



Prezado (a) conselheiro (a),

Estamos encaminhando um *clipping* de notícias do CNS na mídia, além daquelas com assuntos que o Conselho vem debatendo. A intenção é socializar com os Conselheiros Nacionais a repercussão nos principais jornais.

*Brasília, 22 de maio de 2010
Diário de S. Paulo - São Paulo/SP
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | ANS*

Crianças até 5 anos serão imunizadas contra H1N1

JT CIDADE

Crianças de 2 a 5 anos poderão se vacinar contra o vírus da gripe suína a partir de segunda-feira.

O anúncio foi feito ontem pelo ministro da saúde, José Gomes Temporão. O grupo não estava no programa inicial de vacinação do Ministério da Saúde, iniciando em 8 de março. "Compramos mais doses do que precisávamos para atingir os grupos prioritários para atender demandas que surgem ao longo da campanha. Vamos usar estas vacinas para este grupo que é o mais vulnerável entre os que ficaram de fora", explicou o ministro.

Segundo ele, ainda restam 10,8 milhões de doses. Além das crianças, pessoas nas faixas etárias previstas na campanha que perderam o prazo poderão se vacinar até 2 junho. Adultos entre 30 e 39 anos e gestantes são os grupos que não atingiram a meta de vacinação prevista pelo ministério, que é de 80% da população. Somente 68% da população de grávidas recebeu a dose até agora.

*Brasília, 22 de maio de 2010
Correio do Povo - RS - Porto Alegre/RS
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | SUS
Saúde na mídia pg.78*

Gramado recebe secretários da Saúde

GERAL

Entre os dias 25 e 28, Gramado receberá secretários e representantes da área da saúde de mais de 1,5 mil municípios brasileiros no XXVI Congresso Nacional de Secretarias Municipais da Saúde, no Centro de Eventos Expogramado e no Hotel Alpenhaus.

Com o tema "Construindo o SUS no Século XXI: Direito a Saúde e Meio Ambiente", o congresso avaliará a saúde pública e compartilhará experiências bem-sucedidas. As deliberações serão reunidas na Carta de Gramado.

*Brasília, 22 de maio de 2010
A Crítica - Manaus - Manaus/AM
Ministério da Saúde | Institucional*

Vacina da gripe altera teste HIV

DIA A DIA

*Exame de vírus da Aids após imunização pode ter falso resultado positivo por interferência de anticorpos
Dani Costa*

A vacina da gripe suína (H1N1) produz alterações nos testes de HIV, de modo que pode aparecer um falso resultado positivo para Aids neste exame.

A constatação é do próprio Ministério da Saúde que, por meio de Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, enviou aos hospitais da rede pública uma nota técnica onde explica a interferência da vacina contra o vírus da Influenza A nos resultados dos teste de HIV.

A nota foi enviada no início do mês e orientou que os serviços que realizam testes sorológicos para detecção de anticorpos para HIV redobrem a atenção diante de resultados positivos.

Falso positivo é quando o resultado do teste do HIV indica que a pessoa está com vírus da Aids, quando na verdade ela não está com a doença. No caso da vacina contra a gripe suína, o falso positivo pode ocorrer até 112 dias após a imunização.

Isso ocorre porque a vacina contra a gripe suína (H1N1) possui em sua composição uma substância, o antígeno, que induz uma grande produção de anticorpos denominados IgM.

Esse processo no organismo interfere na metodologia do teste de HIV. Tal intervenção química pode ocorrer na maioria dos exames feitos por quem se vacinou contra a gripe suína.

"É de praxe que hospitais e laboratórios refaçam testes (de HIV) que tenham dado positivo.

Isso descarta a possibilidade de erro", disse Lilian Amaral Inocêncio, assessora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Segundo a assessora do ministério, a recomendação é que seja redobrada a atenção no caso em que a pessoa se submeteu ao teste HIV, no período próximo a ser imunizado contra a gripe suína. "É importante que quem se encaixe nesse perfil refaça o exame, já que essa interferência pode ocorrer", disse Lilian.

*Brasília, 23 de maio de 2010
Folha de S. Paulo - São Paulo/SP
Ministério da Saúde | Institucional
Saúde na mídia pg.68 Continuação: A encrência do crack*

Brasileiro sofre para conseguir ser operado pelo SUS

BRASIL BRASÍLIA

Desde que despencou de um ônibus e fraturou o joelho direito, em 2007, o motorista Erismar Sousa Sá, de 36 anos, vive à base de compressas, antiinflamatórios e injeções para dor. O problema poderia ser resolvido com cirurgia, mas se transformou numa tragédia sem prazo de validade.

