



Área Restrita

[Beneficiários](#)[Dirigente](#)[Empresa](#)[Prestadores](#)

Serviços

- » [Interface / Chat Intercâmbio](#)
- » [CCR](#)
- » [Intranet](#)
- » [Downloads](#)
- » [Jornais](#)
- » [Infomed In](#)
- » [Biblioteca](#)
- » [SAW](#)
- » [Sites do Sistema](#)
- » [Webmail](#)
- » [FPW](#)
- » [Help Desk](#)
- » [Relatório de Gestão 2011](#)

O melhor plano de saúde é viver.
O segundo melhor é Unimed



Notícia

[< Voltar](#)

Clipping Saúde - 23 a 25/06/2012

01/06/2012

ATENÇÃO: Todas as notícias inseridas nesse clipping reproduzem na íntegra, sem qualquer alteração, correção ou comentário, os textos publicados nos jornais e sites citados antes da sequência das matérias neles veiculadas. O objetivo da reprodução é deixar o leitor ciente das reportagens e notas publicadas no dia.

O HOJE

Faltam médicos ativos no interior

Enquanto na capital existem 4,8 profissionais a cada mil habitantes, média nos outros municípios é de apenas 0,88

WANESSA RODRIGUES

Problemas de coração, diabetes e uma rotina: viagens frequentes para Goiânia, Maria Madalena dos Santos, de 54 anos, é obrigada a viajar 536 quilômetros todos os meses até a capital de Goiás porque não consegue consultas com especialistas na cidade onde mora. A dona de casa reside em Minaçu, onde o número de médicos é reduzido, assim como na maior parte dos municípios do interior do Estado.

Enquanto em Goiânia o número de médicos ultrapassa o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de um para cada mil habitantes, no interior do Estado a situação está longe de ser a ideal. Ao se calcular os dados com base nos registros de endereços para correspondência constantes no Conselho de Medicina de Goiás (Cremego), chega-se à proporção de 4,8 profissionais ativos para cada mil habitantes na capital e apenas 0,88 nas cidades do interior – para uma população de 4,141 milhões de pessoas em todos os municípios restantes, conforme último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2010.

Para exemplificar as diferenças, em Nerópolis, por exemplo, cidade distante a apenas 36 quilômetros de Goiânia, onde a população é de 24.210 mil pessoas, constam no cadastro de endereços do Cremego apenas três médicos – proporção de 0,12 para cada mil habitantes. Segundo a assessoria de imprensa do conselho, esse número pode até ser maior, já que muitos profissionais moram na capital, mas se deslocam para cidades do interior.

Diferença

Mesmo assim, se analisar a quantidade de médicos constantes nas prefeituras, a diferença permanece grande. Um exemplo disso é Trindade. Constam no cadastro do Cremego 26 médicos com endereço para essa cidade da região metropolitana de Goiânia, o que representa 0,25 profissionais para cada mil habitantes – para uma população de 104.488 mil pessoas, ainda de acordo com o Censo 2010. A informação passada pela Prefeitura de

Trindade é de que 40 médicos trabalham na cidade, incluindo a atenção básica e alta complexidade. Nesse contexto, a proporção de médicos subiria para apenas 0,38, ainda muito abaixo do recomendado pela OMS.

O presidente do Cremego, Salomão Rodrigues Filho, observa que há um agravante no quadro quando se pensa na proporção de médicos. Ele diz que hoje a quantidade de profissionais suficientes seria além do recomendado pela OMS, já que a expectativa de vida da população brasileira tem crescido ano a ano, o que colocaria a estimativa do órgão internacional já defasada. E, quando se tem pessoas com idade mais avançada, significa maior procura por cuidados médicos, sobretudo especialistas. "Na verdade, o preconizado pela OMS é um foldore, quando se fala em população homogênea, a necessidade é de dois ou três profissionais para cada mil habitantes", diz.

Motivos

Para o presidente do Sindicato dos Médicos no Estado de Goiás (Simego), Leonardo Reis, os médicos não vão para o interior por dois motivos. O primeiro deles é de cunho pessoal, pois para os profissionais é mais confortável ficar nos grandes centros por conta da própria família e educação dos filhos, por exemplo. O segundo diz respeito à própria carreira profissional.

Leonardo explica que, quando se pensa profissionalmente, se espera boas condições de trabalho, recursos técnicos e aparelhamento adequado, além da possibilidade de atualização profissional constante. Características que, nem sempre, as cidades do interior oferecem. O médico cita a questão da remuneração. Assim como Salomão, ele explica que os salários no interior são maiores, mas com uma diferença que não compensa o deslocamento, justamente pela instabilidade profissional presente nessas cidades.

Leia mais (acesse os links para conferir as matérias completas):

[Plano de Carreira para a categoria seria uma das soluções no Estado](#)[Problema desencadeado em outras cidades atrapalha Goiânia](#)<http://www.o hoje.com.br/pageflip/2061/index.html> (página 3)
(25/06/12)

.....
O POPULAR

Face a Face

“Internação pode ser a saída”

Na avaliação do psiquiatra Wesley Oliveira Assis, ainda há muito caminho a trilhar rumo às condições ideais de acolhida ao usuário de drogas na rede pública, o que vai muito além de vagas para internação. “Vários pacientes têm indicação de internação, mas muitos podem fazer o tratamento em regime de ambulatório. Eu afirmo que a exceção é a internação”, diz o médico, também autor do livro Dependência Química - Experiências e Psicoeducação.

Patrícia Drummond

Há 20 anos trabalhando no atendimento a dependentes de álcool e outras drogas, o médico psiquiatra Wesley Oliveira Assis é contra tratar a questão apenas do ponto de vista ideológico, de liberar ou proibir determinada droga. Para ele, a abordagem deve ser mais ampla, levando em conta o indivíduo como um todo e o universo ao redor dele – família, cultura e sociedade –, além do psicológico. Nesta entrevista em ao POPULAR no Face a Face, na rede social Facebook, o psiquiatra falou sobre o avanço das drogas – incluindo o álcool – e esmiuçou detalhes do tratamento do dependente químico em Goiás e no Brasil, ponto em que reflete sobre a lei que garante a internação compulsória de usuários de crack.

