

Segurança e Saúde | Entrevista Denise Grun

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014



Entrevista com Denise Grun sobre Segurança e Saúde.

Fonte: Central de Enfermagem

Exibido: TV Saúde

02/07/2014 – Ar Limpo em hospitais

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014

RESUMO

Durante os últimos 15 anos, estudamos o problema das infecções hospitalares e as medidas de proteção. Era sabido que o fluxo unidirecional oferece boa proteção ao paciente em salas de cirurgia e unidades de terapia intensiva para Transplante de Medula Óssea -TMO. Mas ainda faltavam determinar os requisitos de ar limpo em todos os quartos do hospital e uma

abordagem mais ampla para fornecer proteção aos pacientes contra infecções. Por este motivo o problema foi estudado de maneira abrangente. O resultado deste trabalho foi a publicação da norma russa GOST R 52539-2006, cujo título é "Limpeza do ar em hospitais. Requisitos gerais." Esta norma estabelece cinco grupos de quartos, utiliza as classes de limpeza descritas na norma ISO 14644-1 e descreve métodos para atingir o nível necessário de limpeza do ar para diferentes classes dos ambientes (dimensões da seção transversal de fluxo unidirecional, velocidade do ar, tipos de filtros de ar necessários em cada tipo de quartos e outras medidas de proteção).

1. Risco para os pacientes

Hospitais estão infectados por micro-organismos patogênicos. Permanecer em hospitais pode ser perigoso para os seres humanos. E, é triste dizer, mas é um fato que as infecções hospitalares matam muitas pessoas e geram muitas despesas. Uma pessoa saudável que entra em um hospital para ser operada por causa de um acidente pode ser infectada e ficar doente. Reino Unido Cerca de 5.000 pessoas morrem por ano no Reino Unido por causa de infecções hospitalares. Isto custa mais de 1 bilhão de libras / ano e excede o valor reservado

para a prevenção de acidentes de trânsito fatais. Cerca de 8% dos pacientes de hospitais foram infectados em 2006 (dados do Prof. R. James¹). França todos os anos, entre 60.000 e 100.000 pessoas são infectadas durante a permanência em hospitais ou algo entre 6% e 10% do número total de pacientes. Todos os anos, entre 5.000 e 10.000 pessoas morrem por causa de infecções hospitalares. Estes números são semelhantes aos das vítimas de acidentes de trânsito (7.800 pessoas em 2002)².

Rússia

Cerca de metade das mortes após operações são causadas por infecções (Prof. Yu. Biryukov da Academia Médica de Moscou).

2. Infecções Hospitalares: História da Proteção

O problema das infecções hospitalares é muito antigo e permanece nítido, apesar de muitos esforços para resolvê-lo. A história de luta contra as infecções hospitalares tem sua própria lógica e pode ser dividida em três períodos. Período pré-antisséptico É sabido que mais da metade das pessoas operadas por amputação morreram devido a infecções até o meio do século XIX. Operações em hospitais de pequeno porte, em casa ou nas condições de campo eram menos perigosas. Os pontos com alta concentração de pacientes leva a contaminação cruzada e disseminação de infecções. Ar fresco e ausência de outras pessoas melhoravam dramaticamente a situação, mas os hospitais eram realmente lugares perigosos.

Confira a notícia completa [clikando aqui](#)

02/07/2014 – Redução da exposição do ar contaminado expelido através do uso de um novo método de ventilação