Quase três anos se passaram, e ele perambula por hospitais públicos do Distrito Federal, à espera do dia de entrar no bisturi.

A exemplo de milhares de brasileiros, permanece "encostado" numa fila que não sabe como anda e onde termina.

Só nas sete maiores capitais do país - São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Brasília, Fortaleza, Belo Horizonte e Curitiba -, pelo menos 171,6 mil pessoas aguardam a chance de se operar, agonia que pode levar até cinco anos.

O número se refere às chamadas cirurgias eletivas (aquelas que podem ser agendadas, por não implicarem risco imediato à vida). São mais de mil procedimentos, que vão de uma retirada de amígdala à correção de uma fratura na coluna.

A pesquisa foi feita nas secretarias municipais e estaduais de Saúde, mas elas próprias admitem que os dados estão subestimados. Em muitos casos, transferem a regulação aos hospitais, que definem as prioridades conforme seus interesses. O problema da fila tem raiz na estrutura da saúde pública. Como a quantidade de leitos, profissionais e equipamentos é inferior ao necessário, as unidades de saúde priorizam procedimentos de urgência e emergência.

Sem uma coordenação unificada dos serviços, o cidadão não sabe quando terá vez.

Também contribui para a fila a lógica do mercado. Médicos e hospitais conveniados preferem realizar cirurgias privadas ou de convênios, que remuneram melhor que o SUS. Dados do Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde apontam que, em geral, a tabela do serviço público paga 50% do valor coberto pela rede particular.

Preocupado com a situação, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) estuda medidas para acabar com a inconsistência e sonegação de informações. O assunto pautou reuniões nas duas últimas semanas.

Mês que vem, o grupo discutirá com o Ministério da Saúde, representantes de estados e municípios proposta da Controladoria Geral da União para a criação de um portal da transparência do SUS, que agregue informações reais sobre o sistema.

*Brasília, 23 de maio de 2010
Correio Braziliense - Brasília/DF
Ministério da Saúde | Institucional Saúde na mídia pg.59*

Falta de remédio prejudica hemofílicos

*BRASIL
Marcelo Ferreira/CB/D.A Press - 21/1/08*

Medicamento sintético acaba na rede pública e pacientes ficam aflitos. Secretaria diz que não há previsão para repor o estoque Lúcio Vaz

Acabou o estoque de medicamentos sintéticos Fator 8 para o atendimento de pacientes portadores de hemofilia no Hospital de Apoio de Brasília. Na segunda-feira, o Correio noticiou a crise no abastecimento desse tipo de remédio no país. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal, entretanto, prepara a importação emergencial dos medicamentos, até porque o seu fornecimento é determinado por decisão judicial. Mas os pacientes já estão prevendo um novo período de desabastecimento. O Ministério da Saúde afirma que não tem a obrigação de fornecer os medicamentos sintéticos (recombinantes) porque os plasmáticos (feitos a partir do sangue humano) teriam a mesma eficácia, o que é contestado pelos pacientes. Eles afirmam que apenas os sintéticos eliminam totalmente a possibilidade de contaminação do sangue.

Na última quarta-feira, Sandra dos Santos foi até o Hospital de Apoio buscar o Fator 8 (recombinante) para o filho de 9 anos. Eu tenho apenas uma dose em casa. Já fiquei duas vezes por uma semana sem o medicamento. É uma agonia. Se acontece algum sangramento, não há o que fazer, comentou. Na semana anterior, ela havia recebido a mesma informação do hospital: o medicamento estava em falta. Entraram em ação os líderes da ONG Ajude-C, que conseguiu na Justiça o fornecimento do fator recombinante.

A coordenadora do Grupo de Paz da entidade, Roberta de Lucena, pediu esclarecimentos ao hospital. A coordenadora do Centro de Tratamento de Coagulopatias do Hospital de Apoio, Jussara Almeida, afirmou ao Correio que os medicamentos sintéticos seriam realmente a única garantia de que não haverá contaminação. Não há mecanismos para identificar novos tipos de vetores. E a nossa obrigação como médicos é fornecer o melhor medicamento existente, diz. Ela assegurou que o pedido de compra dos medicamentos foi feito em março, mas ainda não há uma decisão do setor de compras.

