a 30%, ou seja, com impacto epidemiológico praticamente nenhum. É uma vacina injetável, que precisa de três doses. Não é uma bala de prata mágica que a pessoa toma uma dose e fica protegida do câncer”, disse Barbosa, alertando que, mesmo imunizadas, as mulheres precisam continuar se submetendo aos exames periódicos.

O secretário destacou que a vacina só apresentaria impactos daqui a 30 anos, já que os testes, segundo ele, mostram eficiência apenas entre meninas de 9 a 12 anos de idade. “A vacina não teria qualquer impacto sobre os casos deste ano. Se vacinar em 2012 só esperaria algum impacto a partir de 2042. A preocupação que a gente tem de ter é com a saúde da mulher. Pensar quais as barreiras que, apesar dos avanços na ampliação da cobertura, existem? Em alguns lugares é a dificuldade de acesso, algumas barreiras são culturais ou de falta de informação”, ponderou Jarbas Barbosa.

Ainda segundo o ministério, as vacinas disponíveis hoje não cobrem todos os sorotipos do HPV. “Os próprios fabricantes estão desenvolvendo vacinas de nova geração que cobririam oito a nove sorotipos. Na negociação que o Brasil já está fazendo queremos garantir que o custo seja aceitável e que, quando fizer o acordo de transferência de tecnologia, esteja garantido que vamos ter acesso a essa segunda geração de vacinas. Se não teremos uma vacina antiga que cobre menos de 70% dos sorotipos”, explicou Barbosa.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401156>

» [Pagina Inicial](#) / [Notícias](#) / [Saúde](#)



## Doentes mentais e viciados têm tratamento desumano em Hospital

Foto: Reprodução



Doentes mentais e viciados têm tratamento desumano em Hospital

Pacientes deitados no chão, paredes com mofo, banheiros sujos e com azulejos quebrados, esgoto correndo a céu aberto e o mato crescendo na área de recreação.

Essa triste e desumana realidade foi encontrada pelos membros do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso (CRM-MT), nas unidades I e III do Centro de Atenção Psicossocial (Ciaps) Aduino Botelho, localizadas no Coxipó e no Centro Político Administrativo (próximo ao Detran), respectivamente.

Além disso, as camas estão enferrujadas e há colchões espalhados pelo chão, há insuficiência de profissionais das áreas médica e de enfermagem, bem como faltam medicamentos e materiais de trabalho e higienização.

Durante entrevista coletiva, na segunda-feira (23), a presidente do CRM, Dalva Alves das Neves, destacou que a situação vivenciada pelos pacientes do Aduino Botelho é um caos e que as unidades estão pedindo socorro.

Agora, os relatórios das visitas serão enviados ao Ministério Público Estadual (MPE), para que acione o Estado e encontre uma maneira de melhorar o atendimento aos pacientes dessas duas unidades.

“Faltam estrutura física, materiais, medicação, profissionais. Falta tudo. Não tem nada lá. O CRM pede socorro. Nós fazemos o nosso dever. Nós constatamos e mandamos (a denúncia para o MPE), mas não temos nenhuma outra arma que possamos usar”, reclamou a presidente do CRM.



A possibilidade de interdição das unidades não foi descartada pelos conselheiros, mas a hipótese será avaliada durante a primeira sessão plenária do Conselho neste ano.

“Ciaps é questão do Estado, cabe ao governador (Silval Barbosa) tomar alguma providência. Não dá pra continuar do jeito que está. Isso não é de hoje e só piora com o tempo. Vai ser colocada em votação, na nossa primeira sessão plenária de 2012, a interdição ética dos Ciaps, e todos os conselheiros vão dar a sua opinião”, explicou Dalva.

Para os conselheiros do CRM, os pacientes do Adauto Botelho são tratados de maneira desumana e, apesar da interdição ser o caminho mais viável, torna-se um risco para a sociedade, uma vez que o hospital é o único que trata de pessoas que sofrem de problemas mentais.

“Como pode ser tratado um paciente psiquiátrico nessas condições? É desumano. O paciente já tem uma estrutura deficiente, vai lá para ser tratado com dignidade, e não é. Isso fere diretamente a lei que atende ao paciente psiquiátrico (Lei 10.216/2001). Ele não é tratado. Ele finge que é tratado, porque não têm condições físicas de ser tratado e não têm profissionais em quantidade suficiente”, afirmou a presidente do CRM.

**Unidade I** – A Unidade I do Adauto Botelho, localizada no bairro Coxipó, em Cuiabá, é composta por três alas de internação – uma feminina (20 leitos) e duas masculinas (50 leitos) – e um setor de Pronto Atendimento (14 leitos).

Em todos os setores, as paredes apresentam infiltrações, têm mofo ou estão descascadas, a iluminação é precária e não há ventilação. Os banheiros estão em péssimas condições de uso e os bebedouros não possuem proteção ou higienização.

Além disso, muitos equipamentos não funcionam e a pouca medicação existente fica condicionada em armários destrancados e, em alguns casos, misturados com pertences pessoais de funcionários.

No almoxarifado, produtos de higiene são guardados junto com materiais de escritório e os materiais estão sujos ou empoeirados pela falta de uso. A área de recreação, além de estar encoberta por mato e ter caixa de esgoto ao céu aberta, não possui qualquer tipo de pavimentação.

Outro problema grave é que não há médicos suficientes para fechar a escala de plantão no Pronto Atendimento. Até mesmo a vistoria teve que ser acompanhada por profissionais da enfermagem, pois não a unidade está sem direção.

“A unidade não tem diretor técnico, não tem diretor clínico. A visita foi acompanhada pela enfermagem, porque não têm um responsável técnico médico nem clínico médico”, criticou a



presidente do CRM.

Além disso, o lixo hospitalar é misturado ao lixo comum e o único produto de limpeza usado em toda a unidade é o hipoclorídrico.

Em 2010, três mortes foram registradas por falta de atendimento adequado e, em 2011, o número de óbitos subiu para sete.

**Mistura de pacientes** – Na unidade I, deveriam ser tratados somente pacientes com distúrbios psiquiátricos, mas, por falta de opção, mulheres que são dependentes químicas acabam sendo internadas lá para tratamento.

