



Cuiabá/MT, 27 de janeiro de 2012.

27/01/2012 - 10h27

## Mato Grosso tem a maior incidência de hanseníase do país

Karoline Kuhn  
Só Notícias - Sinop

Mato Grosso tem a maior taxa de incidência de hanseníase no Brasil. São 77,89 casos por grupo de cada 100 mil habitantes, segundo dados do Ministério da Saúde contabilizados durante o ano passado. Em seguida, aparece Tocantins, com 72,14 a cada 100 mil. Rondônia (52,55), Maranhão (50,91) e Pará (46,35) também estão no topo. No quadro Brasil foram 15,88 casos a cada grupo de 100 mil.

Quando analisado a incidência da doença em pessoas com menos de 15 anos, o Estado aparece na "vice-liderança" da relação, com 17,96 a cada 100 mil jovens. À frente está Tocantins, com 20,86 no grupo. Quando analisado o cenário nacional, ano passado houve 4,77 casos em menores de 15 anos por grupo de 100 mil habitantes.

Para controlar a doença na infância, o ministério quer estimular as secretarias de Saúde dos Estados e municípios a fazer uma busca ativa, ou seja, encontrar pessoas com sintomas que ainda não procuraram atendimento médico. Para isto, a ideia é trabalhar triagens nas escolas e nas casas da população.

O mesmo levantamento aponta no Estado a existência de regiões consideradas hiperendêmicas (com elevado grau de epidemia). A maior área identificada está próxima a cidades como Colniza e Aripuanã. Há ainda em outros três pontos. Em outras regiões de Mato Grosso, o coeficiente varia entre sem casos e até muito alto.

Em Sinop, por exemplo, a Secretaria de Saúde confirmou há pouco dias que foram 165 casos identificados ano passado, número inferior a 2010, quando chegaram a 172. Porém, segundo o mapa do ministério, o município está em uma área onde o grau de prevalência varia de médio a muito alto.

A nível nacional, a incidência da hanseníase diminuiu nos últimos anos. Em 2010, foram identificados 18,22 casos a cada 100 mil habitantes. Em 2009, somou 19,64 e, em 2008, atingiu 20,59. Apesar da divulgação já ter ocorrido, o Ministério alerta que os dados ainda são preliminares e podem sofrer novos reajustes.

Ano passado, cerca de R\$ 16,5 milhões foram repassados para 252 municípios brasileiros considerados prioritários. Entre as medidas adotadas para reduzir a quantidade de doentes, além das buscas ativas de casos novos, estavam vigilância de contatos e a ampliação ao acesso do diagnósticos, tratamento e prevenção.



A hanseníase é transmitida no contato entre as pessoas. Os primeiros sinais da doença são manchas brancas e avermelhadas no corpo, que ficam dormentes e sem sensibilidade ao calor, frio ou toque. A doença afeta a pele e os nervos dos braços, mãos, pés, pernas, rosto, orelhas, olhos e nariz. O tempo entre o contágio e o aparecimento dos sintomas demora de dois a cinco anos.

A doença tem cura e o doente deixa de transmiti-la a outros assim que começa a se tratar. Disponível na rede pública, o tratamento dura de seis meses a um ano e consiste em um coquetel de comprimidos diários. O paciente pode tomá-los em casa e ir ao médico somente uma vez por mês para acompanhamento.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401629>

26/01/2012 - 18h57

## **Ministério da Saúde quer país com taxa aceitável de hanseníase até 2015**

Agência Brasil

Diminuir para menos de um os casos de hanseníase no Brasil para cada dez mil habitantes até 2015 é a meta do Ministério da Saúde. A maior dificuldade, no entanto, é alcançar essa taxa por igual em todas as regiões. No Norte, a taxa é 3,28 casos, no Centro-Oeste, 3,15, e no Nordeste, 1,56, quando a prevalência nacional é 1,24 caso. Somente as regiões Sul e Sudeste já estão dentro da meta, com menos um caso para cada dez mil habitantes.

Para o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, o grande número de pessoas vivendo em uma mesma casa sem condições adequadas de higiene e dificuldade de acesso ao tratamento podem explicar a alta prevalência da doença nas três regiões. “A nossa meta é ter menos de um [caso] do Amapá ao Rio Grande do Sul”, disse.

Para diminuir o número de casos no Norte, Centro-Oeste e Nordeste, o ministério quer adotar estratégias nos estados e municípios para uma busca ativa de pessoas com a doença, identificando principalmente a incidência de hanseníase em menores de 15 anos de idade. Isso será feito inclusive nas escolas e ampliado a parentes e vizinhos de alunos com sinais da doença.

De acordo com Barbosa, quando um menor tem hanseníase, significa que um adulto da família também tem a doença e não está tratando. Desta forma, os agentes de saúde podem identificar o foco da hanseníase e combatê-lo. “É não esperar que a pessoa sinta alguma coisa e vá ao médico”, declarou o secretário.

Outra medida é aumentar o número de unidades de saúde com atendimento a pacientes de hanseníase. O governo federal vai repassar verba extra de R\$ 16 milhões aos 252 municípios que respondem por 53% casos das doença.



Para Jarbas Barbosa, a meta de diminuir para menos de um caso para cada dez mil habitantes até 2015 é alcançável, mas reconhece que o Brasil está atrasado na luta contra a hanseníase. “Perdemos quase uma década nos anos 1990. A desorganização e a resistência do país em adotar nova estratégia [prejudicaram o combate à doença]. O Brasil foi muito avançado em algumas doenças [como no caso da aids], mas em outras foi conservador”, declarou. “Se a gente tivesse partido mais cedo, estaríamos em situação melhor”, completou.

Para o secretário, a demora se reflete na posição do Brasil no ranking mundial de países com hanseníase. Segundo Jarbas Barbosa, “ficamos só atrás da Índia na detecção de casos novos, que registra cerca de 125 mil doentes por ano.

Os dados divulgados hoje (26) pelo ministério mostram queda de 15% nos novos casos no Brasil, de 34.894, em 2010, para 30.298, em 2011. A pasta informou ainda que mais de 26 mil pessoas com a doença estão em tratamento. Do total de pacientes que concluem o ciclo do tratamento, 80% ficam curadas. O objetivo é aumentar o percentual de cura para 90%. O difícil acesso a um hospital e o preconceito contribuem para o abandono do tratamento, que dura de seis meses a um ano.

Transmitida no contato de pessoa para pessoa, os primeiros sinais da hanseníase são manchas brancas e avermelhadas no corpo, dormentes e sem sensibilidade ao calor, frio ou a um toque. A doença causa deformidades na pele e nos nervos dos braços, mãos, pés, pernas, rosto, orelhas, olhos e nariz. O tempo entre o contágio e o aparecimento dos sintomas demora de dois a cinco anos.

A hanseníase tem cura e deixa de ser transmissível assim que começa o tratamento. Disponível na rede pública, o tratamento é à base de um coquetel de comprimidos diários. O paciente pode tomá-los em casa e ir ao médico somente uma vez por mês para avaliação.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401581>

27/01/2012 - 09h38

## Entrega de medicamentos de alto custo serão regularizados em fevereiro

de Tangará da Serra

Medicamentos caros para controle de doenças de alta complexidade estão em falta na farmácia de alto custo e deixam pacientes desprotegidos. O relato de pessoas, que fazem o trajeto em busca de medicamentos, é que o problema tem sido frequente.

O aposentado Donizete Fabian e sua esposa Lenice de Carvalho Fabian tomam cerca de 15 medicamentos diferentes todos os dias, para as mais diversas doenças, sem contar as injeções diárias para amenizar a dor, e afirmam que desde dezembro faltam alguns medicamentos.

“As injeções, por exemplo, não tomo desde o natal”, afirma, destacando que as mesmas são necessárias, pois, além da diabetes e depressão, o aposentado sofre ainda com vários problemas nos ossos, ocasionados pelos anos de profissão no campo.



A informação da falta de medicamentos foi confirmada pela enfermeira responsável pela farmácia localizada no Posto Central. Ela não revelou quais os medicamentos estão faltando, mas explicou que já encaminhou a solicitação à Secretaria de Estado de Saúde (SES), responsável pela aquisição.