A Secretaria de Saúde do DF afirmou que a compra dos medicamentos depende da finalização do parecer técnico do setor de Hemoterapia do Hospital de Apoio. Esse parecer deve conter o número de pacientes a ser atendidos, o número de doses necessárias e o tipo de medicamento. A Central de Compras disse que, fechado esse parecer técnico, será aberto o processo de importação. Mas o

processo de importação tem todos os trâmites de alfândega, de burocracia. Não estipularam prazo, até porque tem que ver qual empresa vai fornecer. Eles vão fazer uma tomada de preços, acrescentou a assessoria de imprensa da secretaria. O órgão também informou que o fator plasmático não está em falta e que apenas o Distrito Federal fornece fator recombinante no país.

Primária

A Ajude-C também batalha pela implementação de um tratamento preventivo para hemofílicos, chamado profilaxia primária. Esse método prevê a aplicação do medicamento de forma regular, e não apenas quando há o sangramento. Projeto de lei em tramitação no Senado, de autorizado senador Marconi Perillo (PSDB-GO), prevê a adoção da profilaxia primária, ou seja, a aplicação regular dos fatores de coagulação aos hemofílicos, independentemente da manifestação de sinais ou sintomas de hemorragia. O senador sustenta que essa prática resultaria em economia a longo prazo, embora consuma um volume maior de medicamentos.

Estudos técnicos comparativos dos tratamentos de profilaxia primária e de demanda feitos pelo Núcleo de Coagulopatias do Distrito Federal apontou justamente essa economia. O valor médio por paciente/ano na profilaxia primária ficou em R\$ 80 mil, enquanto no atendimento por demanda ficou em R\$ 230 mil cerca de 188% a mais. Foi analisado o tratamento de 64 pacientes hemofílicos ao longo de cinco anos.

O Ministério da Saúde afirma que não há falta de hemo derivados no país. Acrescenta que a dose domiciliar plena é prioridade neste ano. A pasta realiza estudo de viabilidade econômica e já constatou que a dose domiciliar causa impacto 20% maior sobre o que é gasto hoje com os medicamentos hemo derivados. Além disso, informa que o número de unidades de Fator 8 adquiridas passará de 150 milhões, em 2009, para 475 milhões em 2010, o equivalente a um aumento de 216%.

Brasília, 23 de maio de 2010

O Globo - Rio de Janeiro/RJ

Ministério da Saúde | Institucional Saúde na mídia pg.49

Na fila do SUS, espera sem fim por cirurgias

O PAÍS

ERISMAR SOUSA SÁ

Nas sete maiores capitais do país, 171 mil pessoas aguardam para serem operadas Fábio Fabrini e Catarina Alencastro BRASÍLIA

Desde que despencou de um ônibus e fraturou o joelho direito, em 2007, o motorista Erismar Sousa Sá, de 36 anos, vive à base de compressas, anti-inflamatórios e injeções para dor. O problema poderia ser resolvido com cirurgia, mas se transformou numa tragédia sem prazo de validade. Quase três anos se passaram, e ele perambula por hospitais públicos do Distrito Federal, à espera do dia de entrar no bisturi. A exemplo de milhares de brasileiros, permanece "encostado" numa fila que não sabe como anda e onde termina. Só nas sete maiores capitais do país - São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador,

Brasília, Fortaleza, Belo Horizonte e Curitiba -, pelo menos 171,6 mil pessoas aguardam a chance de se operar, agonia que pode levar até cinco anos.

O número se refere às chamadas cirurgias eletivas (aquelas que podem ser agendadas, por não implicarem risco imediato à vida). São mais de mil procedimentos, que vão de uma retirada de amígdala à correção de uma fratura na coluna. A pesquisa foi feita pelo GLOBO nas secretarias municipais e estaduais de Saúde, mas elas próprias admitem que os dados estão subestimados. Na maioria dos estados e capitais, gestores responsáveis pela administração da fila têm dados parciais sobre a demanda reprimida ou nem sequer os possuem. Em muitos casos, transferem a regulação aos hospitais, que definem as prioridades conforme seus interesses.

O problema da fila tem raiz na estrutura da saúde pública. Como a quantidade de leitos, profissionais e equipamentos é inferior ao necessário, as unidades de saúde priorizam procedimentos de urgência e emergência. Sem uma coordenação unificada dos serviços, o cidadão não sabe quando terá vez. Também contribui para a fila a lógica do mercado.