A situação já resultou em relatos de abuso e agressões dentro da unidade, de acordo com o vice-presidente do CRM, Arlan Azevedo, que participou das vistorias. Os funcionários administrativos da unidade também ficam expostos à agressividade de alguns pacientes mais graves.

“As mulheres dependentes de drogas lícitas ou ilícitas são atendidas no Ciaps I porque não há lugar para atendê-las. Aí, elas são misturadas aos pacientes com doenças mentais”, contou.

Segundo ele, os pacientes vivem em condições subumanas que ferem a legislação federal, uma vez que a Lei 10.216/2001 prevê que os doentes mentais devem ter acesso ao melhor tratamento de saúde e serem tratados com humanidade. “Há uma infração legal”, reclamou Azevedo.

**Unidade III** – A unidade III é destinada ao atendimento de pacientes do sexo masculino que sejam dependentes de drogas. A unidade, localizada próximo ao Detran, no Centro Político Administrativo (CPA), tem capacidade para atendimento de 50 pacientes e, atualmente, conta com 27 internos.

As deficiências são as mesmas encontradas na primeira unidade, com um agravante: apenas um psiquiatra e dois clínicos gerais atuam na unidade e, em caso de emergência, como uma overdose, não há ambulâncias para transportar os pacientes.

A limpeza das alas ficam a cargo dos internados, porque os serviços de limpeza da unidade foram terceirizados. Além de não serem feitos diariamente, são realizados somente no período matutino. Também não há proteção na cozinha ou na área externa, implicando, assim, na insegurança de funcionários e pacientes da unidade.

“Cerca de 80% das internações são compulsórias, ou seja, por ordem judicial, o que agrava ainda mais a situação”, afirmou Azevedo. Isso porque, dessa forma, os pacientes resistem ao tratamento, uma vez que não buscaram o tratamento por iniciativa própria, já tendo sido



registrado, até mesmo, consumo de drogas dentro da unidade.

Os conselheiros ressaltaram ainda que o local acaba sendo usado também como fuga, pois há internos que buscam tratamento no local para se proteger de “rixas” e ameaças de morte nos presídios ou para fugir de dívidas com traficantes de drogas.

Segundo a presidente do CRM, essa unidade funciona como resultado de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES), sob Pedro Henry, e a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (Sejudh), sob Paulo Lessa.

A estrutura física é de responsabilidade da Sejudh. Dalva Neves ressaltou que o Termo de Cooperação Técnica entre as duas secretarias não é ajustado há anos, e a SES justifica a falta de investimento nas manutenções por ser atribuição da outra pasta estadual.

<http://www.primeirahora.com.br/site/index.php?pg=noticia&intNotID=47337>

» [Página Inicial](#) / [Notícias](#) / [Saúde](#)

24/01/2012 - 08:37 - Fonte: Primeira Hora-Mídia News

## Gastos com nova vacina podem chegar a R\$ 700 milhões

Foto: Divulgação

zoom



Gastos com nova vacina podem chegar a R\$ 700 milhões

Pelos cálculos do ministério, hoje são gastos R\$ 1,6 bilhão em todo o programa de vacinação. Os gastos com a nova vacina representariam R\$ 700 milhões só no primeiro ano. “A vacina já reduziu bastante o preço porque ela foi um relativo fracasso no mundo. Essa vacina só foi



implementada em cerca de 30 países. Nos Estados Unidos, a cobertura chega a 30%, ou seja, com impacto epidemiológico praticamente nenhum. É uma vacina injetável, que precisa de três doses. Não é uma bala de prata mágica que a pessoa toma uma dose e fica protegida do câncer”, disse Barbosa.

O secretário destacou que a vacina só apresentaria impactos daqui a 30 anos, já que os testes, segundo ele, mostram eficiência apenas entre meninas de 9 a 12 anos de idade. “A vacina não teria qualquer impacto sobre os casos deste ano. Se vacinar em 2012 só esperaria algum impacto a partir de 2042. A preocupação que a gente tem de ter é com a saúde da mulher. Pensar quais as barreiras que, apesar dos avanços na ampliação da cobertura, existem? Em alguns lugares é a dificuldade de acesso, algumas barreiras são culturais ou de falta de informação”, ponderou Barbosa.

Ainda segundo o ministério, as vacinas disponíveis hoje não cobrem todos os sorotipos do HPV. “Os próprios fabricantes estão desenvolvendo vacinas de nova geração que cobririam oito a nove sorotipos. Na negociação que o Brasil já está fazendo queremos garantir que o custo seja aceitável e que, quando fizer o acordo de transferência de tecnologia, esteja garantido que vamos ter acesso a essa segunda geração de vacinas. Se não teremos uma vacina antiga que cobre menos de 70% dos sorotipos”, explicou Barbosa.

<http://www.primeirahora.com.br/site/index.php?pg=noticia&intNotID=47321>

SAÚDE

## Hospital Psiquiátrico acumula problemas

**Vistoria do CRM em unidade de saúde comprova a situação de descaso e de abandono vivida por pacientes**



Conselho Regional de Medicina e Governo do



**ALECY**

Da

**ALVES** Estado reconhecem que a situação não é nada boa

Reportagem

O serviço de saúde mental mato-grossense é o retrato fiel do abandono, do descaso e do desrespeito aos usuários do SUS e suas famílias, conforme comprovou a mais recente vistoria de uma comissão de médicos nomeada pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) às unidades do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho.

Na unidade de tratamento de dependentes de álcool e drogas, localizada perto da sede do Detran, foram levantados indícios da entrada de bebidas e drogas para consumo dos pacientes. Por causa da precariedade das instalações e da falta de suporte técnico, o hospital funciona 40% abaixo da capacidade.

Criado para atender 50 pacientes, atualmente tem apenas 27 internados, conforme relatórios divulgados ontem à tarde pela presidente do CRM-MT, Dalva Alves das Neves, e pelo vice-presidente Arlan de Azevedo Ferreira.

Lá, informa o CRM, 80% dos pacientes são dependentes que foram internados compulsoriamente (por determinação judicial) porque recusavam o tratamento, seja pela dependência do álcool ou por drogas (como crack e cocaína).