PERFIL

Wesley Oliveira assis

Wesley Oliveira Assis, médico formado pela Universidade Federal de Goiás (UFG), é especialista em Psiquiatria e em Dependência Química, diretor clínico do Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo de Goiânia, membro da Equipe Técnica do Centro Clínico Francisco de Assis. Também é autor do livro Práticas Psicoeducativas em Dependência Química.

Gustavo Melo - A experiência de Portugal no combate às drogas ficou mundialmente famosa por seus resultados. Lá elas passaram a ser tratadas como um problema de saúde pública e não de polícia. Na sua opinião, seria viável tal mudança de conduta aqui no Brasil?

Todas as políticas ligadas à saúde, ao uso de drogas, tendem a olhar o paciente como um ser humano, como um todo. Portugal, Holanda, Grã-Bretanha e Suécia passaram pela descriminalização, mas não entendendo isso como legalização. Portugal não tem uma experiência extremamente vitoriosa. A Suécia, hoje, deixa Portugal atrás em vários aspectos. Lá existe a lei; ela é colocada de forma forte sobre o problema de uso de drogas, e é oferecido tratamento, com diversos locais de internação para aquelas casos em que isso é necessário. Portugal, não, Portugal está revendo todo o processo. No caso da Grã-Bretanha e da Holanda, todo o dinheiro gasto na redução de danos e na política de redução de danos foi desviado para mudar essa política totalmente. Hoje não se aplica mais redução de danos naqueles países, tudo está em franca mudança. Portugal está indo para o mesmo caminho, por ter aumentado o número de casos.

Gustavo Melo - Qual seriam as consequências de uma legalização da comercialização e consumo da maconha no quadro da dependência química no contexto da saúde pública?

Legalizar a maconha seria um retrocesso; seria como a luta contra a nicotina e a população jovem. Legalizar, baseado em argumentos ideológicos, é muito diferente de avaliar condições de saúde pública. Boa parte dos usuários começa com drogas lícitas e passa, posteriormente, para drogas ilícitas. Portanto, colocar no rol de drogas lícitas mais uma (a maconha), não iria representar nada em termos de saúde pública, muito pelo contrário. Nós estaríamos entrando em uma experiência, no século 21, em que vários países estão querendo sair dela. Nesse sentido, temos de olhar para os países que já erraram e aprender com os erros deles.

Jesseir Coelho de Alcântara - Qual é o seu entendimento a respeito da descriminalização do uso de droga por parte do agente? Isso não incentiva mais ainda o tráfico de entorpecentes?

Na verdade, um problema tão complexo como é a dependência química, em que vários fatores precisam ser considerados, ficarmos somente nesse aspecto, da descriminalização, faz a gente perder o norte de toda a situação. É necessário, por exemplo, avaliar as questões orgânicas: você pode descriminalizar determinada droga e ela pode interagir com um indivíduo que seja vulnerável à esquizofrenia ou outros transtornos mentais e isso abrir um quadro. É preciso, portanto, avaliar a questão dentro do aspecto biológico, dentro do aspecto sócio-cultural da pessoa e dos aspectos psicológicos de comorbidade, de doenças que podem ser associadas, e muitas são, em grande parte, à dependência química. Focar apenas na criminalização ou descriminalização é inverter essa discussão, saindo do ser humano e indo para o produto químico, para a droga. Nós perdemos muito com isso.

Joana Cristina - Na ausência do Estado, o que existe de estrutura para atendimento dos dependentes são organizações não-governamentais, a maioria ligada a alguma igreja ou orientação religiosa. Como o senhor vê o trabalho dessas instituições? Ele funciona? É melhor esse trabalho voluntário do que a omissão do Estado?

O que precisa é uma organização dos serviços em rede. Nessas condições, muito daquilo que pode ser feito, pode ser feito por meio daquilo que já existe. O que não há é uma coordenação geral. Nesse sentido, vários serviços proliferam não apenas em Goiás, mas no Brasil. Muitos deles, de qualidade duvidosa; muitos deles, muito bons. Na rede privada, em que a gente recebe muitos pacientes da rede pública, recebemos vários pacientes que foram desintoxicados em comunidades terapêuticas, com resultados excelentes, que foram encaminhados para o equilíbrio, para o retorno ao autocontrole em relação à sua própria vida, por grupos de autoajuda. Nós temos, na verdade, é a ausência de organização do Estado, e, nesse setor, muito foi ocupado por causa dessa ausência, muitas vezes, com bons resultados. O que precisamos entender é que não há uma articulação. Hoje, falta leito porque muitos daqueles pacientes que são internados não o são sob critérios adequados de internação; ela fica como primeira escolha. Em casos de uso do crack, de outra substância ou até mesmo do álcool, a gente deve avaliar o caso de forma segura, com critérios validados pela ciência, com evidência de eficácia e, assim, indicar o tratamento, que pode ser ambulatorial. Então, é muito mais uma questão estrutural, de qualificação de equipes de atuação nessa área do que propriamente de um espaço ou local.

Erika Lettry - No caso de um dependente químico que se torna mais agressivo, como a família deve proceder para se proteger e ao mesmo tempo dar a ele a assistência que ele precisa?

Se o paciente está com a sua condição de comportamento profundamente alterada, com uso de crack ou de outra droga, que a gente chama de uso desestruturado, por longos períodos fora de casa ou por longos períodos trancado em seu próprio quarto ou outro lugar, com grande alteração do seu sensorio, com grandes alterações psiquiátricas, evidenciadas por delírios de perseguição, e a família começa a confrontar, a abordar esse paciente, ela está em risco. E, nessas condições, preenchendo os critérios de internação, pelo risco à integridade física do próprio paciente ou de seus familiares, esse paciente precisa ser orientado, devidamente abordado e, em condições especialíssimas, ser internado, ainda que contra a sua vontade, porque está colocando a ele e à sua família em risco.

atuação em risco.