Médicos e hospitais conveniados preferem realizar cirurgias privadas ou de convênios, que remuneram melhor que o SUS. Dados do Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde apontam que, em geral, a tabela do serviço público paga 50% do valor coberto pela rede particular. Em Belo Horizonte, uma das poucas cidades que unificaram dados sobre cirurgias numa central, a Secretaria municipal de Saúde tem complementado o valor dos procedimentos, com base no cumprimento de metas, para equilibrar a relação e aumentar a produtividade. Na retirada de um útero, cujo repasse do SUS é de até R\$ 460,05, o acréscimo chega a R\$ 1 mil.

A precariedade das informações Brasil afora é evidente. Enquanto Belo Horizonte informa ter 51,8 mil pessoas na fila, a Secretaria municipal de Saúde de São Paulo, com população quatro vezes maior, diz ter 22,7 mil pacientes nos hospitais na fila da cirurgia eletiva. O estado, responsável por outra parte da prestação do serviço, não dispõe de estatística. No Rio, o município divulga apenas quantos cidadãos chegaram à etapa final da fila e passam por avaliações clínicas para a cirurgia (5,1 mil), mas não apresenta quantos estão represado sem outras fases do processo de espera. Só o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Instituto) no Rio informou este ano que a fila de espera tem 20 mil pessoas.

Professora de Saúde Pública da UFRJ e diretora do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Lígia Bahia diz que a situação traz consequências perversas. A espera pode agravar o quadro de saúde. Sem gestão efetiva das filas, não há como priorizar casos mais graves com base na idade, tempo de espera e situação clínica. A falta de transparência impede que ele saiba em que lugar da lista está.

- Algumas pessoas levam vantagem com isso, o que é uma tragédia - diz a especialista.

Por um sistema único de informações

Reservadamente, secretários municipais admitem que, para os estabelecimentos, é mais interessante financeiramente operar pacientes de menor gravidade, o que garante maior rotatividade dos leitos e lucro.

- Se temos um sistema único de saúde, temos de ter um sistema único de informações. Essas questões não podem ser decididas por um estabelecimento ou profissional - afirma Lígia.

- Tornou-se natural uma pessoa ficar três, cinco anos esperando. Ela lembra que, em países como Inglaterra, há limites para a espera, e o Brasil tem de caminhar para regulamentação semelhante. Preocupado com a situação, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) estuda medidas para acabar com a inconsistência e sonegação de informações. O assunto pautou reuniões nas duas últimas semanas. Mês que vem, o grupo discutirá com o Ministério da Saúde, representantes de estados e municípios proposta da Controladoria Geral da União para a criação de um portal da transparência do SUS, que agregue informações reais sobre o sistema.

A Procuradoria Geral da República se dispôs a colaborar. Segundo o presidente do conselho, Francisco Batista Júnior, quem não tem controle da situação pode ser processado: - É um atestado de incompetência um gestor municipal afirmar que não tem a demanda que precisa atender - critica. Batista diz que, desde o fim de 2009, cobra do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, sem sucesso, dados sobre a fila. Os secretários admitem falhas, mas ponderam que têm feito investimentos para melhorar a gestão. No Rio, das 108 mil internações cirúrgicas do ano passado, apenas a metade passou pelo sistema de regulação da prefeitura, nos cálculos da subsecretária geral de Saúde, Ana Maria Schneider. O restante ficou a cargo dos hospitais. Ela diz que um novo modelo foi implantado.

O Ministério da Saúde não nega a defasagem de sua tabela, mas argumenta que nos últimos anos vem aplicando reajustes. A última atualização, em 2008, teria contemplado mais de mil procedimentos. Na ocasião, dos 90 incluídos na política nacional, 59 tiveram aumentos. O percentual médio aplicado não foi informado. Em nota, o ministério também argumenta que, embora a responsabilidade sobre as filas seja de estados e municípios, mantém desde 2004 a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos de Média Complexidade, para aumentar a produtividade no SUS. Gestores locais enviam projetos apontando suas demandas, e o governo federal repassa verba. O programa abrange 90 tipos de procedimento.

Em 2008, foram enviados 223 projetos, com pedido de 311,4 mil cirurgia sem 3.051 municípios. Até março deste ano, foram transferidos R\$ 229,4 milhões para a execução dos serviços. A avaliação das cirurgias que serão feitas a partir de julho está sendo concluída.

Ações reduzem a mortalidade infantil nas tribos

GERAL

Ações voltadas à saúde básica em aldeias e acampamentos indígenas em todo Rio Grande do Sul têm resultado na redução dos índices de mortalidade infantil nas tribos. Em 2003, em crianças de até 1 ano, o número de mortes era de 99 bebês a cada mil nascidos. No ano passado, as ocorrências caíram drasticamente, passando a 26 mortes a cada mil nascidos.