Nessa unidade, conforme o vice-presidente Arlan de Azevedo Ferreira e o conselheiro Valdiro José Cardoso Júnior, responsáveis pela vistoria, havia pacientes que estavam há semanas sem medicamentos. E, ainda, doentes mentais misturados com dependentes de drogas.

Em todas as unidades, denunciam os diretores do CRM, faltam medicamentos, os equipamentos estão danificados por falta de manutenção, as camas quebradas, o esgoto correndo a céu aberto, o lixo armazenado inadequadamente, as paredes com infiltrações, os banheiros que não funcionam (sequer têm chuveiro) e a rede elétrica com fiação exposta.

Nas duas alas de internação masculina da unidade do Coxipó, no bairro CoopHEMA, uma com capacidade para 30 e outra para 20 pacientes, não há “carro de parada”, ou seja, o conjunto de equipamentos para atendimento de urgência de pacientes, como exige a legislação, entre eles o desfibrilador (para socorro cardíaco).

O laringoscópio não funciona e as medicações de urgência são armazenadas em uma caixa, sem muita organização. Também não há número adequado de cânulas e as que existem estão com prazo de validade vencido – e, além disso, o aspirador também não tem condições de uso, diz o documento. Situação similar se verifica na Ala Feminina, que dispõe do mesmo número de vagas.

No Pronto Atendimento (PA), que também funciona no CoopHEMA, onde há 14 leitos para observação dos pacientes por até 72 horas, o laringoscópio não funciona porque está sem pilha, faltam diversas medicações (incluindo adrenalina), enquanto a sala de acolhimento está com as paredes descascadas e infiltrações. No posto de enfermagem não há chave ou tranca



no armário de medicamentos psicotrópicos, onde bolsas e outros pertences dos funcionários se misturam aos remédios.

A situação do Adauto está sendo denunciada ao Ministério Público Estadual para que o governo possa ser acionado judicialmente e fazer as melhorias na saúde.

O secretário de Saúde, Pedro Henry, disse que quem denunciou a situação do Adauto Botelho foi ele, com o objetivo de implantar uma “política de saúde mental”. Entretanto, teria encontrado resistência por parte dos servidores. Nos próximos meses, prevê o secretário, o Governo do Estado receberá um projeto de mudanças sugerido pelo professor da Escola Paulista de Medicina, Ronaldo Laranjeiras, que já esteve em Cuiabá conhecendo o serviço atual.

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=405673>

## PS de VG também tem problemas

Da Reportagem

No Pronto Socorro Municipal de Várzea Grande, também alvo de vistoria do CRM, além da superlotação, que já é rotina, falta higiene, há equipamentos danificados e pacientes entubados e sob ventilação mecânica acomodados em macas no setor de emergência, quando deveriam estar na UTI.

No espaço denominado “Bloco D”, há pessoas internadas sem o acompanhamento permanente de médico plantonista, distante da emergência. Nove delas estão em poltronas e sete camas praticamente sem espaço entre um leito e outro, abrigando pacientes de ambos os sexos e todas as idades (inclusive menores), sem condições de higiene, sem enfermeira e apenas dois técnicos em enfermagem.

“Esses seriam os pacientes que estariam nos corredores e que agora foram confinados a este ambiente sem as mínimas condições de atendimento”, escrevem no relatório a presidente do CRM-MT Dalva Alves das Neves e o conselheiro Pedro Luis Reis Crotti.

No Box de Emergência há equipamentos, como dois desfibriladores que estão sobre o balcão/pia, desligados, supostamente por falta de instalações elétricas adequadas. Até o local destinado à hidratação venosa está sendo utilizado como unidade de internação. E há um único banheiro para atender todos os pacientes de ambos os sexos.

O corredor do Centro Cirúrgico também acomoda pacientes que foram operados e agora estão se recuperando sobre macas ao lado de familiares, enquanto outros pacientes, também operados, permanecem dentro do centro cirúrgico por falta de vagas nas enfermarias.



Já a sala de atendimento do médico ortopedista e a sala de gesso são o mesmo ambiente físico. Há uma caixa de depósito de detritos (gesso e demais) que está localizada dentro da própria sala, exalando intenso mau-cheiro, por falta de manutenção, por estar colocada indevidamente neste local e podendo causar contaminação do local.

Na ala de obstetrícia, por exemplo, não há sala de reanimação para recém-nascidos e as salas cirúrgicas, de forma improvisada, sem equipamentos e condições mínimas de segurança.

A exemplo do Aduino Botelho, o relatório dessa vistoria também será encaminhado ao Ministério Público. A reportagem não conseguiu falar com o secretário municipal de Saúde, Marcos José da Silva. (AA)

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=405674>

## ORGANIZAÇÃO

# Pasta da Saúde sofrerá mudanças

SONIA FIORI  
DA REDAÇÃO

A Câmara Municipal de Várzea Grande aprovou em sessão extraordinária, por unanimidade, na presença de 12 vereadores, o Projeto de Lei 03/2012, que dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. A pasta, comandada por Marcos José da Silva, com recursos da ordem de R\$ 93 milhões junto ao orçamento estimado para o atual exercício, sofrerá mudanças emblemáticas. A meta é promover a reengenharia de um sistema “arcaico” com promessa de melhoria no atendimento. Assim, o quadro funcional também passará por revisões.

Apenas o presidente do Legislativo, Antônio Gonçalo Pedroso de Barros (PSD), o Maninho, não participou da sessão, que contou com apoio direto do líder do governo, Edil Moreira, para validação da matéria, na manhã de ontem.

Secretário Marcos José explicou que a mensagem, na prática, prevê a inserção de uma política de adequações à realidade. A ideia é conseguir imprimir nova estrutura no atendimento básico, secundário e terciário. Estão delineadas adequações em relação às funções de servidores. Existe no atual modelo conflito entre funções que são exercidas mas que não correspondem ao cargo, o que ainda é comum no serviço público em várias esferas administrativas. Marcos disse que haverá mudanças sobre a sistemática de trabalho do Pronto Socorro de Várzea Grande, alvo de críticas ferrenhas, assim como o PS de Cuiabá.

O prefeito Sebastião Gonçalves (PSD) atravessa mais uma crise, com a batalha travada com profissionais da saúde, principalmente médicos, por questões como atraso de pagamento. O secretário defende a gestão municipal e lembra o esforço do prefeito para equilibrar o quadro.