Segunda a enfermeira, a justificativa do Estado para o não envio dos remédios é que estão em processo de aquisição. Ela acredita que, no máximo, no início de fevereiro o problema seja resolvido.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401622>

26/01/2012 - 15h50

## Mutirão de catarata vai atender 120 pacientes em Rondonópolis

Redação 24 Horas News

A Secretaria de Saúde de Rondonópolis contratou a equipe do oftalmologista Orivaldo Amâncio Nunes Filho, do Hospital de Olhos de Cuiabá, para realizar o mutirão de cirurgias de catarata em 120 pacientes do município. Cinquenta pessoas vão passar pelo procedimento nesta sexta-feira (27), outros cinquenta no sábado e os últimos 20 pacientes no domingo. Os procedimentos vão ocorrer no Centro de Especialidades de Apoio Diagnóstico Albert Sabin (Ceadas).

A gerente do Departamento de Gestão do SUS, Izalba Diva de Albuquerque, disse que outros mutirões para cirurgia da catarata foram realizados pelo município em 2009 e 2010 e atenderam cerca de quatro mil pessoas. “Com essa ação no final de semana conseguimos acabar com a demanda reprimida para este tipo de cirurgia”.

De acordo com informações da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, a catarata é a principal causa de cegueira e da baixa visão em pessoas acima de 60 anos.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401549>

27/01/2012 - 09h52

## Índio se mata no Araguaia; etnias se perdem com drogas e bebem até gasolinia

Vanessa Lima  
de São Félix do Araguaia



Um índio da etnia Karajá, da Ilha do Bananal, nas imediações de São Félix do Araguaia, em Mato Grosso, tirou a própria vida por meio de enforcamento, nesta quinta-feira, dia 26. O indígena trabalhava de guarda na empresa Araguaia Tocantins. O corpo foi encontrado por moradores da reserva indígena. Por enquanto, as causas que levaram o indígena a se matar são desconhecidas. Existe uma possível associação com o consumo de álcool em excesso.

Esse é pelo menos o quarto caso suicídio de indígenas em janeiro de 2012 nas aldeias do Norte Araguaia. O número de mortes por suicídios é considerando assustador. Os índios estão cada vez mais cometendo suicídio as autoridades precisam alertar os comerciantes e fiscalizar para que não venda cordas e bebidas alcoólicas aos índios.

Na aldeia Isabel do Morro “Hawaló”, uma aldeia de índios Iny Karajá, um outro índio também tentou se matar. A vítima utilizou um pedaço de corda para cometer o ato, mas foi salvo a tempo.

Na aldeia Macaúba, por sua localização próxima à cidade de Santa Terezinha, observa-se que há uma mudança significativa na vida das mulheres, principalmente quando de refere às questões da violência. Nas conversas e entrevistas as pessoas relatam que há um grande consumo de outras drogas como gasolina com creme dental, gasolina pura, maconha e cocaína, que são utilizadas principalmente por jovens e adolescentes de ambos os sexos.

A situação nas aldeias está muito difícil, tem muito bêbado e usuários de drogas, de maconha, e também muitos meninos e meninas cheirando gasolina. Já houve pessoas queimadas, eles ficam bebendo “koran” (pinga) e cheirando gasolina. Quando não encontram a cachaça, bebem gasolina e álcool.



A maioria dos casos de agressões físicas às mulheres é praticada pelos homens quando estão bêbados, muitos ficam extremamente agressivos e podem bater em quem encontrar pela frente, até mesmo em suas próprias mães. Homens bêbados entram em suas casas e as mulheres e crianças muitas vezes saem correndo e ficam escondidos nas casas de outras pessoas.

Desde as décadas de 60, 70, com o incentivo ao turismo na região do Araguaia e a construção do hotel JK, nas proximidades da aldeia Santa Isabel, as comunidades indígenas foram inseridas nas redes de prostituição local. E, juntamente com o álcool, deu lugar à entrada de Doenças Sexualmente Transmissíveis nas aldeias Karajá.

Em 2010, o Ministério Público chegou a organizar um seminário após constatação de casos envolvendo violência entre parentes da mesma aldeia, prostituição, uso de drogas ilícitas e situações de degradação dos indivíduos nas cidades próximas às aldeias, entre outras consequências nefastas aos índios decorrentes do abuso de álcool. Na época havia tratamento apenas pontuais para os casos registrados.

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401626>

Notícias / Cidades

27/01/2012 - 09:13

## Fórum da Capital doa computadores para hospital

*Da Assessoria*

Com o objetivo de contribuir para melhorar o atendimento realizado pelo Ciaps Hospital Adauto Botelho, a direção do Fórum Desembargador José Vidal, da Comarca da Capital, realizou a doação de seis conjuntos de computadores para a unidade. O hospital atende portadores de transtornos mentais e comportamentais e usuários de substâncias psicoativas. A doação aconteceu na tarde desta quinta-feira (26 de janeiro).

Conforme o capitão Darwin Salgado Germano, que representou o juiz diretor do Foro, Adilson Polegato de Freitas, as máquinas repassadas ao hospital estão em perfeito estado de conservação. “Elas apenas não comportam a tecnologia que hoje é utilizada pelo Judiciário, mas serão muito úteis para atender a demanda do hospital”, assegurou, ressaltando que a unidade hospitalar é uma das parceiras no projeto Porto da Paz, no qual a Justiça Estadual também participa.

De acordo com o diretor-geral do Ciaps Adauto Botelho, João Santana Botelho, os seis computadores serão utilizados para melhorar o atendimento dos pacientes, garantindo mais



rapidez na consolidação dos dados cadastrais e prontuários médicos. “Esse presente vem ao encontro da demanda em oferecer melhores condições no atendimento dos nossos pacientes. Vamos utilizá-los para garantir maior controle das informações”, informou.

As máquinas serão utilizadas na interligação entre setores, ou seja, desde o cadastramento do paciente na recepção até o pedido de medicamento feito pelo médico ao departamento responsável. “Eles irão fazer parte do sistema já existente e, assim, propiciar mais rapidez no desempenho do serviço”, ressaltou João Botelho.

Esta é a segunda doação realizada, neste ano, pelo Fórum às entidades parcerias do projeto Porto da Paz, que visa revitalizar o bairro do Porto e dar assistência aos moradores de rua, pessoas usuárias de drogas e envolvidas com prostituição. No dia 17 de janeiro foram doados 15 conjuntos de computadores para a Secretaria Municipal de Bem Estar Social de Cuiabá. As máquinas foram destinadas aos projetos sociais que atendem pessoas em situação de vulnerabilidade social.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Forum da Capital doa computadores para a hospital&edt=25&id=233338](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Forum_da_Capital_doa_computadores_para_hospital&edt=25&id=233338)

## COTIDIANO / SAÚDE DOENTE

26.01.12 | 17h48 - Atualizado em 26.01.12 | 17h49

# Médicos do Samu reclamam de salário e admitem parar

**Eles querem realização de concurso público e melhorias no trabalho; e ameaçam acionar MP contra o Governo**



## Divulgação



Médicos do Samu querem melhorias nas condições de trabalho e extinção de contratos temporários

### LISLAINE DOS ANJOS DA REDAÇÃO

Médicos que atendem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) vão se reunir com o Sindicato dos Médicos de Mato Grosso (Sindmed), na próxima terça-feira (31), em assembleia-geral, para elaborar e encaminhar propostas ao governador Silval Barbosa (PMDB).

Os 34 profissionais que atendem pelo órgão, em Cuiabá e Várzea Grande, reclamam que receberam apenas metade do salário de dezembro, e que o holerite referente ao mês de janeiro não registrava pagamento de salário algum.

Além disso, os médicos também alegam que trabalham sob regime de contratos temporários, que venceram no final de 2011 e não foram renovados até o momento.

Em resposta ao Sindimed, o Estado prometeu regularizar a situação no início de fevereiro.

Segundo o diretor-geral do Samu, Daoud Abdallah, a situação toda não passou de um equívoco da Secretaria de Administração (SAD), causado pelo vencimento dos contratos.

“A SAD (Secretaria de Administração) gerou holerite zero e eles (médicos) não receberam justificativa alguma. Conversei com o diretor-geral do Samu (Daoud Abdallah) e ele me garantiu que isso foi apenas um equívoco. Ele disse que o Governo vai gerar uma folha complementar e irá regularizar os vencimentos no dia 10 de fevereiro”, disse a presidente do Sindimed.