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014

Uma nova cama de hospital com ventilação e unidade de limpeza de ar integrada (HBIVCU) para o controle e limpeza do fluxo de ar local, limitando a dispersão de agentes contagiosos através do ar expelido por um paciente doente em um quarto, foi desenvolvida. O desempenho e eficiência da unidade, para a satisfatória redução da exposição dos ocupantes ao ar expelido pelo paciente, foi estudado em escala natural, utilizando-se um protótipo de ambiente hospitalar regular (para

duas camas), cujas dimensões eram: 4,65m de comprimento x 4,65m de largura x 2,60m de altura, com dois pacientes e um médico. Quatro unidades de ventilação foram instaladas nos dois lados de cada cama, próximas à região da cabeça do paciente. A tosse contaminada do paciente foi simulada através de bonecos aquecidos equipados com um gerador de tosse. Outro boneco aquecido foi utilizado como o segundo paciente. O terceiro boneco aquecido, dotado de respirador e com características e temperatura de superfície semelhantes ao corpo humano, foi utilizado para simular o médico parado próximo à cama, disposto à frente do paciente doente. A tosse gerada consistiu em 100% de CO₂. A boca foi simulada através de uma abertura circular de 0,021m de diâmetro. As características da tosse eram: vazão de pico – 10 L/s, volume de tosse – 2,5 L, duração – 0,5 segundos e velocidade máxima – 28,9 m/s.

O desempenho da unidade desenvolvida, com taxas de ventilação de 3 e 6 trocas por hora, foi avaliado e medida através da concentração de CO₂ na boca do médico e do paciente exposto. Quando o novo equipamento não foi utilizado, a concentração de CO₂ (exposição) medida no ar “inalado” pelo médico excedeu 20 vezes aos níveis de fundo de CO₂ e mais de 12 vezes no caso do paciente exposto.

Nenhum acréscimo na concentração de CO₂ foi medido, tanto próximo ao médico como ao paciente exposto, quando a unidade de ventilação e limpeza HBIVCUS foi acionada.

Introdução

A ventilação busca prover aos ocupantes o ar fresco e saudável, livre de materiais perigosos e agentes contagiosos patogênicos para a respiração, além de um ambiente confortável do ponto de vista térmico. Entretanto, algumas estratégias existentes para a ventilação em quartos de hospital, geralmente através da mistura e distribuição do ar, falham em atender a esses objetivos (Kao and Yang

2006, Qian et al. 2006, Noakes et al. 2009, Tung et al. 2009).

Seus pontos fracos são especialmente notados hoje em dia com o aumento de novos ou mutações de agentes patogênicos responsáveis por grandes epidemias ou pandemias, como a SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave) e os vírus da gripe H5N1 e H1N1. Em quartos com a mistura do ar distribuído todos os ocupantes são igualmente expostos aos agentes patogênicos transportados pelo ar, quando a boa mistura de ar é obtida. Pessoas com sistemas imunológicos mais fracos, como crianças, idosos e imunocomprometidos estão sob risco elevado de contaminação cruzada pelo ar. Por isso altas taxas de trocas de ar são recomendadas, por exemplo: 12 trocas de ar por hora (ACH) são requeridas para a ventilação de enfermarias hospitalares e 6 trocas de ar por hora para quartos normais de pacientes (ASHRAE 170 2008, CDC Guidelines 2005, DS 2451-9 Dansk standard 2003). Experimentos em escala real têm revelado que a equipe médica e os pacientes estão expostos ao ar expelido por pacientes doentes, mesmo em ambientes com 12 trocas de ar por hora (Bolashikov et al. 2010, Klerat Et. al. 2010).

Confira a notícia completa, [clikando aqui](#)

02/07/2014 – O Guia prático do Cuidador

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014

1- O cuidado

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus

talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

2 – O Autocuidado

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência”. (BOFF, 1999) Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. Já o autocuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana. A pessoa acamada ou com limitações, mesmo necessitando da ajuda do cuidador, pode e deve realizar atividades de autocuidado sempre que possível. O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo. O autocuidado não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si. Refere-se também aos cuidados que o

cuidador deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida. O segundo capítulo desse guia prático oferece algumas dicas de como o cuidador pode se autocuidar.

3 – Quem é o cuidador

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. Cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental termos a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios. A seguir, algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe

de saúde.

- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Confira a notícia completa [clikando aqui](#)

01/07/2014 – Diversidade nas técnicas de Esterilização

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014

Diversidade nas técnicas de esterilização

Métodos físicos, físico-químicos e químicos compõem os mecanismos utilizados para a esterilização, que visa eliminar micro-organismos capazes de levar à contaminação e deterioração de produtos ou provocar infecções em seres vivos. Dada a variedade de técnicas disponíveis, deve-se buscar a mais apropriada a cada tipo de aplicação e material

Marcelo Couto

Embora o uso do calor seja a forma mais difundida de esterilização, há atualmente uma diversidade de técnicas eficazes para promover a eliminação de micro-organismos (fungos, bactérias e seus esporos) e até vírus, que, caso não sejam destruídos, podem se desenvolver de forma indesejada e provocar problemas como deterioração, falhas nas etapas de conservação, comprometimento na utilização de certos produtos ou utensílios e ainda causar graves contaminações e infecções.

As técnicas de esterilização são comumente utilizadas com o objetivo de garantir níveis adequados de segurança em alimentos e medicamentos, além de instrumentos e dispositivos utilizados no ambiente médico-hospitalar, mas a sua aplicação também se estende a diversas outras áreas. “Gradativamente, algumas das técnicas passaram a ser empregadas em diversos segmentos industriais, cujos produtos são suscetíveis à biodeterioração, como é o caso de

cosméticos, resinas, embalagens, tintas e matérias-primas variadas”,

comenta Silvia Eguchi, coordenadora do Grupo de Trabalho de Microbiologia (GT2) da SBCC. A escolha da técnica de esterilização mais adequada para cada caso depende do tipo de material que deverá passar pelo processo, da carga microbiana envolvida e de outras condições para o emprego do método, pois cada alternativa apresenta um conjunto de vantagens e desvantagens a serem consideradas nos critérios de avaliação de custos, eficiência, agilidade, disponibilidade de espaço e segurança.

Evolução

Desde longa data, o homem busca formas de realizar o que hoje conhecemos como esterilização. Achados de 1450 a.C registram o que seria a “esterilização” pelo fogo. Mas foi a partir do século XIX, com os avanços da microbiologia, que se estabeleceram princípios e foram obtidos os mais significativos avanços que levaram ao desenvolvimento dos métodos modernos, incluindo a técnica de esterilização por calor, a descoberta do peróxido de hidrogênio e do óxido de etileno, o estabelecimento de processos de alta pressão e temperatura, a construção do primeiro autoclave e a realização de experiências com vários agentes esterilizantes.

“A área de alimentos foi a pioneira na busca de métodos de esterilização”, lembra Silvia Eguchi. De fato, no século XVIII, o cozinheiro francês Nicolas Appert (1749-1841), considerado o “Pai das Conservas”, criou uma técnica inovadora que consistia em cozinhar por um certo tempo alimentos acondicionados em recipientes herméticos de vidro, selados com rolhas, em água fervente, de forma a preservá-los para o consumo por muito mais tempo, o que representou um importante avanço na área e ajudou a combater doenças de origem alimentar.



Irradiador multipropósito do IPEN (acima).

A esterilização de alimentos enlatados formou inclusive a base da ciência da autoclavação, que é uma das formas mais utilizadas ainda hoje de esterilização por calor úmido e que se estendeu para várias outras aplicações, notadamente nos segmentos médico-cirúrgico e na indústria farmacêutica. Deve-se ao químico francês Charles Chamberland (1851-1908), um dos colaboradores do cientista Louis Pasteur, a concepção e construção do primeiro equipamento de autoclave.

A evolução do conhecimento técnico-científico levou ao desenvolvimento de diversas técnicas de esterilização baseadas em meios físicos, físico-químicos e químicos. Os físicos incluem o próprio calor (seco ou úmido), a filtração e a radiação; enquanto os físico-químicos dizem respeito aos processos que utilizam principalmente óxido de etileno (EtO) e peróxido de hidrogênio. Essas são as técnicas mais empregadas em larga escala. Além delas, há as que usam agentes químicos como formaldeído, glutaraldeído e ácido peracético, entre outras substâncias.