Por meio da matéria, há perspectiva de melhoria do atendimento da população, com ações



como as de ampliação das unidades de PSF (Programa de Saúde da Família).

No Legislativo, Edil dá sequência a novas rodadas de discussões, para validação de matérias consideradas urgentes. Sebastião tem garantido agilidade no trâmite de projetos na Câmara Municipal, que até o ano passado, relutava em ser aliada.

<http://www.gazetadigital.com.br/pdf/m01a12/g2506p-a.pdf>

## Insatisfação com a saúde sobe 11 pontos em um ano

By

[Saúde com Dilma](#)

- Atualizado em 25/01/2012 **Postado em: z**



Datafolha aponta que 39% das pessoas consideram setor o mais problemático

da [Folha de São Paulo](#)

Atuação na educação é a mais bem avaliada; desemprego, no topo das reclamações no passado, é 3ª pior área

TATHIANA BARBAR

DE SÃO PAULO

Apesar de ter encerrado o primeiro ano de governo com aprovação recorde de 59%, a presidente Dilma Rousseff obteve um resultado negativo na pesquisa Datafolha realizada na semana passada.



Desde o final da gestão de Lula, aumentou em 11 pontos percentuais o número de brasileiros que consideram a saúde como o principal problema do país.

O levantamento indica ainda que a área em que numericamente o governo aparece com maior aprovação é a educação, com 11%, índice similar ao verificado após três meses de gestão (10%) e no final do governo Lula (9%).

A percepção de que a saúde é o principal problema do Brasil vem desde 2008.

No final de 2010, 28% dos entrevistados apontavam o setor como o mais preocupante. Após três meses da gestão Dilma, o número foi a 31%, e agora chega a 39%.

Em anos anteriores, o desemprego era, disparado, a principal preocupação. Hoje, está em 3º (9%).

## EMENDA

A percepção negativa sobre a saúde envolve não só a gestão federal, mas a de Estados e municípios.

O tema foi um dos pontos centrais de discussão entre Planalto e Congresso no ano passado, resultando na sanção neste mês de regulamentação da emenda que impede governadores e prefeitos de usar artifícios para reduzir gastos com saúde.

Apesar disso, algumas promessas eleitorais de Dilma para o setor empacaram no primeiro ano, devido aos cortes de investimentos, entre outros fatores. Os gastos para a construção de 8.600 Unidades Básicas de Saúde, por exemplo, não chegaram a 10% do disponível

Entre os compromissos cumpridos está o acesso gratuito a medicamentos para diabéticos e hipertensos.

O Datafolha ouviu 2.575 pessoas nos dias 18 e 19, com margem de erro de dois pontos para mais ou para menos.

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2012/01/25/insatisfacao-com-a-saude-sobe-11-pontos-em-um-ano/>

## Pleno do Conselho Nacional de Saúde reúne-se hoje e amanhã

By

[Saúde com Dilma](#)

- Atualizado em 25/01/2012 **Postado em:** [z](#)



*por Equipe do Blog*

A primeira reunião plenária do Conselho Nacional de Saúde em 2012 ocorre hoje e amanhã (05 e 06) e pode ser acompanhada ao-vivo através da internet.

É possível assistir ao lado, utilizando internet explorer. Para assistir, basta clicar no link [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=400](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=400)(é necessário assistir usando internet explorer ou [realplayer](#))

**Veja abaixo a pauta da reunião**

	<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – Ministério da Saúde</b>
<b>PAUTA DA DUCENTÉSIMA VIGÉSIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	

**Data** : 25 e 26 de janeiro de 2012

**Local:** Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde” – Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar – Brasília/DF.

**DIA: 25 DE JANEIRO DE 2012 – INÍCIO: 9 HORAS –  
TÉRMINO: 20H**



9h às 9h30min

## **ITEM 01 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 229ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS**

### **Aprovação da Ata da 228ª Reunião Ordinária do CNS**

Apresentação e Deliberação: **Rozângela Fernandes camapum** – Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde

Coordenação: **José Marcos de Oliveira** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

9h30min às 12h30min

## **ITEM 02 – BALANÇO DO ANO DE 2011 nA SAÚDE**

Coordenação: **Clóvis Adalberto Boufleur** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

12h30min às 14h – **Almoço**

14h às 15h

## **ITEM 03 – apresentação do RELATÓRIO da 14ª CNS**

Apresentação e Deliberação: – **Comissão Geral de Relatoria da 14ª CNS**

- **Mesa Diretora CNS**

Coordenação: **Jurema Pinto Werneck** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

15h às 20h

## **ITEM 04 – AÇÕES DO CNS para 2012**

Apresentação e Deliberação: **Clóvis Adalberto Boufleur** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

**Rozângela Fernandes Camapum** – Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde

Coordenação: **Alexandre Rocha Santos Padilha** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

**DIA: 26 DE JANEIRO DE 2012 – INÍCIO: 9 HORAS –  
TÉRMINO: 17 HORAS**



9h às 12h

## **ITEM 05 – DECRETO Nº. 7508, DE 28 DE JUNHO DE 2011, QUE REGULAMENTA A LEI Nº. 8080/90**

Apresentação: **Luiz Odorico Monteiro de Andrade** – Secretário de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS

**Marco Antônio Teixeira** – Procurador de Justiça – Ministério Público do Estado do Paraná

Coordenação: **Maria do Socorro de Souza** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

12h às 12h30min

## **ITEM 06 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH – APROVAÇÃO DE PARECER**

Apresentação e Deliberação: **Ana Estela Haddad** – Coordenadora da CIRH/CNS

Coordenação: **Francisco Batista Júnior** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

**Referência:** Processo nº 20050009075

**Interessado:** Centro Universitário de Votuporanga

**Curso:** Autorização do Curso de Medicina

12h30min às 14h – **ALMOÇO**

14h às 15h30min

## **ITEM 07 – Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento**

### **– PRESTAÇÃO DE CONTAS DO MS – 1º, 2º e 3º TRIMESTRE/2011**

Apresentação: **Sandra Yoko Sato** – Subsecretária Adjunta de Planejamento e Orçamento-SPO/MS

**Fernando Luiz Eliotério** - Coordenador da COFIN

Coordenação: **Francisco Batista Junior** - Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