Elza afirmou que o Governo fez uma proposta de renovar o contrato por mais um ano, mas isso não atende às expectativas da categoria, que vai encaminhar ao Governo



propostas de realização de concurso público, elaboração de um plano de carreira dos médicos emergencistas do Samu e melhorias nas condições de trabalho.

“Tem médico trabalhando há meses e até anos sem contrato algum firmado com o Governo, apenas ‘contrato de boca’. Os gestores estão indo contra o que diz a lei”, reclamou.

A possibilidade de uma paralisação não está descartada, segundo a presidente. Elza Queiróz. Mas a categoria promete aguardar o pagamento dos salários e uma resposta às propostas que serão encaminhadas.

“Dependendo da resposta do Governo, iremos nos reunir em assembleia para decidir se haverá uma paralisação”, disse.

**Ação judicial** – Os médicos do Samu também prometem pedir ao Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso (CRM-MT) para que realizem uma vistoria na sede do Samu, para constatar as denúncias feitas pelos profissionais.

Os médicos reclamam de falta de infraestrutura do prédio e do estado das ambulâncias usadas para resgate, que estariam velhas. Eles também pedem por mudança da sede do Samu, uma vez que uma reforma já havia sido prometida pelo Estado, mas nunca foi feita.

Segundo a presidente do Sindimed, com a elaboração de um relatório oficial, eles poderão procurar o Ministério Público Estadual (MPE) e pedir para que o órgão acione os gestores.

“Só assim nós podemos entrar com uma ação no MPE e pedir para que eles façam os gestores cumprirem a lei e fazerem uma gestão decente. Porque hoje eles estão indo contra a Constituição ao não realizarem concurso para a prestação de serviços públicos. Eles afirmam que fazem isso para manter o Estado dentro da Lei de responsabilidade Fiscal, que isso não onera os cofres públicos, mas eu discordo”, afirmou Elza.

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=75790>

HANSENÍANSE

## Mato Grosso tem maior número de novos casos de hanseníase do país



*A hanseníase tem cura e o tratamento dura de seis meses a um ano*  
Fonte: G1



Com mais de dois mil casos, Mato Grosso é o estado com maior número de novos casos de hanseníase no Brasil. Apesar de apresentar uma redução em relação ao ano de 2010, a incidência ainda é considerada alta.

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, o estado apresentou 2.364 novos casos em 2011, cerca de 78 novos para cada 100 mil habitantes. O órgão ainda alerta para que a população observe se existe algum tipo de mancha branca, marrom ou avermelhada pelo corpo e com pouca sensibilidade. Em dezembro foi autorizado o repasse de R\$ 2,5 milhões para que os municípios do estado reforcem as ações contra a doença.

A hanseníase tem cura e o tratamento dura de seis meses a um ano, através de um coquetel de remédios. Por falta de informação e importância as manchas que apareceram no corpo, o paciente Alfredo Bonhardt perdeu dois dedos do pé. “Eu não dava muita atenção. Até que fui fazer o exame e aí deu que era hanseníase”, contou. Ele fez o tratamento indicado pelo médico e ficou curado da doença.

A incidência é considerada muito alta mas reduziu quase pela metade nos últimos 10 anos. O secretário de vigilância da saúde do MS, Jarbas Barbosa aposta em melhorias no tratamento. “Se nós colocarmos a hanseníase em um nível ainda maior de prioridade, tenho certeza que Mato Grosso vai continuar reduzindo os índices”, estima.

A coordenadora do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, Rosa Castália, diz que o tratamento e diagnóstico devem ser ampliados. “O acordo com esses municípios é que eles desenvolvam ações para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Basicamente que eles procurem casos novos e que procurem aumentar os percentuais de cura, ou seja, completar os tratamentos das pessoas que começaram até que elas fiquem curadas”.

<http://www.nopoder.com.br/materias/6818/6/Mato-Grosso-tem-maior-numero-de-novos-casos-de-hanseniose-do-pais.html>

Cidades

Quinta, 26 de janeiro de 2012, 18h54

## **Campo Verde realiza Dia ?D? da Saúde do Homem**

Gostou do conteúdo então divulgue

Redação do GD

No próximo sábado (28) acontece em Campo Verde (131 Km ao sul de Cuiabá) uma campanha para conscientizar a população masculina sobre a importância da prevenção para a sua saúde. Intitulado Homem que se cuida não perde o melhor da vida”, o evento terá início a partir das 8h e todas as unidades básicas de saúde vão solicitar exames preventivo do câncer



de próstata, além de palestras educativas nas unidades básicas de saúde sobre câncer de próstata, álcool, diabetes, drogas e violência, DST, Aids e hepatites virais.

A campanha será realizada pela a prefeitura de Campo Verde e também visa ampliar o acesso da população masculina aos serviços públicos de saúde. Segundo a coordenadora de Atenção Básica, Vânia Franceschi, o cuidado com os homens integra a Política Nacional de Saúde do Homem, lançada em 2012. “Precisamos chamar a atenção do público masculino sobre a importância de cuidar do bem-estar, como uma forma de prevenção. Por isso, estamos realizando o Dia “D” para orientá-los e incentivá-los a realizar os exames regularmente. Os homens com idade a partir de 20 anos devem procurar sua unidade de referência para os atendimentos neste sábado”, explicou.

De acordo com o secretário de Saúde, Wisley Clemente, a ação faz parte do Programa Saúde do Homem, que tem, entre as suas finalidades, estimular a adoção, por parte da população masculina, de hábitos que ajudam a prevenir doenças, assegurando uma vida mais saudável. Durante todo o dia as equipes de saúde estarão à disposição para a realização de exames, verificação de pressão arterial, atividades educativas com foco na orientação sobre o uso de drogas, tabagismo, álcool, cirrose, hábitos saudáveis, câncer de próstata, sexualidade, DST/HIV/AIDS, hipertensão e diabetes. Também serão oferecidas palestras educativas. (Ascom) W.S

<http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/311000>

**PRONTO-SOCORRO Sem neurocirurgiões suficientes para atender demanda, familiares denunciam caos na unidade**

## Pacientes não são medicados

A demissão dos neurocirurgiões do Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá (PSMC) agrava a situação dos pacientes, que estão há 3 dias sem receber atendimento da especialidade e nem mesmo a medicação tem sido administrada, diante da falta do médico habilitado para realizar a prescrição.



Estimativa da administração do PS aponta que a demanda diária da unidade de saúde é de 5 cirurgias e 40 acompanhamentos. Admite ainda que a quantidade reduzida de profissionais impossibilita o atendimento aos pacientes.

A dona de casa Maria Anunciada Gomes, 58, relata que o filho Reinaldo Anunciado Gomes, 33, está desde domingo (22) sem receber medicação e começou a reclamar de dor. O paciente foi baleado na cabeça em novembro e passou por uma cirurgia. Depois de um mês internado, ele contraiu uma infecção, recebeu alta e teve que voltar ao PS para novo procedimento médico. “Ele fez outra cirurgia



por causa da infecção que pegou dentro do hospital e agora nem os pontos da cabeça dele tiraram. A enfermeira falou que não pode mexer porque não tem neurocirurgião e precisa ter alguém que prescreva o procedimento”.

Maria Anunciada alega que já buscou informações sobre a solução para a situação, porém os funcionários não falam com os familiares. A mesma situação é descrita pela dona de casa Maria de Lourdes Carvalho Magalhães, 59. Mãe do paciente Edson Carvalho Magalhães, 32, a mulher conta que desde domingo passa noite e dia dentro do PS para acompanhar o filho, que foi alvejado por 3 tiros, que atingiram a cabeça, braço e perna. “Todo dia morre gente naquele lugar. Essa semana chegou um rapaz que ficou ‘nadando’ no sangue e não tinha médico para atender. Ele morreu”.

Edson está internado no corredor de acesso à sala vermelha e Maria de Lourdes conta que a falta de equipamentos é tamanha que nem mesmo termômetro existe. “Dei banho hoje no meu filho com ajuda de uma latinha para jogar água nele. Estava desde domingo sem tomar um banho. Tem várias pessoas na mesma situação que a gente dentro do PS”.