Existem diversas normas internacionais que tratam das técnicas de esterilização e suas aplicações. Algumas serviram de base também para a normalização do tema no Brasil. Somente a ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas registra atualmente 41 documentos relacionados à esterilização, sendo 25 no âmbito do CB-26, dedicado ao segmento odonto-médico-

hospitalar. Há ainda portarias e regulamentações específicas do Ministério da Saúde e da Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o que mostra o grau de preocupação com o tema.

Confira a notícia completa [Clicando aqui](#)

Gestão e Rastreabilidade – Entrevista Mário Cabral

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014



Ana Miranda entrevista Mário Cabral – Tema: Gestão e Rastreabilidade na central de material.

Fonte: Central de Enfermagem

Exibido: TV Saúde

25/06/2014 – Epidemia de

ebola está fora de controle, segundo médicos

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014

A epidemia de ebola na Guiné, Libéria e Serra Leoa está fora de controle e vai exigir enormes recursos dos governos e agências para evitar uma maior disseminação, disse a organização Médicos Sem Fronteiras ontem. Na semana passada a Organização Mundial de Saúde (OMS) informou que desde fevereiro o número de mortes chegou a 337. Este é o surto com o maior número de vítimas fatais desde que o ebola surgiu pela primeira vez em 1976. A doença ainda não havia ocorrido nessa região da África, e as pessoas ainda estão assustadas e veem com desconfiança os serviços de saúde. Isso torna mais difícil controlar o surto, informou a MSF em um comunicado.

fonte: site ABRADILAN

Momento difícil da saúde

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014

A saúde no Brasil passa por um momento particularmente difícil. A rede pública continua a se debater com velhos problemas que não consegue resolver e, por isso, se agravam a cada dia. Por outro lado, a saúde privada se expande, mas isso não lhe permite – nem essa é a sua vocação – suprir a maior parte das falhas da rede pública, à qual, aliás, já está parcialmente ligada por meio de convênios com o Sistema Único de Saúde (SUS). Ela pode ser apenas um complemento.

Reportagem do jornal Valor mostra que os números sobre a saúde impressionam à primeira vista, mas escondem graves deficiências. O País tem cerca de 6.800 hospitais públicos e privados, 500 mil leitos e 195 mil unidades de serviços, um conjunto que representa 10,2% do PIB. Mas todos os que utilizam o sistema de saúde conhecem a precariedade – com

raras exceções – do atendimento oferecido pelo setor público. E, embora a saúde privada – pela qual se paga caro – seja bem melhor, também ela não está isenta de problemas, como atestam o elevado número de queixas dos usuários ao serviço de proteção ao consumidor e as frequentes medidas tomadas pelo poder público para fazer os planos de saúde respeitarem os compromissos assumidos com seus clientes.

Os hospitais privados já respondem por 70% dos atendimentos no País. Mesmo considerando que muitos deles prestam serviço aos SUS – e, portanto, integram dessa forma a rede de saúde pública –, sua participação no sistema é muito elevada. E a tendência da saúde privada é crescer. Por um lado, o número de usuários dos planos de saúde continua a aumentar.

No ano passado, o aumento foi de 4,6%, superior aos de 2011 e 2012, que foram, respectivamente, de 3% e 3,6%. Por outro lado, as empresas operadoras dos planos vêm investindo em hospitais, ambulatórios e laboratórios próprios para atender àquela demanda. Tenta-se, dessa forma, corrigir o desequilíbrio criado nos últimos anos, quando a expansão dos planos de saúde foi muito maior do que a da rede privada de médicos, hospitais e laboratórios. Como consequência, aumentaram as queixas dos usuários sobre a demora nos atendimentos, o que fez a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fixar prazo para eles, cujo desrespeito tem levado à punição de vários planos. Mesmo que tais investimentos produzam os resultados esperados, isso resolverá apenas uma parte do problema – a melhoria dos serviços prestados aos cerca de 50 milhões de usuários dos planos.