Apesar de os números ainda serem considerados altos, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) comemorou a redução. De acordo com o coordenador de Assessoria de Saúde Indígena da entidade, Jair Pereira Martins, o trabalho deverá ser intensificado para que os números sejam reduzidos ainda mais.

Entre as principais frentes que serão priorizadas pela Funasa está a ampliação do acompanhamento nutricional nas crianças com até 5 anos de vida. Os números foram discutidos em um encontro de servidores da Funasa em Porto Alegre, encerrado ontem, no Hotel Conceição (localizado na avenida Salgado Filho). A mortalidade entre crianças com até 5 anos também diminuiu significativamente: de 128 mortes por mil nascidos, em 2003, para 40 mortes a cada mil nascidos, em 2009. Segundo Martins, a redução se deve à construção de 40 postos de saúde em aldeias e à implantação de equipes multidisciplinares que trabalham diretamente com as tribos. "São diversos profissionais da área de saúde e com metade da equipe composta por indígenas", ressaltou o coordenador.

Hoje, são 37 equipes multidisciplinares, 26 consideradas completas, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogo, agentes indígenas de saúde e de saneamento. Os grupos englobam 330 profissionais que atendem a 19,5 mil índios situados em 105 aldeias e 23 acampamentos no Estado.

Para este ano, a Funasa pretende ampliar para, pelo menos, 70% o acompanhamento nutricional a crianças com até 5 anos. Atualmente, os serviços abrangem 49% dessa faixa etária da população indígena. Além disso, os agentes devem ampliar o atendimento a gestantes, assim como a cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano. Até ontem, somente na imunização contra a gripe A, 98% dos índios do Estado receberam as doses da vacina. Mais 14 vacinas de outras patologias serão aplicadas nas tribos neste ano. "Vamos buscar que mais índios sejam imunizados. Existe ainda uma resistência muito forte nas aldeias e nos acampamentos para que esse trabalho seja efetuado, mas temos avançado e atualmente mais indígenas querem se vacinar", relatou Martins.

A partir de dezembro, o Ministério da Saúde contará com uma secretaria especial que assumirá o controle dos serviços em terras indígenas. Durante o evento na Capital, os agentes da Funasa debateram as futuras mudanças. Segundo Martins, entre as medidas que podem ser tomadas está a de

índios administrarem as ações em um futuro próximo, devido ao grande número de profissionais da etnia que compõem as equipes multidisciplinares.

*Brasília, 24 de maio de 2010
Gazeta do Povo - Curitiba/PR
Temas de Interesse | Saúde Pública Saúde na mídia pg.54*

Transtorno mental é pena extra

SAÚDE
Daniel Derevecki

Foz do Iguaçu - Detentos com dependência química e transtornos mentais estão condenados a ficar confinados em presídios e cadeias brasileiras, sem tratamento, por falta de vagas em hospitais de custódia e falhas na política de atendimento à saúde mental no sistema penitenciário.

Estimativas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) indicam que hoje cerca de 4,5 mil detentos de uma população carcerária de aproximadamente 474 mil estão internados em pelo menos 23 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico em todo o país. No entanto, o número que necessita de atendimento especializado pode ser bem maior. Por falta de investimento em estatísticas, hoje no Brasil não há informações precisas sobre o número de presos que sofrem de transtornos mentais e a quantia de vagas existentes em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, ao contrário de países desenvolvidos como os Estados Unidos e Canadá.

A preocupação com as condições dos presos com transtornos mentais levou o CNJ a promover um mutirão em hospitais de custódia e atendimento psiquiátrico de todo o país. O trabalho, iniciado na semana passada, pretende averiguar a situação dos internos, o motivo pelos quais eles estão nas instituições e há quanto tempo.

A iniciativa contribuirá para a criação de um banco de dados no setor. A entidade também é responsável pelo mutirão carcerário, que está percorrendo os estados para revisar penas de presos em cadeias públicas e já avaliou mais de 19 mil processos no Paraná. Conforme a legislação brasileira, devem ser encaminhados a hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (antigos manicômios judiciais) somente criminosos portadores de doenças mentais ou dependentes químicos. Mas para isso, é preciso provar, a partir de exames médicos, que eles agiram sem ter consciência do que faziam.

Médicos e juízes questionam esta política porque há detentos que também precisam de tratamento especializado para se livrar de transtornos mentais e do vício em drogas em cadeias e presídios. O médico emembro da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Luiz Carlos Illafonte Coronel, diz que o número de vagas disponíveis em hospitais de custódia e atendimento psiquiátrico não é suficiente para atender à demanda.