Felipe Fogaça - Existem alguns dependentes químicos que, quando roubam os transeuntes e acabam respondendo processo criminal, alegam que o fizeram unicamente para sustentar o vício. Alegam ainda que não são bandidos mas que a dependência os leva a praticar tal ato. A droga tem o condão de levar a pessoa a se delinquir para financiar a dependência? Nestes casos, qual o melhor caminho: encarceramento comum ou tratamento compulsório como punição?

A questão básica, e que não se deve perder de vista, não é o julgamento moral da pessoa. Não pode, também, a lei ficar fora, porque, querendo, ou não, essa pessoa está cometendo um ato criminoso. O que não se deve é recolher esse dependente químico para um presídio comum, mas para um atendimento das suas necessidades reais; a lei, assim, estará fazendo melhor do que deixá-lo em um presídio. Percebi isso em diversas condições, em 15 anos trabalhando em hospitais filantrópicos. Dessa forma, esse paciente terá a oportunidade, durante o período em que a Justiça estiver agindo na legalização da sua condição, de mudar, porque, naquele período, ele não estará usando drogas, ele estará exposto ao tratamento, a um acompanhamento profissional, a entrevistas motivacionais, a abordagens de diagnósticos de comorbidade. Nesse sentido, a Lei pode ser o braço forte que tira esses indivíduos da situação de extrema vulnerabilidade e trazê-lo de volta à normalidade.

Carla Borges - Quando tem um dependente químico em casa, a família pensa logo em internação. Todos eles vão precisar de internação em algum momento do tratamento? Quando a internação é realmente necessária?

Quando uma família procura, a demanda da família é o socorro. Mas a gente não pode atender um paciente sem olhar para o sistema em que ele vive. Ele vive em um sistema onde todos os vínculos estão adoecidos, então, temos de atender o sistema. Temos de orientar a demanda da família, orientar o paciente, colocar esperanças na família, diminuir a culpa da família, mas, ao mesmo tempo, orientar o paciente no sentido de que ele possa perceber o dano, perceber o quanto o vício está custando para ele. Em algumas condições, existem pacientes que a sua capacidade de análise está tão prejudicada, tão comprometida, que ele precisa de um lugar para se desintoxicar, para voltar a pensar e enxergar tudo com clareza. Nesse sentido, vários deles têm indicação de internação, sim; muitos outros podem fazer o tratamento em regime de ambulatório. E eu chego a afirmar que a exceção é a internação. Mas existe tanto descaso, tantos casos graves, que dá a impressão que, hoje, boa parte dos pacientes precisa de internação. Mas é por conta do quadro que vem evoluindo desde a década de 1980 e resulta no fato de que nenhuma estrutura, hoje, existe, realmente capaz de acolher toda essa população em uso de drogas, principalmente o crack.

Carla Borges - Qual é a avaliação do senhor da política adotada pelo Ministério da Saúde, de atendimento nos Caps? O senhor a considera eficiente? Alguns críticos acham que essa defesa veemente da não-internação é para evitar gastos. O senhor concorda?

Os gastos com toda essa estrutura de danos ocorridos pelos crimes em função do uso de drogas e pela falta da força produtiva de todas essas pessoas envolvidas com o uso de drogas causa muito mais alteração nos gastos públicos, na sociedade, nas famílias, e nas complicações clínicas, fora dos hospitais especializados e dos Caps, que são as complicações de acidentes, assassinatos e outros crimes relacionados às drogas. O fato é que, muitas vezes, a situação chega ao Caps filtrada, não envolve nem um terço dos casos, porque não existe uma equipe formada, com experiência no tratamento do uso de drogas. E nós temos pessoal suficiente para realizar esse atendimento. Nós temos condições, hoje, com tudo o que está sendo financiado pelo governo federal para a formação de equipe, para a capacitação de profissionais. Nós temos condições de formar equipes para fazer uma boa avaliação, para acolher esses pacientes nas primeiras 24 horas, para fazer com que eles possam engajar-se no tratamento através de práticas adequadas e de motivação sem que precisem ser internados. Mas, nesse caso, o governo precisa investir nessas equipes, precisa abrir mais Caps de acordo com o que a OMS preconiza para cada população e desenvolver essas equipes dentro do contexto de cada realidade. A realidade de Goiânia é uma, a realidade de Aparecida é outra, e assim por diante.

Felipe Fogaça - Qual a situação da rede pública de assistência ao dependente químico no Estado de Goiás?

Se o foco sobre um paciente é do ponto de vista da desintoxicação, ele passa por esse processo, sai de alta, e aí? Eu não tenho referência para que ele possa fazer o tratamento ambulatorial, que é muito mais importante ainda do que a desintoxicação. É nessa fase que o paciente vai passar por uma reestruturação cognitiva, ampliar o repertório de emoções, desenvolver habilidades sociais, melhorar as condições de relação com a família, que também precisa ser trabalhada. É o caminho próximo da reestruturação da vida do dependente químico, de sua reinserção social. E essas questões todas são discutidas pós-alta. Trabalhar a prevenção da recaída é o que se manda fazer em todos os casos, e isso só pode ser feito fora do hospital. Para tudo isso são necessárias equipes, estruturadas, o que não há; não da forma que um problema dessa magnitude exige.

Felipe Fogaça - O governo federal lançou no fim do ano passado o programa Crack, É Possível Vencer. Este prevê a internação compulsória de adultos, crianças e adolescentes usuários de crack. Qual o posicionamento do senhor quanto à internação compulsória de usuários de crack? Há consenso entre os especialistas quanto este assunto?