O problema da grande maioria – os outros três quartos dos 200 milhões de brasileiros – continuará sem solução, até que o governo resolva enfrentar o desafio de reformar e melhorar o SUS, que atende a população que não pode pagar planos de saúde. Segundo os especialistas na matéria, os dois pontos principais a serem atacados são a melhoria da gestão do SUS e a obtenção de mais recursos.

Para Bernard Couttolenc, presidente do Instituto Performa, o problema da gestão é crucial e vem em primeiro lugar, porque “não adianta colocar mais dinheiro num balde furado”. De fato, fazer investimentos sem mexer na estrutura administrativa e gerencial do SUS, ineficiente e vulnerável a fraudes, é puro desperdício. Feito isso, e garantida a entrada de novos recursos, é preciso primeiro atacar o velho problema da defasagem da Tabela de Procedimentos do SUS, que atualmente cobre apenas 60% dos custos. Isto é fundamental para evitar que as Santas Casas e os hospitais filantrópicos conveniados ao SUS – e que são responsáveis por 45% dos atendimentos – continuem a operar com prejuízo e sob a ameaça da falência. Será preciso investir também na modernização e ampliação da rede pública de hospitais, que desde 2010 perdeu cerca de 13 mil leitos.

Essa não é tarefa fácil, mas essencial para evitar o colapso da saúde pública. Fazer respeitar os direitos dos usuários que pagam caro aos planos de saúde, como se vem tentando fazer, é, sem dúvida, importante. Mas tão ou mais importante é ter a coragem de atacar os problemas do SUS, do qual depende a maioria da população.

Fonte: Estado de São Paulo – 25.06.2014

**24/06/2014 – PRÉ-NATAL TEM
CRESCIMENTO DE 46,8% NO
GRANDE ABC**

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014



Ministério da Saúde apresentou os impactos do programa na assistência à população em seminário com gestores da região do Grande ABC. Em menos de um ano, a iniciativa ampliou em 2.187 o número de médicos no estado de São Paulo, beneficiando 7,5 milhões de pessoas.

Em menos de um ano, o Programa Mais Médicos já impacta na assistência à população dos municípios do Grande ABC. Levantamento feito pelo Ministério da Saúde nas cidades da região que participam do programa aponta significativo aumento no número de atendimentos a gestantes. Em janeiro de 2014, foram contabilizados 6.857 atendimentos de pré-natal na região, contra 4.672 no mesmo período do ano anterior, quando a população ainda não contava com o reforço dos profissionais do Mais Médicos.

Por meio do Programa, o estado de São Paulo ampliou em 2.187 o número de médicos atuando na atenção básica de 345 municípios.

O Ministério da Saúde atendeu 100% da demanda por médicos apontada pelos municípios e superou a meta inicialmente estabelecida. Atualmente, o Mais Médicos garante assistência médica nas unidades básicas de saúde para mais de 7,5 milhões de paulistas.

Os impactos do Programa na região foram apresentados pelo Ministro da Saúde, Arthur Chioro, nesta terça-feira (24), em São Bernardo do Campo, durante o Seminário *Mais Médicos para o Brasil, Mais Saúde para os Brasileiros*. O evento reuniu prefeitos e secretários de saúde dos municípios da região, que, juntos, contam com 145 médicos do programa. “Esses resultados comprovam que investir na atenção básica traz impactos expressivos do ponto de vista da qualidade do atendimento, da melhoria dos indicadores e, principalmente para a satisfação dos usuários do sistema público de saúde”, disse Chioro. “A partir do Mais Médicos também podemos perceber mudança significativa no jeito de cuidar, de acompanhar e de estabelecer condições de monitoramento, de vínculo e de responsabilidade da equipe médica com o usuário e do usuário com sua própria saúde”, completou o ministro.

Esse é um dos vários seminários que estão sendo realizados pelo governo federal em todo país para debater com gestores públicos os primeiros impactos do Mais Médicos na assistência da população que vive nas cidades beneficiadas pela iniciativa. Levantamento feito pelo Ministério da Saúde em mais de dois mil municípios que contam com pelo menos um médico do Programa serve de base para essa discussão. São dados dos sistemas de acompanhamento da atenção básica (Siab e eSUS), alimentados pelas secretarias de saúde de todo o país.