Por isso muitos detentos que sofrem de dependência química, depressão e apresentam transtornos antissociais acabam em cadeias e presídios. Há quase 500 mil presos no país e certamente nessa massa existem doentes mentais que não estão sendo atendidos em um ambiente que a lei determina e que a ciência recomenda, diz.

Para Coronel, esses detentos são duplamente penalizados porque, ao mesmo tempo em quem cumprem sentença de privação de liberdade, não recebem tratamento adequado. A maior parte da população carcerária, segundo o médico, sofre de dependência química e transtorno antissocial.

Na avaliação do neurocientista da Universidade Estadual de Campinas Renato Sabbatini, os detentos que não estão em hospitais e tem transtornos mentais precisam de tratamento porque a tendência da doença é agravar-se e com o tempo pode predispor o indivíduo ao suicídio. O coordenador do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF) do CNJ, juiz Luciano Losekann, diz que o CNJ já recebeu denúncias de que presos com transtornos mentais estão em presídios comuns.

Para ele, este procedimento é condenável. Eles sofrem, acabam perturbando o ambiente carcerário e são hostilizados pelos outros presos. A maioria dos presos que precisam de tratamento e estão em presídios convencionais é de usuários de drogas. A exemplo dos portadores de transtornos mentais, eles são submetidos a perícias médicas, mas caso o laudo mostre que eles tinham parcial consciência de entender o que estavam fazendo quando cometeram o crime, o juiz tem opção de aplicar a pena em cadeias ou presídios ou encaminhá-los a um hospital de custódia. No entanto, segundo Losekann, a maioria opta pela pena.

Assim, os viciados, geralmente em crack, vão parar em unidades prisionais convencionais e não recebem tratamento. Dentro do estabelecimento penal ele continua viciado no crack porque o tráfico continua existindo tanto no meio aberto quanto no fechado, enfatiza.

Mutirão propõe melhorias no Paraná

No Paraná, na segunda semana do mutirão psiquiátrico, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) constatou problemas no Complexo Médico Penal em Quatro Barras, região metropolitana de Curitiba, onde fica o único hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado.

O juiz Éder Jorge, coordenador do mutirão carcerário no Paraná pelo CNJ, diz que encontrou mulheres dependentes químicas dividindo o mesmo espaço com portadoras de transtornos mentais. Isso pode prejudicar o tratamento delas. As dependentes químicas deviam ir para uma clínica, avalia.

Segundo o juiz, outra falha que precisa ser corrigida é quanto à acomodação dos internos em celas, condição contrária a nova lei antimanicomial. Segundo Jorge, os internos não são maltratados no local, no entanto não estão recebendo o tratamento como prevê a legislação.

O juiz fará um relatório para ser entregue ao CNJ e também pretende iniciar uma mobilização para o poder público construir ambientes adequados a portadores de transtornos mentais e dependentes químicos ou providenciar tratamentos em clínicas especializadas.

O diretor da unidade, Gilmar Kaminski, diz que a interna encontrada pelo juiz estava junto a pacientes com transtornos mentais porque havia passado por um surto, mas retornaria para ambiente adequado. A unidade paranaense atende cerca 400 homens e 28 mulheres. Como no estado de Santa Catarina não há hospital feminino, o Paraná também recebe internas do estado vizinho. De acordo com a direção da unidade, não há problema de superlotação no Complexo Médico Penal. O hospital ganhou mais 192 vagas em 2007.

Os internos têm à disposição uma equipe formada por psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais e desenvolvem atividades artísticas e escolares. Pelo menos 60% deles fazem tratamento de dependência química, enquanto outros 40% são portadores de transtornos mentais. Mas o estado não consegue dar a mesma assistência à grande massa carcerária que demanda por atendimento psiquiátrico. No ano passado, um preso com transtorno mental foi morto na delegacia de Campina da Lagoa, no Centro-Oeste. A família tentava transferi-lo há dois anos para uma cela separada ou uma clínica.

No país

Em Minas Gerais, no início deste ano a Defensoria Pública precisou ajuizar uma ação civil pública contra o estado para que 176 presos com transtornos mentais fossem transferidos de cadeias, penitenciária se presídios para centros especializados.

No estado do Amazonas, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico tem vaga para 20 internos, mas atende 26. Outros cem presos são atendidos por médicos do hospital em presídios que contam com unidades psiquiátricas. Em outros estados, como no Ceará, não há hospitais de custódia. Os detentos são atendidos em unidades penitenciárias ou em hospitais públicos.