Para proteger a vida, às vezes a internação compulsória é a única saída. E é um paradoxo doloroso: não adianta a assinatura de uma portaria, em um gabinete, e você ir na ponta, nos pronto-socorros, nos hospitais, nas comunidades terapêuticas e ver que não há nenhuma alteração do sistema. Então, a lei acaba sendo inócua, porque foi feita de cima para baixo. Não existe um diálogo que aproxime as distâncias. Tem muita gente trabalhando nessa área das drogas e não se pode ficar olhando para o próprio umbigo. É necessário se unir nesse processo. Não adianta ficar em reuniões intermináveis, entra ano sai ano, mas partir para a prática. E o governo não está gerindo isso. Quem tem de estar à frente é alguém que atenda na área de dependência química; não é teórico, mas gente que tenha experiência, que conheça a realidade. E esse profissional, muitas vezes, é um técnico, não tem as habilidades adequadas de gerenciamento de políticas públicas porque não teve a capacitação para isso.

Carlos Roberto Claro - Qual seria o tempo ideal do tratamento antidrogas? E, depois de tratado, há riscos de reincidência?

Feitas as avaliações de risco, de gravidade, de comorbidade e a avaliação neuropsicológica, o paciente é encaminhado para tratamento. É muito difícil um indivíduo sem transtornos mentais associados ao uso de drogas que precise permanecer internado mais do que o período de 30 dias, o período inicial de desintoxicação. A partir disso, desde que haja, na ponta, uma avaliação criteriosa, é possível conduzi-lo ao tratamento ambulatorial, com eficiência.

Pablo Santos - Como vê o projeto do governo uruguaio de liberar o consumo de 40 cigarros de maconha por mês para cada cidadão cadastrado? Ele deve influenciar ações brasileiras?

Tudo que for decisão focando só a droga, está fadado a piorar a situação. Deve-se levar essa avaliação ao sujeito, ao psicológico, ao social, ao cultural e ao familiar de cada indivíduo. Tudo, ao contrário disso, são medidas capengas, caolhas, que não vão dar nenhum resultado positivo.

Patrícia Drummond - Sobre o álcool, que é uma droga considerada lícita, o que o senhor tem a dizer?

Por estar acompanhando a humanidade há milênios, o álcool faz parte da cultura da população. Trata-se de uma

droga que precisa ser avaliada de forma séria pelos governos, por meio de políticas públicas sérias. O álcool está na base de boa parte da iniciação às drogas ilícitas, está na base da recaída quando o paciente faz a desintoxicação e está envolvido numa série de problemas sócio-familiares, do tipo abuso, estupro, violência, crimes passionais, agressão à mulher, problemas de doenças sexualmente transmissíveis, problemas no trânsito. Então, de forma geral, todas as políticas em relação ao álcool deveriam ser no sentido da redução do consumo, de redução da oferta e da demanda. Políticas públicas fortes, bem direcionadas, que possam fazer frente a essa oferta fácil, a esse preço absurdamente pequeno e a essas condições de exposição do jovem hoje. É uma verdadeira calamidade a expansão, na população, do uso do álcool.

Valéria Pinto - Fala-se muito em dependência química (crack, cocaína, álcool), suas causas, consequências e dificuldades de tratamentos. Minha pergunta é sobre um assunto de menor percepção, mas que pode ter reflexos negativos na vida do cidadão: como deve/pode ser tratada a dependência de açúcar (chocolate, doces em geral) daquelas pessoas que apresentam um consumo considerado prejudicial à saúde (seja por quantidade, seja por frequência)? Ela pode ser considerada uma dependência química?

É da mesma forma que a gente olha para qualquer tipo de droga. A base do comportamento abusivo é a compulsão. Muitas vezes, fazem cirurgias bariátricas, reduzindo o estômago das pessoas e elas vêm para os consultórios psiquiátricos dependentes de álcool e outras drogas, compulsivamente. A abordagem, em todos os casos que envolvem compulsão, deve ser de toda a dimensão do indivíduo. Temos de parar de enxergar o ser humano de forma compartimentada. (23/06/12)

Huapa

Limpeza volta a funcionar

Paralisação de funcionários de empresa terceirizada terminou ontem, no fim da tarde
Pedro Palazzo

Os funcionários que fazem a limpeza do Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia (Huapa) voltaram a trabalhar às 17 horas de ontem. A paralisação, que durou duas semanas, terminou depois de os coordenadores da Coral – empresa responsável pelo serviço – mostrarem ordens de pagamento e garantirem que o dinheiro estaria na conta dos 64 trabalhadores ainda ontem. Embora a limpeza tenha voltado, outros problemas assolam a unidade da Secretaria Estadual da Saúde (SES) e o Huapa só deve voltar a receber pacientes na noite de domingo.

A apresentação dos documentos impediu que fiscais da Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE) e do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) interditassem o hospital. Mesmo sem interdição, a unidade não receberá novos pacientes até que toda a área seja limpa. A gerente de desenvolvimento das unidades de Saúde da SES, Maria das Graças Ribeiro, estima que sejam necessárias 48 horas para a normalização do serviço.

O retorno das atividades não impediu que a auditora fiscal do trabalho Jacqueline Carrijo lavrasse auto de infração contra a Coral e a secretaria determinando pagamento de multa pelo atraso nos pagamentos aos funcionários. A legislação exige que salários devem ser pagos até o quinto dia útil do mês seguinte ao trabalhado. Funcionários da Coral relataram ontem ao POPULAR que desde abril recebem com atraso.

“Vamos fazer o que podemos, pois o hospital está muito sujo”, afirmou uma das funcionárias da limpeza, Maria Helena Araújo Rubim. Às 17 horas ela e uma colega começaram a limpeza da entrada administrativa, onde a imprensa aguardava para realizar entrevistas com representantes da SES, fiscais e com o promotor do Ministério Público do Estado de Goiás (MP-GO). A trabalhadora disse que a limpeza tinha começado também em outros recintos do hospital.

Irregularidades

“O hospital está cheio de irregularidades”, afirma o promotor substituto da 10ª Promotoria de Aparecida de Goiânia, Luís Guilherme Gimenes. Embora os funcionários da limpeza tenham voltado ao trabalho, falta ainda retomar o fornecimento de gás GLP e resolver em definitivo os problemas no piso da unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos.