**50% das neurocirurgias são de pacientes do interior**

Embora Edson não corra risco de morte, a mãe afirma que ele precisa de atendimento do neurocirurgião para qualquer procedimento ou até mesmo para o pedido de uma transferência. “Me falaram lá dentro do hospital que sem avaliação do médico ninguém pode fazer nada. Eu queria levar meu filho para outro lugar, mas não tenho autorização”. Conforme o pai de Edson, V.M.M., 63, as 3 balas estão alojadas no corpo do rapaz, sendo que estilhaços espalharam na região da cabeça. “Um neuro começou fazer o atendimento dele, mas com a demissão o tratamento foi interrompido”.

**Outro lado** - A SMS admite que a demissão dos neurocirurgiões comprometeu a administração de medicamentos para pacientes do PS que dependem da especialidade para continuidade dos atendimentos. Informa ainda que apesar do prejuízo causado aos pacientes, a situação já foi regularizada diante do esforço dos profissionais que continuam atendendo. A SMS aponta ainda que somente 4 neurocirurgiões deixaram de atender, contrariando a informação da direção do PS, que alega ter apenas 4 especialistas atuando nos plantões da unidade de saúde.

<http://www.gazetadigital.com.br/pdf/m01a12/g2701c-b.pdf>

## Médicos apresentam proposta ao secretário

DA REDAÇÃO

Quatro neurocirurgiões apresentaram proposta ao secretário municipal de Saúde, Lamartine Godoy, para garantir o restabelecimento da prestação de serviço no Pronto-Socorro de Cuiabá. A suspensão do atendimento ocorreu no dia 23 diante do vencimento do contrato com a SMS. O grupo de especialistas volta a se reunir novamente com a administração pública na próxima terça-feira (31) para discutir e definir quais medidas serão adotadas.

Conforme a SMS, uma nova equipe, composta por outros 4 profissionais da mesma especialidade, atenderá os pacientes do PS durante este final de semana. A medida, conforme a assessoria de imprensa da Secretaria, é emergencial e visa minimizar os prejuízos diante do desfalque no quadro de médicos.



Enquanto a direção do P.S. aponta que unidade contava com 12 médicos da especialidade e apenas os 4 neurocirurgiões concursados estão atendendo, a SMS alega que apenas 4 especialistas deixaram o cargo.

Denúncias feitas ao Sindicato dos Médicos de Mato Grosso (Sindimed) por profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) apontam que ao chegarem com pacientes na sala de emergência do PS são informados que as vítimas de trauma podem morrer por falta de profissionais disponíveis.

A situação é ainda mais grave se levado em consideração o crescimento do número de acidentes de trânsito, que foi de 50% neste mês, se comparado ao mesmo período do ano anterior. A demanda é referente a pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).



Para o Sindimed, a situação da saúde pública no Estado é insustentável. Em Várzea Grande, o quadro não é diferente. Desde dezembro, o Pronto-Socorro da cidade convive com a falta de médicos e o fechamento do centro cirúrgico por falta de equipes médicas, situação que deixa a população desamparada.

As ameaças de demissão na principal unidade de atendimento de urgência e emergência da cidade vizinha também são constantes, aliadas à possível greve que pode ser deflagrada a partir do dia 1º de fevereiro.

O secretário Municipal de Saúde de Várzea Grande, Marcos José da Silva, afirma que tem o interesse em pagar os salários atrasados ainda neste fim de semana. Aponta ainda que a partir de fevereiro os médicos aprovados no último

concurso começam a ser chamados para atender no PS.

<http://www.gazetadigital.com.br/pdf/m01a12/g2701c-b.pdf>

## MT notifica 1ª morte suspeita

RAQUEL FERREIRA  
DA REDAÇÃO



A primeira morte suspeita em decorrência da dengue em Mato Grosso foi registrada em Barra do Garças (509 km a leste de Cuiabá). O paciente de 67 anos morava no município de Canarana (823 km a leste da Capital) e foi a óbito no dia 12, depois de buscar atendimento médico no Programa de Saúde da Família (PSF) queixando-se de dores abdominais. Em 2011, 6 pessoas morreram em decorrência do agravamento da doença.

Até o momento, o Estado contabiliza 1.121 casos da doença desde o dia 1º de janeiro de 2012, sendo



2 notificações de pacientes grave. São 465 casos novos em uma semana dentro de Mato Grosso.

A coordenadora da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças, Vanessa Mendonça e Silva, explica que o homem foi até a cidade por conta própria buscar atendimento médico. Nem mesmo a família soube informar se o paciente havia recorrido a alguma unidade de saúde em Canarana, onde morava.

No dia 11 de janeiro, a vítima foi até o PSF e relatou dores abdominais. Apresentava ainda forte tremor, levantando suspeita de contaminação por malária, doença comum da região. No dia seguinte, o homem teve febre alta e foi a óbito. Vanessa frisa que o médico pediu investigação tanto da possibilidade de contaminação por malária, quanto por dengue.

O trabalho de análise é feito pelas secretarias municipais de saúde de Canarana e Barra do Garças. A Secretaria de Estado de Saúde (SES) também investiga o caso.

No ano passado, o mesmo período de análise contabilizou 1.437. Apesar da diminuição no número de casos, a SES mantém alerta nos 141 municípios do Estado, diante da possibilidade da chegada do DEN 4, sorotipo circulante em alguns estados do Brasil. O novo vírus ainda não foi identificado em Mato Grosso, que tem os outros 3 tipos circulantes: DEN1, DEN2 e DEN3.

**Municípios** - Em Cuiabá foram notificados 57 casos de dengue, sendo 1 de caso grave. Na cidade vizinha, Várzea Grande, são 60 casos de dengue. O município de Sinop é o que apresenta maior número de registros, conforme relatório da SES, são 252 paciente. Em 2011, Cuiabá notificou 138, Várzea Grande 56 casos e Sinop notificou 201 casos.

<http://www.gazetadigital.com.br/pdf/m01a12/q2701c-b.pdf>

## Municípios não recebem repasse da Saúde desde Agosto; Montante seria cerca de 30 mi

Publicado em: 25/01/2012 às 21:17

Redação com Assessoria

O atraso no repasse de recursos do Governo do Estado para investimentos na área de Saúde dos municípios foi abordado durante entrevista coletiva nesta quarta-feira (25), na Associação Mato-grossense dos Municípios. Os valores estão atrasados desde agosto de 2011 e já acumulam cerca de R\$ 30 milhões.

O presidente da AMM, Meraldo Figueiredo Sá, disse que a instituição e os prefeitos estão aguardando um calendário do governo para o repasse. “O governo alega falta de recursos, mas a situação dos municípios é emergencial”, assinalou Meraldo, afirmando que se não houver um planejamento para a transferência dos valores, a AMM vai acionar o estado judicialmente.



Até a próxima semana deve haver uma reunião com o governador para tratar sobre o assunto e buscar um entendimento. Meraldo argumentou que a Saúde é uma prioridade e as prefeituras precisam também investir em procedimentos preventivos, como o combate à dengue, por exemplo.

O problema financeiro das prefeituras é agravado pela falta de recursos para investimentos em setores básicos. E essa dificuldade se agrava ainda mais com a transferência insuficiente de recurso aos municípios. Esse tema também foi abordado durante a coletiva.

Levantamento realizado pela AMM aponta que o repasse do ICMS às prefeituras de 2005 a 2011 cresceu apenas 14% (valor indexado pelo IGP-M - FGV) enquanto a transferência do Fundo de Participação dos Municípios – FPM aumentou cerca de 28%. Apesar da recente crise internacional e da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI na aquisição de automóveis verificada no período, o repasse do FPM ainda representou o dobro da transferência do ICMS. O IPI, juntamente com o Imposto de Renda, compõe a base de cálculo do FPM.

<http://www.extramt.com.br/2009/noticia.php?codigo=2288>

## O difícil problema da saúde

*Saúde com Dilma*



- Atualizado em  
27/01/2012 **Postado**  
em: [Z](#)

Afirmar que a solução para a saúde pública é difícil é um eufemismo. O mais provável é que não haja solução alguma e que se trate,

simplesmente, de um problema impossível de ser resolvido.