*Brasília, 24 de maio de 2010
Jornal do Commercio PE - Recife/PE
Ministério da Saúde | Institucional*

Uma questão de saúde mental

RESPONSABILIDADE SOCIAL

Entre 27 e 30 de junho próximo será realizada a 4ª. Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília (DF).

O tema do encontro é ``Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios``. O evento chama atenção porque persiste um debate de posições antagônicas desde a instituição da lei 10.216, em 6 de abril de 2001, a qual, em resumo, decretava o fim dos manicômios.

Entre os oponentes, de um lado estão os que defendem propostas antimanicomiais e, de outro, aqueles que indicam a clínica tradicional e hospitalar para o tratamento do doente mental.

A Organização Mundial da Saúde dedicou o 7 de abril daquele ano, Dia Mundial da Saúde, à saúde mental, com o tema ``Cuidar sim, excluir não``. Ainda em dezembro de 2001, o Conselho Nacional de Saúde realizou a 3ª. Conferência Nacional de Saúde Mental. PROJETO FICOU 12 ANOS NO CONGRESSO

Em 27 de março de 2001, a Câmara dos Deputados aprovou projeto de extinção progressiva dos manicômios no Brasil, o qual estava há 12 anos no Congresso Nacional.

O autor do projeto, deputado Paulo Delgado (PT- MG), propunha que os doentes mentais crônicos ou abandonados tivessem atendimento social e psicológico e fossem beneficiados por serviços

ocupacionais, de lazer e de assistência social, como meios facilitadores de sua reintegração na sociedade. Os casos graves continuariam passíveis de internação, mas em alas psiquiátricas de hospitais gerais.

A proposta considerava a transformação de manicômios em centros de convivência e o direcionamento de verba do orçamento anual para a construção de centros alternativos de atendimento em vez da criação de novos leitos. Na época eram estimados 57 mil leitos em hospitais psiquiátricos no País. Mesmo transformado em lei, o projeto foi alvo de muita discussão, a qual perdura até hoje, quase uma década depois.

A substituição dos manicômios por Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e por Centros de Convivência e Cooperativismo (Ceccos) sempre esteve no calor das discussões. Uma das críticas era de que o modelo dos centros comunitários previa atendimento a pequenos grupos, o que encarecia o tratamento, quando havia a necessidade de uma assistência mais ampla.

UMA FORÇA NA VOLTA PARA CASA

Em 28 de maio de 2003, o presidente Lula anunciou o programa De Volta para Casa, uma nova política de saúde mental, concedendo R\$ 240,00 mensais para os pacientes internados em hospitais psiquiátricos que voltassem para casa.

A proposta do Ministério da Saúde era de que 2 mil pessoas fossem beneficiadas pelo programa naquele ano e que, até 2007, cerca de 14 mil pacientes fossem atendidos. No lançamento do programa, o ministro Humberto Costa também anunciou a criação de 178 novos Caps (além dos 424 já existentes) para crianças, adolescentes, adultos e portadores de transtorno mental associado ao uso abusivo de álcool e drogas (os dois principais fatores que levam os doentes à internação).

O site do Ministério da Saúde informa que até junho de 2009 havia 3.346 beneficiários do programa De Volta para Casa no País. Existe um consenso de que o doente mental deve ser reintegrado à família e à sociedade, participando, inclusive, de trabalhos comunitários e de oficinas produtivas que podem lhe gerar renda, além de atividades físicas e culturais.

Muito desse trabalho vem sendo feito por Organizações Não Governamentais (ONGs) há bastante tempo, até mesmo antes da aprovação da lei 10.216. Dizem os especialistas que a maioria dos transtornos mentais pode ser facilmente diagnosticada e tratada, abolindo-se a necessidade de isolamento dos doentes.

Avanços da ciência e a conseqüente adoção de novos métodos de tratamento e medicamentos mais eficazes contribuem para isso. Mas, a despeito dos esforços nesse sentido, ainda há muito a fazer. Uma das questões do momento é a falta de leitos nos hospitais gerais para os pacientes que precisam ser internados.

Por isso mesmo, a 4ª. Conferência Nacional de Saúde Mental é bem-vinda. Não só a necessidade de leitos, mas a demanda por mais Caps, a ampliação do programa De Volta para Casa, as possibilidades de trabalho, os direitos humanos, o combate ao preconceito e outros temas devem constar da pauta do encontro.

*Homenagem a Engel Paschoal (07/11/1945 a 31/03/2010), jornalista e escritor, criador desta coluna.