Durante o evento, o ministro da Saúde anunciou aumento de R\$ 24 milhões no valor anual do Teto de Média e Alta Complexidade de quatro municípios que compõem o Grande ABC – Diadema, Mauá, São Bernardo do Campo e Santo André. Ele explicou que os novos recursos serão disponibilizados a partir do mês de julho e deverão ser utilizados nos serviços de cirurgias eletivas, na

Rede de Urgência, em laboratórios de próteses dentárias e em unidades de acolhimento infanto-juvenil.

MAIS ASSISTÊNCIA – Além de aumentar o número de acompanhamento pré-natal na região do Grande ABC, o Mais Médicos também promoveu o aumento do número total de consultas de demanda imediata em 22,9% – passou de 11.847 consultas em janeiro de 2013 para 14.856 em janeiro deste ano, na quantidade de atendimentos de diabetes em 2,5% (de 8.679 para 8.893) e em 2,2% nos atendimentos a hipertensos (4.748 para 5.090).

No estado de São Paulo, além do crescimento de 3,7% no número de consultas, observou-se aumento de 15,1%, na quantidade de atendimentos em saúde mental (passaram de 16.737 para 19.262, no mesmo período), de 12,9% no atendimento a pacientes com diabetes (71.116 para 80.305) e 5,7% nos agendamentos de consultas (304.094 para 321.346). Também foi registrada redução de 70% na quantidade de encaminhamentos para hospitais, que passou de 1.893 encaminhamentos em janeiro de 2013, para apenas 568 em janeiro deste ano.

Em todo o país, o número geral de consultas realizadas na atenção básica cresceu quase 35% no mesmo período – foram 5.972.908 em janeiro de 2014 contra 4.428.112 em janeiro de 2013. Entre esses atendimentos, teve destaque o de pessoas com diabetes, que aumentou cerca de 45% – passou de 587.535, em janeiro de 2013, para 849.751 em janeiro de 2014. Os atendimentos de pacientes com hipertensão arterial aumentaram em 5% no mesmo período, e as consultas de pré-natal, em 11%. O encaminhamento a hospitais diminuiu em 20%, passando de 20.170 para 15.969.

O governo federal já superou a meta de levar médicos para os municípios de todo o país que aderiram ao Programa Mais Médicos. Atualmente mais de 14 mil profissionais atuam em cerca de 4 mil cidades. A maioria (75%) dos médicos está em regiões de grande vulnerabilidade social, como o semiárido nordestino, periferia de grandes centros, municípios com IDHM

baixo ou muito baixo e regiões com população quilombola, entre outros critérios de vulnerabilidade.

MAIS MÉDICOS – Lançado em julho de 2013 pela presidenta Dilma Rousseff, o Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, com o objetivo de aperfeiçoar a formação de médicos na Atenção Básica, ampliar o número de médicos nas regiões carentes do país e acelerar os investimentos em infraestrutura nos hospitais e unidades de saúde.

Os profissionais do programa cursam especialização em atenção básica, com acompanhamento de tutores e supervisores. Para participar da iniciativa, eles recebem bolsa formação de R\$ 10,4 mil por mês e ajuda de custo pagos pelo Ministério da Saúde. Em contrapartida, os municípios ficam responsáveis por garantir alimentação e moradia aos participantes.

Além da ampliação imediata da assistência em atenção básica, o Mais Médicos prevê ações estruturantes voltadas à expansão e descentralização da formação médica no Brasil. Até 2018, serão criadas 11,4 mil novas vagas de graduação em medicina e mais de 12 mil novas vagas de residência médica.

fonte: portalsaude

18/06/2014 – INFECÇÃO POR HIV PASSA SER DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

escrito por Ana Miranda | 8 de julho de 2014



Portaria do Ministério da Saúde também torna obrigatória a notificação de acidentes de trabalho, violência sexual e casos graves e óbitos por varicela.