15h30min às 17h



## ITEM 08 – INFORMES e indicações

### – PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS/2011

Apresentação e Deliberação: **Rozângela Fernandes Camapum** – Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde

Coordenação: **José Marcos de Oliveira** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/01/25/pleno-do-conselho-nacional-de-saude-reune-se-hoje-e-amanha/>

## Urge resistir ao desvio de missão dos serviços de saúde

By

[Saúde com Dilma](#)

- Atualizado em 24/01/2012 **Postado em:** [Fátima Oliveira, z](#)



por *Fátima Oliveira*

Médica - [fatimaoliveira@ig.com](mailto:fatimaoliveira@ig.com) @oliveirafatima\_

A falta de retaguarda de leitos hospitalares para quem não precisa permanecer em pronto-socorros e necessita de internação é o gargalo que explica em parte a superlotação de UPAs e pronto-socorros de Belo Horizonte. Outros motivos são a insuficiência e a baixa resolutividade da rede básica, além do acesso dificultado a ambulatórios de especialidades. Nenhuma novidade. As autoridades sanitárias responsáveis sabem disso há muito tempo. Todavia, as medidas que deveriam ter sido tomadas não foram levadas a cabo à altura do problema. A rotina em Belo Horizonte é a superlotação de urgências e emergências, que viram “casa de passagem” – local de “espera de vaga hospitalar”, que demora e muitas vezes não sai, o que transforma as chamadas observações em enfermarias! Não é surpresa o fenômeno da superlotação resultar em impossibilidade de um pronto-socorro



cumprir a sua missão 24 horas: atender urgências e emergências, até por uma questão de lei da física: dois corpos não podem ocupar ao mesmo tempo o mesmo lugar no espaço. As UPAs viraram “postões”, desviadas da missão para a qual foram “inventadas”, – equipamento intermediário de atenção capaz de resolver pequenas e médias urgências. As UPAs atendem um número enorme de consultas, obrigação de postos e/ou ambulatorios. Não é só que as pessoas vão às UPAs porque não sabem a finalidade delas, mas é, sobretudo, porque a rede básica não dá conta da demanda. É o olhar sobre o desvio de função e suas causas que permite entender a superlotação de urgências e emergências, situações que possuem responsável: o gestor municipal. Não há dúvida! Tanto faz ser em Belo Horizonte como em qualquer município que enfrente situação similar, embora nas capitais, incluindo a região metropolitana, tal “inferno de Dante” é em muito piorado.

Muitos municípios das regiões metropolitanas fazem de conta que não têm nenhuma obrigação sanitária para com seus cidadãos, apenas compram ambulâncias para desovar doentes na capital 24 horas, ininterruptamente. As exceções são raras. A garantia do exercício do direito constitucional à saúde é dever, primeiramente, do governo do local onde o doente se encontra. Ou seja, do gestor municipal. É inaceitável que tal responsabilidade seja jogada nos ombros das instituições de saúde e dos profissionais que lá trabalham, atendendo doentes ou coordenando plantão.



A regra tem sido a inversão do óbvio, configurando que as prefeituras querem fazer cortesia às custas do chapéu alheio (médicos e serviços de saúde, que não os próprios), sem a contrapartida de condições de trabalho. Em ano eleitoral, a tendência é piorar, em todos os sentidos, inclusive com a adoção do abuso de poder como regra geral, a exemplo de um serviço que deve primar pela excelência em salvar vidas, como o [Samu](#), sendo obrigado a adotar a prática de desova –

deixar o doente em local sem vaga, isto é, leito mais suporte de recursos humanos e equipamentos necessários ao doente grave.



Como cidadã, exijo um Samu cada vez mais de excelência. Como médica, sei e cumpro o meu dever moral, ético e político de “me virar” para dar retaguarda real ao Samu; mas quedo-me ao concreto: as vidas não são virtuais. Compartilho da opinião de que negar vaga ao Samu (ter a vaga e mentir que não tem) não é só imoral, é criminoso, assim como “desovar” doentes não é missão do Samu nem pode passar a ser rotina, pois também não é apenas



imoral, mas criminoso. Como deixar um doente que pode sobreviver num lugar onde ele pode morrer?

Publicado no Jornal [OTEMPO](#) em 24.01.2012



O **SAMU 192** (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências desde 2003, e ajuda a organizar o atendimento na rede pública prestando socorro à população.

Com o SAMU 192, o governo federal está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia através

de chamada gratuita para o telefone 192 e conta com equipes de profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza **traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.**

FONTE: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FOLDER\\_SAMU.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FOLDER_SAMU.pdf)

[Servidores querem reajuste e melhores condições](#) (Fotos: Portal Infonet), 20.09.2010, Sergipe)



[Salários atrasados provocam paralisação do Samu, em Guanambi, Bahia](#) (19.11.2011). [(Foto: Farol da Cidade)]

[SAMU não é “Médico Delivery” e muito menos “Táxi”!](#)

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2012/01/24/urg-resistir-ao-desvio-de-missao-dos-servicos-de-saude/>



## TERCEIRIZAÇÃO

Detalhes

Publicado em Quarta, 25 Janeiro 2012 08:00

O que uma empresa pretende, quando terceiriza a prestação de determinados serviços, é a racionalização das operações empresariais, reduzindo custos, restando focada somente na sua atividade-fim.

Deve-se deixar claro, que o lucro é o objetivo-fim de toda empresa, pois é através do lucro que ocorre a expansão da atividade.

A idéia de muitos, principalmente dos que são contrários a terceirização, é a de que há precarização das relações laborais, o que entendo ser um tremendo equívoco. Num mundo globalizado, país nenhum pode se dar ao luxo de desprezar a terceirização. Mas nenhum país cresce na incerteza jurídica.

E como não há qualquer legislação que proíba ou regule a terceirização, a súmula nº 331 do TST, pacificou em parte os conflitos suscitados, proibindo a terceirização de serviços atinentes à atividade-fim da empresa, resultando num descompasso entre o “mundo dos fatos” e a jurisprudência fixada, pois contraria o princípio constitucional de que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

O desafio é como dar uma roupagem jurídica a um procedimento que, a rigor, é de natureza econômico-administrativo, de âmbito interno da empresa.