Correio do brasileiro

CIDADE

Os riscos do sexo precoce e sem proteção

Mais do que nunca o tema sexo está na mídia no Brasil. Fazer sexo muitas vezes por semana foi destacado pelo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, como preventivo da hipertensão. Não resta dúvida de que a ciência já provou sua eficácia contra o estresse e males cardiovasculares.

Mas o Estudo Mosaico Brasil mostra que o brasileiro gosta de sexo, mas se protege pouco: 57% dos homens não usaram preservativos na relação casual e 75% das mulheres na mesma situação.

Os jovens se preocupam mais. Entre os casados, 49.9% dos homens não usam preservativos e 71% das mulheres.

Na dúvida da fidelidade do parceiro, não se proteger é um enorme risco. Adultério não é mais crime, mas causa danos e não é um ato moralmente correto. As doenças sexualmente transmissíveis (Aids, HPV, hepatite A e B, sífilis, herpes, gonorreia, condiloma, etc.) são graves e estão aí a desafiar os especialistas na prevenção e tratamento. Qual é o percentual do dinheiro público destinado ao tratamento dessas doenças no Brasil? Com certeza, é bem alto. Ter múltiplos parceiros é fator de risco e usar preservativo não protege 100% segundo pesquisas. Investir mais na educação sexual é preciso.

A situação fica ainda mais grave quando dados mostram que cada vez mais cedo adolescentes iniciam a vida sexual. Dados da Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) apontam essa iniciação sexual aos 14 anos para meninos e 15 anos, para meninas. Conteúdos sensuais e eróticos na mídia, especialmente TV e internet, estilos musicais e danças certamente influenciam. Programas e conteúdos generalizados da TV exploram cada vez mais o adultério, a sensualidade e a banalização do sexo. Essa erotização precoce induz à sexualidade e gravidez precoces com todos os riscos sociais e de saúde.

Dados da Fundação Oswaldo Cruz mostram que uma em quatro adolescentes sexualmente ativas está contaminada pelo HPV e 600 mil pessoas estão contaminadas pela Aids no Brasil. Sem contar as que não sabem. A exploração sexual infantil ainda é outra trágica realidade, que precisa ser combatida com eficientes políticas públicas. Uma nova moda juvenil preocupa o uso das pulseiras do sexo, que já fizeram algumas vítimas. Dependendo da cor, a disposição para práticas que vão de um abraço até o sexo. Qual tem sido a orientação dos pais e educadores sobre esse perigoso modismo e sobre a precoce iniciação sexual?

Outro exemplo da grande erotização no Brasil é o nosso carnaval vendido aqui e no exterior como cultura brasileira com grande apelo sexual. Não é sem razão que milhares de estrangeiros vêm anualmente ao Brasil atrás dessa cultura desprezível de prostituição infantil ou generalizada. A pedofilia, os estupros e crimes sexuais bárbaros que acontecem cada vez mais no Brasil têm aqui também as suas raízes assim como a violência contra as mulheres.

Uma cultura que prioriza o prazer, o corpo, a sensualidade e, muitas vezes, menospreza os princípios éticos e morais. Pessoas e crianças se expõem cada vez mais na internet em sites de relacionamentos, redes de contatos e se aproximam de pessoas, muitas vezes de forma perigosa induzindo a crimes e delitos muitas vezes sexistas. É muito importante que o sexo esteja em discussão pelos seus benefícios, mas também pelos males que pode causar se praticado sem segurança e sem responsabilidade. É preciso que o governo cada vez mais invista em políticas públicas preventivas nas escolas e na mídia para conter os riscos do sexo sem proteção e do abuso e exploração sexual.

Principalmente na adolescência, esses cuidados devem ser reforçados pela implantação de programas de educação sexual em toda a rede escolar discutindo-se os riscos das doenças sexualmente transmissíveis, que podem até matar. Uma educação para sexo com segurança e responsabilidade para homens e mulheres para que somente os benefícios sejam contados.

Vivina do C. Rios Balbino, Psicóloga, mestre em educação, professora universitária e autora de livros. Escreva você também para a coluna Correio do Brasiliense, que é publicada todas as segundas-feiras neste mesmo espaço. Textos e fotos podem ser encaminhados para o e-mail cidades.df@dabr.com.br. Mais informações pelo telefone 3214-1189.

Expediente

Carta Eletrônica do CNS

Publicação do Conselho Nacional de Saúde - Ano VI – 24 de maio de 2010.

Secretaria Executiva do CNS

Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde