

Clipping - Cuiabá/MT, 26 de novembro a 02 de dezembro de 2011.

COTIDIANO / GUERRA À DOENÇA

01.12.11 | 08h55 - Atualizado em 01.12.11 | 09h14

Mato Grosso tem redução de casos notificados de Aids

Dados do Ministério da Saúde mostram que 26,3 habitantes de Cuiabá, entre 100 mil, têm a doença

Reprodução



Campanha do Ministério da Saúde sobre Aids visa combater o preconceito

KATIANA PEREIRA
DA REDAÇÃO

Cuiabá tem motivos para comemorar o Dia Mundial de Luta contra a Aids, lembrado nesta quarta-feira (1º). Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mostram que houve redução de aproximadamente 20% de casos declarados positivos na Capital, no intervalo de 12 anos.

Em 1998, o Sinan apontou que a taxa de incidência era de 31,7 pessoas, em um universo de 100 mil. Em 2010, o índice foi de 26,3. Os anos de 2002, 2003, 2004, foram os que mais registram aumento. Foram notificados 42, 40,5 e 43 casos, em um universo de 100 mil, respectivamente.

Dados do Ministério da Saúde do ano de 2010 mostram que Mato Grosso aparece na décima colocação na lista de pessoas infectadas com o vírus da Aids. A taxa é de 17,4 a cada 100 mil habitantes.



O boletim epidemiológico, divulgado na última semana, mostra o Brasil como um país em que a Aids se estabilizou. No ano passado, em cada cem mil habitantes, 17,9 tiveram o diagnóstico do HIV positivo. É menos do que em 2009 e o mesmo índice de dez anos antes.

A região Centro-Oeste aparece como a que registrou menos casos de óbitos devido a Aids. Em 2010, 761 pessoas morreram em decorrência da doença na região. A região sudeste aparece no topo da lista com 5.687 óbitos ligados a doença.

Coquetel milagroso

O Ministério da Saúde acredita que a redução das mortes está diretamente relacionada à eficácia da terapia anti-retroviral altamente ativa, conhecida como "coquetel". Os tratamentos consistem em drogas que interrompem o ciclo vital do vírus HIV de diferentes formas.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, sustentou a informação em comunicado oficial. "O Brasil segue a tendência mundial de redução de casos e óbitos ao longo dos anos. As pessoas estão vivendo mais e melhor com a doença, graças ao acesso aos medicamentos", afirmou.

Vale ressaltar que coquetel anti-Aids é fornecido gratuitamente pelo Governo Federal e todo o tratamento e acompanhamento da doença pode ser feito totalmente gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Dia Mundial de Luta Contra a Aids

O dia foi instituído como forma de despertar a consciência da necessidade da prevenção, aumentar a compreensão sobre a pandemia e promover análises da sociedade e órgãos públicos sobre a doença.

A Secretaria de Estado de Saúde (SES) divulgou que para o 1º de dezembro de 2011 foram escolhidos temas relacionados ao preconceito, ainda latente na sociedade de uma forma geral.

Segundo o coordenador de Vigilância Epidemiológica, Juliano Silva Melo, o foco da campanha é estimular a reflexão contra o preconceito e a discriminação que a população homossexual, entre os quais os jovens, e de pessoas que vivem com HIV/Aids sofrem diariamente.

E sobre a falsa impressão de que a Aids afeta apenas o outro, sendo que toda a população pode estar vulnerável ao contato com o vírus. "O HIV pode alcançar todo os grupos populacionais, atinge homens, mulheres, independente de orientação sexual e condições sociais e econômicas", disse ele.



O coordenador ressalta ainda que o preconceito apresenta-se como uma das maiores barreiras para quem vive com Aids, interferindo até na adesão ao tratamento. A Aids é uma doença crônica que possui tratamento e controle.

"Quanto mais cedo a pessoa conhecer a sua condição sorológica mais fácil será o manejo do tratamento e acompanhamento da evolução da doença, proporcionando assim ao usuário melhor qualidade de vida e a oportunidade de repensar sobre a cadeia de transmissão", disse Juliano Melo.

Já para o ano de 2011, a Campanha de Conscientização terá como público alvo jovens em geral (homens e mulheres), com idade de 15 a 24 anos, com prioridade nas populações de baixa renda. A proposta é dar maior visibilidade as questões de viver com HIV/Aids, além de combater o estigma e a discriminação e mostrar a proximidade da doença do universo dos jovens.

A SES, em parceria com os municípios matogrossenses trabalha durante o ano todo com ações continuadas e estratégicas visando o controle e diagnóstico precoce do agravo na busca de casos novos de HIV e Aids.

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=70636>

Notícias / Cidades

01/12/2011 - 10:55

Câmara de VG é primeira do Brasil a criar fórum permanente de combate ao Oxi e ao Crack

Da Assessoria

É preocupante o aumento do consumo de crack e do Oxi em Várzea Grande. Essas drogas têm uma enorme capacidade destruidora em qualquer pessoa, e em crianças a situação é pior. Os danos neurológicos são severos, principalmente quando a droga age sobre um organismo em formação. As autoridades policiais do município estão assustadas. Conselho Tutelar, Ministério Público e Juizado da Infância e Juventude, Polícia Civil e Militar estão preocupados. As famílias se desestruturam a cada dia. Crianças e adolescentes se tornam dependentes cada vez mais cedo. Basta usar a droga, apenas uma vez, para ela destruir o usuário, e indiretamente a família e toda a sociedade.

Diante desta realidade, a Câmara Municipal de Várzea Grande será o primeiro parlamento no Brasil a implantar Fórum Permanente de Combate ao Crack e ao Oxi, o projeto de resolução é de autoria do vereador Antonio José de Oliveira – Toninho do Gloria líder da bancada do (PV) que tem o reconhecimento como o parlamentar mais atuante de todo centro oeste, ele ressaltou que o fórum terá como objetivo, prevenir e resgatar os jovens do mundo das drogas,



Saúde em Foco



fazendo campanhas educativas, palestras, maratona VG de Mãos Dadas Contra o Oxi e ao Crack, fomentando as políticas sobre droga em nosso município, lutando no sentido da reinserção social do usuário e a repressão efetiva ao traficante.

Será meta do fórum a criação de um plano municipal de prevenção ao uso indevido e abuso de drogas e entorpecentes. Coordenar, desenvolver e estimular programas e atividades de prevenção da disseminação de tráfico e consumo de drogas. Articular a implantação de lugares de recuperação de dependentes químicos e residências terapêuticas. Para o vereador Toninho do Gloria o projeto é muito importante. "O fórum vai auxiliar muito, principalmente na saúde com os trabalhos que já são desenvolvidos no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas).

No Fórum também serão tratados assuntos sobre padrões de consumo no álcool no País, políticas públicas em saúde mental e reforma psiquiátrica. De acordo com o vereador Toninho do Gloria (PV), o Fórum terá a grande missão de reunir todos os profissionais do município para programar as ações de combate às drogas e ao álcool para que cada um seja multiplicador das ações em todos os setores da sociedade.

Oxi devasta a vida de várzeagrandense

Toninho do Gloria, alerta para a chegada do oxi, uma droga mais poderosa que o crack, que já é encontrada em Várzea Grande e em outras cidades do Estado. O oxi devasta a vida dos usuários de forma mais intensa que qualquer outra droga. Os danos analisados por estudiosos, dos usuários do ilícito, são irreversíveis a saúde.

Toninho diz que as primeiras informações que ela obteve do oxi foi no ano de 2005, mas na época era uma realidade que parecia ser distante. Hoje, em 2011, ele diz ter a certeza que essa droga irá substituir o crack, só que com uma potencialidade destrutiva bem maior. "Vai vir o oxi, outra substancia vai substituir o oxi e assim vai se continuar esse ciclo vicioso. Enquanto não existir uma política antidrogas séria em Várzea Grande e no estado de mato Grosso bem como em todo Brasil esse mal vai perdurar", desabafou.

Pensando nisso, o vereador garantiu no projeto de resolução a participação da sociedade civil, governo, parlamento, policias (Polícia Militar, Polícia Civil e GM),ele resaltou que vai estabelecer uma grande parceria com Delegacia Especializada de Entorpecentes (DRE), na



responsabilidade da delegada titular, Alana Cardoso, com Polícia Comunitária da PJC, delegado José Abdias Dantas, que destaca sempre que a Polícia deve ouvir a comunidade para tomada de medidas, para juntos combaterem às drogas. “Nosso objetivo é fazer a coisa funcionar, para isso precisamos de pessoas dispostas”, comentou Toninho do Glória.

Outra ação será a articulação para a implantação de políticas públicas que venham a atender os usuários de drogas e que as políticas constem de recursos financeiros, qualificação profissional e assistência às famílias dos dependentes. A primeira ação será fazer o mapeamento, realizar encontros com a comunidade várzeagrandense para discutir a problemática do uso de drogas e apresentar o diagnóstico que será levantado no município.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Camara de VG e primeira do Brasil a criar forum permanente de combate ao Oxi e ao Crack&edt=25&id=222139](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Camara%20de%20VG%20e%20primeira%20do%20Brasil%20a%20criar%20forum%20permanente%20de%20combate%20ao%20Oxi%20e%20ao%20Crack&edt=25&id=222139)

Notícias / Cidades

29/11/2011 - 10:13

Crianças ganham medalhas com redações sobre combate a droga

Barra do Garças - Ronaldo Couto



Foto: PM-BG

Proerd é oferecido pela PM a crianças da rede pública

O Programa Nacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd), executado pela Polícia Militar de Barra do Garças, formou uma turma de 78 alunos da rede pública de Pontal do Araguaia. Os alunos que fizeram as melhores redações sobre o combate às drogas foram contemplados com medalhas. A solenidade com apresentações artísticas e entrega de certificados foi realizada no auditório do campus da UFMT de Pontal.

Os alunos contemplados pelo Proerd nessa etapa são da escola estadual São Miguel e do colégio municipal São Jorge. Os instrutores do curso foram o cabo PM Fernandes e soldado João Luiz.



A secretária de Educação Marleide Cortes e a vice-prefeita Antônia Parreira participaram da solenidade juntamente com a base móvel do policiamento comunitário sob a responsabilidade do sargento Batista e cabo Assis.

As melhores redações sobre o Proerd, com destaque à importância de se viver distante das drogas foram contempladas com medalhas. As alunas Camila Costa (Escola São Jorge) e Pietra (Escola São Miguel) foram às homenageadas.

No evento, realizado dia 24 de novembro, todos os alunos proerdianos receberam o certificado de conclusão do curso e realizaram o juramento evidenciando a vontade de se manterem distantes do mundo das drogas e da violência.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Crianças ganham medalhas com redacoes sobre combate a droga&edt=25&id=221648](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Crianças%20ganham%20medalhas%20com%20redacoes%20sobre%20combate%20a%20droga&edt=25&id=221648)

Notícias / Cidades

27/11/2011 - 18:36

Soares quer saber porque OS recebe o dobro do PS de Cuiabá

Da Redação - Julia Munhoz

O ex-secretário de Saúde de Cuiabá, Luiz Soares, questionou os repasses feitos pelo Governo do Estado ao Hospital e Pronto Socorro da capital, através da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Para ele não há justificativa plausível para a unidade hospitalar receber menos recursos que o Hospital Metropolitano de Várzea Grande, gerenciado por uma Organização Social de Saúde (OSS).

Segundo Soares, o Estado repassa mensalmente R\$1,3 milhão para o pronto-socorro da capital, que possui 260 leitos, enquanto que para a OSS que administra o Hospital Metropolitano são pagos R\$ 2,7 milhões, , segundo acentua, "para uma unidade que conta com apenas 10 leitos de UTI adulto e 52 de enfermagem".

O ex-secretário explicou ainda que os dados são oficiais da própria secretaria e que, em alguns casos o valor do repasse para o pronto-socorro de Cuiabá é divulgado a mais pois nele são incluídos os serviços de PSF (Programa de Saúde da Família) e os incentivos financeiros da farmácia básica.



Luiz Soares é um dos integrantes do Movimento Saúde e Democracia (MSD). Além dele também compõem o grupo os ex-secretários de Saúde de Mato Grosso, Julio Muller e Nei Moreira. O grupo esteve reunido nessa terça-feira (22) com os deputados estaduais para buscar medidas que possam equacionar a falta de leitos nos hospitais do Estado.

Outro Lado

O deputado federal Pedro Henry, que deixou a pasta recentemente e foi o grande mentor e responsável pelo repasse da administração dos hospitais às Organizações Sociais de Saúde (OSS), disse ao **Olhar Direto** que não irá polemizar o assunto, pois o histórico do trabalho desenvolvido pelas OSS, por si só, vai dar a resposta esperada pela sociedade.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Soares quer saber porque OS receb e o dobro do PS de Cuiaba&edt=25&id=220616](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Soares_quer_saber_porque_OS_receb_e_o_dobro_do_PS_de_Cuiaba&edt=25&id=220616)

Notícias / Cidades

26/11/2011 - 09:42

Ministro garante emenda de R\$ 9,7 milhões para Hospital de Sinop

De Brasília - VT

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, prometeu para hoje (23) o repasse de R\$ 9,7 milhões destinados a compra de equipamentos e instalações para o Hospital Municipal de Sinop. O anúncio foi feito ao governador Silval Barbosa (PMDB). A disponibilidade dos recursos foi assegurada por uma emenda de bancada ao Orçamento da União, apresentada no ano passado pelo deputado Carlos Bezerra (PMDB).

A luta pelos recursos foi iniciada pela sociedade, com o apoio do deputado Carlos Bezerra, do governador Silval Barbosa, prefeito Juarez Costa e dos vereadores Mauro Garcia e Zuleika Mendes, do PMDB.

“É uma conquista da sociedade organizada de Sinop, que mereceu todo o nosso empenho. O hospital será finalmente equipado e a agonia da população está com os dias contados”, comemorou o deputado Bezerra.

Conforme o vereador Mauro, numa visita a Sinop, o deputado Carlos Bezerra foi convidado por ele, que era presidente da Câmara Municipal, para conhecer a estrutura do hospital, que já estava construído e a situação em que o prédio se encontrava.



“O deputado Bezerra ficou sensibilizado com o problema e prometeu nos ajudar em Brasília, junto ao governo federal. Ele encaminhou emenda de bancada e viabilizou a liberação dos recursos necessários”, afirmou o vereador.

Desde o governo do presidente Lula, o deputado Carlos Bezerra foi várias vezes ao Ministério da Saúde com o objetivo de viabilizar a liberação dos recursos. Para isso, também buscou apoio das principais lideranças do PMDB, no Senado e na Câmara Federal, com o propósito de garantir os recursos.

Bezerra lembra, ainda, que o governador Silval Barbosa, após sua reeleição, na primeira viagem que fez a Brasília foi ao Ministério da Saúde pedir ao ministro Padilha urgência nos investimentos para vários hospitais do Estado.

Estrutura

O hospital de Sinop terá capacidade para atender a macrorregião que envolve outros 13 municípios, servindo a cerca de 300 mil pessoas. Segundo Bezerra, um bom atendimento nos municípios de Sinop, Rondonópolis e Várzea Grande vai diminuir sobremaneira o drama hoje existente no Pronto Socorro Municipal de Cuiabá.

Os R\$ 10 milhões conquistados para o Hospital de Sinop são para compra de blocos cirúrgicos, equipamentos de laboratórios, entre outros aparelhos. A unidade hospitalar conta com 112 leitos.

“O povo de Sinop só tem a agradecer ao deputado Carlos Bezerra”, disse o prefeito Juarez Bezerra, que por sua vez ressalta a determinação do governador Silval Barbosa e do prefeito Juarez Costa no objetivo de regionalizar o Hospital Municipal, com a participação em custeio e manutenção entre o município e governos estadual e federal.

UPA's

Outros dois empreendimentos para Sinop, também encaminhados no Ministério da Saúde pelo deputado Carlos Bezerra, já estão recebendo recursos federais para implantação: uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), e uma Unidade Básica em Saúde (UBS).

Em fase de construção, a UPA vai oferecer assistência em situações de emergência durante 24 horas por dia, todos os dias da semana. Elas funcionam como unidades intermediárias aos



hospitais e ajudam a desafogar os prontos-socorros, ampliando e melhorando o acesso dos pacientes aos serviços de emergência no SUS.

Já na Unidade Básica em Saúde (UBS) o atendimento é só com hora marcada, com médicos especialistas à disposição. *(Com informações da assessoria de imprensa de Carlos Bezerra).*

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Ministro garante emenda de R 97 milhoes para Hospital de Sinop&edt=25&id=220618](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Ministro_garante_emenda_de_R_97_milhoes_para_Hospital_de_Sinop&edt=25&id=220618)

Notícias / Cidades

25/11/2011 - 23:00

Cuiabá receberá 105 milhões em emendas federais no próximo ano

Da Assessoria/ Secom Cuiabá

O prefeito de Cuiabá, Francisco Galindo, recebeu o deputado federal, Eliene Lima, em seu gabinete, na tarde desta sexta-feira (25-11). O parlamentar veio comunicar ao gestor a liberação de duas emendas que somam R\$ 105,3 milhões, destinadas para o município de Cuiabá, em 2012.

A emenda individual, de autoria do deputado Eliene, no valor de R\$ 5,3 milhões, está direcionada a obras de infraestrutura e desenvolvimento urbano, como drenagem urbana, pavimentação de obras viárias, abastecimento de água e esgotamento sanitário.

A emenda coletiva, pertencente à bancada federal de Mato Grosso, é mais uma iniciativa de Eliene, que irá injetar R\$ 100 milhões, na capital. Montante, este destinado à infraestrutura urbana da região metropolitana de Cuiabá.

Segundo o prefeito, a disposição do deputado Eliene suplanta a decisão da bancada e demonstra o esforço do político em assegurar recursos para o desenvolvimento

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Cuiaba recebera 105 milhoes em emendas federais no proximo ano&edt=25&id=221100](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Cuiaba_recebera_105_milhoes_em_emendas_federais_no_proximo_ano&edt=25&id=221100)

Notícias / Cidades

25/11/2011 - 09:26

Consumo elevado do crack é constatado em 26 cidades de MT

De Rondonópolis - Débora Siqueira

O sistema de informação sobre drogas dos Municípios brasileiros – Observatório do Crack – da Confederação Nacional dos Municípios (CNM) revela que 26 cidades mato-grossenses



Saúde em Foco



convivem com uma realidade de alto consumo de crack. No Estado, 112 dos 141 municípios brasileiros informaram ao sistema uma verdadeira situação de epidemia das drogas. Cento e sete deles tem problemas com a droga.

O baixo preço da pedra e a facilidade de acesso tem levado cada vez mais a interiorização do consumo da drogas em pequenas cidades. O mapa do Observatório do Crack mostra o elevado uso do crack em pequenas cidades como Poxoréu, Novo São Joaquim, Nova Brasilândia, União do Sul e Nova Xavantina, por exemplo.

Dos quatro maiores municípios de Mato Grosso, Cuiabá não informou a situação, Várzea Grande tem baixo consumo de crack e Rondonópolis e Sinop estão com médio consumo do derivado da pasta base da cocaína.

Em Rondonópolis, conforme o Departamento Municipal de Ações Programáticas, as principais drogas consumidas na cidade são o álcool, pasta base de cocaína, maconha, crack e cocaína.

O Observatório do Crack foi apresentado à Comissão Especial de Políticas Públicas de Combate às Drogas da Câmara dos Deputados. Em sua participação na audiência pública do grupo de trabalho, na terça-feira (22), o presidente da CNM, Paulo Ziulkoski, mostrou os dados das coletas junto às prefeituras e o descaso do poder público com a epidemia da droga no País.

De acordo com apresentação feita por Ziulkoski, a Lei Orçamentária Anual (LOA) previa para a gestão de Política Nacional Sobre Drogas a aplicação de R\$ 124 milhões em 2010, mas só foram efetivamente investidos R\$ 5,3 milhões. “Cinco milhões é menos do que Araraquara (SP) gasta em um Caps [Centro de Atenção Psicossocial] que eles tem lá”, citou para exemplificar o valor aplicado em relação à necessidade existente. “Em 2011, foram colocados R\$ 33 milhões, e até 31 de outubro foram executados R\$ 4,7 milhões”, apresentou com base nos dados da Gestão Nacional de Política Nacional sobre Drogas.

De acordo com a nova pesquisa divulgada pela CNM, as principais áreas afetadas pelo consumo de crack são a saúde, pois existe fragilidade da rede de atenção básica ao usuário de drogas; segurança pública, pelo aumento de roubos e assassinatos; assistência social, com



abandono da vida familiar e social; e na educação, devido ao baixo rendimento e evasão escolar do usuário.

http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Consumo_elevado_do_crack_e_constatado_em_26_cidades_de_MT&edt=25&id=220882

Notícias / Ciência & Saúde

01/12/2011 - 22:36

Dieta saudável pode reduzir risco de câncer em pelo menos 40%, diz Inca

Bem Estar

A incidência de câncer em uma pessoa depende de muitos fatores e hábitos de vida, como o tabagismo, o consumo de álcool e a alimentação.

Uma dieta equilibrada, rica em frutas, legumes, verduras e cereais integrais, é importante para manter o bom funcionamento do organismo e, portanto, evitar alterações celulares.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca), uma alimentação saudável pode reduzir o risco da doença em pelo menos 40%. As vitaminas, fibras e outras substâncias ajudam as defesas naturais do corpo a destruir agentes cancerígenos antes que eles causem danos graves às células.

Esses tipos de alimentos também podem bloquear ou reverter os estágios iniciais da formação de um tumor, como destacaram a oncologista Fernanda Capareli e o cirurgião do aparelho digestivo Fábio Atui, novo consultor do programa.

O Inca define câncer como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo.

O último informe do Inca projeta, para os próximos dois anos, 518.510 novos casos de câncer no Brasil, com maior incidência dos tipos de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto, e estômago no caso dos homens. Entre as mulheres, os mais frequentes são os tumores de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto, e tireoide.

Fritar, grelhar ou preparar carnes na brasa a temperaturas muito elevadas pode criar compostos que aumentam o risco de câncer colorretal e de estômago. Por isso, métodos de



cozimento que usam baixas temperaturas são escolhas mais saudáveis, como vapor, fervura, ensopado, guisado, cozido ou assado.

As alterações celulares no estômago, cólon e reto também podem decorrer de uma alimentação pobre em fibras, com alto teor de gorduras e calorias, como as comidas fast food. A principal hipótese dos médicos para que isso aconteça é porque, sem a ingestão de fibras, o intestino funciona mais devagar. Por esse motivo, a mucosa fica mais tempo exposta aos agentes cancerígenos.

A ingestão de muita gordura pode alterar, ainda, os níveis de hormônios no sangue, elevando o risco de câncer de próstata e mama.

Gorduras saudáveis

Dê preferência às gorduras de origem vegetal, como o azeite e o óleo de soja, lembrando que eles não devem ser expostos a temperaturas muito altas. Essas opções são melhores que as gorduras de origem animal (manteiga, leite, banha de porco e gordura da carne) e algumas vegetais, como margarinas e gordura vegetal hidrogenada.

Além disso, não exagere nos defumados e churrascos, pois esses alimentos são impregnados pelo alcatrão proveniente da fumaça do carvão, o mesmo encontrado no cigarro, que tem ação cancerígena comprovada.

Prato colorido

O licopeno do tomate, que dá a coloração vermelha, é um potente anticancerígeno. Frutas e vegetais vermelhos e roxos, que contêm flavonoides ou resveratrol (presente na casca das uvas e no vinho), elevam a ação antioxidante e antitumoral.

As frutas alaranjadas e amarelas, por sua vez, têm carotenoides, que protegem o DNA contra a oxidação. A laranja apresenta ainda ácido ascórbico (vitamina C), monoterpenos e limonenos (compostos de óleos cítricos), que produzem ação antioxidante e diminuem a toxicidade de substâncias capazes de sofrer mutações.



Da mesma forma, o brócolis também tem ação anticancerígena. Na soja, as isoflavonas desempenham função antioxidante e antitumoral. E, nos peixes, o ômega 3 é um excelente antioxidante, que diminui a proliferação de células retais cancerígenas e reduz o risco da doença na laringe.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Dieta saudavel pode reduzir risco d e cancer em pelo menos 40 diz Inca&edt=34&id=222273](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Dieta%20saudavel%20pode%20reduzir%20risco%20de%20cancer%20em%20pelo%20menos%2040%20diz%20Inca&edt=34&id=222273)

Notícias / *Ciência & Saúde*

01/12/2011 - 16:44

Governo federal lança campanha contra a aids com foco nos jovens homossexuais

Agência Brasil

No Dia Mundial de Luta Contra a Aids, o Ministério da Saúde lançou a campanha nacional de combate à doença com foco nos jovens gays. No último ano, os casos de aids entre gays e travestis de 15 a 24 anos cresceram 10,1%. Para cada 16 homossexuais nessa faixa etária com a doença, havia dez heterossexuais no ano passado. Em 1998, essa razão era de 12 para dez.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, participou do lançamento da campanha, na abertura da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Com o slogan “A Aids Não Tem Preconceito. Previna-se”, o governo pretende usar as redes sociais e a internet para aproximar a campanha do público jovem, além dos tradicionais informes na televisão e rádio, segundo Karen Bruxck coordenadora de Vigilância, Informação e Pesquisa do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, vinculado ao ministério.

Em relação ao aumento de casos nesse público, o governo atribui a um descuido dos jovens com a prevenção, relacionado ao fato de não terem vivido o início da epidemia da aids no Brasil, quando a sobrevivência das pessoas com HIV era menor e os danos causados pela doença eram mais aparentes. De acordo com Karen Bruck, a maioria não procura fazer a testagem “por achar que não corre risco” de contrair a aids.

Para o presidente da organização não governamental Grupo Pela Vidda de São Paulo, Mário Scheffer, o governo demorou para dedicar uma campanha com enfoque nos gays. “É um equívoco do ministério insistir na vulnerabilidade universal. A aids é concentrada em alguns grupos, que estão mais vulneráveis”, disse.



De acordo com ele, o governo precisa dar respostas mais consistentes para conter o aumento de casos entre os homossexuais. Uma das sugestões é promover a ida de agentes de saúde aos locais frequentados por esses grupos. “É chegar a essa população sem estigmatizar”, alertou.

http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Governo_federal_lanca_campanha_contra_a_aids_com_foco_nos_jovens_homossexuais&edt=34&id=222226

Notícias / Ciência & Saúde

01/12/2011 - 13:00

Ministério vai adquirir equipamentos para ampliar HU

Da Redação - JM

O Ministério da Saúde vai investir R\$966.496,00 na aquisição de 42 equipamentos para melhorar a infraestrutura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). Nesta terça-feira, 29, foi publicada no Diário Oficial da União a portaria que define os tipos e a quantidade dos equipamentos a serem adquiridos. De acordo com o Diretor Geral do HU, Dimas Augusto Carvalho de Araújo, o investimento vai ampliar a qualidade do ensino e favorecer, principalmente, o aumento do número de cirurgias realizadas pela instituição.

A medida faz parte do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários pelos ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento. De acordo com a Diretora Administrativa, Ludmilla Rodrigues Costa Gonçalves os equipamentos devem ser disponibilizados a partir do ano que vem após o fechamento do processo de compra.

Os equipamentos, segundo o Diretor Clínico, Sérgio Paulo dos Santos Pinto, vão ser distribuídos nas duas unidades do HU, Santa Catarina e Dom Bosco, e atenderão aos serviços de anestesia, cirurgia e terapia intensiva. “Teremos nossa capacidade de atendimento instalada ampliada e melhorada, afirma.

As informações são da assessoria.

http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Ministerio_vai_adquirir Equipamento_s_para_ampliar_HU&edt=34&id=222031

Notícias / Ciência & Saúde

01/12/2011 - 12:05

Ajustes em regras de jogo e revisão de contratos validam OSS em MT

Da Redação - Priscilla Vilela



Foto: Priscilla
Villela/OD



José Carlos de Souza Abrahão, presidente do Conselho Nacional de Saúde

Apesar de causarem insatisfação entre uma parcela da população e do poder público, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) ainda são tidas como uma boa opção para a administração da saúde pública no estado. O presidente do Conselho Nacional de Saúde, José Carlos de Souza Abrahão, destaca ao **Olhar Direto** que o modelo é uma tendência mundial e que se for necessário, para superação dos ‘contras’, pode haver revisão do modelo, dos contratos e até mesmo das regras do jogo.

A gestão das OSS é vista por Abrahão como a concretização de um perfil em que há necessidade de confluência entre o poder público e privado para a obtenção de melhorias nas gestões da saúde pública. “Não vejo como a saúde em Mato Grosso ou no Brasil possa ser separada entre o público e o privado. Estamos vivendo um momento de transição para a sociedade”, enfatizou.

Ele diz que essa transição tem sido difícil graças as más relações exercidas durante a transferência do comando dos hospitais públicas para empresas privadas, como no caso do Pronto Socorro de Cuiabá, que ainda está na possibilidade de ‘pertencer’ ao Instituto Pernambucano de Assistência Social (Ipas). Para resoluções desse tipo de conflito, segundo José Carlos, é preciso que todos tenham a mente aberta e fiquem “desarmados” para que novos modelos sejam estudados.



Quanto a dificuldade da administração pública que motiva o desnível entre a falta de estrutura e a gestão de pessoas, a opção da OSS é uma boa saída, visto que os problemas poderão ser divididos entre duas esferas, cada uma apta a resolver pontos característicos aos seus modelos econômicos. A gestão de pessoas, com investimento de recursos financeiros é amparada pelo poder público, e a gerência para direcionamento dos recursos fica a cargo do Estado e município.

“Temos que obedecer as regras, que são claras, e otimizar a gestão. Precisamos gerenciar as pessoas, pois estamos lidando com vidas. E gerenciar os suprimentos com o acompanhamento do governo. Precisamos que as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, se integrem em prol da sociedade”, exemplificou.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Ajustes em regras de jogo e revisao de contratos validam OSS em MT&edt=34&id=222085](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Ajustes%20em%20regras%20de%20jogo%20e%20revisao%20de%20contratos%20validam%20OSS%20em%20MT&edt=34&id=222085)

Notícias / Ciência & Saúde

30/11/2011 - 18:12

Paciente do SUS tem à disposição quatro vezes menos médicos que usuários da rede privada

Agência Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem quatro vezes menos médicos que a rede privada. Para cada mil usuários de planos de saúde, existem 7,6 postos de trabalho ocupados por médicos, enquanto no SUS a taxa cai para 1,95 posto preenchido para cada mil pacientes da rede pública.

No Brasil, os usuários de planos de saúde dispõem de 3,9 vezes mais médicos que os pacientes da rede pública, considerando a população atendida pelo SUS de quase 145 milhões de brasileiros e a atendida pelas operadoras, superior a 46 milhões de clientes. Os dados são da pesquisa Demografia Médica no Brasil, divulgada hoje (30) pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

O número de médicos na rede particular fica acima da média nacional no Centro-Oeste, Nordeste e Sul – 10,3, 9,6 e 9,5 para mil usuários, respectivamente. No entanto, somente a Região Sudeste tem razão de médicos superior à taxa nacional na rede pública. Todas as outras regiões estão abaixo da média nacional nesse quesito.



A pesquisa destaca uma distorção gritante na Bahia, onde o índice chega a 1,25 médico na rede pública por mil pessoas dependentes do SUS, enquanto os usuários de planos de saúde no estado têm à disposição 15,14 médicos. No estado, 89% da população têm acesso somente à rede pública. O levantamento não avalia se o contraste se reflete em melhor qualidade e acesso à assistência médica no país. Porém, aponta que a tendência é a concentração de profissionais prestando serviços para as operadoras de saúde, já que o setor oferece mais vagas de emprego.

“[A diferença] pode estar contribuindo para escassez de serviços públicos. Se não invertermos a equação, iremos aumentar ainda mais a desigualdade de médicos no [setor] público e privado”, disse Mário Scheffer, coordenador da pesquisa e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

As taxas foram calculadas com base nos postos de trabalhos ocupados por médicos em hospitais privados que atendem por operadoras de planos de saúde e os postos ocupados por profissionais em estabelecimentos financiados pelo governo, como instituições públicas, hospitais filantrópicos ou serviços particulares conveniados. Não foram contabilizados consultórios médicos particulares.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Paciente do SUS tem a disposicao q uatro vezes menos medicos que usuarios da rede privada&edt=34&id=222000](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Paciente_do_SUS_tem_a_disposicao_q_uatro_vezes_menos_medicos_que_usuarios_da_rede_privada&edt=34&id=222000)

Notícias / Ciência & Saúde

30/11/2011 - 12:52

Brasil cresce como doador e fornecedor humanitário, diz ONG

BBC Brasil

O Brasil tem crescido como doador e como fornecedor de recursos humanos para atendimento humanitário no mundo, segundo a organização não governamental (ONG) Médicos Sem Fronteiras. Em 2011, profissionais brasileiros – entre médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos – fizeram 122 missões no exterior pela organização. Comparando com 2009, houve um aumento de 48 missões.

O número de doadores brasileiros também aumentou de 42,2 mil em 2009 para 56,9 mil em 2011.



Os dados são do presidente internacional da entidade, o médico infectologista indiano Unni Karunakara, que visita o Brasil para participar de um encontro da Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas, no Rio de Janeiro, no próximo dia 2.

"Os médicos brasileiros [são portadores] de amplo conhecimento, sabem, por exemplo, como tratar doenças como Chagas e dengue", disse Karunakara. "Por isso, esses profissionais são muito presentes em missões da organização em áreas tropicais."

O diretor executivo da ONG no Brasil, Tyler Fainstat, acrescentou que ficou impressionado com a participação dos brasileiros em missões. "O Brasil de 2011 não é o mesmo dos anos 1990, o acesso a remédios contra a aids virou modelo mundial. Nos primeiros 15 anos que atuamos aqui, era só demanda [para atender populações indígenas, carentes ou de rua]. Hoje o país virou um provedor."

Karunakara disse em entrevista que o financiamento da ONG – que teve orçamento de US\$ 1,1 bilhão no ano passado, 90% deles oriundos de contribuintes individuais – foi afetado pela crise econômica internacional.

A organização Médicos Sem Fronteiras tem projetos em cerca de 65 países, sendo que os principais estão na Somália – foco da maior crise humanitária do mundo atualmente. Com disputas sectárias em grandes partes do país, ONGs têm dificuldades em operar livremente no país africano.

http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Brasil_cresce_como_doador_e_fornecedor_humanitario_diz_ONG&edt=34&id=221935

Notícias / Ciência & Saúde

29/11/2011 - 16:00

Corte no fundo de Aids é um desastre, diz chefe dos Médicos Sem Fronteiras

GI

A notícia de que o maior fundo mundial para luta contra Aids, tuberculose e malária cortará novos financiamentos terá efeitos enormes nos países que enfrentam essas doenças, avalia o presidente internacional da organização humanitária Médicos Sem Fronteiras (MSF). "Não podemos resolver o problema, mas vamos pressionar para que todos os ganhos que fizemos até agora em diversos países não sejam perdidos", disse o médico indiano Unni Karunakara em um encontro com jornalistas na manhã desta terça-feira (29), em São Paulo.



"A décima primeira rodada de investimentos foi cancelada por causa da crise, e isso é um problema. Fizemos muitos avanços. Em 2000, ninguém com Aids na África recebia tratamento do governo, e hoje 7 milhões se tratam. Naquela época, o tratamento era caro e hoje custa US\$ 70 por pessoa por ano. Estamos atualmente num patamar em que, se pararmos, corremos o risco de regredir no que alcançamos."

Segundo o Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria, não haverá concessão de novos financiamentos até 2014, e, até lá, os países de renda baixa ou média podem pedir recursos emergenciais. O fundo de origem público-privada é o maior órgão para financiamento e fornece mais de 70% dos fundos para drogas antirretrovirais nos países em desenvolvimento.

Segundo a agência Reuters, países do sul da África que dependem muito da ajuda do Fundo Global, incluindo a Suazilândia, Maláui, Zimbábue e Moçambique, devem ver um aumento das mortes e infecções como resultado da escassez de financiamento.

Os Médicos

Além do problema do corte no financiamento da luta contra a Aids, Unni Karunakara falou sobre as demais crises humanitárias, como as da Somália, Haiti e Sudão do Sul, e sobre a atuação dos Médicos Sem Fronteiras nesses locais. "Negociamos com todos os setores da sociedade e temos princípios muito firmes." Nesta segunda, o grupo radical al-Shabab, que controla parte da Somália, divulgou uma lista com 16 ONGs e agências da ONU que estariam banidas de trabalhar na região. O MSF não estava na lista.