A divergência de perspectivas é a principal razão para se produzir uma regulamentação formal sobre a matéria, daí, a lentidão na tramitação dos projetos de lei que pretendem normatizar o assunto.

Porém enquanto não for pacificada a matéria através de lei, deve-se seguir a orientação da súmula nº 331 do TST, que admite a terceirização somente em serviços especializados, tais como vigilância, conservação e limpeza, entre outras atividades vinculadas a atividade-meio da tomadora de serviços.

A terceirização deve ser formalizada, expressamente, entre pessoa jurídica ou pessoa física (profissional autônomo) e de acordo com as normas contidas no Código Civil, sem a existência de elementos que caracterizem a relação de emprego: Subordinação, habitualidade, horário, pessoalidade e salário.

Um alerta. Se o contrato for considerado fraudulento, em decorrência de sonegação de direitos dos empregados, a contratante responderá solidariamente, por todos os direitos trabalhistas fraudados.



Mesmo quando o contrato for considerado válido, se a Contratada não tiver quitado todos os encargos e direitos dos trabalhadores, como FGTS, INSS, Férias, 13º, horas extras, etc., e não tiver patrimônio para suportar a execução desses direitos, a tomadora dos serviços poderá ser condenada a pagar, na condição de responsável subsidiária.

Portanto, uma fiscalização mensal e permanente nos documentos da empresa terceirizada é prudente e recomendável, para não haver desagradáveis surpresas no futuro.

Otacílio Peron é advogado da CDL Cuiabá e FCDL/MT

<http://www.circuitomt.com.br/artigos/10457-terceirizacao.html>

## Frente retomará pressão para aumentar investimentos na saúde

Dois dias depois da sanção da lei fixando os valores mínimos que a União, os estados e os municípios devem aplicar na saúde — a regulamentação da Emenda 29 (Lei Complementar 141/13) —, o presidente da Frente Parlamentar da Saúde, Darcísio Perondi (PMDB-RS), disse que o grupo vai se reunir em março com o objetivo de retomar a pressão para aumentar os investimentos do governo federal no setor para 10% do Orçamento.

Esse percentual foi defendido pela frente durante a votação, no Senado, da proposta que originou a lei, mas foi derrotado por orientação do governo. A nova lei determina que o governo federal aplique em saúde no mínimo o valor usado no ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) no período.

Segundo o deputado Perondi, esse valor equivale a apenas 7% do Orçamento, valor insuficiente para resolver o problema da saúde. Ele argumenta que o Executivo tem condições de investir mais. “O governo tem uma bondade celestial com um grupo seletivo de empresários, que capta empréstimos com juros de apenas 6%, mas ao mesmo tempo tem um rigor bélico com os doentes que precisam de tratamento e com as crianças que precisam de vacinas”, criticou.

Apesar de exigir o aumento dos gastos federais, Perondi comemorou a definição, pela nova lei, do que são ou não gastos em saúde, o que vai impedir que o Orçamento seja maquiado com despesas alheias ao setor e facilitar a fiscalização: “Gasto de saúde não é saneamento, esgoto, plano de saúde das secretarias de saúde, previdência dos servidores. É para atendimento de saúde universal, o que agora está claro na lei”.

### Vetos

Perondi criticou o veto da presidente Dilma Rousseff ao dispositivo, aprovado pelo Congresso, que aumentava os valores aplicados na saúde sempre que houvesse reestimativa do PIB. “Esse veto traz a simbologia de que o governo não quer colocar mais dinheiro na saúde, porque a medida teria um impacto pequeno”, avaliou.



A oposição já anunciou que vai defender a derrubada desse veto. O líder do PSDB, deputado Duarte Nogueira (SP), quer pedir urgência na análise desses vetos pelo Congresso Nacional, contando com os votos dos parlamentares defensores da saúde como trunfo para a derrubada do veto. “Como a votação será secreta, a chance de derrubarmos esses vetos é real”, disse Nogueira.

O presidente da Frente da Saúde, no entanto, tem outra avaliação. “A chance de derrubada de veto é zero”, disse Perondi.

Já o líder do governo, deputado Cândido Vaccarezza (PT-SP), sustenta que os vetos de Dilma foram técnicos e não prejudicam a essência da regulamentação dos investimentos públicos. “O que a oposição está fazendo é um debate político. É legítimo, mas eu não acredito que eles tenham número para derrubar vetos”, afirmou Vaccarezza.

**Reportagem – Carol Siqueira e José Carlos Oliveira**

**Edição – João Pitella Junior**

**Fonte: Agência Câmara de Notícias**

**[http://www.idisa.org.br/site/documento\\_6974\\_0\\_frente-retomara-pressao-para-aumentar-investimentos-na-saude.html](http://www.idisa.org.br/site/documento_6974_0_frente-retomara-pressao-para-aumentar-investimentos-na-saude.html)**

## **Ministério Público poderá acompanhar liberação de remédio a doente crônico**

A Câmara analisa o Projeto de Lei 2541/11, do deputado Neilton Mulim (PR-RJ), que torna obrigatória a comunicação direta entre o Ministério Público e instituições de saúde nos casos em que pacientes portadores de doenças crônicas ou que sofram risco iminente de morte comprovem incapacidade financeira de arcar com os custos do tratamento.

A proposta pretende garantir a liberação imediata de medicamentos de uso continuado ou não, artigos hospitalares, exames e outros tipos de assistência médica.

Para ter acesso ao benefício o paciente precisa apresentar cartão de cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS) e comprovante de baixa renda.

Segundo o autor, atualmente o paciente recorre ao Ministério Público somente quando já teve os direitos feridos e a saúde e a qualidade de vida diretamente afetadas pela ineficácia do sistema.

“O atendimento e a relação direta dos pacientes com as secretarias de saúde são muitas vezes ineficazes em razão do número de solicitações que se acumulam e das diversas outras questões burocráticas envolvidas”, argumenta Mulim. “O que propomos é mais agilidade nesse atendimento.”



O projeto estabelece prazo máximo de três dias para que o Ministério Público determine às secretarias de Saúde municipais e estaduais o cumprimento da ordem de atendimento ao beneficiário.