O hospital tem ainda uma ala com 38 leitos, concluída em 2010 e que nunca foi utilizada. Além disso, funcionários afirmam que um dos aparelhos, o arco cirúrgico, não está sendo utilizado.

O fornecimento de gás foi cortado por falta de pagamento há cerca de 15 dias. Sem o produto, a caldeira não funciona e a lavanderia para. A gerente de desenvolvimento das unidades de Saúde da SES, Maria das Graças Ribeiro, afirma que a lavagem tem sido feita em duas outras unidades: no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Crer) e no Hospital de Dermatologia Sanitária (HDS). Ainda assim, trabalhadores e parentes de pacientes relatam o acúmulo de tecidos sujos.

O promotor Gimenes conversou ontem com a superintendente de Gerenciamento das Unidades de Saúde, Maria Cecília Martins Brito, e com o secretário estadual da Saúde, Antônio Faleiros, sobre os problemas da unidade. “Eles disseram que tentam conseguir verba na Organização das Voluntárias de Goiás (OVG) para retomar o fornecimento de gás para a lavanderia”, diz o membro do MP-GO.

O promotor afirma que o hospital, inaugurado no início de 2006, teria sido construído em local inadequado. O piso da UTI adulto apresentou infiltração e, após retirada dos pacientes, foi reformado. O conserto não surtiu efeito. Recentemente funcionários da Coral realizaram um procedimento chamado desinfecção do piso; um paliativo enquanto outra reforma não é realizada. Maria das Graças Ribeiro diz que o setor de engenharia da Secretaria Estadual de Saúde está avaliando a situação.

Quanto aos 38 leitos nunca utilizados, a gerente diz que eles deverão ser inaugurados após o governo escolher a organização social que vai administrar a unidade. Ela afirma que o resultado está previsto para 9 de julho. O controle da gestão, no entanto, deve demorar mais dois meses.

Problemas da unidade

Veja os principais problemas detectados no Huapa

Lavanderia parada há 15 dias

- Problema: Fornecedor de gás GLP parou a entrega por falta de pagamento

- Solução: Roupas estão sendo lavadas em outra unidade. Secretaria busca verba na Organização das Voluntárias de Goiás (OVG) para resolver o problema

Atrasos nos pagamentos da limpeza

- Problema: Empresa atrasa salários desde abril e alega ter R\$ 5 milhões a receber.

- Solução: Secretaria liberou ontem R\$ 1,4 milhões para pagamento de atrasados e espera regularizar a situação em função de lei que agiliza a liberação de verbas. Funcionários voltaram a trabalhar e o hospital deve voltar a receber internações em 48 horas.

Alas e equipamentos parados

- Problema: Uma ala com 38 leitos entregue em 2010 nunca foi usada e um equipamento de alto custo está parado.

- Solução: Novos leitos devem ser inaugurados após Organização Social assumir a gestão. Gerente diz que aparelho deve ser usado após a limpeza do hospital.

Infiltração no piso da UTI

- Problema: O piso da UTI para adultos apresentou infiltração e foi reformado. Conserto não resolveu a situação e precisará ser refeito.

- Solução: Setor de engenharia da Secretaria Estadual da Saúde estuda o caso para apresentar solução definitiva. (23/06/12)

SAÚDE BUSINESS WEB

Opinião - Laudos não conclusivos colocam paciente em risco

Se o ultrassonografista não fizer seu papel de especialista em imagens, emitindo um parecer conclusivo, o grande prejudicado será o paciente e em segundo lugar o médico que cuida dele

Em meu consultório examino com frequência laudos ultrassonográficos emitidos a pacientes de outros centros médicos e que são também atendidos em minha clínica. O curioso é que a maioria deles não contém uma conclusão clara do que foi detectado durante o exame. Isso pode ser extremamente perigoso se a doença for séria, caso o laudo seja apenas descritivo e sem conclusão, pois o médico que recebe o resultado corre o risco de não perceber a gravidade do problema.

Um caso recente que eu examinei foi assustador e era de uma paciente cuja tireóide continha vários nódulos – alguns benignos e um maligno. Esta paciente consultou-se com seis endocrinologistas diferentes, que leram 9 exames de ultrassonografia realizados ao longo de anos e anos e não conseguiram deduzir pelos laudos emitidos que havia um câncer tireoidiano e também vários nódulos benignos, o que retardou o diagnóstico do câncer da paciente. Em comum, todos os exames de ultrassonografia apenas descreviam os achados e não conduíam seu possível significado ou gravidade. Quando examinei a paciente em consultório emiti o laudo com conclusão: nódulo de padrão maligno pelos critérios ultrassonográficos e Doppler. A minha suspeita foi confirmada com a biópsia e cirurgia. Os demais nódulos eram de fato benignos.

É certo que o especialista clínico pode não compreender o significado da descrição quando a conclusão do laudo ultrassonográfico inexistente. Neste caso e em outros similares que avaliei em consultório, os Ultrassonografistas apenas colocaram como conclusão uma frase descritiva – “presença de nódulos tireoidianos” – sem emitir parecer sobre o risco de malignidade das lesões observadas. Se seis clínicos diferentes não conseguiram entender os resultados dos nove exames ultrassonográficos como de alto risco e malignidade, é óbvio que os laudos estavam incompletos e não são os clínicos que estão falhando.

Tanto não compreenderam o resultado inconclusivo que mandaram biopsiar, por três vezes, nódulos que tinham características benignas. Não entendo, portanto, por que os ultrassonografistas não concluem seus achados, mas apenas os descrevem, deixando essa tarefa para o médico clínico que cuida do paciente. Não é plausível tão pouco aceitar o desconhecimento como explicação da ausência de conclusão, pois é internacionalmente divulgado o consenso da classificação dos nódulos tireoidianos e os critérios que indicam a necessidade de biópsia.