A organização vive majoritariamente de doações - 90% do orçamento - e atua em 67 países. Segundo Unni, menos de 10% das doações vêm de instituições, e elas são selecionadas pelo grupo. "Não recebemos doações do governo americano, por exemplo, nem das indústrias farmacêuticas nem de tabaco, petróleo etc."

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Corte no fundo de Aids e um desastre diz chefe dos Medicos Sem Fronteiras&edt=34&id=221725](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Corte_no_fundo_de_Aids_e_um_desastre_diz_chefe_dos_Medicos_Sem_Fronteiras&edt=34&id=221725)

01/12/2011 - 21h32

Governo cria política para atendimento centralizado da



comunidade LGBT no SUS

Agência Brasil

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, assinou hoje (1º) portaria que cria a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no Sistema Único de Saúde (SUS).

A política prevê, entre outras ações, acesso a técnicas modernas para o processo transexualizador (mudança de sexo), redução de problemas causados pelo uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais, prevenção de câncer de mama e útero entre lésbicas e mulheres bissexuais e diminuição dos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais.

A rede pública já oferece esses serviços, porém de maneira descentralizada – agora serão reunidos em uma única política. “Se a sociedade brasileira ainda vive o preconceito, o SUS não pode admitir preconceito”, disse Padilha, durante a abertura da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que reúne autoridades de saúde e representantes da sociedade civil até domingo (4).

O governo também lançou, nesta quinta-feira, a Campanha Nacional de Combate à Aids, com foco em jovens gays de 15 a 24 anos. No último ano, a taxa de infecção nesse grupo cresceu 10,1%. Para cada 10 heterossexuais dessa faixa etária com a doença, existem 16 homossexuais. A campanha aposta nas redes sociais e na internet para alertar o público gay sobre a prevenção.

O lançamento coincide com o Dia Mundial de Luta Contra a Aids. Existem 34 milhões de pessoas no mundo com aids, 17% a mais em comparação a 2001, segundo o Programa das Nações Unidas para Aids (Unaid).

No entanto, o órgão aponta queda de 21% nas mortes – que caíram de 2,2 milhões, em 2000, para 1,8 milhão em 2010 – e redução de 15% nas novas infecções nos últimos dez anos, que somaram 1,2 milhão no ano passado. Na América Latina, a doença permanece estável, conforme o relatório. Dos adultos infectados que vivem na região, 36% são mulheres.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=395340>

01/12/2011 - 17h52

Mato Grosso registra 9.581 casos de dengue no período de janeiro a dezembro

Redação 24 Horas News

Mato Grosso já notificou 9.581 casos de dengue no período de 1º de janeiro a 01 de dezembro de 2011. Desse total, 41 foram notificados como casos graves de dengue. Até o momento foram notificados 8 óbitos, sendo 6 confirmados e 2 em investigação.



Os municípios que tiveram a notificação de óbitos por dengue até o momento foram General Carneiro (um caso confirmado), Pedra Preta (um caso confirmado), Colíder (um caso confirmado), Torixoréu (um confirmado), Ribeirãozinho (um confirmado), Sinop (um confirmado), tangará da Serra (um em investigação), Várzea Grande (um em investigação).

Em Cuiabá, são 1.223 casos de dengue, sendo 19 de casos graves. Desses 19 casos graves registrados no município apenas 13 são residentes na Capital. Outros cinco são residentes nos seguintes municípios do Estado: Tangará da Serra, Nova Brasilândia, Alto Paraguai, Guarantã do Norte e General Carneiro, cada qual com um caso e o caso de uma pessoa residente no Estado do Amazonas, em Manaus.

Em Várzea Grande a notificação é de 359 casos de dengue. Em Sinop a notificação é de 1.994 casos de dengue. Já em Rondonópolis, a notificação é de 289 casos da doença.

As notificações de casos de dengue em Mato Grosso, no ano de 2010, no mesmo período foram de 42.891 casos, sendo que Cuiabá notificou 4.296, Várzea Grande notificou 1.970 casos, Sinop notificou 3.172 casos e Rondonópolis 3.995 casos.

Segundo o superintendente de vigilância em saúde, Oberdan Lira, o Estado de Mato Grosso mantém o alerta no monitoramento sobre o novo sorotipo da dengue, o DEN 4 que tem circulação em alguns estado do País. "Em Mato Grosso ainda não se tem notificação de nenhum caso do novo sorotipo. O Estado estendeu o alerta aos 141 municípios".

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=395311>

CHOCANTE

Usuária do SUS denuncia morte de paciente do Hospital Metropolitano

Por: Sandra Carvalho

Fonte: Da Redação

O site No Poder recebeu o depoimento chocante de uma paciente do SUS que se chama Genecilda. Ela relata a morte de mulher conhecida como Vanildes dois dias após ter sido operada no Hospital Metropolitano de Várzea Grande.

O Hospital Metropolitano é público, mas foi entregue pelo governo do estado de MT para ser gerenciado por uma empresa privada (Organização Social de Saúde – OSS). Essa empresa recebe 3 vezes a tabela SUS para atender 60 leitos. O dinheiro que ela recebe é mais do que o estado repassa para todos os quase 600 leitos SUS dos hospitais de Cuiabá (Pronto Socorro, Hospital Julio Muller, Santa Casa e Santa Helena). Mesmo ganhando muito, a empresa que gerencia o Metropolitano só estaria realizando cirurgias mais simples, em detrimento das mais complexas.

Leia o relato na íntegra e veja Genecilda. Ela ainda compôs e interpreta uma música contra a privatização dos hospitais públicos.

DEPOIMENTO - SOBREVIVI AO HOSPITAL METROPOLITANO

No dia 19/09/11 entrei no HOSPITAL METROPOLITANO de Várzea Grande, e na sala de espera de internação cirúrgica, conheci Vanildes, pessoa com quem de cara tive uma grande afinidade, tanto que no tempo que passamos ali esperando que dessem entrada em nossa papelada de internação, conversamos muito e ficamos amigas.

Ficamos muito contentes quando nos colocaram no mesmo quarto, o número sete. Ali ficamos em quatro pessoas. A minha cama era bem ao lado da cama de Vanildes. A enfermeira do hospital nos deu camisolas, toalhas e meio copo de álcool, e nos instruiu para passar álcool no corpo quando terminássemos de tomar banho.

Depois do banho, mediram nossa pressão, que incrivelmente tanto a minha como a de Vanildes deu dezessete. Logo após, nos serviram jantar, mais tarde serviram também um chá com bolachas. Depois, na hora de dormir, a enfermeira nos deu um comprimido e logo adormecemos.

Na manhã seguinte nos avisaram que iríamos ser operadas, eu da vesícula e Vanildes de hérnia. Eu fui primeiro, me levaram em uma maca até uma sala onde fiquei do lado de várias macas com gente esperando por sua vez de ser operada. Não sei quanto tempo fiquei ali... para passar o tempo, puxei conversa com o colega da maca ao meu lado.

Um tempo depois me levaram para sala de cirurgia e fui operada. Quando acordei, estava em uma maca numa sala onde tinham várias macas com pessoas esperando para operar. Quando estavam me levando para o quarto, cruzei com a Vanildes que ia para a sala de cirurgia. Entrei no meu quarto às quinze horas, bem na hora de visitas, e Vanildes voltou para o quarto bem depois do horário de visita.

Na hora do jantar, nos trouxeram sopa, eu tomei um pouco, mais tive muita dificuldade de sentar, pois a dor era muita e Vanildes, assim que tomou a sopa, vomitou. A enfermeira a limpou e deixou uma comadre perto dela para o caso de querer vomitar novamente. Antes de dormirmos, a enfermeira aplicou em nossas veias quatro seringas de remédio: antibiótico, anti-inflamatório, dipirona e remédio anti-vômito.

Eu não tive muita reação aos remédios, mas a Vanildes assim que tomou, vomitou muito e a enfermeira a limpou novamente.

De madrugada a mesma coisa, a enfermeira de plantão nos aplicou os remédios e Vanildes vomitou novamente.

Ao amanhecer do dia 20.09.2011, fomos acordadas pela enfermeira, que pediu que levantássemos pra tomar banho. Vanildes precisou de duas enfermeiras para ajudá-la com o banho, pois ela tinha muita dificuldade em andar. Logo após o banho, as duas enfermeiras fizeram curativo e colocaram um dreno nela. Já eu carreguei meu suporte com soro até o



banheiro e tomei banho sozinha. Houve uma troca de plantão e quem fez curativo em mim foi o enfermeiro que ia ficar durante o dia.

Momentos depois, entrou no quarto um homem vestindo calça jeans, uma camisa de cor e um jaleco branco, com uma prancheta na mão; nos cumprimentou e disse assim: “Vanildes, Genecilia, e (...), estão de alta”. Depois dessas palavras, esse homem marcou um “x” no papel dele e se retirou.

Assim que esse homem saiu, o enfermeiro de plantão entrou, tirou o dreno da Vanildes, tampou com um curativo bem reforçado o local da cirurgia dela e saiu do quarto.

Vanildes tentou tomar o chá que havia vindo pra ela e eu tive que socorrê-la com a comadre e depois limpa-la, pois apertei o botão da campainha e não apareceu ninguém pra ajudar, pois o botão não funcionava.

Logo após, nós duas ligamos para nossos familiares que ficaram de nos buscar às quinze horas, que era justamente no horário de visitas, e assim que fizemos essa ligação, a bateria do celular acabou.

A terceira moça do quarto que foi operada no mesmo dia em que nós, ficou esperando o médico que tinha operado ela pra receber alta. Ela só caiu na real depois que uma funcionária do hospital veio e pediu que desocupássemos os leitos, pois de acordo com os registros do HOSPITAL METROPOLITANO, já haviam dado baixa nos nossos nomes. Esta moça foi embora de ônibus.

Eu e Vanildes nos recusamos a sair, então mandaram as faxineiras limpar o quarto e, logo depois, chegou uma paciente recém-operada pra ocupar um dos nossos leitos. Pedimos então que a funcionária ligasse pra que nossos familiares fossem nos buscar urgente. Pedi uma cadeira de rodas pra Vanildes e a funcionaria disse que não tinha disponível no momento.

Eu e Vanildes saímos do quarto de braços dados pelo corredor do hospital, mas aí, antes de chegarmos à recepção, trouxeram uma cadeira de rodas pra Vanildes. Ficamos na sala de recepção do HOSPITAL METROPOLITANO esperando nossos familiares virem nos buscar. O meu irmão chegou primeiro, peguei o celular dele e liguei para o genro de Vanildes, que já estava chegando. Dei um abraço, trocamos telefone e nos despedimos. Foi a última vez que a vi.

Eu e Vanildes fomos operadas no dia 20.09.2011 e no dia 21.09.2011, de manhã, FOMOS DESPEJADAS DO HOSPITAL METROPOLITANO DE VARZEA GRANDE, SEM NENHUMA AVALIAÇÃO MÉDICA. E no dia 22.09.2011, VANILDES AMANHECEU MORTA em sua residência, com sangue escorrido pela boca. A causa da morte: HEMORRAGIA INTERNA.

Genecilia.

<http://www.nopoder.com.br/editorias/6/Saude.html>



DENGUE

MT já registrou 9.581 casos

Da Redação

A Secretaria de Estado de Saúde divulgou ontem os números sobre a dengue referentes ao período de 1º de janeiro a 1º de dezembro deste ano. Foram notificados no período 9.581 casos de dengue em Mato Grosso. Desse total, 41 foram notificados como casos graves de dengue. Neste ano seis pessoas morreram de dengue no estado e há duas mortes sendo investigadas.

Em Cuiabá foram notificados 1.223 casos de dengue, sendo 19 de casos graves. Desses 19 casos, porém, apenas 13 são de residentes na Capital. Outros cinco são residentes nos municípios de Tangará da Serra, Nova Brasilândia, Alto Paraguai, Guarantã do Norte e General Carneiro e há o caso de uma pessoa residente em Manaus (AM).

Já em Várzea Grande houve o registro de 359 casos de dengue. Em Sinop, 1.994 casos; e, em Rondonópolis, 289 casos da doença.

Nos mesmo período de 2010, as notificações de casos de dengue em Mato Grosso foram de 42.891 casos, sendo que Cuiabá notificou 4.296, Várzea Grande 1.970 casos, Sinop 3.172 casos e Rondonópolis 3.995 casos. (Com Assessoria)

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=403087>

PRONTO-SOCORRO

Salas são reabertas após 47 dias

CAROLINE RODRIGUES
DA REDAÇÃO

As salas vermelha e amarela do Hospital e Pronto-Socorro de Cuiabá (HPSMC), onde funciona o atendimento de urgência e emergência, foram reinauguradas depois do isolamento há 47 dias. O teto da unidade caiu em outubro devido a problemas na tubulação de água após uma forte chuva. Na ocasião, o forro, que é de gesso, cedeu, e os funcionários precisaram correr para retirar os pacientes, bem como equipamentos eletrônicos que estavam nos ambientes. A unidade ficou fechada para o atendimento de pessoas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) por uma semana. Todos eram encaminhados para o Pronto-Socorro de Várzea Grande, que ficou lotado.

Em menos de 1 ano, o telhado do PS caiu 4 vezes. O fato ocorreu nos meses de outubro, fevereiro, março e julho deste ano. A empresa responsável pela reforma geral do espaço, que aconteceu em março do ano passado e custou R\$ 6 milhões, foi acionada para recuperar o teto e refazer os sistemas de calha, que eram precários e não conseguiam escoar a água. Falhas no



projeto foram apontadas como motivo para a queda da estrutura. Como a obra estava dentro do prazo de garantia, que é 5 anos, a construtora foi responsabilizada.

Enquanto as salas ficaram interditadas, porque representavam risco para a segurança dos pacientes, as pessoas foram atendidas no antigo box de emergência, onde estava instalada uma enfermaria, chamada de sala verde.

Conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), os pacientes que estavam no setor foram alojados de forma provisória no terceiro piso e o espaço do box era insuficiente para atender a demanda crescente dos pacientes, principalmente as vítimas de acidentes de trânsito.

De acordo com informações do órgão, o telhado do PS foi totalmente refeito, o forro recuperado e as salas vermelha e amarela receberam nova pintura. Um novo sistema de calhas foi implantado, agora com capacidade adequada para dar vazão à água das chuvas.

<http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/303668>

Conheça as diretrizes e propostas que serão debatidas na 14a Conferência Nacional de Saúde

By

[Saúde com Dilma](#)

- Atualizado em 25/11/2011 **Postado em:** [Equipe do Blog, z](#)



do [Blog do Chicão](#)

Recebi hoje (24/novembro) do Pedro Tourinho, médico residente da Unicamp e conselheiro nacional de saúde pela [Associação Nacional dos Pós-Graduandos](#), o consolidado das propostas aprovadas pelas Conferências Estaduais de Saúde.



É em cima desse consolidado que a [14a Conferência Nacional de Saúde](#) vai trabalhar, a princípio sem a possibilidade de inclusão de novas propostas, conforme consta do Regulamento proposto pela comissão organizadora.

Aliás, também hoje foi aberto o debate virtual sobre a proposta de Regulamento, por meio de um sistema web chamado [Diálogos Online](#) para o qual todos os delegados devem ter recebido senhas — a minha chegou por e-mail e por carta.

Divulgo aqui os dois documentos: [Consolidado](#) (fonte: e-mail enviado pelo conselheiro Pedro Tourinho) e [Proposta de Regulamento](#) (fonte: página Diálogos Online, citada acima).

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/11/25/conheca-as-diretrizes-e-propostas-que-serao-debatidas-na-14a-conferencia-nacional-de-saude/>

Filosofando sobre “Mídia e saúde: quando o SUS vira notícia”

By

[Saúde com Dilma](#)

- Atualizado em 29/11/2011 **Postado em:** [Fátima Oliveira, z](#)



por *Fátima Oliveira, Médica* – fatimaoliveira@ig.com (twitter: @oliveirafatima_)

De 30.11 a 4.12, a 14ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, discutirá “a política nacional de saúde, segundo os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade”, sob o tema “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social – política pública, patrimônio do povo brasileiro”, cujo eixo é “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”.

Como parte da Conferência, dia 1º, ocorrerá a oficina “Diálogos saúde e mídia”, da qual serei expositora, com Reinaldo José Lopes, editor do caderno saúde, da “Folha de S.Paulo”, do tema “Mídia e saúde: quando o SUS vira notícia”. Confirmaram presença mais de cem jornalistas e assessores de imprensa.



Será um momento ímpar, no qual quem produz notícias poderá dizer “qual é a sua” na cobertura de saúde, que, via de regra, passa ao largo da defesa da luta pelo SUS, contrariando o que deveria ser o guia das diferentes mídias – a eticidade informativa -, numa demonstração do absolutismo incontestado da ditadura da mídia.

Gerar e publicar informações é um tipo de poder e um grande poder. Considerando a função social do jornalismo, as velhas e as novas mídias podem escolher: fortalecer ou detonar o SUS usando as mesmas pautas, em geral denunciadoras e catastrofistas.

Sem esquecer que a grande imprensa, falada e televisada, tem lado e que o estado da arte do SUS é um processo de construção, não é um produto pronto e acabado, a pergunta é: por que detonar a política pública que mais confere cidadania ao povo brasileiro, extinguindo a figura do indigente na saúde, o seu maior mérito?

Em “O conferencismo sequestra a democracia e insulta a inteligência”, registrei meu desencanto “diante do conferencismo ordinário e vulgar aqui instalado para abordar temas sociais mais afetos aos direitos humanos (...). Não sou contra conferências, mas o uso do formato conferência para conferencismos que não nos tiram do amassar ad aeternum o mesmo barro”.

E disse mais: “Dá comichão ler um relatório final de tais conferências. A mesmice – velhas demandas diante do mesmo muro de lamentações ! – impera a um ponto que parece xerox do anterior, como se da conferência resultasse um eterno monólogo inútil. E é! O que revela que o conferencismo insulta a inteligência e sequestra a democracia participativa por ser um jogo de faz de conta...” (O TEMPO, 18.10.2011).

Foi com surpresa que recebi o convite para a oficina “Diálogos saúde e mídia”. Tive um ataque hamletiano completo, antes do sim: “Ser ou não ser, eis a questão: será mais nobre/ Em nosso espírito sofrer pedras e setas/ Com que a Fortuna, enfurecida, nos alveja,/ Ou insurgir-nos contra um mar de provações/ E em luta pôr-lhes fim?” (“A Tragédia de Hamlet, Príncipe da Dinamarca”, de William Shakespeare. Ato III, Cena I. Escrita entre 1599 e 1601).