## Tramitação

O projeto tramita em caráter conclusivo e será analisado pelas comissões de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Leia a íntegra da proposta do [PL-2541/2011](#)

Reportagem – Murilo Souza

Edição – Natalia Doederlein

[http://www.idisa.org.br/site/documento\\_6970\\_0\\_ministerio-publico-podera-acompanhar-liberacao-de-remedio-a-doente-cronico.html](http://www.idisa.org.br/site/documento_6970_0_ministerio-publico-podera-acompanhar-liberacao-de-remedio-a-doente-cronico.html)

## A Regulamentação da EC-29 e o Financiamento da Saúde no Brasil

André Medici

Enfim, a regulamentação...

Em 7 de dezembro de 2011, a regulamentação da Emenda Constitucional No. 29 (EC-29) foi aprovada pelo Senado. Foram mais de 10 anos de vai-e-vem, envolvendo o Senado, a Câmara, os Ministérios Econômicos, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. Discussões apaixonadas se realizaram entre várias correntes de pensamento e a questão do financiamento virou uma espécie de “samba de uma nota só”.

A proposta de regulamentação aprovada não foi aquela que as autoridades econômicas queriam. O Senado sabiamente evitou a criação de mais um imposto ou contribuição social que, inicialmente vinculado à saúde, acabaria indo pouco a pouco para a vala comum da imensa carga fiscal brasileira, através dos já conhecidos processos de desvinculação das receitas da União. Também não foi a que o Câmara enviou ao Senado, a qual aumentaria anualmente em R\$31 bilhões (com base no orçamento de 2011) os gastos federais com saúde, através de sua vinculação a 10% das receitas fiscais da União. No entanto, no dia 16 de janeiro de 2012, a Lei Complementar que regulamenta a EC-29 foi sancionada pela Presidência da República vetando 15 trechos do texto aprovado pelo Senado no início de Dezembro.

O que prevaleceu na decisão do Senado foram critérios para uma alocação orçamentária da saúde próxima aos patamares atualmente existentes. O mais importante, no texto da



regulamentação, foi a definição do que se deve considerar como gasto em saúde, a fim de evitar que os Tribunais de Contas acabassem por julgar procedentes definições oportunistas de gasto em saúde utilizadas pelos Estados e Municípios para reduzir às transferências ao setor.

O que prevaleceu nos vetos da Presidência foi a eliminação da correção dos recursos federais em conformidade com a variação do PIB e o uso de contas separadas para o setor, de acordo com as fontes de receita. Com isso, o Governo manteve sua disposição em controlar os recursos através da Conta Única do Tesouro, evitando que ganhos financeiros (extra-orçamentários) fossem transferidos ao setor saúde. Ao por um freio no aumento dos recursos federais, o governo implicitamente aumenta a responsabilidade dos Estados e Municípios no financiamento da saúde, o que está sendo alvo de críticas fundadas de governadores e secretários estaduais de saúde. Afinal de contas, boa parte do que estava sendo feito pelo Congresso era para aumentar os recursos federais para o setor.

No entanto, foi mantido na Lei Complementar o texto do Senado que define o conceito de gastos com saúde, evitando que os Estados e Municípios pudessem mascarar outros gastos, classificando-os como gastos com saúde. Além das definições impróprias de gasto em saúde, alguns governos sub-nacionais não alocavam os percentuais de 15% e 12% das receitas correntes dos Municípios e Estados e com isso, os recursos não aumentavam como deveriam. De acordo com os dados do SIOPS/MS para 2009 (os últimos disponíveis), dos 27 Estados brasileiros, apenas quatro não aplicaram o mínimo de 12% das receitas próprias em saúde em 2009. Eram eles Paraná (9,8%), Espírito Santo (11,8%), Rio Grande do Sul (7,2%) e Mato Grosso (11,7%). No entanto, uma análise mais acurada feita pelo Ministério da Saúde mostrou que, além destes, sete Estados não haviam alcançado o percentual por classificarem erroneamente suas prestações de contas junto ao sistema (São Paulo, Goiás, Ceará, Pará, Minas Gerais, Maranhão e Rio de Janeiro). Dentre as despesas classificadas erroneamente como gastos em saúde estão gastos com hospitais de servidores públicos, saneamento básico, abastecimento de água com cobrança de taxas, restaurantes populares e programas de transferência de renda, como o bolsa família. Este problema não ocorre com os municípios, onde apenas 11 (dos mais de 5.500) não conseguiram aplicar o mínimo de 15% em 2011, segundo os dados do SIOPS.

Não mais desculpas...

A falta de financiamento tem sido sempre o bode espiatório para justificar os problemas do sistema de saúde brasileiro. E como é conhecido, estes problemas não param de crescer. Entre dezembro de 2002 e outubro de 2011, de acordo com a Pesquisa IBOPE-CNI, a questão da saúde passou da segunda para a principal preocupação dos brasileiros. Uma pesquisa de opinião especial do IBOPE-CNI(1) recém publicada (janeiro de 2012), mostrou que 61% da população brasileira considera o serviço público de saúde péssimo ou ruim e 85% da população não percebe avanços no sistema público de saúde do país nos últimos três anos. Cerca de 55% considera a demora no atendimento o principal problema do sistema público de saúde em sua cidade.

A desculpa tem sido a de que o sistema de saúde poderia ser melhor se houvessem mais recursos para seu financiamento. Mas, embora na pesquisa IBOPE-CNI a esmagadora maioria



da população (95%) considere importante destinar mais recursos para a saúde, 82% acham que recursos adicionais poderiam ser obtidos se o governo acabar com a corrupção e somente 4% endossariam a proposta do governo de criar novos impostos para financiar a saúde. A maioria atribui melhores notas aos serviços privados do que aos públicos e 63% concorda com a transferência da gestão dos hospitais públicos para o setor privado.

Com a nova Lei complementar que regulamenta a EC-29, a definição dos recursos federais para o setor e o fim da pressão diária para sua votação, os governos em todas as esferas, vão ter que arregaçar as mangas e não buscar mais desculpas para justificar o descontentamento da população. Terão que gastar melhor os recursos que tem, se quiserem melhorar os resultados. Terão que saber quanto precisam gastar a mais para cumprir com os direitos constitucionais da população e dar valor a cada centavo que recebem do orçamento. Terão que acompanhar milimetricamente o que esta sendo feito com os recursos destinados para as emendas parlamentares na saúde e vão ter que buscar saídas para gastar melhor.

Ao final das contas, o Ministério da Saúde acabou recebendo em 2012 mais do que esperava. A proposta do Orçamento da União para 2012, aprovada em 23 de dezembro de 2011 pelo Plenário do Congresso, vai destinar ao Ministério R\$ 92,1 bilhões; ou seja, R\$11,2 bilhões adicionais aos recursos aprovados em 2011 (13,8% a mais). Nada mal para quem esperava receber um adicional de R\$31 bilhões escalonado em 4 anos, caso fosse aprovada a proposta de 10% das receitas da União. Se esse adicional, proposto pela Câmara, fosse parcelado entre 2012 e 2015, o Governo receberia somente R\$7,6 bilhões em 2012.

O que fazer com os recursos adicionais?

Não é pela existência de cortes nos gastos federais que a saúde no Brasil apresenta problemas. A tabela 1 mostra que entre 2007 e 2011, os recursos orçamentários autorizados para a pasta da Saúde aumentaram de R\$53 para R\$81 bilhões. Muitos argumentam que a participação do Ministério da Saúde no orçamento federal vem decrescendo, o que é verdade. Mas isso tem a ver com aumento dos gastos públicos em outras áreas em proporções maiores que o aumento dos gastos em saúde (2).

Tabela 1

Recursos Autorizados, Pagos e Porcentagem de Execução Orçamentária dos Recursos do Ministério da Saúde: Brasil: 2007-2011



Ano de Referencia	Recursos Autorizados (R\$ bilhões)	Recursos Pagos (R\$ Bilhões)	Porcentagem de Execução Orçamentária
2007	53,0	43,8	82,6%
2008	56,7	48,4	85,3%
2009	64,3	54,3	84,4%
2010	69,8	60,9	87,3%
2011	80,9	70,1	86,7%

Fonte: <http://www8a.senado.gov.br/dwweb/abreDoc.html?docId=20705>

Portanto, não é de hoje que o Governo vem aumentando os gastos federais com saúde e a regulamentação da EC-29 vai somente consolidar esta tendência. Mas como o governo vai gastar este adicional de recursos? O Congresso, ao que parece, já tem algumas propostas. Segundo o Deputado Tarcísio Perondi, da Frente Parlamentar de Saúde, os municípios com menos de 50 mil habitantes poderão receber até R\$2,2 bilhões para a construção de postos de saúde. As emendas parlamentares da saúde também tiveram aumentado seu teto, dado que cada deputado e senador passaria a destinar (dos R\$15 milhões de recursos discricionários do orçamento a que tem direito) no mínimo cerca de R\$2 milhões para o fortalecimento do SUS. Segundo os cálculos do Deputado Perondi, a soma total das emendas ligadas a saúde chegará em 2012 a R\$6,3 bilhões (ou seja, quase 7% do total do orçamento da saúde).

Por outro lado, ainda que os recursos venham aumentando, o gasto real do Ministério da Saúde tem sido muito aquém do autorizado pelo Orçamento. A Tabela 1 mostra, na última coluna, a porcentagem de execução orçamentária dos recursos do Ministério da Saúde entre 2007 e 2011. Nos últimos anos sistematicamente mais de 10% dos recursos deixam de ser pagos, o que representa um valor muito elevado frente ao clamor pela falta de recursos para o setor que frequentemente é usado como desculpa.

Em matéria publicada no Jornal Valor Econômico de 28 de outubro de 2010, o reporter Ribamar Oliveira relata que o Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu que o governo federal não honrou com o gasto mínimo em saúde nos anos de 2007 e 2008, em função do cancelamento das despesas, empenhadas nesses dois anos incluídas como restos a pagar.



Antes da regulamentação da EC-29, vigorava a regra definida no artigo 77, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, nas quais as despesas mínimas com saúde deveriam ter como parâmetro o valor efetivamente empenhado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Segundo o jornalista, a aplicação deste critério aos gastos com saúde em 2007 e em 2008 levou o TCU a estimar que R\$ 785 milhões de recursos empenhados como restos a pagar não foram gastos nos exercícios posteriores. Por causa disso, os ministros do TCU decidiram, em acórdão aprovado no dia 6 de outubro de 2010, determinar que os Ministérios da Saúde, Fazenda e Planejamento deveriam garantir, mediante dotação específica, o montante equivalente aos valores de restos a pagar que foram cancelados, ou cuja vigência tenha expirado e que foram considerados para fins de cumprimento do limite mínimo com saúde. Essa decisão dos ministros do TCU valeria até que fosse regulamentada a Emenda Constitucional 29, mas na prática não foi aplicada.

Em síntese, apesar de ter contado com mais recursos e clamar por mais financiamento, o setor público de saúde no Brasil não tem gasto a totalidade do orçamento disponível nem dado prioridade ao que deve ser priorizado em matéria de gasto com saúde. Muitos continuam culpando o sub-financiamento pelos problemas de saúde apontados pela população. Mas como revelam os dados da última pesquisa IBOPE-CNI, a população brasileira parece estar descobrindo que, com os recursos públicos disponíveis, se poderia fazer mais ao se buscar soluções de gestão mais eficientes ou reduzir a corrupção setorial. Está na hora de abandonar o discurso monotônico do financiamento e buscar alternativas e soluções para apoiar o Governo na melhoria da eficiência e da equidade na saúde, o que traria maiores benefícios aos cidadãos brasileiros, especialmente os mais pobres, que dependem do SUS.

## Notas

(1) Pesquisa CNI-IBOPE, Retratos da Sociedade Brasileira: Saúde Pública, Ed. CNI, Brasília, Janeiro de 2012.

(2) A participação do Ministério da Saúde no Orçamento Federal se reduziu de 8,0% para 6,8% entre 2000 e 2010, enquanto as despesas assistenciais capitaneadas por programas como o bolsa-família, passaram de 4,2% para 7,9% dos gastos federais.

[http://www.idisa.org.br/site/documento\\_6991\\_0\\_a-regulamentacao-da-ec-29-e-o-financiamento-da-saude-no-brasil.html](http://www.idisa.org.br/site/documento_6991_0_a-regulamentacao-da-ec-29-e-o-financiamento-da-saude-no-brasil.html)