Na minha opinião os médicos clínicos não têm obrigação de concluir um exame realizado pelo especialista em Ultrassonografia e teria muito mais condições de emitir um parecer sobre as inúmeras imagens que observou durante o exame, mesmo porque a qualidade da imagem se perde na transcrição para o papel, sendo esta a que é enviada para o clínico. Se o médico ultrassonografista não fizer seu papel de especialista em imagens, exercendo o conhecimento para o qual foi capacitado, emitindo um parecer conclusivo, o grande prejudicado será o paciente e em segundo lugar o médico que cuida dele, pois poderá tomar uma conduta equivocada, como neste caso, quando foi solicitada três biópsias justamente dos nódulos menos suspeitos. Resultado: pacientes mal atendidos, extensão da doença; perpetuação do sofrimento e até o óbito.

Caso Letal – A Dra. Lucy Kerr menciona um caso gravíssimo onde essa omissão de opinião conclusiva foi devastadora. Um paciente do sexo masculino fez um exame ultrassonográfico em conhecido laboratório da cidade de São Paulo, que observou uma pequena vegetação na parede da bexiga urinária. Mesmo detectando o problema, não foi mencionada a possibilidade de malignidade da lesão no laudo. O médico que solicitou o exame não interpretou a lesão como maligna, pois ela era descrita pelo ultrassonografista, mas não concluída como algo grave. Então ele tranquilizou o paciente e não solicitou novos exames. Após 18 meses o paciente teve piora drástica dos sintomas e os exames indicaram câncer invasivo da parede da bexiga e ureter, causando obstrução renal. Todos os tratamentos realizados desde então foram ineficazes e após um longo período de sofrimento dele e da família, veio a falecer em 2009. O câncer havia sido detectado precocemente, mas a não conclusão do exame pelo ultrassonografista deixou passar a hora ideal do tratamento.

Dra Lucy Kerr é formada em medicina pela Universidade de São Paulo (USP), pós graduou-se em Ultrassonografia Diagnóstica pela Wake Forest University, como bolsista do CNPq e complementou seus estudos na Thomas Jefferson University, ambas nos EUA. É especialista em Ultrassom por quatro entidades nacionais (SUSEM- Sociedade Brasileira de Ultrassom em Medicina e Biologia, CBR-Colégio Brasileiro de Radiologia, AMB-Associação Médica Brasileira e SBUS- Sociedade Brasileira de Ultrassonografia) – além de duas internacionais (ARDMS – American Registry of Diagnostic Medical Sonographers e FISUSAL- Federação Internacional das Sociedades de Ultrassonografia da América Latina). É a Presidente-Fundadora da SBUS e Diretora Executiva Fundadora da FISUSAL. Atualmente é diretora da Sonimage- diagnóstico médico por Ultrassom e mantém vários cursos de ensino à distância aprovado pela comissão de acreditação da AMB para pontuação e renovação do título de especialista. O curso é veiculado pela internet com mais de 1100 horas aulas gravadas. A médica é diretora do Instituto Kerr uma ONG de Ensino, Pesquisa e atendimento popular

Opinião - Reformar o Modelo de Atenção ou Reformar o Modelo de Remuneração? Bases para iniciar a discussão.

Para quem tem acompanhado a coerência das minhas publicações, já ficou claro que tanto a reforma do modelo de atenção como a do modelo de remuneração são premissas para a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar em nosso país.

Nosso grupo tem proposto claramente que o ideal é começar pelo modelo de remuneração, pois vários estudos tem demonstrado que o modelo de remuneração influencia diretamente o comportamento dos prestadores de serviços de saúde.

No entanto, não se pode perder de vista a necessidade de uma profunda reforma na lógica atual da atenção que é prestada aos beneficiários da saúde suplementar. Obviamente que deixaremos um pouco a atenção prestada aos usuários do SUS, pois o modelo aqui aplicado é muito mais adequado e lógico que o atual modelo da saúde suplementar. O SUS, indiscutivelmente, é um dos melhores modelos de medicina socializada que temos no mundo. O problema está na quantidade de recursos destinados, na eficiência alocativa, eficiência técnica e na

capacidade de gestão em todos os seus níveis. Mas este é um assunto para outra hora.

A atual lógica da atenção à saúde dos beneficiários de planos de saúde tem se demonstrado nociva para todo o sistema. Países que adotam modelos semelhantes tem buscado fugir desesperadamente deste modelo por evidências de que o sistema não se sustenta. Custos crescentes, baixa qualidade da assistência, iniquidade em todos os níveis, uso de desincentivos perversos, dentre outros.

Os problemas do modelo atual são sistêmicos e como já cansamos de falar: ações pontuais para resolver problemas sistêmicos, só os agravam.

O desafio está em saber quais ações priorizar e em como fazer. Muitas discussões que tenho acompanhado trazem modelos de outros países, conceitos teóricos, mas com pouca aplicabilidade prática à nossa realidade.

Os temas que discorreremos a partir de agora trarão discussões das melhores estratégias que temos observado na prática, inclusive com resultados que nos farão parar para pensar. Vale ressaltar que não fugiremos no tema "Pagamento por Performance", apenas o tornaremos mais abrangente, até porque, no modelo que temos propostos, a lógica de avaliação e remuneração por desempenho é condição para o sucesso da reforma.

Aos meus colegas que acompanham meus artigos, peço que continuem contribuindo, façam as críticas e tragam suas experiências para que possamos divulgar e discutir com todos.