Hamlet é uma perseguição. Escrevi “Paralelos entre o SUS e a tragédia de William Shakespeare” (O TEMPO, 23.8.2011), sobre os voos filosóficos de um leitor de uma cidade mineira onde só há Santa Casa que, “irado, indagou por que eu tinha tara por coisas que não prestam, a exemplo do SUS, para ele um engodo quando depende de contratados”. Encerrou citando Hamlet: ” Há algo de podre no reino da Dinamarca , pois as Santas Casas não são mais de caridade; recebem por procedimentos feitos – aquilo que você já ficou rouca de dizer: o grande mérito do SUS foi acabar com o indigente da saúde. E é verdade: não há mais indigentes, há perambulantes”. Vou por aí...

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/11/29/filosofando-sobre-midia-e-saude-quando-o-sus-vira-noticia/>

Em 10 anos, Saúde perdeu R\$ 45,9 bilhões



By

[Paulo Navarro](#)

- Atualizado em 28/11/2011 **Postado em:** [Cebes](#)



Desde a promulgação da EC29, o montante de recursos efetivamente aplicados caiu de 1,76% do Produto Interno Bruto (PIB) para 1,66%, na contramão do espírito da lei.

O Globo – 28/11/2011.

A grave crise no setor da Saúde reflete, entre outros problemas, escolhas do governo no rateio dos recursos federais. Desde 2000 – quando entrou em vigor a Emenda Constitucional 29, que estabelece um piso de gastos para o setor – até o ano passado, o montante de recursos efetivamente aplicados caiu de 1,76% do Produto Interno Bruto (PIB) para 1,66%, na contramão do espírito da lei. Levantamento realizado pelo GLOBO mostra que, na área social, o setor foi o que mais perdeu na comparação com os demais. Na Educação, os gastos subiram de 0,97% para 1,29% do PIB nesse período. Na Previdência, pularam de 6,3% para 6,9%, e, na Assistência Social, de 0,45% para 1,06% do produto.

Os números da execução orçamentária mostram enorme diferença entre o que o governo se comprometeu a gastar e o que, na prática, foi destinado à Saúde. De 2000 a 2010, a diferença entre os valores empenhados (prometidos) no orçamento da Saúde e o que foi efetivamente gasto no setor chega a R\$45,9 bilhões, sem considerar a inflação do período. Só em 2010, essa diferença foi de R\$6,4 bilhões.

Em 2010, se os valores empenhados no Ministério da Saúde tivessem sido efetivamente gastos no custeio do setor, a parcela do governo federal aplicada pularia de 1,66% para 1,83% do PIB. No ano passado, foram empenhados R\$67,328 bilhões e, gastos, efetivamente, R\$60,924 bilhões.

A Emenda Constitucional 29, aprovada em setembro de 2000, pretendeu assegurar um piso de gastos para a Saúde que, na prática, tornou-se o teto das despesas. Além disso, o cumprimento pleno do piso constitucional é questionado pelo Ministério Público Federal (MPF) e pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

Parte do previsto vira restos a pagar



O governo calcula o piso de gastos com base no montante de recursos empenhados para o setor somado à variação nominal do PIB – como estabelece a Emenda 29. No entanto, parte desses recursos não é executada no exercício e transforma-se em restos a pagar. Ou seja, é transferida para o orçamento do ano seguinte.

O que os procuradores do Ministério Público Federal no Distrito Federal (MPF-DF) e o Tribunal de Contas da União (TCU) constataram é que uma parte desses restos a pagar é cancelada, após ter sido computada no piso da área da Saúde.

A ação do MPF-DF, de outubro de 2010, reclama a devolução de R\$2,6 bilhões que teriam sido subtraídos do piso por meio desse expediente.

- O governo tem deixado, a cada ano, bilhões em recursos destinados à Saúde como restos a pagar e, nos anos seguintes, cancela esses recursos. Aí está a fraude – alerta o médico Gilson Carvalho, especialista da área e consultor do Conselho Nacional de Secretarias Municipais da Saúde.

Ofensiva por mais gastos no Congresso

O encolhimento do orçamento da Saúde na esfera federal, combinado ao desvio dos recursos do piso para outras finalidades, serve para reforçar a ofensiva da oposição e da bancada da Saúde no Congresso, que lutam, agora no Senado, para aprovar a regulamentação da Emenda 29, com a proposta original do ex-senador e agora governador do Acre, Tião Viana (PT). Essa proposta destina 10% da receita bruta federal para gastos com Saúde.

O governo, e em especial a equipe econômica, não aceitam a nova regra, que obrigaria a União a reforçar o orçamento da Saúde com cerca de R\$19 bilhões já no ano que vem, segundo os cálculos da oposição.

Mas a própria base do governo no Senado tem simpatia por essa proposta, o que assusta o Palácio do Planalto. É nessa fragilidade que a oposição trabalha fortemente para aprovar a nova regra para o setor da Saúde.

Um mapa elaborado por líderes da oposição, em conjunto com a bancada da Saúde, a partir de declarações públicas e conversas de bastidores, contabiliza apoio ao projeto em todos os partidos da base. Isso tem deixado o governo bastante preocupado. Segundo esse mapa, a oposição já contaria com 39 votos no Senado – sendo que precisa de 41 para derrotar o governo federal.

A decisão de pôr em votação a regulamentação da Emenda 29 está nas mãos do presidente do Senado, José Sarney (PMDB-AP), aliado da presidente Dilma Rousseff. O senador, porém, também tem que administrar a forte pressão da bancada da Saúde e de senadores da própria base governista, já que o tema tem grande apelo junto à sociedade.

A senadora Ana Amélia Lemos (PP-RS), que vota com a oposição, disse que está confiante, porque Sarney prometeu colocar o projeto na pauta de votações desta semana. Ana Amélia



destaca que, por falta de regulamentação da Emenda 29, os municípios estão sendo prejudicados, pois aplicam muito mais recursos na Saúde do que o limite constitucional.

Ana Amélia Lemos cita o exemplo do município de Panambi (RS), onde nasceu, que destina 32% das suas receitas para o custeio da área da Saúde.

- Trata-se de uma questão federativa que requer um tratamento justo e adequado – afirma a senadora.

A regulamentação da Emenda 29 estabelece que municípios devem destinar 15% das receitas à Saúde, e os estados, 12%.

O governo não quis comentar os números da execução orçamentária que mostram a redução nos gastos com Saúde, desde o início da vigência da Emenda 29, em proporção do PIB. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, foi procurado ontem, mas sua assessoria informou que ele e o ministério não iriam se manifestar, porque não houve tempo para analisar os dados.

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/11/28/em-10-anos-saude-perdeu-r-459-bilhoes/>

O que define o caráter público de uma instituição em geral, e da saúde em particular?

By

[Paulo Navarro](#)

- Atualizado em 28/11/2011 **Postado em:** [André Luiz de Castilho Fonseca, z](#)



Considerações sobre o direito, o público, o estatal e o privado.

Por André Luiz de Castilho Fonseca, diretor do Serviço de Saúde Cândido Ferreira e Conselheiro Municipal de Saúde de Campinas.

O que define o caráter público de uma instituição não são as regras gerais de sua forma de organização jurídica – **direito público**, que deveríamos chamar mais propriamente de **direito estatal**, ou **direito privado**, que deveríamos chamar mais propriamente de **direito civil**. Para além da exigência de que seus fins sejam **exclusivamente** públicos, o seu caráter público se define fundamentalmente **pela forma como ela efetivamente se organiza**, ou seja, em que medida a sua gestão se abre ao controle social, constituindo-se efetivamente em uma **co-gestão** entre gestores, trabalhadores e usuários. Não estamos, portanto, tratando aqui apenas do controle social ‘*de fora para dentro*’ conforme previsto pela legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, mas de uma participação efetiva do controle social nas instâncias propriamente ditas de gestão, como condição *sine qua non* para que qualquer instituição, seja ela de ‘direito público’ ou de ‘direito privado’ possa se reivindicar como efetivamente pública. Ou seja, nenhuma instituição, por ser estatal, pode ser considerada dada como *a priori* e necessariamente pública. Ao contrário, temos urgência em que o estatal seja efetivamente publicizado. Da mesma maneira, se o estatal não é necessariamente público, não se pode afirmar que uma instituição não-estatal seja necessariamente privada, sem que se analise a natureza de seus fins, quanto ao seu caráter público ou privado, e o grau de participação efetiva do controle social na sua gestão.

O Estado incorpora a obrigação de desenvolver as políticas públicas – ou seja, as políticas que dizem respeito ao interesse de todos – por força da pressão dos movimentos sociais que se encontram fundamentalmente fora do Estado. Ou seja, é a sociedade civil organizada que literalmente arranca este compromisso do Estado. **Se são principalmente os entes que se encontram fora do Estado que o constroem a incorporar as políticas públicas como obrigação, porque deveríamos considerar que o estatal está dado *a priori* como necessariamente público?**

E porque o estatal não é necessariamente público?

Por força da natureza de classe deste mesmo Estado. Não vivemos em uma sociedade igualitária. Vivemos em uma sociedade de classes em que os interesses de uma classe em particular se impõe sobre os interesses da população como um todo. E quem em última instância garante que os interesses das classes proprietárias sejam prioritariamente defendidos em detrimento do conjunto da população? O Estado. A serviço de quem, prioritariamente, se encontra o poder de polícia do Estado? Dos interesses daqueles que detêm o poder econômico, ou seja, do capital. Não é, portanto, a serviço dos interesses mais amplos da população e dos trabalhadores.

Por esta razão as regras do chamado “Direito Público”, que são na verdade as regras do Direito Estatal, **são feitas exatamente para dificultar uma ação efetiva do Estado em defesa dos interesses da maioria da população**. O Estado é propositadamente desenhado para não funcionar adequadamente neste campo. Podem-se ter governos eventualmente eleitos, comprometidos com os interesses mais amplos da população que, ao priorizarem o desenvolvimento das políticas públicas, melhoram o desempenho do Estado neste campo.

Entretanto, um governo eventual, não muda a natureza e estrutura essencial do Estado no capitalismo que permanece por definição, hostil aos interesses da maioria da população.

Os emperramentos burocráticos que atrapalham ou mesmo impedem a adequada execução das políticas públicas não são, portanto, fortuitos, ou decorrentes da “incompetência” desta ou daquela administração, **mas são estruturais de um Estado montado para defender antes os interesses específicos de uma classe social em particular.**

O Estado que emperra de maneira “incompetente” o desenvolvimento das políticas públicas com inúmeros entraves burocráticos é o mesmo Estado que é extremamente competente na defesa dos interesses do mercado, assegurando-lhe a mais plena liberdade de atuação, permitindo, inclusive, que este mesmo mercado possa “vender o seu peixe” ao conjunto da população, nas áreas de saúde e educação por exemplo, com base exatamente na reiterada incompetência do Estado em promover as políticas públicas. O Estado portanto deve permanecer “incompetente” para que o mercado possa se vender como “competente” e **são, literalmente, as regras do direito público atual que tratam de assegurar a “incompetência” do Estado na implementação das políticas públicas.**

Não podemos deixar de lembrar que **a maior parte das regras que regem a Administração Pública atual são as mesmas instituídas pela Ditadura Militar e que tem falhado duplamente: nem garantem a eficiência do Estado na consecução das políticas públicas e muito menos previnem a corrupção.**

O compromisso efetivo deste Estado com as políticas públicas tem que ser literalmente arrancado à força. É o que tem sido feito a partir exatamente dos movimentos sociais que vem historicamente impondo esta obrigação ao Estado de garantir. Obrigação esta que este mesmo Estado sabota permanentemente a partir justamente das regras do chamado ‘Direito Público’, ou seja do Direito Estatal, que tem por definição de princípio **limitar a atuação de qualquer servidor público em linha com o que está prévia e expressamente definido em lei.** A lógica de operação do Estado é portanto avessa e hostil a qualquer reivindicação de autonomia dos seus trabalhadores quanto à governabilidade dos seus processos de trabalho. Ou seja, **a forma de organização do Estado é deliberadamente construída para criar e recriar obstáculos ao pleno desempenho de seus trabalhadores no exercício de suas funções públicas,** seja para não “atrapalhar” o livre desenvolvimento das atividades econômicas lucrativas, seja para impedir o bom funcionamento das políticas públicas a partir do Estado.

Reforma do Estado – reescrever as regras do chamado ‘Direito Público’

A sociedade brasileira deve reescrever as regras do chamado “Direito Público” que, como vimos, é apenas “Direito Estatal” na perspectiva da defesa dos interesses efetivamente públicos porque este ‘Direito Público’ brasileiro é hoje, propositadamente hostil e avesso a estes interesses. Enquanto não se reescrevem estas regras, o que vai exigir, no mínimo, a convocação de uma nova Assembleia Constituinte, devemos sim, lançarmo-nos também à construção, desde já, **de um campo institucional que seja do propriamente público,** através da criação de organizações horizontais, de caráter efetivamente público do ponto de vista da participação do controle social na sua gestão direta, garantindo-se a



necessária liberdade de contratação das regras entre os trabalhadores e usuários que sejam efetivamente adequadas a eficiente operação das políticas públicas, **liberdade esta que é negada pelo chamado “Direito Público” atual e que, portanto, só poderia ser suportada, considerando-se as possibilidades jurídicas atualmente disponíveis, no campo do direito civil.**

Neste sentido, as chamadas ‘Fundações Estatais de Direito Privado’ **podem** se constituir em **uma das possibilidades** de construção deste campo público propriamente dito, na medida em que se desloquem do campo puramente estatal, pela definição de um conselho gestor que conte com a participação de usuários e trabalhadores e pela substituição da máquina burocrática e vertical por uma organização democrática e horizontal, substituindo os processos de decisão verticalizados e baseados na exigência de obediência, por processos de decisão horizontalizados e contratualizados *inter pares*. Teremos, entretanto, apenas oportunidades perdidas (mais uma vez) se estas novas instituições não conseguirem efetivamente se libertar dos paradigmas institucionais do chamado ‘direito público’, reproduzindo desnecessariamente a pesada e ineficiente estrutura estatal.

Enquanto o chamado “Direito Público” (Direito Estatal) regula uma **relação entre desiguais**, entre o agente do Estado que detém o poder de polícia e o cidadão que se encontra à mercê do exercício deste poder de polícia pelo agente do Estado, o chamado direito civil regula a **relação entre iguais** no campo da sociedade civil. O direito civil supõe que um cidadão que se relaciona com o outro o faz na condição de igualdade, tendo ambos, portanto, a liberdade para definir as regras desta relação, desde que não visem realizar algo que seja expressamente proibido. Ou seja, no direito civil as partes de qualquer contrato tem uma liberdade (que é desconhecida no campo do ‘direito público’) para definir as regras que sejam mais adequadas às finalidades que ambos buscam atingir.

O “Direito Público” (Direito Estatal) *strictu sensu* está desenhado para sobretudo limitar o exercício do poder de polícia pelo Estado nos limites estritamente legais e previamente determinados (o que não deixa de ser uma forma de salvaguardar a sociedade civil das ações abusivas no uso do poder de polícia do Estado). Mas por esta mesma razão, o “Direito Público” (Estatal), na sua forma atual, **é inadequado para regular as ações públicas que não envolvem necessariamente o exercício do poder de polícia**. As políticas públicas em geral, a não ser em áreas bastante específicas (a vigilância sanitária por exemplo) não implicam no uso do poder de polícia, ou seja, não envolvem uma relação desigual entre um servidor público enquanto agente dotado de poder de polícia e o usuário dos serviços públicos, mas exigem, pelo contrário, **uma relação contratualizada e horizontal entre gestores, trabalhadores e usuários, iguais pela condição comum de cidadãos**.

É justamente esta liberdade de contratação entre gestores, trabalhadores e usuários que se vem buscando exercitar na construção das políticas públicas em saúde tanto nas conferências e nos conselhos de saúde, sejam locais, municipais, estaduais ou nacionais, quanto no cotidiano dos serviços para a conformação dos projetos terapêuticos singulares. Esta liberdade de contratação entre gestores, trabalhadores e usuários, reiteramos, é negada e dificultada *a priori* pelas regras do “Direito Público” atual, mas pode ser mais rápida e facilmente implementada com base nas regras do direito civil imediatamente disponíveis. **Por que não podemos nos valer de todas as ferramentas legais já disponíveis para avançar na luta**

pela construção das políticas públicas em geral e, em particular, do SUS? Porque desperdiçar recursos e ferramentas que estão a nossa disposição?

Isto não significa, por óbvio, que devemos abandonar a luta no campo do propriamente estatal, no sentido de explorar todas as brechas e possibilidades dentro do chamado “Direito Público” atual para aprofundar os compromissos deste Estado com o dever de garantir a adequada implementação das políticas públicas, buscando viabilizar todas as reformas e mudanças legais e administrativas, que sejam possíveis de serem implementadas desde já, seja a nível municipal, estadual ou nacional, que permitam aprimorar a eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas a partir do Estado, tensionando permanentemente pela participação sempre mais efetiva dos trabalhadores e do controle social na sua gestão.

Se as regras do direito civil são, hoje, mais adequadas do que as regras atualmente existentes do chamado ‘direito público’ para amparar as exigências postas pela construção das políticas públicas, isto não significa dizer, por óbvio, que as empresas ou instituições situadas no campo do **propriamente privado** possam ser alternativas para este fim, posto que operam necessariamente com base em uma hierarquia de interesses, que privilegia o lucro de alguns em detrimento dos interesses e necessidades que são de todos. São portanto, avessas, por definição, ao conteúdo inclusivo, incondicional e universal das políticas públicas que não se coadunam, sob nenhum ponto de vista, com o acesso mediado pelo mercado.

Esta escala de interesses, própria das empresas e instituições privadas, impõe a constituição de uma organização também fortemente hierarquizada, verticalizada e baseada na exigência de obediência que define, ao contrário do que avalia o senso comum, uma **ineficiência estrutural**, em virtude da **hipertrofia das funções de controle**: tem-se quem executa, quem controla quem executa, quem controla quem controla quem executa e assim por diante. Ou seja, tanto nas organizações privadas, quanto nas organizações estatais tem-se necessariamente, por decorrência dos processos verticalizados de gestão, uma hipertrofia das estruturas de controle que trazem intrinsecamente a desqualificação permanente daqueles que executam as ações finalísticas, os quais permanecem sob o peso de uma desconfiança atávica, que é estruturante das relações de trabalho. O ‘cada um por si e Deus por todos’ passa a marcar não só a relação entre os próprios trabalhadores, mas também a relação entre trabalhadores e usuários.