Os profissionais de saúde dos serviços públicos e privados deverão, a partir de agora, notificar regularmente às autoridades de saúde os casos de infecção por HIV, a partir da confirmação do diagnóstico. A determinação consta em portaria publicada no Diário Oficial da União, que inclui a infecção por HIV na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. Antes, a obrigatoriedade era restrita aos casos de infecção em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus.

A notificação da infecção pelo HIV seguirá os mesmos critérios de sigilo definidos na Lei de Acesso à Informação (12.527/2011). Os profissionais de saúde terão que notificar

todos os casos de aids em adultos e crianças, mesmo que tenham sido comunicados anteriormente como infecção pelo HIV. Vale ressaltar que, a partir de agora, terão que ser notificados os portadores por HIV e também as pessoas que vivem com aids.

As pessoas com infecção pelo HIV em acompanhamento clínico-laboratorial e diagnosticadas com data anterior à publicação da Portaria serão notificadas à medida que comparecerem à rede de serviços de saúde. Os laboratórios da rede privada deverão informar, periodicamente, a Vigilância Epidemiológica todos os casos diagnosticados de infecção pelo HIV.

A nova lista é composta por 46 categorias de doenças e agravos que devem ser notificadas às autoridades de saúde, revisada com base no perfil epidemiológico nacional e alinhada ao Regulamento Sanitário Internacional de 2005. Integram esta lista as notificações de acidentes de trabalho grave e com exposição a material biológico; varicela em casos graves e óbitos; violência sexual e tentativa de suicídio como notificação imediata municipal, dentre outras. A atualização da lista é realizada sempre que há identificação de doenças e agravos de importância para a saúde pública nacional, desde 1961.

Até então, estes acidentes eram notificados apenas por unidades sentinelas (estabelecimentos de saúde que integram uma rede de vigilância específica). Tendo em vista a importância do tema, a notificação universal vai permitir uma visão mais concreta da realidade dos acidentes de trabalho no Brasil.

VARICELA – A portaria também torna obrigatória a inclusão na lista nacional de casos graves e óbitos por varicela, popularmente conhecido como catapora.

A notificação às secretarias estaduais e municipais passa a ser imediata, até 24 horas. A inclusão da doença na lista, além de permitir um acompanhamento dos casos e surto,

possibilita uma análise da eficácia da incorporação da vacina contra a doença no Sistema Único de Saúde (SUS). Vale ressaltar que em alguns estados a doença já era de notificação compulsória.

Em até 90 dias, a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, publicará normas sobre as definições de casos suspeitos e confirmados, fluxos e prazos da notificação e o funcionamento dos sistemas de informação em saúde.

VIOLÊNCIA SEXUAL – A portaria também estabelece que os profissionais das urgências e emergências notifiquem imediatamente às autoridades de saúde do município os casos de violência sexual e de tentativas de suicídio. O objetivo é garantir atendimento integral e humanizado, seja com medidas clínicas – como prevenção da gestação com contraceptivo de emergência e profilaxia de DST/Aids e hepatite B – ou com encaminhamentos a atendimentos especializados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em hospitais da rede.

O secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, ressalta que as informações geradas pela notificação são estratégicas para preparação de intervenções eficazes em saúde pública. “A notificação destas doenças possibilita que os gestores – tanto dos estados, municípios ou do próprio Ministério – monitorem e planejem ações de prevenção de controle, avaliem tendências e impacto das intervenções, indicando riscos para a população”, explica o secretário.

A portaria atual simplifica a norma para melhorar a informação por parte dos profissionais de saúde, com definição sobre o fluxo e prazo para a notificação (semanal ou em até 24 horas) e qual autoridade de saúde deve ser notificada. A atualização da lista envolveu a participação de representantes de secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Por Luciano Leite e Carlos Américo, da Agência Saúde – Ascom/MS

Atendimento à imprensa (61) 3315.3580 – 2005