*Cesar Abicalaffe é médico, possui mestrado em Economia da Saúde pela Universidade de York, MBA em Estratégia e Gestão Empresarial pela UFPR. Sócio diretor da Impacto Tecnologias Gerenciais em Saúde, com projetos de consultoria para Operadoras de Planos de Saúde e Hospitais no País. Autor do modelo P4P® para a implantação de programas de pagamento por performance para planos de saúde, hospitais e SUS. Foi Diretor Superintendente do Departamento de Assistência à Saúde do Governo do Estado do Paraná entre 2002 e 2005. Foi presidente fundador da SOMAP e do CONIASSP. E é membro da ISPOR

Aborto

Mulheres negras e pobres são mais vulneráveis ao aborto com risco, mostra dossiê

Uma série de pesquisas realizadas no Brasil mostra que as desigualdades social e racial típicas do país desde a época colonial marcam também a prática do aborto. "As características mais comuns das mulheres que fazem o primeiro aborto é a idade até 19 anos, a cor negra e com filhos", descreve em artigo científico inédito a antropóloga Débora Diniz, da Universidade de Brasília (UnB) e do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis), e o sociólogo Marcelo Medeiros, também da UnB e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

O texto, relativo a uma etapa da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), será publicado em julho na Revista Ciência e Saúde Coletiva, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública (Abrasco). A edição traz um dossiê sobre o aborto no Brasil, produzido com pesquisas feitas para o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Diniz e Medeiros coordenaram, entre agosto de 2010 e fevereiro de 2011, levantamento com 122 mulheres entre 19 e 39 anos residentes em Belém, Brasília, Porto Alegre, no Rio de Janeiro e em Salvador.

Segundo os autores, a diferenciação sociorracial é percebida até no acompanhamento durante o procedimento médico. "As mulheres negras relatam menos a presença dos companheiros do que as mulheres brancas", registram os pesquisadores. "Dez mulheres informaram ter abortado sozinhas e sem auxílio, quase todas eram negras, com baixa escolaridade [ensino fundamental] e quatro delas mais jovens que 21 anos".

Os dados confirmam resultados encontrados pelos dois pesquisadores em 2010, quando verificaram, por meio de pesquisa de urna (método em que a entrevistada não se identifica no questionário que preenche e deposita em caixa vedada), que "o aborto é comum entre mulheres de todas as classes sociais, cuja prevalência aumenta com a idade, com o fato de ser da zona urbana, ter mais de um filho e não ser da raça branca".

Conforme a pesquisa de 2010, 22% das mulheres brasileiras de 35 a 39 anos, residentes em áreas urbanas, já fizeram aborto. No levantamento, o aborto se mostrou mais frequente entre mulheres com menor nível de escolaridade, independentemente da filiação religiosa. "Esses dados demonstram que o aborto é prática disseminada, apesar da sua ilegalidade, constituindo-se questão para a saúde pública", comenta Wilza Vieira Villela, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que pesquisou o aborto induzido entre as mulheres com HIV/aids.

Da mesma forma, o artigo de Rebeca de Souza e Silva, do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp, confirma a tese de que a desigualdade social afeta o acesso à prevenção da gravidez e também a qualidade do aborto. De acordo com seu estudo comparativo entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo, "as solteiras recorrem proporcionalmente mais ao aborto provocado (...). Contudo, as mais pobres, com menor escolaridade e maior dificuldade de acesso às benesses do mundo moderno, continuarão pagando alto preço – que pode ser a própria vida – pela opção de provocar um aborto".

Souza e Silva defende a legalização do aborto, por entender que o problema "só será resolvido se o acesso aos serviços de qualidade for equitativo" e que "a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres, pouco coibe essa prática e perpetua a desigualdade social, uma vez que os riscos impostos pela tal ilegalidade são vividos, sobretudo, pelas mulheres menos escolarizadas, geralmente as mais pobres, e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro".

Para Estela Aquino, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba), "as restrições legais não coíbem a prática [do aborto] no país, mas reforçam desigualdades sociais, já que as mulheres mais pobres fazem o aborto de modo inseguro, gerando hospitalizações desnecessárias e representando riscos à saúde".

No Brasil, o aborto voluntário é ilegal e tipificado como crime no Código Penal. O aborto é autorizado em caso de estupro e de risco de morte da mulher. Neste semestre, o Supremo Tribunal Federal confirmou jurisprudência praticada em vários tribunais que já permitiram a interrupção da gravidez de fetos anencéfalos (malformação no tubo neural, no cérebro). (24/06/12)

Gravidez

Mulher dá à luz dentro da viatura dos bombeiros

Redação -

Uma jovem de 20 anos, usuária de drogas, deu à luz uma menina dentro da viatura do Corpo de Bombeiros na noite do último sábado (23). Segundo informações dos bombeiros, essa é a terceira gestação da mulher que não fez pré-natal.

.....

Ainda de acordo com os bombeiros, foi a jovem que acionou a corporação. Mãe e filha foram levadas para o Hospital Materno Infantil. (24/06/12)

.....

HPV

SUS estuda oferecer vacina

Infecção é a mais comum entre as doenças sexualmente transmissíveis e pode causar diversos tipos de doenças
Camila Blumenschein

O Ministério da Saúde (MS) está estudando a possibilidade de inserir a vacina contra o papiloma vírus humano (HPV) no seu calendário oficial de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS). A informação foi fornecida pela infectologista Rosana Richtmann, integrante do comitê que assessora o MS em estudos sobre a implementação de vacinas, durante um workshop sobre o papiloma vírus humano realizado pelo Instituto do HPV da Santa Casa de São Paulo.

A infecção por HPV é a doença sexualmente transmissível (DST) existente mais comum e pode causar diversas doenças como cânceres de colo de útero, vagina, vulva, ânus e pênis, tumores de garganta, além de verrugas genitais. "A vacina contra o HPV está na agenda do MS e os técnicos estão realizando os estudos necessários para a sua possível inserção no Programa Nacional de Vacinação. Mesmo ainda não tendo nada definido, o fato do comitê estar discutindo esta possibilidade já é um grande passo", destaca a infectologista.

Para que uma vacina integre o calendário oficial do MS, os técnicos do comitê sobre vacinas realizam estudos sobre a incidência das doenças na população brasileira, os custos e o quanto os cofres públicos economizariam com a adoção das prevenções. Países como Austrália e Portugal já oferecem a vacina gratuitamente às suas populações.