A luta, portanto, pela compromisso cada vez mais efetivo do Estado e das instâncias propriamente estatais com a implementação das políticas públicas não elimina mas, pelo contrário, soma-se necessariamente à luta pela constituição de um campo de instituições propriamente públicas quanto aos seus fins e quanto ao controle social sobre a sua gestão efetiva. **Este campo público em construção pode e deve ser constituído tanto por instituições estatais que venham a ser efetivamente publicizadas e horizontalizadas, quanto por instituições criadas no âmbito da própria sociedade civil organizada e que venham a ser igualmente publicizadas e horizontalizadas, submetendo seu patrimônio, seus fins institucionais e sua gestão efetiva ao controle social e ao interesse público.**

Os direitos e a luta dos trabalhadores



Em relação aos trabalhadores deve-se evitar **uma falsa contraposição entre os direitos supostamente garantidos aos servidores públicos (trabalhadores do estado) no regime estatutário, e aqueles garantidos aos trabalhadores em geral no campo da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), regime jurídico que necessariamente regula as relações trabalhistas no âmbito do direito civil.**

Devemos nos recordar, em primeiro lugar, que cada ente federado define com a autonomia que a Constituição lhe assegura, o seu próprio regime estatutário. Nos municípios maiores, por exemplo, o patamar de direitos assegurados aos trabalhadores tende a se elevar, mas nos municípios menores a situação dos trabalhadores é, em geral, desastrosa. Para além da situação dos municípios em geral, podemos aqui nos deter apenas no exemplo do Estado de São Paulo que, aliás, é o estado mais rico e populoso do Brasil: **em que situação mesmo se encontram os servidores públicos estaduais de São Paulo? Que direitos o seu Estatuto lhes garante?** Além de salários irrisórios os mesmo são pagos incluindo-se adicionais sobre o salário-base que são posteriormente retirados do pagamento da aposentadoria. Se o patamar de direitos dos servidores estaduais de São Paulo fosse deslocado para o mesmo patamar hoje previsto pela CLT e os Acordos Coletivos vigentes das diversas categorias, já seria uma grande conquista para estes servidores.

Em segundo lugar, o servidor público não tem direito adquirido a manutenção do regime administrativo, ou seja, exceção feita à redução nominal dos vencimentos, vários direitos previstos estatutariamente podem ser retirados, mediante ratificação junto à esfera legislativa correspondente, com base na autonomia federativa. Diferentemente dos direitos previstos na CLT, a qual define, por si só, um **patamar nacional mínimo de direitos**, sobre os quais se agregam novos direitos a partir das negociações em torno dos Acordos Coletivos de Trabalho que definem, por sua vez, novos patamares. Se não houver acordo em uma determinada negociação trabalhista e a mesma for para a discussão judicial, com base jurisprudência hoje estabelecida pela Justiça do Trabalho, se a decisão judicial não assegurar uma ampliação de direitos, pelo menos se manterá o patamar de direitos anteriormente estabelecido.

Em terceiro lugar, se há uma área do “Direito Público” que mais tem avançado, ultimamente, do ponto de vista administrativo é justamente no processo de demissão de servidores estatutários que podem ser demitidos, por exemplo, pelo critério “os últimos que entram são os primeiros que saem (UEPS)” se o município estourar o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal. Ou seja, em termos de condições de trabalho em geral, considerando-se o conjunto dos estados e municípios do país, é difícil aceitar a tese de que os trabalhadores celetistas estejam em situação mais desfavorável que os estatutários.

E cabe aqui um outra pergunta: se a luta por melhores condições de trabalho é mesma para celetistas e estatutários, porque subtrair estes últimos da luta comum de todos os trabalhadores? Já vimos, por exemplo, trabalhadores celetistas, contratados por concurso público, do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal, por exemplo, entrarem em greve em conjunto com os trabalhadores celetistas dos bancos privados na luta pelos mesmos direitos, mas não vemos trabalhadores estatutários, de qualquer área, entrarem em greve em conjunto com os trabalhadores celetistas da mesma área por uma simples razão: são regimes jurídicos diferentes. Esta diferença é que se coloca como um obstáculo para uma luta efetivamente comum e esta falta de unidade fragiliza sobretudo os trabalhadores estatutários.



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/11/28/o-que-define-o-carater-publico-de-uma-instituicao-em-geral-e-da-saude-em-particular/>

Desrespeito e violência no parto – convite à pesquisa

By

[Paulo Navarro](#)

- Atualizado em 27/11/2011 **Postado em:** [Lígia Moreiras Sena](#)



Se você se sentiu, de alguma forma, desrespeitada em seu parto, participe desta pesquisa.

Por Lígia Moreiras Sena, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFSC.

"Tratava-se de um pré-parto com seis ou sete leitos, todos ocupados, a maioria por mulheres em início de trabalho de parto (...). Concentrei minha atenção em uma parturiente adolescente de 15 anos, branca, rosto de menina. (...) Ela estava com os lábios secos, cansada e desanimada. Pelo prontuário, havia sido admitida na noite anterior em início de trabalho de parto. No momento em que cheguei, havia uma anotação recente de seu exame vaginal, constando um dilatação cervical de 7 centímetros. (...) Perguntei como ela estava se sentindo, se gostaria de ir ao banheiro. Um soro estava conectado a seu braço, e nestas condições, muitas parturientes se sentem limitadas em atender necessidades elementares, como urinar, mesmo com a bexiga cheia. Ela assentiu, e auxiliiei-a em sua ida ao banheiro. Perguntei se gostaria de tomar um banho de chuveiro; tentei animá-la, dizendo que o banho costuma ter um efeito muito agradável em sua situação.

Ela ficou em dúvida e não aceitou. Preferia caminhar, ficar em pé. Perguntou se podia. Confirmei que sim, seria bastante oportuno, auxiliaria no trabalho de parto. Resolveu ficar em pé, ao lado da cama. Falou de seu namorado, era músico, tocava violão, gostaria que ele estivesse com ela. Nesse momento entrou uma médica residente [soube-o depois], que não estava presente quando cheguei. A residente chegou e mandou a parturiente deitar. Ela quis resistir. Apresentei-me e argumentei polidamente que ficar em pé era bastante apropriado para encurtar o trabalho de parto, além de



*ajudar a suportar melhor as dores. Ela [a residente] ignorou-me. Dirigiu-se à parturiente, escandindo as palavras: "Entendeu, **mãezinha**, eu quero que você fique deitada! Entendeu? Dei-ta-da!" (...). E partiu para o exame vaginal, ainda que este tivesse sido realizado há pouco tempo. Terminado o exame, reafirmou o comando: "entendeu, **mãezinha**, permanecer dei-ta-da, entendeu? E recomendou que a mulher fizesse força para baixo, para ajudar o bebê a nascer mais depressa. E saiu. (...) [a parturiente] pediu-me para ficar ao lado dela. Queria ficar em pé, avaliava que era menos doloroso que ficar deitada. Apoiei-a em sua decisão; vamos, então, ficar em pé. Nesse momento, chegou uma auxiliar de enfermagem e perguntou pelo nome da parturiente. A própria adolescente respondeu-lhe, e ato contínuo, a auxiliar informou-a de que ela iria para cesárea. Estranhei. Será que a indicação era a idade? A auxiliar também não sabia. Disse apenas que o médico mandou subir com ela. E lá foi ela para a cesárea, sem saber por quê. E enquanto caminhava em direção ao centro obstétrico, seguida pela funcionária que carregava seu prontuário, chega um residente [outro], e pergunta por ela: "Cadê a mulher que estava nessa cama?". Respondi-lhe que ela acabara de seguir para a cesárea. "Nossa, levaram a mulher errada! Era essa [e aponta um leito] que eu mandei subir. Pede para trazer aquela de volta". E do mesmo jeito que ela foi para a cesárea, voltou, sem nenhuma explicação.(...) E lá estava ela em pé, ao lado do leito, quando retorna a residente [a primeira], visivelmente contrariada com o descumprimento de suas ordens. Chega e manda a adolescente deitar, que irá examiná-la. De novo? pergunta a jovem. Sim, porque é preciso! responde-lhe a residente. E inicia um toque demorado, tentando fazer uma redução do colo [temi que provocasse um edema de colo, com tantos toques e tanta manipulação], diz à adolescente que estava baixinho, e que só depende de você, **mãezinha**! Se fizer força como eu te mandei, o bebê nasce logo, logo. E com os dedos na vagina da mulher, ordena que ela faça força para baixo. Ela implora: tire a mão daí, está doendo muito! Ao que a residente responde, energicamente: O que está doendo é a contração, que você não está aproveitando, porque fica gritando! Fecha a boca e faz força, se quiser ter seu bebê!"*

(relato descrito na tese de doutorado de OSAVA, 1997)

"Tinha uma mulher lá do preparo, do pré-parto lá, preparando as mulheres, falou na minha cara: "você não acha que está velha demais não, pra estar parindo?". Falou na minha cara. Falou que eu estava velha pra estar parindo. Eu falei: "não, eu não sou velha. Eu só estou maltratada"; falei pra ela. E ela lá menina, e eu com dor e ela: "se você não calar a boca..." que se eu começasse a gritar que ela ia embora e ia deixar eu lá gritando". (Ester, 32 anos, 2º filho) – relato disponível em AGUIAR E OLIVEIRA, 2011.

"Eu acho que o maltrato, tratam você como se você... Você já tá ali numa situação constrangedora, né, e assim, a pessoa falar grosso com você, falar grossa, de repente por ela estar com raiva de alguma coisa, ela vim te aplicar uma injeção e te aplicar de qualquer jeito. Eu acho que isso é uma violência, entendeu, dentro da saúde. (Taís) - relato disponível em AGUIAR E OLIVEIRA, 2011.

"Por quê, como diz a paciente Regina, é tão difícil saber qualquer coisa dos médicos, por que eles chegam e nem falam o nome e já vão levantando a roupa, mexendo com a gente? Responde-lhe a sua parceira de enfermagem, a entrevistada Marta: é assim que é, não adianta reclamar[...]" - disponível em PEREIRA, 2004

"[...] eu não lembro direito, o médico disse que eu ia ter a criança normal, que cesariana não dava por causa do meu estado, por isso ia ser normal [...] Aí eles falaram que ia pôr remédio para dar dor e doeu muito, a noite todinha e no outro dia também, toda hora fazia toque e era muito dolorido, eu



sei que tinha hora que eu nem deixava dar o toque, não queria, e o médico fazia assim mesmo, que precisava né? Mas doía e o médico veio romper a bolsa com um aparelhinho e enfiou lá dentro e rebentou a bolsa ali na cama mesmo, no meio de todo mundo [...]” – disponível em PEREIRA, 2004.

Esses são relatos verídicos de mulheres que foram desrespeitadas e violentadas em seus partos. Estão disponíveis em artigos científicos, dissertações e teses. Como esses, li muitos outros quando fiz o levantamento bibliográfico que deu origem ao projeto da pesquisa que estou desenvolvendo. E não foi uma ou duas vezes que chorei lendo. É inaceitável que uma mulher passe por experiências como essas. Para mim, isso é algo inaceitável e injustificável e representa nada menos que a dominação não só do corpo mas, também, da psique feminina, sua anulação, sua coisificação, sua transformação em algo manipulável. E, muitas vezes, de forma velada, disfarçada de “coisa normal”. Esses trechos, aliados à minha participação num evento sobre violência no parto realizado na Câmara Municipal de São Paulo em abril deste ano, e a depoimentos enviados por mulheres amigas e conhecidas que foram extremamente desrespeitadas em seus partos, mudaram a minha vida. Saí de um pós-doutorado, desisti de uma carreira, escrevi um projeto de pesquisa, fiz uma prova de seleção, fui selecionada e hoje sou, novamente, aluna de doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, estudando a ocorrência de desrespeitos, maus tratos e violência no parto em instituições de saúde na percepção de mulheres que viveram essas situações. As pessoas me perguntam se fiz isso movida por desrespeitos que talvez eu mesma tenha sofrido no parto. Não. Eu fui muito respeitada em meu trabalho de parto de 29 horas, no meu parto cesáreo inesperado fruto de um encaminhamento de um parto domiciliar e no meu pós-parto. E é porque sei da importância disso que não aceito que mulheres sejam violentadas num dos momentos mais delicados de suas vidas.

Hoje é o **Dia Internacional da Não Violência Contra as Mulheres** e eu escolhi esse dia para divulgar o convite à participação nessa pesquisa. A pesquisa está sendo composta por algumas fases. A primeira foi preparar um convite que pudesse sensibilizar mulheres e estimulá-las a refletir sobre a qualidade do atendimento que receberam em seus próprios partos. A segunda é a divulgação do convite, onde as mulheres que quiserem participar desta pesquisa podem colocar seu nome e seu e-mail, que chegarão somente a mim, e que serão utilizados para que eu possa chegar até elas. Enquanto isso, o roteiro da pesquisa está sendo estudado detalhadamente, para dar início à fase das entrevistas, que serão feitas via internet, para se chegar a mulheres em diferentes locais.

Essa pesquisa surgiu da minha indignação. E de conseguir me colocar no lugar dessas mulheres. De compreender que sofreram, que foram negligenciadas. E de ter a convicção de que elas precisam ser ouvidas. Há muito mais violência e desrespeito nas instituições de saúde, sendo cometidos contra mulheres, do que se pode imaginar. Muitas vezes disfarçado de rotina, de necessidade, de normal, expressas por relações de poder que subjagam a mulher.

Então aqui fica o meu convite.

Se você se sentiu desrespeitada, de alguma maneira, em seu parto e quiser dar o seu depoimento, participe desta pesquisa. Insira seu nome e seu e-mail e eu entrarei em contato assim que receber (para ver o campo E-MAIL role a barra lateral do próprio convite). Durante 3 anos, eu estarei convidando mulheres a participar e ouvindo os relatos dessas pessoas.



Convite para participar ([CLIQUE AQUI](#))

Toda mulher deve ser tratada com respeito, ser amparada, acolhida e ter seus valores e escolhas respeitados no momento do parto.

Ser bem acolhida em seu parto aumenta sua auto-estima, a torna mais forte e autoconfiante. Infelizmente, muitas mulheres brasileiras são desrespeitadas ou sofrem maus tratos e violência durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto em instituições de saúde.

Nós estamos realizando uma pesquisa sobre a ocorrência e a natureza desses desrespeitos na percepção das mulheres que viveram isso.

Se você se sentiu de alguma forma desrespeitada ou violentada em seu parto e quiser participar desta pesquisa, compartilhando sua experiência e contando como foi, por favor, [acesse o site da pesquisa](#). Essa pesquisa será realizada via internet. Você não precisará se deslocar a nenhum local para participar. Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo se assim você desejar.

Muito obrigada.

Ligia Moreiras Sena.

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/11/27/desrespeito-e-violencia-no-parto-convite-a-pesquisa/>

14a Conferência Nacional de Saúde

By

[Paulo Navarro](#)

- Atualizado em 27/11/2011 **Postado em:** [Gilson Carvalho, z](#)



Gilson Carvalho: “Como profissão de fé tenho que repetir, a cada vez, que defendo a participação da comunidade na saúde. Defendo. Aposto. Trabalho incansavelmente para que isto ocorra.”

BOM DIA.

ABRASUS DOMINICAIS.

1. PRIMEIRA PÁGINA – TEXTOS DE GILSON CARVALHO

XIV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Gilson Carvalho^[1]

O grande dia da XIV Conferência Nacional de Saúde está próximo. Será nesta semana primeira de dezembro de 2011. O tema ficou extremamente complexo. Sofreu várias modificações terminando ainda extenso e de pouca compreensão para os milhares de brasileiros que o discutiram.

“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro” Eixo: “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”

- “Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
- Participação da comunidade e controle social;
- Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde).”

De tanto criticar a complexidade e o tamanho da proposta do tema me enredei na armadilha. Acabei por ser convidado a falar em algumas conferências -“Gilson – Fale um pouquinho de cada coisa” – E o tempo? -“A princípio 40 minutos”... com os atrasos naturais acabava se reduzindo a quinze, vinte minutos. Percalços do caminho!!!

Quem sabe proximamente aprendemos a centrar o tema e não apenas atirar em todas as direções achando que fazemos democracia simplesmente contemplando cada conselheiro ou seu segmento. Pode ser na XV, mas também em qualquer uma posterior a ela!

Como profissão de fé tenho que repetir, a cada vez, que defendo a participação da comunidade na saúde. Nela vejo a maior das ferramentas para que nós cidadãos consigamos exercer nossa função propositiva e controlar melhor os governos e a própria sociedade em que vivemos. Defendo. Aposto. Trabalho incansavelmente para que isto ocorra.

Tanto defendo, pratico esta defesa, e sou proativo, que me julgo no direito de diagnosticar e apontar desvios de rota que vem colocando em descrédito esta ferramenta de exercício de cidadania.

Tive o privilégio de participar de algumas dezenas de Conferências Municipais e Estaduais de Saúde neste ano de 2011. Vi situações dignas de elogios pela riqueza da participação das pessoas numa discussão madura sobre a realidade da saúde no país, no estado e no município com muita contribuição bem elaborada, procedente e sensata.

Também, para minha tristeza e desalento, vi conferências que não condiziam com uma participação democrática, madura e sem manipulação.



Temos que repensar urgentemente nossas conferências de saúde de modo especial a nacional e algumas estaduais. Volto a repetir que o modelo praticado desde a VIII em 1986 talvez tenha se esgotado. Ao invés de aprimorarmos o processo nos perdemos pelo caminho e fomos deteriorando a essência. O rito, muitas vezes deturpado, foi perdendo seu caráter de ferramenta e processo e se induzindo como objetivo final das conferências.

Lembrei-me das cinco essências de uma Conferência de Saúde: período 4/4 anos; representação dos segmentos; avalia situação de saúde; propõe diretrizes para formulação da política; convocação pelo Executivo, Conselho ou própria Conferência. Temos consigo isto nos últimos anos? A população ainda acredita que assim seja? Confia na potência das conferências para consolidar o certo e corrigir o errado?

Embalado nestas reflexões resolvi escrever minha desiderata sobre a XIV CNS:

1. Desejo que a CNS cumpra a legislação, obedecendo a seus dois objetivos: avaliar a situação de saúde do Brasil e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde a ser implementada nos próximos quatro anos.
2. Desejo que a CNS seja um momento de partilha em um banquete de democracia com a participação igualitária de todos os delegados.
3. Desejo que se pratique a democracia participativa que discute regras previa e democraticamente, e depois de estabelecida as obedece e cumpre regras.
4. Desejo que não se pratique nem predomine o democratismo anárquico onde tudo se pode e se legitima no decorrer do processo mesmo fora das regras.
5. Desejo que nesta CNS os que mais sabem esclareçam os que menos sabem sem se apropriarem de suas almas e seus votos.
6. Desejo que nem pessoas nem grupos manipulem os demais operando sobre seu menos saber de determinados assuntos e temas.
7. Desejo que todos usem bem o tempo discutindo os temas propostos, democraticamente apresentados pelas conferências de cada estado e não se percam no processo.
8. Desejo que as pessoas não sejam manipuladas por palavras de ordens nem por votações comandadas por grupos dominantes, mas que, democrática e soberanamente, possam tomar suas decisões.
9. Desejo que as pessoas compreendam que a CNS tem limites de tempo já determinado por compromissos de trabalho, transporte e hospedagem e que o tempo deva ser aproveitado o melhor possível para que decisões importantes à vida de todos não sejam decididas na "madrugada" por apenas alguns da minoria remanescente.
10. Desejo que esta conferência traga sua contribuição na construção do direito à vida e saúde dos cidadãos a se concretizar através das ações públicas do Sistema Único de Saúde de responsabilidade das três esferas de governo.

Que assim seja. Amém.

2. SEGUNDA PÁGINA – TEXTOS DE OPINIÃO DE TERCEIROS

CONFERÊNCIAS DE SAÚDE: O DESAFIO DE NÃO APENAS “FAZER MAIS DO MESMO”

Flavio Goulart – Médico Sanitarista; Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ



Saúde em Foco



Vem aí a 14ª Conferência Nacional de Saúde, a sétima pós-redemocratização do País, parte de um processo constante e bem sucedido de ausculta à sociedade na área da saúde. É um campo em que o SUS tem muitas lições a oferecer às demais políticas públicas, inclusive a outros países. Temos muito a comemorar, sem dúvida, com tal processo, um marco democrático histórico. Mas muito a aprender com ele, também, e, principalmente, muito a aprimorá-lo.

Assim, vejo algumas tendências preocupantes hoje no cenário da participação social no Brasil, seja no contexto dos conselhos ou das conferências de saúde. São elas: (a) *autonomização*, levantando a expectativa social de que nos instrumentos de participação em saúde residiria, de fato e de direito, um *quarto poder*; (b) *plenarização*, mediante a transformação dos conselhos e conferências em amplos fóruns de debates profundamente marcados pela ideologia, entre os diversos segmentos sociais, nem sempre com a participação dos representantes do Poder Público, os quais, aliás, por definição normativa (e não propriamente legal), são fortemente minoritários em tais instâncias; (c) *parlamentarização*, com formação de blocos ideológicos e partidários, com tomada de decisão por votação, como conviria mais especificamente à atividade parlamentar e não por consenso; (d) *profissionalização*, dadas as fortes exigências da participação social, abrindo caminho para a constituição de verdadeiros profissionais da participação; (e) *auto-regulação*, que representa uma particularidade praticamente exclusiva da área da saúde.

A última Conferência Nacional de Saúde, a 13ª, realizada em 2007, foi dramaticamente marcada pelos aspectos citados acima. O nível de polarização entre os participantes produziu debates de grande tensão, muito dos quais se arrastaram pelas madrugadas e resultaram inconclusivos, para não dizer ilegítimos, prejudicando até mesmo serem devidamente registrados e divulgados com alguma clareza nos relatórios formais do evento.

Não foram poucas as manifestações de delegados participantes da 13ª Conferência, denunciando o clima de cerceamento da liberdade de opinião e de irracionalidade do processo decisório calcado na marcação de posições e na disputas decididas por votação, não por consenso. Para se ter uma idéia, foi produzido quase um milhar de deliberações, além de algumas dezenas de moções, que primaram pela redundância, pela desinformação e pelo detalhamento excessivo, repisando temas já contemplados em leis e portarias do SUS, ou mesmo se referindo a competências externas ou até estranhas à saúde, como “abrir e conservar estradas para dar melhor acesso aos serviços de saúde”.

Em vista desses fatos e em que pese o esforço participativo e a contribuição para o aprimoramento democrático da sociedade em eventos desse tipo, a impressão que fica é que enorme energia foi, mais uma vez, dissipada e daí deriva a questão seguinte: haveria maneiras mais eficazes de se obter real contribuição das conferências de saúde para o aprimoramento e a qualificação do setor saúde no Brasil?

Com efeito, é preciso aperfeiçoar o processo decisório das conferências de saúde nas três vertentes federativas. O primeiro passo seria estipular o que deve ser efetivamente objeto de consideração nas conferências e, em contrapartida, nos conselhos de saúde. A Resolução 333 do CNS já fornece as pistas necessárias, quando dispõe sobre as ações de *formular, mobilizar, fiscalizar, auto-regular-se, discutir, opinar, propor, exercer visão estratégica*. Nesta última expressão talvez esteja a chave do dilema: o foco das conferências deveria estar exatamente



Saúde em Foco



no exercício de tal visão estratégica, mesmo que estejam em pauta ações de discussão de temas relevantes, fiscalização dos gestores, proposição de alternativas para a política de saúde etc. Isso retiraria as deliberações do cotidiano da gestão, para transformá-las realmente em guias para a ação de longo prazo.

Um pressuposto para tal mudança já faria parte do próprio modo como as conferências são preparadas. É correto que elas tenham um tema central. O da 14ª é de extraordinária abrangência, além de um tanto redundante: *“Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo brasileiro”*, acrescido do eixo *“acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS. É preciso, de fato, ir além das palavras de ordem.*

Quem já participou de conferências de saúde sabe muito bem que as plenárias constituem o grande momento (ou, em visão mais crítica, o momento mais “dramático”) do evento, tudo girando em torno delas. Só chegam perto delas, em termos de frequência de participantes e peso político, as reuniões informais, “de corredor”, onde a verdadeira pauta é formatada, no mais puro estilo parlamentar, com blocos ideológicos e de interesses, disputas de posições etc. Os trabalhos de grupo talvez não cheguem perto... Tudo bem, isso faz parte da democracia, mas é preciso questionar se uma conferência de saúde tem condições de se constituir em algo mais do que uma “festa cívica” ou um processo parlamentar típico.

Outro aspecto que poderia melhorar a dinâmica das conferências de saúde seria transformá-las, também, em fóruns de avaliação das políticas em curso. Os eventos são marcados por um expressivo “furor deliberativo”, que nem sempre leva em conta – aliás, trata isso como aspecto secundário – a avaliação das políticas correntes. O resultado é a reiteração e a redundância, com emissão de propostas “miraculosas” e abrangentes, mas que na verdade já estão inteiramente contempladas nas leis e outros instrumentos normativos em vigor.

É preciso também colocar a tecnologia de informações disponível, algo que é bastante expressivo na saúde, a serviço do controle social.

As atividades pós-conferência também devem ser lembradas e dinamizadas. O procedimento habitual é, terminada uma conferência, publica-se o relatório final da mesma (sujeito, como se sabe, aos percalços de sua elaboração fiel em ambiente tão desorganizado e polarizado...) e simplesmente aguardam-se os quatro anos regulamentares para começar tudo de novo. Isso também pode e deve mudar. O ideal seria a criação e a manutenção de espaços e fóruns virtuais diversos (tipo *Observatórios*), de amplo acesso, onde o conjunto de deliberações fosse analisado e acompanhado ao longo do tempo, tendo como produtos derivados documentos analíticos de circulação ampla entre os conselhos de saúde e outros interessados, inclusive para a etapa preparatória da próxima conferência, quatro anos depois.

A participação e controle pela sociedade na saúde é coisa muito séria, a ser cuidada muito além do amadorismo, do voluntarismo e da improvisação. As Conferências de Saúde, nas três esferas federativas, em uma estimativa modesta, devem estar reunindo a cada quatro anos mais de cem mil pessoas, em todo o Brasil, para discutir e fazer propostas para a melhoria da saúde de nossa gente. Este volume de gente e de idéias tem que ser considerado e respeitado. É preciso deixar de lado os preconceitos e buscar novos conhecimentos da teoria das comunicações, da teoria da gestão pública e das tecnologias da informação para dinamizar,

modernizar e tornar mais efetivo o que a lei chama simplesmente de “participação em saúde”. Mesmo o que está bom pode ser melhorado. Temos a opção de deixar tudo como está, pois afinal de contas esta tem sido uma trajetória virtuosa. Isso seria cômodo e além do mais consagrado pelo senso comum (“não se mexe em time que está ganhando”). Mas mesmo as grandes verdades devem ser continuamente questionadas. Fazer o que sempre se fez ou fazer cada vez mais as mesmas coisas pode ter outro lado também interessante: fazer melhor, produzir mais resultados, fazer com que as decisões tomadas em uma conferência de saúde possam melhorar, de fato, as práticas políticas nacionais e a própria situação de saúde da população brasileira. O SUS merece tal esforço.

3. TERCEIRA PÁGINA – NOTÍCIAS

3.1 Os enormes desafios do Governo Dilma Rousseff e a 14ª Conferência Nacional de Saúde

25 agosto 2011 Sem Comentários

Por Ricardo Menezes (24/08/11)

Coincidindo com a vigorosa campanha popular pela aprovação das reformas de base durante o governo Jango Goulart, em 1963 realizou-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a primeira realizada depois da criação do Ministério da Saúde dez anos antes.

O ministro da Saúde do governo João Goulart, Wilson Fadul, ao abrir essa Conferência, apresentou um arrojado e crítico diagnóstico da organização sanitária brasileira – analisando de modo *integrado* a Saúde Pública e a rede de assistência médica individual privada e pública, ou seja, sinalizando para a necessidade de *integração* de atividades preventivas e curativas nas unidades de saúde. Além disso, alertou que os problemas de saúde não se resolvem divorciados da realidade social, propugnou a integração dos programas de saúde no plano geral de desenvolvimento econômico, defendeu o incentivo à pesquisa visando à correta solução dos problemas peculiares ao nosso meio, tratou do estímulo à formação de pessoal técnico que atendesse a demanda dos programas assistenciais e destacou a importância do fortalecimento da indústria farmacêutica estatal em face da desnacionalização do parque farmacêutico nacional. Ao final do seu discurso o ministro assim se manifestou:

“Meus senhores: A serena convicção de que somente os povos ricos desfrutam de padrões de saúde satisfatórios e de que a pobreza e o desenvolvimento fraudam os melhores esforços para se atingir aquele objetivo, leva-nos a saudar no advento das reformas de base por que luta o governo do presidente João Goulart, o instrumento indispensável ao êxito da missão que nos cabe da defesa da saúde do povo brasileiro.”

Pela primeira vez na nossa história um governo, e um presidente, se comprometia em investir no campo da Saúde de uma perspectiva democrático- popular.

O golpe militar de 1964 enterrou as reformas de base, junto com a pretensão de implantar-se um plano nacional de saúde assentado na solidariedade social, conforme eram concebidos pelas forças democráticas, populares, socialistas e libertárias.

Durante o Regime Militar (1964-1985) foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde – em 1967, 1975, 1977 e 1980 – cujos partícipes eram membros da burocracia sanitária. A 7ª CNS, realizada já no contexto da abertura lenta, gradual e segura, contou com 400 participantes. Além dos quadros técnicos das burocracias estatais, bem como de outros órgãos públicos do setor saúde, também compareceram representantes do clero, parlamentares de comissões da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. A ampliação da participação nessa Conferência para além da burocracia sanitária, embora sem incorporar representantes de movimentos e entidades populares, era o sinal dos tempos – determinado pelas inseparáveis crises política e de legitimidade do Regime Militar, a da previdência social e a da política de saúde nacional.

Já no período de democratização do país, de 17 a 21 de março de 1986, realizou-se a 8ª CNS, em meio à participação popular e à efervescência e mobilização políticas cuja melhor narrativa encontra-se na própria introdução do Relatório Final da Conferência:

“O presente relatório final reflete um processo de discussão, que iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios, resultando neste documento aprovado na plenária final da Conferência.

As plenárias da 8ª CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.

O documento apresentado para aprovação em plenária era o relato consolidado das discussões havidas durante três dias, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), onde foram discutidos os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial”.

Após intensa luta política e ampla mobilização social, as proposições do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram incorporadas à Constituição Federal (CF) de 1988 (Art. 196 a Art. 200, Seção II – Saúde, Capítulo II, Da Seguridade Social), sendo as mais marcantes o reconhecimento da saúde como direito social (Art.196) e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, público e universal (Art. 198).

Promulgada a CF de 1988, ato contínuo, deu-se o interdito político perpetrado pelas classes dominantes e seus agentes políticos contra a implantação de um Sistema de Saúde público e universal no Brasil, gerando um *movimento político-institucional contraditório* em face, tanto da existência de profundas desigualdades e iniquidades sanitárias no país, quanto da existência de uma esquerda social difusa e de uma esquerda política impetuosa que paulatinamente foi se moderando.



Saúde em Foco



Este movimento levou à implantação de uma espécie de *sistema de saúde-sombra* daquele previsto na norma constitucional, hoje, paradoxalmente, agente de inclusão social e produtor de desigualdades cada vez maiores em benefício de cerca de 25% da população (que também se utilizam de diversos serviços do SUS, afora os relacionados à saúde pública que só o SUS presta) e em desfavor de aproximados 75% da população brasileira que são usuários dos serviços do SUS de qualquer natureza.

Fundamental salientar que foi na vigência do *sistema de saúde-sombra* daquele previsto na norma constitucional que transcorreram as eleições de 2010, na qual a Saúde transformou-se ineditamente em pauta relevante do debate presidencial.

Há anos considerada, em diversas pesquisas, pelos brasileiros como a principal insuficiência administrativa de governos, nas últimas eleições para a presidência da República, a então candidata do Partido dos Trabalhadores (PT) reconheceu os concretos problemas de financiamento público e de gestão da Saúde, portanto, a necessidade de corrigi-los. Eleita, a presidenta Dilma Rousseff, já em seu discurso de posse, fez várias menções à Saúde, sendo mais significantes as seguintes:

“O Brasil optou, ao longo de sua história, por construir um estado provedor de serviços básicos e de previdência social pública. Isso significa custos elevados para toda a sociedade, mas significa também a garantia do *alento da aposentadoria para todos e serviços de saúde e educação universais*. Portanto, a melhoria dos serviços é também um imperativo de qualificação dos gastos governamentais”.

“Consolidar o Sistema Único de Saúde será outra grande prioridade do meu governo.

Para isso, vou acompanhar pessoalmente o desenvolvimento desse setor tão essencial para o povo brasileiro.

Quero ser a presidenta que consolidou o SUS, tornando-o um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo.

O SUS deve ter como meta a solução real do problema que atinge a pessoa que o procura, com uso de todos os instrumentos de diagnóstico e tratamento disponíveis, tornando os medicamentos acessíveis a todos, além de fortalecer as políticas de prevenção e promoção da saúde.

Vou usar a força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário.

A formação e a presença de profissionais de saúde adequadamente distribuídos em todas as regiões do país será outra meta essencial ao bom funcionamento do sistema”.

Durante lançamento de programação voltada para a saúde da mulher e da criança, no mês de março do presente ano, a presidenta Dilma reafirmou seu compromisso com o Sistema de Saúde nacional, público e universal: “*Temos que transformar o SUS num ótimo e grande sistema de saúde. A esse compromisso eu não renunciarei.*”

Ou seja, pela segunda vez na nossa história um governo, e agora uma presidenta, se compromete em investir no campo da Saúde de uma perspectiva democrático-popular – para todos os brasileiros e todas as brasileiras.

Mas os lutadores sociais precisam estar rigorosamente atentos: atualmente, o desmonte do Sistema Único de Saúde é o principal objetivo de uma aliança entre conservadorismos de diversos matizes. A amplitude desse espectro conservador se espalha do conjunto da burguesia à subsumida indústria de equipamentos, produtos médicos e medicamentos, das empresas de planos e seguros de saúde privados a certos setores da categoria médica, dos meios de comunicação de massas à parcela das elites acadêmicas vinculadas ao mercado e entusiastas de soluções mercadistas para gerir a coisa pública, tais como: fundações de apoio em hospitais universitários estatais, organizações sociais (OS), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) e terceirizações as mais diversas.

Ressalte-se que tal aliança conta com forte presença na burocracia do Estado brasileiro – nas três esferas de poder –, forte presença nos governos municipais, estaduais e com presença, aqui e acolá, no governo federal, porém fora do âmbito do Ministério da Saúde.

Nestes termos, para tentar trilhar os rumos apontados na 8ª Conferência Nacional de Saúde e, assim, consolidar o SUS, o governo Dilma precisará contar com pujante apoio popular para se contrapor ao poderoso bloco de interesses que quer mercantilizar definitivamente o Sistema Único de Saúde: por um lado às expensas da privatização de equipamentos, serviços e ou recursos públicos e, por outro, da *naturalização* da institucionalização da desigualdade de acesso em função da possibilidade de pagar pelos serviços e da classe social na qual estão inseridas as pessoas.

A articulação de pujante apoio popular a que se referiu anteriormente precisaria se concentrar nos pontos que se seguem.

1. Organização de vigoroso movimento político dos trabalhadores destinado a colocar em marcha, país afora, uma avalanche de solidariedade em prol da definitiva consolidação da política pública universal de saúde, vital para o bem-estar social e a defesa da vida da população brasileira.

2. Transformar a 14ª Conferência Nacional de Saúde em evento massivo que venha a ser um elemento de ruptura – e sinalizador de lutas sociais – em relação à prática discursiva liberal ou socioliberal. É preciso afirmar e reafirmar: *política pública universal de saúde não se faz sem Estado e desenvolvimento social não se sustenta sem um sistema tributário progressivo, ou seja, aquele em que deve pagar mais tributo quem tem mais renda e detém mais patrimônio!*

A senha da 14ª CNS combina sobremaneira com tais elementos de ruptura: *Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro.*

3. A 14ª CNS deveria aprovar uma campanha de massas didática para demonstrar à população brasileira:



a) que o Sistema de Saúde nacional, público e universal, o SUS, embora padeça de crônico subfinanciamento, se presta à maximalização da lucratividade da rede de assistência médica, odontológica e hospitalar vinculada às operadoras de planos e seguros de saúde privados, substituindo-a na oferta dos serviços de saúde complexos e de alto custo, que as operadoras por força de contratos deveriam prestar aos seus afiliados, *sem que haja efetivo ressarcimento ao SUS pelos procedimentos realizados*;

b) a imensa renúncia fiscal que a União vem patrocinando, a partir de 1990, na Saúde em favor de estratos populacionais de renda média e alta, e

c) o impacto nocivo da denominada lei de responsabilidade fiscal sobre a organização do SUS. Ou seja: como a Saúde é campo intensivo em emprego de mão-de-obra, considerar os servidores desse campo para efeitos de cálculo da referida lei significa, na prática, introduzir elementos de sua inviabilização.

4. O Partido dos Trabalhadores (PT), agremiação política a qual é filiada a presidenta Dilma Rousseff, deveria aprovar no seu IV Congresso múltipla e diversificada campanha nacional de mobilização com a finalidade de apoiar medidas necessárias ao cumprimento do compromisso assumido com o povo brasileiro pela presidenta no seu discurso de posse: *“Quero ser a presidenta que consolidou o SUS, tornando-o um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo”*.

* *Ricardo Menezes é médico sanitário e militante do PT*

3.2 - ENTREVISTA SOBRE A 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE

Entrevistamos o Educador Popular do CEAP e professor de Filosofia Valdevir Both. O entrevistado participou de forma sistemática dos debates do Fórum Social Mundial da Saúde e Seguridade Social desde a sua primeira edição em Porto Alegre e foi membro da Comissão Organizadora e da Secretaria Executiva da I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social realizado em Brasília no mês de dezembro de 2010. Na entrevista fala do desafio da 14ª Conferência Nacional de Saúde no sentido de relacionar o SUS a uma estratégia de desenvolvimento no Brasil, indicando a inclusão da saúde pública na centralidade do debate nacional.

CEAP: Prof. Valdevir Both, o Brasil realiza este ano a 14ª Conferência Nacional de Saúde. O que esperar desta Conferência?

Espero que a Conferência tenha um caráter político de defesa do SUS e não técnico ou temático. Me explico!

Estamos num momento em que o Brasil está apresentando ao mundo números muito importantes sobre a melhora das condições de vida da população. O IPEA, no seu *Comunicado n. 104*, de Agosto de 2011, após apresentar um estudo sobre a *“a natureza e dinâmica das mudanças sociais em curso no país”*, concluiu que a última década registrou, pela primeira vez na história brasileira, uma ruptura entre o fortalecimento da industrialização nacional e o aumento da desigualdade. O Brasil, segundo o IPEA, nos últimos dez anos, teria



Saúde em Foco



fortalecido a indústria nacional e, ao mesmo tempo, diminuído a curva da desigualdade. São parte destes avanços, a criação de postos de trabalho, o fortalecimento do poder de compra do salário mínimo, a adoção de programas de transferência de renda, etc. Esses dados, aliados a uma perspectiva futura de continuidade de enfrentamento da pobreza, sinalizam para a possibilidade de um novo modelo de desenvolvimento em curso no país, que articula crescimento econômico e a redistribuição de renda e melhora das condições de vida da população.

No entanto, se estes dados sinalizam para uma possível mudança no conceito de desenvolvimento no país, em que a agenda social figura como eixo estruturante e não como programas periféricos, em algumas políticas sociais específicas como a saúde os avanços parecem ser ainda muito tímidos nos últimos anos, de modo a comprometer a própria implementação do novo conceito de desenvolvimento. Esses avanços tímidos na saúde se mostram na crise generalizada que enfrentamos hoje na saúde pública, fruto da progressiva privatização e desestruturação do SUS, que impede a universalização de fato da saúde para todas e todos. Mesmo que tenhamos melhorado nossos indicadores da saúde e avançado significativamente em algumas políticas ou áreas específicas da saúde, estamos muito longe da “reforma sanitária” idealizada pela 8ª Conferência Nacional da Saúde de 1986. A 14ª Conferência deve dizer em alto e bom tom que não há desenvolvimento sem saúde de qualidade para todos. É uma contradição absoluta o Brasil rumar para 5ª economia mundial sem melhorar consideravelmente a saúde pública.

Quero dizer que o Brasil (políticos, movimentos sociais, empresários, profissionais da saúde, cidadãos...) ainda não entendeu ou não está convencido que a saúde é parte estrutural de uma agenda de desenvolvimento. Ainda não conseguimos entender, por exemplo, que um Sistema Único de Saúde é muito mais do que a prestação de ações e serviços em saúde. Ele é, ou poderá vir a ser, um dos maiores programas de transferência de renda do Brasil ao evitar que as pessoas invistam sua renda ou se desfaçam de seus bens para custear suas necessidades de saúde.

CEAP: Seria possível, portanto, explicar a não regulamentação da EC-29 que já dura mais de dez anos, como consequência de uma não compreensão do SUS como componente estratégico do desenvolvimento social brasileiro?

Diria que sim. A não regulamentação da EC-29 é típico exemplo da falta de visão estratégica do Brasil em relação à saúde pública. Mesmo que ela não resolva o nosso problema do financiamento da saúde, e precisamos ter ciência disso, a sua regulamentação poderia ser um passo a mais na qualificação do SUS. No entanto, o desfinanciamento da saúde pública indica que ela ainda figura apenas como um gasto e não como um investimento num projeto de desenvolvimento.

No entanto, no caso da EC-29, temos ainda outro fato que mostra essa incompreensão ou mesmo o descompromisso do Estado com a saúde da população. A EC-29 tem servido nos últimos anos como moeda de troca para muita negociação do Congresso Nacional com o governo federal, Estados, Municípios, partidos, etc. Mas, nos últimos dias, os congressistas conseguiram uma nova proeza. Ouvi estarecido que deputados e senadores, ligados a algumas bancadas, estavam ameaçando aprovar a EC-29, o que aumentaria os gastos do



governo com a saúde em alguns bilhões, em retaliação ao governo federal que estaria aumentando a fiscalização em alguns Ministérios como enfrentamento da corrupção. Pasmem! Até poucos dias apostava que a aprovação da EC-29 era fruto do compromisso dos congressistas para com os direitos do cidadão, que muitas vezes amarga longas filas ou paga o preço de um sistema ainda débil com a própria vida. Mas não, veio como proposta para retaliação política! Esse é o nível atual da discussão no Brasil. É óbvio que no exemplo não se incluem todos os deputados e senadores. Mas o fato de vir à tona uma proposta desta natureza mostra uma absoluta despolitização do debate e o absoluto desrespeito do Congresso e dos partidos para com os cidadãos.

CEAP: Mas o que tem a ver essa discussão com o que chamamos da necessidade de uma Conferência Nacional da Saúde com caráter político e não técnico?

Tudo a ver. A Conferência tem hoje o desafio de pôr a agenda da seguridade social, na qual se insere a saúde, na agenda do desenvolvimento (num conceito ampliado) do Brasil. E isso não é um debate técnico ou temático localizado, mas profundamente político. Ficaria muito mais satisfeito se saíssemos da Conferência com 10 propostas apenas, mas com essa natureza política ampla, do que as 860 da 13ª, sem considerar as 157 moções. Uma Conferência com tantas propostas parece carecer de foco. Com isso não quero minimizar a importância e os esforços que são feitos, inclusive pela minha entidade, o CEAP, para que as Conferências se realizem. No entanto, acho que chegou a hora de inovarmos na metodologia e no conteúdo.

Do ponto de vista metodológico, sendo consequente ao afirmado anteriormente, deveríamos sair das quatro paredes em um dos dias da Conferência e ganharmos as ruas. Fazermos uma espécie de Marcha em defesa do SUS, em que caminhássemos pelas ruas com faixas, cartazes, apitos, em direção ao Congresso, Ministérios e visitarmos a presidenta Dilma. Acho que o esforço e o custo de trazerem tantas lideranças da saúde à Brasília é muito grande para deixá-las quatro ou cinco dias fechadas para produzir quase mil propostas. O SUS precisa ganhar o espaço público, mostrar o que faz e qual a sua importância para o Brasil. Precisa seduzir a antigos e novos militantes. Que tal usarmos a Conferência para isso?

Sobre o conteúdo, acho que o fato de tratarmos da Seguridade é um ganho para a Conferência. Mas essa definição poderia ser acompanhada por uma dinâmica de mesas em que fossem convidados os Ministros da área econômica para discutir o papel do SUS para o Brasil. Algo como um debate com o Ministério da Fazenda, do Planejamento, do BNDS, que são no final das contas as áreas que destinam ou não recursos para a saúde. Seria importante um debate com essas áreas para que a sociedade tivesse um espaço real de se expressar sobre o papel e a relação do desenvolvimento econômico com o social. Temas sugeridos para esse diálogo: Reforma Tributária, política de distribuição dos recursos do Pré-Sal, etc. Sinceramente, acho que nossas Conferências estão voltadas para nós mesmos e temos muita dificuldade de dialogar com outras áreas sociais e econômicas. Ou seja, ficamos entre quatro paredes e não falamos para ou com a população em geral (até porque a grande mídia não pauta). De outro lado, não conversamos ou exigimos respostas da área econômica do governo (mesmo que os presidentes participem da abertura da Conferência).

É por isso que falo que o desafio é político e não técnico. Nosso desafio na 14ª não é pormenorizar nos mínimos detalhes como devemos implementar um programa X ou Y ou

brigar por horas e horas em função de nomenclaturas que em muitos casos não vão além de trazer apenas problemas particulares ou localizados de determinados participantes. Nosso desafio é construir estratégias para que o SUS definitivamente conste na Agenda Nacional e que seja transversal ao projeto de desenvolvimento em curso. Para que isso se materialize, a realização de uma Conferência é muito pouco. Por isso, penso que temos um desafio enorme, que se relaciona aos grandes movimentos sociais deste país. O SUS precisa constar na agenda de lutas dos movimentos antes, durante e principalmente depois das Conferências.

CEAP: E o tema da Seguridade Social contribui para isso?

Penso que sim. O Conselho Nacional da Saúde acertou em propor a discussão da saúde dentro do marco ampliado da Seguridade Social. Ouvi um conjunto de indagações de lideranças e conselheiros sobre o tema. Algo como: “porque este tema”?, ou afirmações como “não sabemos o que fazer com este tema” e “não tem nada a ver com a discussão da saúde”. Acho que essas reações mostram uma espécie de falta de memória histórica ou mesmo uma dificuldade enorme, que é ruim para o SUS, das pessoas compreenderem o SUS dentro de um conceito ampliado de Seguridade Social.

Ao propor o debate da Seguridade Social e a partir dela discutir a saúde, parece que estamos retomando a necessária relação da saúde com outras áreas sociais, mas também buscando a importância da saúde como elemento estratégico do desenvolvimento brasileiro e mesmo mundial. Foi essa a importante mensagem final da I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, realizada no Brasil em dezembro de 2010 e que reuniu representantes de governos e da sociedade civil de mais de oitenta países. O desafio é que esse movimento mundial em prol do direito humano à seguridade social, que implica discutir o papel do Estado, seja continuado dentro dos países e em nível mundial. Para o Brasil, esse debate indicou a importância estratégica de realizarmos uma Conferência Nacional da Seguridade Social. Em nível mundial, o Fórum Social Mundial da Saúde e Seguridade Social, realizado no Senegal em fevereiro de 2011, indicou a importância da realização da II Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, sugerida para 2013. Afinal, o contexto atual, dentro do qual estamos realizando o processo da 14ª, é de uma profunda crise do modelo capitalista, e quem paga a conta dessa crise já sabemos quem é. Afinal, uma das primeiras medidas adotadas pelos governos, inclusive de países ricos e que têm uma longa trajetória de implementação de Sistemas Universais de Seguridade Social, é cortar gastos na área social, na saúde, educação, etc. Mais uma vez a velha receita, “o mais do mesmo”, se repete...

Fonte: Boletim CEAP – Ano 4 – Nº 7 – Jan/Jul/2011 Disponível em: www.ceap-rs.org.br

3.3 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE? PARA QUÊ? DANIEL CHUTORIANSCY – 26/10/2011

Em primeiro lugar, o que são as Conferências de Saúde? As municipais, que deveriam ser realizadas em todos os municípios do país; as estaduais, em todos os estados; e a nacional. Todas acontecem a cada quatro anos, há aproximadamente cinquenta anos, com três



Saúde em Foco



segmentos: os profissionais de Saúde, os trabalhadores de Saúde e a população, sendo os delegados eleitos paritariamente ao final de cada Conferência, da municipal para a estadual e desta para a nacional.

Mas conferenciar sobre o quê? A cada Conferência que se segue, é cada vez mais complicado e difícil o acesso e a divulgação; a cada Conferência faz-se uma listagem imensa de reivindicações justas, que geralmente não são atendidas pelos gestores ou pelos governos municipal, estadual e federal, gerando uma imensa frustração a cada quatro anos, ou seja, o que se reivindicou virou de “cabeça para baixo”. É o mal-estar causado pela Saúde que a população deseja, contra a ganância dos lucros através da Doença.

Não vejo mais sentido sobre o que conferenciar, basta do diálogo unilateral e ultrapassado de antigas e justas reivindicações que nunca acontecem, ou melhor, acontecem justamente no sentido inverso: a privatização e extinção do Serviço Público com as famigeradas OSS (Organizações Sociais(?) de Saúde), que nada mais são do que empresas privadas.

Não vejo mais sentido sobre o que conferenciar quanto à crescente falta de verbas para a Saúde, a Educação, a Cultura etc. etc., com a antiquíssima justificativa “não temos recursos”, porém, com o pagamento de mais de 50% do PIB (aquilo que todo o país produz) para os banqueiros e multinacionais. Para isso, nunca faltam recursos e o pagamento é feito sempre no prazo certo.

Conferenciar sobre o quê? A corrupção desenfreada na área da Saúde, o mar de lama e esgoto, de desvios astronômicos, sem nenhuma punição? Como se fosse a coisa mais normal do mundo desviar recursos da Saúde, sem a menor fiscalização? Será isso por acaso? A população que reivindica atenção primária, secundária e terciária nas Conferências continua sendo aviltada, massacrada, com o que resta das instituições públicas, totalmente decadentes, “caindo aos pedaços”, além dos salários indignos dos funcionários. A imensa corrupção não deixa chegar na “ponta” (as Unidades de Saúde) o mínimo: gaze, esparadrapo, filme de raio-x...

Como o mais votado delegado no setor Trabalhadores de Saúde na última Conferência Municipal de Saúde de Niterói-RJ, fui eleito para a Conferência Estadual, no momento em que o governo do estado do Rio de Janeiro e a prefeitura da cidade do Rio de Janeiro aprovaram leis que privatizam os serviços de Saúde, o que vai desencadear uma cascata de leis de igual teor e terror nos demais estados brasileiros, desembocando no Governo Federal. Mídias adestradas, câmaras de vereadores e deputados obedientes só facilitam esse processo de adoecimento das instituições e da população.

Conferenciar sobre o quê, se as administrações dos hospitais e Unidades de Saúde serão privatizadas e terão “duas entradas, duas portas” – uma para quem possui recursos, outra para o “povão”?

Não é preciso conferenciar para saber o que vai acontecer... Não é preciso conferenciar para entender que o hospital público funcionando adequadamente fecha qualquer instituição privada a sua volta. Portanto, para o modelo capitalista-neoliberal, adoecer e “cancerizar” a instituição pública é necessidade vital.

Chega de enganação, de ficar “ganhando tempo”. A minha posição pode parecer radical, respeito as demais, mas não faz sentido ir a mais uma Conferência. Nego-me a ir.

Conferenciar, dialogar com quem? Com aquele que necessita da doença, da barbárie, da dor, da perversidade, do lucro, da ganância, pressupondo nossa alienação, pressupondo nossa total ou parcial perda de consciência, em um país onde há a mais alta taxa de juros do planeta, salários aviltantes, justiça precaríssima, doenças crônicas e sócio-sanitárias em escalas assustadoras, falta de informação, prevenção, medicamentos, equipamentos?

País campeão mundial em acidente vascular cerebral, em consumo de agrotóxicos, mas que para as elites proporciona cada vez mais conforto, recursos, boa educação, bons laboratórios, medicamentos, equipamentos... Um outro mundo?

Chega de Conferências, queremos “pular a cerca”, derrubá-la, romper o arame farpado que nos separa da Saúde. A minha forma de protestar pode não ser a da maioria, que respeito, é assumir e resguardar as nossas Unidades de Saúde antes que nos sejam tomadas definitivamente. Não é conferenciando com alguém “invisível”, que nunca nos deu atenção, nem vai dar, e que só quer ganhar tempo e nos desgastar, nos “adoecer”.

A nossa saúde clínica e social depende da posição que tomarmos. Vamos à luta. O que perderemos? Poderemos perder se ficarmos paralisados. Aí, sim, estaremos perdidos. Ir à luta nas ruas, nas unidades de saúde, repetindo o papel de mil cidades no mundo, que protestaram e assumiram sua posição contra a opressão do capitalismo selvagem que barbariza este planeta.

Não será conferenciando eternamente com o inimigo que se vai resolver a questão. Ninguém quer adoecer, mas esse inimigo perverso e cruel precisa e quer nos adoecer.

A população brasileira quer, ou melhor, exige que as unidades de saúde públicas funcionem como devem, com bons serviços, voltadas para a justiça social, para a democracia, excluindo os “chupadores de sangue”, gananciosos e sedentos de lucros.

A população brasileira quer, ou melhor, exige que seja cumprido o primeiro princípio do Direito: a vida. Vida é Saúde, Saúde é transformação social e as transformações exigem sacrifícios.

Já conferenciamos demais. Agora, é hora das ações.

Daniel Chutorianscy é médico

BOA SEMANA

Não podemos defender a desigualdade em nossas vidas privadas e locais de trabalho e falar de nosso compromisso em tornar a nação menos desigual.

Gilson Carvalho – Médico Pediatra e de Saúde Pública - carvalhogilson@uol.com.br



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

O autor adota a política do copyleft em seus textos disponíveis no site: www.idisa.org.br

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/11/27/14a-conferencia-nacional-de-saude-novembro2011/>

MPF-RS quer que Hospital de Clínicas atenda apenas SUS

By

[João Kássio](#)

- Atualizado em 26/11/2011 Postado em: [Mario Lobato, z](#)



O Ministério Público Federal no Rio Grande do Sul ajuizou Apelação contra a decisão que mantém atendimento privado no HCPA.

enviado por Mário Lobato

O Ministério Público Federal no Rio Grande do Sul ajuizou Apelação contra a decisão que mantém atendimento privado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o maior do Estado e que pertence à União. No primeiro grau, o MPF pediu que o Hospital disponibilizasse 100% dos seus leitos ativos e dos procedimentos médicos dedicados exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), excetuada a atividade de pesquisa.

De acordo com as procuradoras da República Ana Paula Carvalho de Medeiros e Suzete Bragagnolo, a sentença proferida pela Justiça Federal não julgou o principal fundamento da Ação Civil Pública – que é a violação aos princípios constitucionais da igualdade e universalidade do SUS.

“Além da violação aos princípios constitucionais”, destacam as procuradoras da República, “o Hospital se comprometeu a dedicar a totalidade de sua capacidade de assistência ao SUS quando aderiu ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde”. Na ocasião, o Hospital de Clínicas se obrigou,



mediante contrapartida financeira do gestor, a dedicar a totalidade de sua capacidade de assistência ao sistema público de saúde.

Na Apelação, elas acrescentam que o atendimento preferencial aos pacientes particulares e de convênios privados já havia sido identificado em 2003/2004, em auditoria promovida pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, que concluiu existir “utilização irregular da estrutura do SUS, com o atendimento privilegiado e facilitado aos funcionários e seus familiares, bem como a qualquer paciente encaminhado por médicos do corpo clínico do Hospital”.

As procuradoras da República complementam: “Pela situação atual, seria o mesmo que, mediante pagamento, se destinassem os melhores professores e as melhores salas de uma escola pública ao grupo de alunos, cujas famílias fossem mais bem-providos de recursos financeiros e pudessem pagar pelo serviço diferenciado”. *Com informações da Assessoria de Imprensa do MPF-RS.*

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/11/26/mpf-rs-quer-que-hospital-de-clinicas-atenda- apenas-sus/>

Privatização, não!

By

[João Kássio](#)

- Atualizado em 26/11/2011 Postado em: [Mario Lobato](#)



Projetos de lei polêmicos têm chegado à Assembleia Legislativa. As manchetes dos jornais tentam chamar atenção para os acontecimentos.

enviado por Mário Lobato

Esse ano vários projetos de lei polêmicos têm chegado à Assembleia Legislativa. As manchetes dos jornais tentam chamar atenção para os acontecimentos.



Em geral, as propostas do Executivo chegam à Assembleia e, com impressionante agilidade, tudo acaba sendo resolvido.

No dia 23 de novembro, o governo enviou à Assembleia **projeto de lei 915 que, resumidamente, repassa os serviços públicos do Estado para as Organizações Sociais.**

Esse projeto pode ser votado a qualquer momento e de forma sorrateira!

Esse repasse da função do setor público tem acontecido Brasil afora. Conclusão: esse país está virando uma república do terceiro setor.

Chega a ser piada que **num país capitalista haja uma lei que diz que a organização social é uma entidade sem fins lucrativos.**

Para resistir e tentar impedir que essa proposta de lei seja aprovada na Assembleia Legislativa, temos uma programação de mobilização:

- **Domingo, 27 de novembro, às 9 horas**, na caminhada da Luta contra o Cancer de Mama. Com saída da Praça do Japão. Quem puder chegar um pouco antes o ponto de encontro será no Mercadorama da Rua 7 de setembro com Angelo Sampaio.

- **Segunda feira, 28 de novembro**, às 14 horas na Assembleia Legislativa

- **Terça feira, dia 29 de novembro**, às 13h30, na Comissão de Constituição e Justiça da Assembleia

Compareça e lute em defesa do patrimônio público!

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/11/26/privatizacao-nao/>

Os consórcios municipais de saúde

By

[Paulo Navarro](#)

- Atualizado em 30/11/2011 **Postado em:** [z](#)



A vantagem do Consórcio é poder operar de forma moderna modernos contratos de parceria-público-público.

Por Luis Nassif, no [Luis Nassif Online](#).

O Seminário Brasilianas sobre Saúde Pública trouxe algumas conclusões novas e reafirmou convicções conhecidas.

A primeira é que a melhor forma de organização da saúde é através de consórcios municipais – grupos de municípios que se reúnem em torno da figura jurídica do consórcio, delegando a ele as ações integradas de saúde pública.

É através do consórcio que se consegue dar escala a municípios pequenos e definir hospitais de referência para regiões inteiras.

Maurício Rodrigues Botelho, subsecretário de Políticas e Ações de Saúde da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, relatou os avanços ocorridos nos Estado – desde os anos 90, Minas e Paraná são consideradas padrão na formação de consórcios de saúde.

Graças a esse modelo de coordenação, há cidades com 3 mil habitantes atendidas pela rede SAMU (de ambulâncias).

Os consórcios têm uma central de atendimento e de regulação de toda a rede. Há um centro de treinamento que treina especialistas em cada município, define hospitais centrais, garante UTIs, médicos 24 horas, remuneram os médicos por disponibilidade (em vez de ser por procedimento). Essa Central articula, também, todos os organismos que trabalham com emergência – Detran, bombeiros, Polícia Civil, hospitais de referência etc.

A Lei dos Consórcios, de 2005, acabou criando uma figura jurídica para formalizar o modelo.

Como explicou Mário Reali, prefeito de Diadema, o papel do consórcio é não só articular as ações nos municípios que o integram, mas também com outros entes federados – estado e União.



A vantagem do Consórcio é poder operar de forma moderna modernos contratos de parceria-público-público.

O grande problema é a dificuldade do setor público em regulamentar novas atividades. A Lei de Responsabilidade Fiscal previa a criação de um Conselho de Gestão Fiscal, incumbido de definir procedimentos contábeis para novas atividades. Não foi criado.

Dessa maneira, a regulamentação fiscal acaba a cargo do Tesouro, que acaba prisioneiro de uma mera visão contábil.

Por exemplo, a LRF define percentuais de gastos com funcionalismo, como proporção da receita total. Então os limites de gastos são fixados em função do orçamentos dos municípios e do estado – quando este participa.

Ocorre que muitos consórcios podem ter receita própria de prestação de serviços, como uma empresa de saneamento ou de resíduos sólidos, mas o Tesouro se recusa a reconhecer essa situação, impedindo as possibilidades de expansão. Recentemente divulgou uma minuta para discussão, com prazo muito exíguo para avaliação – até 13 de dezembro.

Há outros problemas dificultando a expansão dos consórcios. Até hoje, por exemplo, o STF (Supremo Tribunal Federal) não resolveu a questão da titularidade na concessão de serviços de água e esgoto e exploração de bacias hidrográficas.

De qualquer modo, para que o conceito avance, segundo Rubens Belfort Jr. Presidente da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, será importante que os resultados objetivos dos consórcios sejam levantados em trabalhos científicos, que possam ser expostos à avaliação do setor.

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/11/30/os-consorcios-municipais-de-saude/>

Mulheres acima de 40 anos devem fazer mamografia todo ano, independentemente de histórico familiar

Notícias - Nacionais

Qua, 30 de Novembro de 2011 00:00

Segundo pesquisa, a incidência de câncer de mama entre mulheres de 40 a 49 anos já indica a necessidade do exame.

Segundo uma pesquisa apresentada nesta terça-feira, no encontro anual da Sociedade Norte-Americana de Radiologia (RSNA, na sigla em inglês), mulheres entre 40 e 49 anos sem histórico familiar de câncer de mama estão tão sujeitas a terem a doença quanto aquelas com casos de câncer na família. Para os autores do estudo, essa descoberta demonstra que mulheres dessa faixa etária podem se beneficiar com exames anuais de mamografia.

Opinião da especialista

Rita Dardes

Médica ginecologista e mastologista, e professora do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

"Acredito que toda mulher, independentemente do histórico familiar, deve fazer mamografia anualmente a partir dos 40 anos.

Embora pesquisas mostrem que o exame diminua mais a mortalidade da doença em mulheres acima de 50 anos, ainda assim o diagnóstico precoce é benéfico para esse grupo.

A mamografia pode ser prejudicial se for feita indiscriminadamente, ou seja, mais de uma vez ao ano ou em mulheres muito jovens. Isso se deve ao fato de que a radiação é acumulativa e pode ser fator de risco para cânceres e sua exposição for excessiva.

As mulheres com menos de 40 anos devem ser submetidas à mamografia se pretenderem ao grupo de risco da doença, mas geralmente após completarem 35 anos."

A pesquisa reacende o debate em torno da melhor idade e periodicidade para a realização da mamografia, já que o exame expõe as mulheres à radiação, que, em dosagem excessiva, **pode estar associada ao câncer.**

Em julho deste ano, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, sigla em inglês), **recomendou que o exame fosse feito todos os anos por mulheres acima de 40**



anos, seguindo as mesmas indicações da Sociedade Americana para o Câncer. A Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF, sigla em inglês), um painel com apoio federal, em 2009, afirmou, porém, que a mamografia feita antes dos 50 anos deveria ser uma escolha pessoal da mulher e, depois, deveria ser feita a cada dois anos.

O estudo — A pesquisa revisou os casos de câncer de mama diagnosticados entre mulheres de 40 a 49 anos que foram submetidas a mamografia no centro de diagnóstico Elizabeth Wende Breast Care, nos Estados Unidos, entre 2000 e 2010. Os pesquisadores compararam os números do câncer, incidência de doença invasiva e metástase em mulheres com e sem casos de câncer de mama na família.

Entre as 1.071 pacientes que desenvolveram câncer de mama, 373 foram diagnosticadas a partir da mamografia. Delas, 39% tinham histórico da doença na família e 61% não. Entre aquelas com histórico familiar, 63,2% tiveram câncer invasivo e 31% foram atingidas pela metástase. Já entre as mulheres que não tinham histórico familiar, 64% tiveram doença invasiva, e 29% metástase. "Descobrimos que mulheres dessa faixa etária possuem uma taxa significativa de câncer de mama, independente se apresentavam, ou não, histórico familiar da doença", diz a radiologista e uma das autoras do estudo, Stamatia V. Destounis. "Esse estudo demonstra a importância da mamografia anual para o diagnóstico da doença dessas mulheres na faixa dos 40 anos, mesmo sem casos da doença na família."

Fonte: www.portaldoconsumidor.com.br

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/110736-mulheres-acima-de-40-anos-devem-fazer-mamografia-todo-ano-independentemente-de-historico-familiar-.html>

Ministério da Saúde regulamenta as exceções em relação à movimentação pelos fundos de saúde dos recursos transferidos fundo a fundo.

A Portaria 2.707/GM, editada no último dia 17 de novembro regulamentou as exceções à regra do Decreto 7.507/2011, que impôs limitação absurdamente centralizadora à movimentação dos recursos transferidos pelo governo federal fundo a fundo para a área de saúde.

O ato previu que será permitida a realização de saques apenas para os fins de realização de ações de investigação de surtos, epidemias e outras emergências em saúde pública, devidamente configurada, mediante o emprego de recursos financeiros transferidos do Fundo Nacional de Saúde para esta finalidade específica.

Também estendeu a permissão para os casos de despesas de pequeno vulto para



compras e serviços, ou seja, aquelas consideradas, pela portaria até R\$ 8.000,00 por exercício financeiro, ou seja, a cada ano; sendo que cada pagamento do montante total sacado não poderá exceder a R\$ 800,00.

É... não está fácil encarar a condição de gestor da saúde ou ordenador de uma despesa que já vem controlada financeiramente pelo ente arrecadador da receita que havia se comprometido constitucionalmente a descentralizar as ações de saúde; a intenção pode até ser boa, mas querer punir a regra pela exceção...

Para aqueles que ainda não conheceram o curso do saberSUS sobre a gestão dos fundos de saúde, vale a pena acessar o site www.sabersus.com.br, e tomar conhecimento de que esta e outras questões relativas à organização administrativa dos fundos será objeto de um curso no próximo mês de dezembro.

Fonte: LEGISUS, 27/11/2011.

http://www.legisus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=852:ministerio-da-saude-regulamenta-as-excecoes-em-relacao-a-movimentacao-pelos-fundos-de-saude-dos-recursos-transferidos-fundo-a-fundo&catid=47:janeiro&Itemid=37

Governo Federal resolve ajudar ainda mais os Municípios em situação de emergência na área de saúde.

O Decreto 7.616, editado no último dia 17 de novembro ([clique aqui e leia](#)), é o reconhecimento do governo federal de que muitos municípios vivenciam verdadeiros tormentos nas situações de epidemia, desorganização administrativa (incompetência ou dificultadores legais) dos gestores, e várias outras motivações que explicita no ato, permitindo um socorro extra da União, inclusive a contratação de pessoal para ser cedido e dar o socorro devido.

As situações que ocorrerão a ajuda serão as seguintes:

I – epidemiológicas (apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada, apresentem gravidade elevada, ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde – SUS);

II - de desastres; ou

III - de desassistência à população.

A Declaração de Emergência deverá cumprir as seguintes etapas:

I - recomendação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, nos casos de situações epidemiológicas (relatório técnico sobre risco de propagação de doença ou agravo de saúde, inclusive com análise das informações obtidas sobre a ocorrência; nível de



gravidade da emergência em saúde pública ou a sua natureza incomum ou inesperada com indicação do potencial de propagação; níveis de morbidade, letalidade e de contaminação que ocorreram ou que possam ocorrer em determinada localidade; e descrição dos aspectos ambientais do evento, caso se aplique, e outras informações e dados técnicos pertinentes, conforme o caso);

II - requerimento do Ministério da Integração Nacional, após o reconhecimento da situação de emergência ou estado de calamidade pública, quando forem necessárias medidas de saúde pública nos casos de desastres; ou

III - requerimento do Poder Executivo do Estado, do Distrito Federal ou do Município afetado, mediante parecer favorável da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no caso de desassistência à população.

Parabenizamos a iniciativa da Presidente, digo, Presidenta da República por importante iniciativa, inclusive o Ministro da Saúde e sua equipe; aliás, em relação à Presidenta, seus antecessores nunca editaram tantas normas regulamentadoras imprescindíveis ao bom funcionamento do SUS; lembrando por exemplo que, a intervenção absurda do governo federal no Município do Rio de Janeiro poderia ter sido evitada com um ato desta natureza, evitando-se constrangimentos e desgastes técnicos e políticos desnecessários à época.

Este certamente será mais uma importante iniciativa que marcará a gestão Dilma.

Fonte: LEGISUS, 01/12/2011.

http://www.legisus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=859:governo-federal-resolve-ajudar-ainda-mais-os-municipios-em-situacao-de-emergencia-na-area-de-saude&catid=47:janeiro&Itemid=37

Tribunal de Contas recomenda aos conselhos de saúde o acompanhamento do programa bolsa alimentação.

Ao analisar uma tomada de contas especial no município mineiro de Claro dos Poções-MG, o Tribunal de Contas da União detectou várias falhas no funcionamento do conselho municipal de saúde, inclusive ausência de capacitação, falta de acompanhamento, análise e aprovação das ações e orçamentos da saúde.

Também detectou uma falha que pode não estar sendo observada pelos demais conselhos de saúde, que é o não acompanhamento dos critérios de homologação das inscrições das famílias beneficiadas no Programa de Bolsa Alimentação, em desacordo com



o art. 7º do Decreto n.º 3.934, de 20/9/2001, e que assim preconiza:

Art. 7º Ao Conselho Municipal de Saúde compete homologar:

I - a adesão do Município ao Programa; e

II - as inscrições, renovações e exclusões dos beneficiários no Programa, com poder de veto.

Fonte: LEGISUS, 02/12/2011.

http://www.legisus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=861:tribunal-de-contas-recomenda-aos-conselhos-de-saude-o-acompanhamento-do-programa-bolsa-alimentacao&catid=47:janeiro&Itemid=37

Cotidiano

Cuiabá é a cidade mais violenta do Centro-Oeste

Cuiabá é a capital da região Centro-Oeste que mais registrou mortes violentas no ano passado. Os dados foram divulgados, quarta-feira (30), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e tiveram como base os dados elencados pelos cartórios nacionais de registros.

Os números que são referentes aos dados do Registro Civil 2010, mostraram que na capital de Mato Grosso, 482 pessoas faleceram vítimas de homicídios, acidentes de trânsito e afogamentos. Ainda em relação ao ranking, em segundo lugar ficou o município de Goiânia com 486 óbitos e Campo Grande com 419 mortes.

Ainda sobre os dados, em âmbito estadual, Mato Grosso figura na lista da região central do país como a segunda localidade que mais registrou óbitos violentos. Durante o ano de 2010, 2.435 pessoas perderam a vida em situações violentas. O Estado perde no ranking apenas para Goiás, que contabilizou um número superior a 4,1 mil mortes.

Se os índices forem classificados por sexo, o grupo masculino registra maior número, totalizando 2.067 homens mortos afogados, em acidentes de trânsito ou ainda assassinados. Já as mulheres de Mato Grosso representam apenas 15,5% das mortes violentas, contabilizando no final de 2010, 378 óbitos.



Saúde em Foco



Em relação a Mato Grosso do Sul, este foi o estado da região Centro-Oeste que menos contou óbitos por homicídio, acidentes em vias, afogamentos e outros, registrando a morte de 1,4 mil pessoas. Ainda na lista, está o Distrito Federal, com 927 mortes violentas, localidade que menos apresentou os fatos.

Se os dados foram contabilizados por região, o Centro- Oeste enumerou em 2010, 8,9 mil bits violentos.

Nacionalmente o resultado destes tipos de mortes superou a marca de 1,1 milhão de pessoas. Porém, mesmo o número sendo alarmante, as estatísticas revelam que desde 2002, estes índices estão reduzindo gradativamente desde 2002. Na época, 16,3% do total das mortes eram de homens e 4,5% de mulheres. No ano passado, este número alcançou 14,5% em relação aos homens e 3,7% sobre as mulheres.

Em última entrevista, o secretário estadual de Segurança Pública de Mato Grosso, Diógenes Curado, informou que o órgão tem trabalhado com intuito de reduzir os índices da criminalidade e que nos últimos anos vários investimentos foram feitos no setor.

Gisele Bedin

<http://www.folhadoestado.com.br/noticia/13267/cuiaba-e-a-cidade-mais-violenta-do-centro-oeste>