A questão mais importante é saber que problema é esse. É preciso, antes de mais nada, definir o que está ruim e que, portanto, precisa de uma solução. Para que fique claro: o principal problema do **Sistema Único de Saúde** é o tempo de espera para marcar consultas e exames. Esse tempo nada tem a ver com o tempo em sala de espera, mas sim com a distância que separa o dia em que um cidadão procura o serviço de saúde para marcar uma consulta e o dia em que a consulta ocorre. Muitos leitores não devem saber, mas é comum que, em todos os lugares do Brasil, se espere três meses ou mais para que ocorra a consulta. Os usuários do sistema privado esperam uma, duas, talvez três semanas para uma consulta médica, ao passo que os usuários do **SUS** dificilmente são recebidos pelo médico antes de 90 dias.



A via crucis se repete na etapa seguinte, a do exame. Mais uma vez, o tempo de espera é inacreditavelmente longo. Falar em três meses de espera para cada uma dessas etapas é, com frequência, generosidade. Já fui testemunha ocular em uma visita que fiz a um município no entorno do Distrito Federal onde o tempo de espera para uma consulta com o cardiologista ou oftalmologista era de 9 a 12 meses. Imagine-se uma pessoa com um problema tão simples como a vista cansada aguardar um ano para que um médico a receba e só então ter a perspectiva de passar a utilizar óculos. Isso é nada diante das pessoas que morrem porque não foram recebidas por cardiologistas. Essas pessoas entrarão na estatística de morte por AVC ou ataque cardíaco sem que jamais se tenha notícia de que a morte provavelmente teria sido evitada se a consulta médica, e os exames, tivessem sido realizados na mesma velocidade em que são feitos no setor privado.

Como essa espera, para o doente, é equivalente à eternidade, ele acaba indo para um hospital e é recebido, de pé, por um médico que em cinco minutos mede a pressão, tira a pulsação e receita algum medicamento. Muitos de nós conhecemos inúmeras pessoas que passaram por isso. Tempos atrás, nossa empregada doméstica recebeu uma receita de remédio de pressão, quando estava, veio saber depois, com infecção urinária. Os hospitais estão superlotados porque cumprem o papel de substituir a consulta e o exame regular. No final das contas, não acontece nem uma coisa nem outra, mas o doente é, de alguma maneira, atendido.

No debate público sobre a crise da saúde pública aparecem sempre duas soluções. Uma é colocar mais recursos. Isso acabou de acontecer por meio da regulamentação da **emenda 29**. Ou se fala em melhorar a gestão. Não creio que solução esteja em nenhuma dessas duas medidas.

O aumento de recursos tem limites claros. O Brasil já desfruta de uma das maiores cargas tributárias do mundo, sob qualquer parâmetro de comparação: é a maior dentre os países emergentes, é das maiores na comparação com os desenvolvidos, na América Latina etc. Além da impossibilidade de se aumentar indefinidamente a carga tributária, a saúde pode ser o problema mais importante, mas não é o único. Os recursos do governo precisam ser direcionados para outros problemas, como educação, infraestrutura, política social, previdência etc. Sob qualquer prisma, sob uma análise mais cuidadosa ou mais geral, é muito difícil sustentar que a solução do tempo de espera para consultas e exames esteja no aumento dos recursos direcionados para a saúde.

Melhorar a gestão também não parece ser a solução. O problema do atendimento público da saúde está muito na ponta: ocorre na relação existente entre os médicos e seu trabalho, entre os médicos e seus potenciais pacientes. Nada tem a ver com compra de equipamentos, compra de material hospitalar, coisas assim. O médico precisa se dedicar ao trabalho e, caso isso não ocorra, ele precisa ser punido. É aí que entra o velho e conhecido problema do agente e do principal: ninguém é dono do **SUS**, ninguém manda nos médicos, eles são o agente, mas não há o chefe, não há o principal que os faça atender a população. A mídia e a população já conhecem o jogo de empurra: os médicos afirmam que são mal pagos e que não têm recursos para trabalhar, os prefeitos e governadores admitem, mas obviamente não dizem em público, que os médicos faltam sistematicamente ao trabalho e nada podem fazer contra isso. Não há gestão que resolva isso, é um típico problema de agente-principal.



O Reino Unido, anglo-saxão, orgulha-se de seu National Health System (NHS). É o SUS do país que acabamos de ultrapassar no PIB bruto. Os anglo-saxões, todos sabemos, são muito diferentes de nós, culturalmente. Trata-se de uma população cuja adesão às regras é infinitamente maior do que a nossa. A implicação disso para o mundo dos serviços é fenomenal: há um dever a ser cumprido. É por isso que, em função de diferenças culturais, devemos esperar que o funcionamento do serviço universal de saúde pública naquele país seja mais eficiente do que no nosso. Mantidas constantes todas as demais variáveis, ser criado em uma cultura voltada para os serviços possibilita uma melhor oferta de serviços. É simples.

No final dos anos 1990, quando o Reino Unido ainda estava longe de produzir menos riqueza do que o Brasil, um levantamento criterioso do NHS concluiu que 90% das pacientes diagnosticadas com a versão grave de câncer do seio tinham que esperar 62 dias para iniciar o tratamento. Para casos graves de câncer do colo, a espera era de 95 dias; para câncer do pulmão, 91 dias; para o cervical, 123 dias; para o de próstata, 143 dias. No Brasil, não existe nenhuma estatística sobre o tempo médio de espera para consultas e exames, muito menos para 90% dos pacientes graves por tipos de câncer.

O que o caso britânico revela, dentre outras coisas, é o problema do agente-principal. Não há controle possível sobre os médicos; o problema é na ponta, é no tempo de espera. Adicionalmente, não há recursos financeiros infinitos. Atualmente, o NHS passa por uma crise sem precedentes, com perspectivas de fechamento de hospitais e medidas do gênero. No Reino Unido, atribui-se isso ao envelhecimento da população e ao surgimento de exames e procedimentos médicos mais custosos. Pode ser. Na realidade, não importa. O sistema público, quando se trata de recursos financeiros, funciona como uma esponja: quanto mais há, mais ele demanda; quanto mais recebe, mais exige. A **emenda 29** e sua regulamentação são apenas um sintoma dessa lógica sem fim.

Há solução para esse problema e estamos todos diante dela. A solução, no Brasil, está em andamento. A pesquisa Conta-Satélite de Saúde, do IBGE acabou de mostrar que o gasto privado per capita com saúde é maior do que seu equivalente público em nada menos do que 29%. O governo gasta 645 reais por brasileiro com saúde, ao passo que o gasto médio de cada brasileiro com saúde é de 835 reais. Aí está a solução para o desrespeito, para a espera interminável, para as mortes e a morbidade na fila: os brasileiros vão cada vez mais financiar privadamente seu atendimento de saúde.

Por favor, não esperemos por planos de um demiurgo, novas regulamentações ou pactos sociais em torno do tema. A solução é individual e privada. A solução é incremental, de longo prazo e aparentemente desorganizada. Na medida em que aumentar a renda per capita, as pessoas vão gastar mais com saúde e se livrarão do atendimento público. Trata-se de um desfecho tão inevitável quanto ultrapassar o PIB bruto da França e o PIB per capita do Reino Unido. É apenas uma questão de tempo.

Não há recursos públicos ou eficiência em gestão que resolva o caos do SUS ou do NHS. A solução será fornecida pelos indivíduos, pelos agentes privados que, afortunadamente, graças ao aumento de sua renda, poderão pagar por seus próprios cuidados com saúde. Caberá ao SUS um papel reduzido, de atendimento àqueles que realmente não terão condições de pagar por nada que seja além de alguns atendimentos como emergência, serviços de



ambulância e vacinação. Até atingirmos esse estágio, teremos que conviver com a promessa permanente de que há solução para o atendimento público de saúde. Esqueçam. É impossível. O melhor, para quem não acredita em mágica, é que essa promessa entre por um ouvido e saia por outro.

**Alberto Carlos Almeida, sociólogo e professor universitário, é autor de A Cabeça do Brasileiro e O Dedo na Ferida: Menos Imposto, Mais Consumo.**

**E-mail: [Alberto.almeida@institutoanalise.com](mailto:Alberto.almeida@institutoanalise.com)**

**[www.twitter.com/albertocalmeida](http://www.twitter.com/albertocalmeida)**

**<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/01/27/o-difícil-problema-da-saude/>**

## Novos casos de hanseníase caem 15% em um ano

O tratamento da doença, que tem cura, é gratuito e pode ser realizado em qualquer unidade de saúde do SUS

O Brasil mantém a queda na incidência da hanseníase no país. Entre 2010 e 2011, o coeficiente de detecção de casos novos caiu 15%. Entre menores de 15 anos, este percentual baixou 11%. Os dados preliminares mostram que, em 2011, houve 30.298 casos novos detectados, um coeficiente de 15,88 casos novos por 100 mil habitantes. Destes, 2.192 casos foram registrados em menores de 15 anos (4,77 por 100 mil habitantes). Em 2010, o coeficiente de detecção geral foi de 18,22 por 100 mil habitantes, correspondendo a 34.894 casos novos da doença no país, sendo 2.461 casos na população menor de 15 anos (5,36 por 100 mil habitantes).

“Estamos obtendo um avanço sustentado no combate à hanseníase. Queremos ampliar esse esforço para obter a eliminação da doença como problema de saúde pública no país”, afirma o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa. A meta do Plano de Eliminação da Hanseníase, estabelecido em 2011, é que haja menos de um caso de hanseníase para cada grupo de 10 mil habitantes até 2015. Além disso, o SUS trabalha para reduzir em 26,9% o coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos, aumentar o percentual de cura (90% dos casos novos) e examinar 80% dos contatos intradomiciliares



dos casos novos de hanseníase.

**MOBILIZAÇÃO** –“O alcance das metas prevê um esforço conjunto para a interrupção da cadeia de transmissão da endemia, com ações de vigilância em saúde e atenção aos pacientes”, explica Jarbas Barbosa. O secretário reforça que o Ministério da Saúde tem incentivado a mobilização dos municípios prioritários.

Ao todo, 97% deles – correspondendo a 245 municípios – receberão recursos adicionais que somam R\$ 16 milhões. A previsão é que estes recursos comecem a ser liberados ainda neste mês. Em contrapartida, as secretarias municipais de saúde devem desenvolver ações como busca ativa de casos novos, tratamento e acompanhamento de portadores da doença, prevenção de incapacidades e reabilitação e vigilância dos contatos no domicílio dos pacientes. A estratégia está inserida no programa do governo federal Brasil Sem Miséria.

Em setembro, será realizada a Semana Nacional de Mobilização contra a Hanseníase, quando ocorrerá o lançamento da campanha publicitária dirigida à população e profissionais de saúde. Nesta semana, todos os profissionais de saúde do SUS, em especial os agentes comunitários de saúde e profissionais da Estratégia de Saúde da Família, concentrarão esforços para diagnosticar e encaminhar casos novos e, ainda, examinar pessoas que possam ter contraído a doença por contato. Em paralelo, as ações de mobilização deverão promover mais conhecimento sobre a hanseníase, visando eliminar o preconceito e estigma relacionado à doença.

“É fundamental que todos os municípios brasileiros ofereçam o serviço de diagnóstico, tratamento e atenção integral às pessoas acometidas pela hanseníase. No último ano, conseguimos um aumento de 290 unidades de saúde aptas a oferecer assistência a portadores da doença, passando de 9.155 para 9.445 unidades”, afirma o secretário Jarbas Barbosa.

**DOENÇA** -A hanseníase é uma doença infecciosa e atinge a pele e os nervos dos braços, mãos, pernas, pés, rosto, orelhas, olhos e nariz. O tempo entre o contágio e o aparecimento dos sintomas é longo e varia de dois a cinco anos. É importante que, ao perceber algum sinal, a pessoa com suspeita de hanseníase não se automedique e procure imediatamente um serviço de saúde mais próximo.

É preciso observar manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo e áreas da pele que não coçam; mas, que causam a sensação de formigamento e



ficam dormentes, com diminuição ou ausência de dor, da sensibilidade ao calor, ao frio e ao toque.

**TRATAMENTO** -Todos os casos de hanseníase têm tratamento e cura. A doença pode causar incapacidades físicas, evitadas com o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). O tratamento, gratuito e eficaz pode durar de seis a doze meses.

Os medicamentos devem ser tomados todos os dias em casa e uma vez por mês no serviço de saúde. Também fazem parte do tratamento exercícios para prevenir as incapacidades físicas, além de orientações da equipe de saúde.

**APELO GLOBAL** -Anualmente, a Fundação Sasakawa (The Nippon Foundation) coordena a assinatura, por líderes e organismos de expressão mundial, de um termo de compromisso denominado Apelo Global. O objetivo é fortalecer a defesa por um mundo sem hanseníase.

A Fundação, que também atua na campanha pela eliminação da hanseníase, é presidida pelo senhor Yohei Sasakawa, que desde 2001 é também Embaixador da Boa Vontade para a Eliminação da Hanseníase da Organização Mundial da Saúde. Personalidades como os Ex-Presidentes Jimmy Carter, Bill Clinton, Nelson Mandela e Luís Inácio Lula da Silva foram signatários do Apelo Global em anos anteriores.

Este ano, o Brasil será o país sede da assinatura do Apelo pelo fim do estigma e da discriminação contra as pessoas portadores da hanseníase. A cerimônia de assinatura será na próxima segunda-feira (30), na Associação Médica Brasileira, em São Paulo (SP). Está prevista a participação do Embaixador Sasakawa; do coordenador-geral do Programa de Hanseníase da Organização Mundial da Saúde (OMS), Sumana Barua, e de representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, da Associação Paulista de Medicina (APM) e do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase.

Fonte: <http://www.saude.gov.br>

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/111912-novos-casos-de-hanseniaze-caem-15-em-um-ano.html>

## Dependentes serão atendidos em Unidades de

## Acolhimento

Portaria institui as unidades, que fazem parte do Programa Crack, é possível vencer. O objetivo é promover cuidados para pessoas em situação de vulnerabilidade social

O Ministério da Saúde instituiu hoje (26) as Unidades de Acolhimento que prestarão assistência para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O objetivo é garantir o acolhimento voluntário e ofertar cuidados contínuos para pessoas em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e proteção. A previsão é que até 2014 tenham mais de 500 estabelecimentos, com recursos de R\$ 442,8 milhões.

“Estamos reorganizando a rede de saúde para atender de forma adequada e integral as pessoas que sofrem de dependência química. A ideia é trabalhar tipos de atendimentos diferentes para situações muito diferentes”, reforça o ministro da Saúde, Alexandre Padilha. As Unidades de Acolhimento proporcionam às pessoas dependentes de drogas a reconstrução de seus projetos de vida num ambiente residencial, trabalhando em parceria com aos outros serviços de assistência em Saúde Mental. Para desenvolver esse trabalho integral, cada Unidade de Acolhimento deve estar vinculada a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (que funcionam 24 horas) mais próximo, para garantir a integralidade do tratamento do paciente.

Essas unidades estão inseridas na Rede de Atenção Psicossocial e fazem parte do programa Crack, é possível vencer que o governo federal lançou ano passado. Esse tipo de unidade surgiu no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2010, como Casas de Acolhimento Transitório (CAT). A partir dessa primeira experiência, a proposta foi reformulada para garantir um cuidado integral, articulado com a rede de Saúde Mental. A portaria regulamentando as unidades foi publicada hoje no [Diário Oficial da União](#).

**ESTRUTURAS** - As unidades possuem caráter residencial transitório, ofertando aos pacientes cuidados continuados, convivência em grupo, familiar e social. Os pacientes podem ficar até seis meses nessas unidades, com o objetivo de manter a estabilidade clínica, o controle da abstinência e redução das situações de vulnerabilidade social e familiar. O funcionamento das unidades é de 24 horas e nos setes dias da semana. Elas estão divididas em duas modalidades: Unidade de Acolhimento Adulto, destinada às pessoas maiores de 18 anos e de ambos os



sexos, e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinada às crianças e adolescentes de 10 a 18 anos e também para ambos os sexos.

As unidades de adulto terão de 10 a 15 vagas e contarão com, no mínimo, cinco profissionais. Nas unidades infanto-juvenis serão 10 vagas e terão, no mínimo, seis profissionais. Para implantação de uma unidade de adulto o município ou região precisará contar com mais de cinco leitos psiquiátricos em enfermaria especializada ou serviço hospitalar.

O incentivo financeiro para implantação das unidades é de R\$ 70 mil. Os gestores devem fazer a adesão para receber o recurso e implantar as unidades disponíveis para sua região. Já o custeio mensal para as unidades de Adulto é de R\$ 25 mil e das unidades Infanto-Juvenis é de 30 mil.

As unidades de Adulto podem ser instaladas em municípios ou regiões com população igual ou superior a 200 mil habitantes e as infanto-juvenis a 100 mil habitantes. Outra opção é a implantação de uma unidade infanto-juvenil em municípios ou regiões que contabilizem de 2,5 mil a 5 mil crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

CONSULTÓRIO NA RUA -O Ministério da Saúde também publicou nesta quinta-feira (26) a [Portaria](#) definindo critérios de instalação do Consultório na Rua. Anteriormente esse modelo de atenção chamava-se Consultório de Rua e estava ligado à Política Nacional de Saúde Mental, com o atendimento focado na dependência química a população em situação de rua.

A partir de outubro do ano passado, com a Nova Política Nacional de Atenção Básica, esse componente foi transferido para a Atenção Básica, ampliando a atuação dos profissionais para a atenção integral ao indivíduo em situação de rua, potencializando a atenção à saúde. “É mais um componente que faz parte da estratégia Saúde mais perto de você. Estamos seguindo a determinação da presidente Dilma Rousseff de levar o serviço à população que tem mais dificuldade em acessar as Unidades Básicas de Saúde”, destaca Heider Pinto, coordenador de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Outra mudança da transferência do componente para a Atenção Básica é na forma de financiamento destas equipes, que passa a ser feito por meio de repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde (e, não mais, por meio de editais). “Isso dará mais segurança aos gestores locais do SUS e maior sustentabilidade ao programa”,



completa o coordenador.

O programa é por adesão e a contrapartida é que o gestor municipal de saúde disponibilize veículo para deslocamento das equipes. As equipes dos Consultórios na Rua poderão ter de quatro a sete profissionais de saúde, de acordo com a modalidade que o município definir. E o custeio mensal irá de R\$ 9,5 mil a R\$ 18 mil, financiados pelo Ministério da Saúde. O programa pretende investir R\$ 135,8 milhões na implementação dos Consultórios na Rua até 2014.

Fonte: <http://www.saude.gov.br>

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/111921-dependentes-serao-atendidos-em-unidades-de-acolhimento.html>

## Unidades de Tratamento do Crack beneficiam grandes municípios

Publicado em Sexta, 27 Janeiro 2012 15:30

A criação de Unidades de Acolhimento para dependentes de Crack, álcool e outra drogas foi determinada por meio da Portaria 121/2012 do Ministério da Saúde publicada nesta quinta-feira, 26 de janeiro, no Diário Oficial da União (DOU). O papel das unidades será tratar e ajudar no controle da abstinência de usuários internados de maneira voluntária por até seis meses.

De acordo com a portaria, até 2014 devem estar em funcionamento mais de 400 unidades de tratamento para internos adultos e 166 para o público de 10 a 18 anos. A previsão é atender os dependentes em situação de vulnerabilidade social e familiar.

A previsão é que cada estabelecimento ofereça tratamento continuado para até 400 pessoas por mês, até 2014 – meta do Governo para reduzir o uso de drogas ilícitas no Brasil.

**Alertas** – Mesmo considerados os benefícios das unidades, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) ressalta que somente Municípios com população igual ou superior a 200 mil habitantes - apenas 132 - poderão solicitar o auxílio financeiro ao Ministério da Saúde para a implantação das Unidades de Acolhimento na modalidade adulto. E, para a modalidade infanto-juvenil, somente os que tiverem população igual ou superior a 100 mil habitantes, ou seja, apenas 285 Municípios.

O resultado disso é que 94,9% - 5.278 - dos Municípios não terão condições de disponibilizar serviços especializados às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. “Assim como outros projetos do Governo, os benefícios se restringem aos grandes Municípios, os pequenos continuarão sozinhos na luta contra o Crack”, observa o presidente da CNM, Paulo Ziulkoski.



Fonte: Agência CNM

<http://www.circuitomt.com.br/editorias/geral/10652-unidades-de-tratamento-do-crack-beneficiam-grandes-municipios.html>

Brasília, 27 de janeiro de 2012

## CNS lembra dia mundial da pessoa com hanseníase

Desde a década de 50, o dia 29 de janeiro faz parte do calendário internacional como o Dia Mundial da Pessoa com Hanseníase. Criada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1954, a pedido do jornalista francês Raoul Follereau, a data representa um importante momento de luta contra o preconceito e conscientização de todos sobre os portadores de hanseníase.

Dados do Ministério da Saúde apontam que em 2011 foram registrados no Brasil mais de 30 mil novos casos de hanseníase no país. Apesar do número alto, o incidência comparada a outros anos é de queda. Entre 2010 e 2011, por exemplo, o coeficiente de detecção de casos novos caiu 15%.

Para o representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) no Conselho Nacional de Saúde (CNS), Artur Custódio, mesmo com a tendência de queda o Brasil ainda está atrasado em relação a outros países que antes da década de 80 – período em que o país começou a desenvolver ações para o tratamento e prevenção da doença – já implementavam medidas contra a doença. “A hanseníase é uma doença negligenciada e que tem pouca atenção do governo, portanto esse dia é importante para chamar a atenção para essa enfermidade”, afirmou.

De acordo com Custódio, hoje o Rio Grande do Sul é o estado brasileiro com menor incidência da doença, porém o que apresenta o diagnóstico mais tardiamente. Mato Grosso e Tocantins são os estados que estão no topo da lista com mais pessoas atingidas pela Hanseníase o. “O dia mundial é um momento de fazer campanhas de identificação da doença, bem como trazer o tema para debate na sociedade”, ressaltou.

### Nota

O CNS em sua 229ª Reunião Ordinária aprovou a divulgação de uma nota sobre o Dia Mundial da Pessoa com Hanseníase. O colegiado aponta que “a luta contra a doença requer profissionais em estado de alerta e devidamente capacitados para identificar os casos de maneira precoce e evitar a transmissão da doença”.

### Mobilizações



Ações por todo o Brasil já estão sendo realizadas para lembrar o Dia Mundial da Pessoa com Hanseníase, saiba o que acontece nos próximos dias em alguns estados para a celebração dessa data.

## **Minas Gerais**

- Belo Horizonte realiza até o dia 29/01 o Concerto Contra o Preconceito. O evento reúne na capital mineira diversos artistas com o objetivo de om o objetivo de esclarecer a população sobre a doença que tem cura e tratamento gratuito. A expectativa é que até domingo 10 mil pessoas passem pelo concerto.

## **Rio de Janeiro**

- Exposição de filmes no Museu de Arte Contemporânea de Niterói até de hoje 27/01 a 29/01. Serão exibidos os filmes: 27/01 - "Aqui estaremos bem" de Vanessa Santos com participação de Ney Matogrosso; 28/01 - "Bento da Caridade" de Renato Benedetti (Presença dos representantes da ONU e do Coordenador Nacional do MORHAN, Artur Custódio); e 29/01 Filme "Eu estava lá" de Dr. Corsino Filho. Todos os filmes terão exibição às 19h.

- Será montada uma unidade móvel no dia 29/01 na Central do Brasil, no centro do Rio de Janeiro para a identificação de novos casos.

- 01/02 – Seminário Internacional de Direitos Humanos e Hanseníase com a presença do Alto Comissário da ONU.

## **Tocantins**

- Será montada em Palmas uma unidade móvel no dia 29/01 para a identificação de novos casos.

## **São Paulo**

30/01 – Assinatura de um Acordo Global com associações médicas mundiais para um maior envolvimento das associações e por um mundo sem hanseníase.

*Fonte dos eventos: Artur Custódio – coordenador nacional do MORHAN*

[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/27\\_jan\\_dia\\_mundial\\_hanseniase.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/27_jan_dia_mundial_hanseniase.html)

Brasília, 26 de janeiro de 2012

# **Lei que regulamenta EC 29/00 será analisada pela Cofin**



A Lei Complementar nº 141, que regulamenta a Emenda Constitucional n° 29/00, no que trata especificamente sobre a prestação de contas vai ser analisada detalhadamente pela Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento do CNS (Cofin), conjuntamente com representantes do Ministério da Saúde. O anúncio foi feito na tarde desta quinta-feira (26) no Pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

De acordo com Sandra Yoko Sato, Subsecretária Adjunta de Planejamento e Orçamento (SPO/MS) a nova norma traz inovações e mudanças metodológicas que precisam ser dialogadas entre o Ministério e a Comissão para logo serem apresentadas ao Pleno. “Não houve tempo de fazer a avaliação dos relatórios do primeiro, segundo e terceiro trimestres das contas com a saúde à luz da nova lei. Ela traz algumas inovações e mexe no cronograma de apresentação da prestação de contas no Conselho, que agora será quadrimestral”, disse.

Para Fernando Eliotério, coordenador da Cofin, os trabalhos da Comissão vão sofrer mudanças após a Lei Complementar que estabelece, entre outros pontos,

O valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; e os percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde. “A Lei vai requerer da comissão muita reflexão”, ressaltou.

Em março, Cofin e o Ministério vão apresentar ao pleno do CNS os relatórios de prestação de contas dos últimos três trimestres já com as determinações que constam na Lei Complementar sancionada.

[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/26\\_jan\\_regulamenta\\_ec29\\_cofin.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/26_jan_regulamenta_ec29_cofin.htm)  
!

Brasília, 26 de janeiro de 2012

## Pleno do CNS discute decreto nº 7.508

O decreto nº 7.508 de junho de 2011 foi o primeiro item de pauta tratado durante o segundo dia da 229ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em Brasília (DF). A legislação, que busca atualizar instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da regulamentação da Lei nº 8.080/90, entre outros aspectos, foi tema de debate por pedidos de vários conselhos estaduais e por interesse do Colegiado em aprofundar a discussão.



O diretor do departamento de articulação interfederativa da Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, André Luis Bonifácio, contextualizou o processo de construção do decreto e apresentou os aspectos específicos de cada capítulo, em especial, referente aos conceitos de “Regiões de Saúde”, “Rede Interfederativa” e “Mapa da Saúde”, que contam com algumas atualizações. “O decreto veio pela necessidade de se criar mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais, ou seja, para o aprimoramento da gestão e para superar alguns desafios como a fragmentação das políticas de saúde. Tudo isso é importante para fortalecer os vínculos interfederativos necessários para consolidação do SUS”, explica Bonifácio.



Pleno do CNS discute decreto nº 7.508

No entanto, o procurador de justiça do Ministério Público do Estado do Paraná, Marco Antônio Teixeira, chamou atenção para a pouca participação social e a ausência de audiências públicas para se discutir o assunto. “O decreto não foi prévia e efetivamente debatido em conferências e conselhos de saúde. Não houve audiências públicas. Isso revela que há um distanciamento da elaboração do decreto junto à comunidade e gera a falta de reconhecimento pela sociedade, o que motiva um aumento da judicialização da saúde”, avaliou.

Ainda segundo ele, vários termos do decreto tratam de forma parcial aspectos envolvendo o financiamento, o concurso da iniciativa privada do Sistema Único de Saúde e a organização da Política de Formação de Recursos Humanos no SUS. “A falta de disponibilização desses temas no decreto alimenta a terceirização e precariza o Sistema”.

Teixeira apontou, contudo, vantagens a partir da publicação da legislação. De acordo com o procurador, o decreto aprofunda conceitos, discute a questão da integralidade, oficializa a Atenção Primária como porta de entrada do SUS e garante maior segurança jurídica sobre as regras da gestão sanitária.

Após a apresentação dos convidados, o conselheiro nacional e coordenador da mesa, Jose Marcos de Oliveira, abriu o assunto para debate junto aos conselheiros.

Ao final, a consultora do Ministério da Saúde, Lenir Santos, foi convidada a participar da mesa para esclarecer o conteúdo de alguns artigos do decreto nº 7.508. “Um decreto explicita o conteúdo de uma lei. Desta forma, não se pode ir além do que a lei expõe. O decreto vem para regulamentar a lei nº 8.080 e não a lei nº 8.142. Por conta disso, não trata sobre os conselhos. Mesmo assim, o artigo 15 do decreto amplia a participação da sociedade no processo de planejamento”, frisou.

O Pleno do CNS decidiu pelos seguintes encaminhamentos – verificar a indicação do Conselho para que o informe da tripartite retorne; trabalhar os aspectos do decreto nº 7.508 como a questão da integralidade, entre outros pontos; trabalhar a proposta de construção de



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT  
Participação e Controle Social

# Clipping Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT  
Participação e Controle Social

uma resolução que oriente os gestores sobre em que circunstâncias e questões o Conselho Nacional de Saúde deve deliberar.

[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/26\\_jan\\_decreto\\_7508.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/26_jan_decreto_7508.html)

## Cidades

# Governador inaugura 60 novos leitos no Hospital Santa Helena, em Cuiabá

27/01/2012 - 15h35



Da Redação

O governador Silval Barbosa e o diretor geral do hospital, Marcelo Sandrin, irão participar da inauguração da obra, às 8h30 deste sábado (28.01), no Hospital Santa Helena.

Foram construídas oito salas de pré-parto e outras 52 na enfermaria. Será inaugurada a área do terceiro piso do Hospital Santa Helena. A obra foi realizada com recursos do Governo do Estado de Mato Grosso.

<http://www.odocumento.com.br/materia.php?id=383227>

## Política

Sexta, 27 de janeiro de 2012, 09h12

Denúncia

# AMM critica desvio de dinheiro do interior para obras da Copa em Cuiabá





*Dezenas de pessoas do interior aguardam encaminhamento para atendimento de saúde em uma casa de amparo localizada no bairro Dom Aquino em Cuiabá. (Foto: PlantãoNews)*

**Alberto**  
**Redação PlantãoNews**

**Romeu**

O uso de recursos públicos na execução de obras para a realização de uma das sub-sedes da Copa do Mundo 2014 em Cuiabá está causando a crise financeira nos municípios de Mato Grosso. O apontamento é do presidente da Associação Mato-grossense dos Municípios, Meraldo Sá (PSD) que na quarta-feira passada (25) denunciou a retenção pelo governo do Estado de R\$ 30 milhões de recursos da saúde, cujo atraso vem desde agosto de 2011.

Durante coletiva na sede da AMM, Meraldo (que é prefeito de Acorizal) declarou que somente o seu município tem R\$ 100 mil retido pelo governo, cujo recurso é destinado à saúde pública. Ele afirmou que a situação atinge praticamente todos 144 municípios de Mato Grosso, fato denunciado também pela prefeitura de Várzea Grande.

O uso de dinheiro do Fethab (Fundo de Transporte e Habitação) na Capital – e que prioriza as obras da Copa do Mundo foi criticado por Meraldo, afirmando que interior, que consome e gera o recurso, está sendo penalizado. Meraldo lembra que o problema se arrasta desde a antiga Agecopa e se amplia agora com a Secretaria da Copa, que tem a frente Eder Moraes. O Fethab, contribuição criada em 2000 teve como objetivo financiar o planejamento, a execução e o acompanhamento de obras e serviços de transportes e habitação em Mato Grosso, e capta recursos de diversos setores, como do agronegócios, do óleo diesel e do setor madeireiro.



Durante a coletiva na sede da AMM, Meraldo ameaçou ingressar na justiça caso o governo não libere o montante de R\$ 30 milhões aos municípios até o dia 10 de fevereiro. “Queremos o de direito e o governo não pode continuar com uma série de prioridades se esquecendo da saúde e educação” – frisou.

Perguntado sobre como o governador Silval Barbosa vem tratando a questão, Meraldo afirmou que “ele [Silval] tem sido muito bom no diálogo, mas tem pouca ação”.

***Meraldo: críticas ao governador Silval quanto a uso de recursos do interior em obras da Copa do Mundo***

Oficialmente o governo não rebateu as críticas do presidente da AMM.

**<http://www.plantaonews.com.br/conteudo/show/secao/39/materia/52153>**