No Brasil já existem dois tipos de vacinas contra o HPV, a bivalente, indicada para mulheres de 9 a 26 anos, para prevenção de cânceres de colo de útero, da vulva e da vagina, e a vacina quadrivalente, a mais indicada e que previne alguns tipos de cânceres ginecológicos, verrugas genitais e lesões pré-cancerosas em meninas e mulheres de 9 a 26 anos. A vacina quadrivalente é a única indicada para homens e os protege contra verrugas genitais.

De acordo Luisa Lina Villa, pesquisadora do Instituto Ludwig de Pesquisa sobre o Câncer, especialista em HPV, a vacina quadrivalente já pode ser encontrada na rede particular por custos que variam de R\$ 300 a R\$ 400 a dose. "A vacina é composta por três doses e é importante que as adolescentes recebam o esquema completo antes de tomarem sexualmente ativas. A vacina é potencialmente mais eficaz para garotas ou mulheres vacinadas antes de seu primeiro contato sexual, uma vez que a contaminação por HPV ocorre concomitantemente ao início da atividade sexual."

A pesquisadora explica que mulheres, mesmo que sexualmente ativas, em qualquer faixa etária também podem se beneficiar da vacinação, pois elas serão protegidas contra outros tipos de HPV contidos na vacina. Além disso, elas podem se reinfetar com o mesmo tipo de vírus em outros momentos da vida, já que a imunidade natural não é muito eficaz. "A vacina oferece imunidade duradoura, protegendo as mulheres da recontaminação."

PAPANICOLAU

Luisa Lina frisa que a vacina contra o HPV não substitui o exame de prevenção de câncer de colo do útero. Mesmo as mulheres que completaram o esquema de imunização (tomaram as três doses) devem continuar se submetendo ao exame de papanicolau rotineiramente. O exame é considerado o melhor método para detectar câncer de colo de útero, pois identifica entre 80% e 95% dos casos da doença, inclusive nos estágios iniciais. "A recomendação é que as mulheres realizem o papanicolau anualmente a partir da primeira relação sexual ou após os 25 anos", afirma.

VERRUGAS GENITAIS

Outra doença muito comum causada pelo HPV são as verrugas genitais, erupções da pele, de cor branca ou avermelhada, que aparecem nos genitais externos ou próximas ao ânus tanto de homens quanto de mulheres. "As verrugas genitais podem aparecer semanas ou meses após o contato sexual com uma pessoa infectada", revela a ginecologista, chefe do ambulatório de Colposcopia da Santa Casa de São Paulo, Adriana Campaner.

De acordo com informações do Instituto do HPV da Santa Casa de São Paulo, a cada ano são diagnosticados em torno de 30 milhões de novos casos de verrugas genitais no mundo, considerando apenas mulheres. Cerca de dois terços das pessoas que mantêm contato sexual com um parceiro com verrugas genitais vão tê-las, normalmente dentro de três meses. "O tratamento das verrugas é caro e difícil e é uma doença que causa estresse social, baixa autoestima e grande impacto psicológico em homens e mulheres."

A ginecologista acrescenta ainda que uma situação de verruga genital costuma ter um efeito devastador na vida da mulher. "Na prática clínica percebemos que, em muitos casos, o choque emocional é maior do que o causado pela notícia do câncer de colo de útero, pois ele não é visível."

ESTUDO EM ESCOLAS

No final de 2010, a cidade de Barretos foi palco de um estudo realizado com a vacina contra o HPV com intuito de mostrar sua efetividade. O estudo foi coordenado pelo oncologista José Humberto Fregnani, que explica que para conseguir maior alcance das adolescentes a pesquisa foi realizada em escolas ao invés de postos de saúde. "É difícil fazer o público adolescente vacinar. Levar a vacina aos colégios foi uma forma de tentar conseguir diminuir as desistências antes do ciclo de proteção estar completo", justifica.

Foram selecionadas 19 escolas - uma parte da rede pública e outra da particular. Alunas do 6º e 7º ano do Ensino Fundamental, sem definir a faixa etária, foram vacinadas. No total, 1.513 meninas foram vacinadas, com idade média de 10 anos, e a taxa de aceitação das doses foi de 92%. A taxa de cobertura completa - das três doses - foi de 85%. (25/06/12)

.....

Cartas dos Leitores -Saúde pública

Enquanto no DF ocorre o anúncio da posse de 635 novos servidores concursados na Secretaria de Saúde e o aumento de 55 novos leitos de UTI (mais de cem novos desde 2011), em Goiás continuamos a assistir ao desmonte dos hospitais estaduais, como o HDT e o Huapa.

A última peripécia da SES-GO é deixar de pagar os funcionários terceirizados responsáveis pela limpeza do Huapa (recentemente foi no HDT). A ex-diretora da Anvisa Maria Cecília Brito, hoje superintendente de gerenciamento das unidades de saúde do Estado, esclarece que a estratégia é sensibilizar os trabalhadores a retornarem ao trabalho,

mesmo depois de seis meses sem a secretaria pagar a fatura pelo serviço prestado.

As palavras dela retratam bem o posicionamento da SES: sensibilizar os trabalhadores da saúde objetivando encobrir a insensibilidade dos gestores da pasta para com o sofrimento do usuário que necessita do SUS. E para piorar, o Ministério Público de Goiás continua em seu berço esplêndido, sem tomar as providências cabíveis para punir os responsáveis por essa enfermidade generalizada que infecta a saúde pública em Goiás.

JOÃO DA SILVA PINHEIRO FILHO - Setor Pedro Ludovico – Goiânia (25/06/12)

.....

DIÁRIO DA MANHÃ (clique no ícone para acessar a matéria correspondente)

[Vício: A ciência busca a cura da dependência](#)

<http://www.dmdigital.com.br/novo/#/view?e=20120625&p=2> (25/06/12)

.....

Rosane Rodrigues da Cunha

Assessora de Comunicação

Copyright© 2010 - Unimed Cerrado - ANS 386596 - Todos direitos reservados

