

Sorocaba-SP tem dengue fora de época e entra em alerta máximo

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015



O surgimento de casos de dengue num período em que a doença normalmente não se manifesta levou a Secretaria da Saúde de Sorocaba (SP) a declarar nesta segunda-feira (12) alerta máximo contra a doença. Entre julho de 2014 e o início de janeiro deste ano foram registrados 138 casos, sendo 16 novas infecções apenas nos três primeiros dias de 2015. Equipes da Divisão de Zoonoses estão percorrendo as regiões com maior incidência, como os bairros Vila Fiori e Vila Angélica, zona norte da cidade, para fazer a nebulização das casas, numa tentativa de eliminar criadouros do mosquito.

Em anos anteriores, a cidade registrava poucos casos de dengue entre julho e dezembro, considerado “período silencioso” da doença. Em 2013, por exemplo, surgiram apenas 11 casos em todo o segundo semestre. De julho a dezembro de 2014, foram 128 casos, a maioria a partir de outubro. Nos três primeiros dias deste ano, foram detectados 16 novos casos, elevando em mais de 1.000% as ocorrências em relação ao período anterior.

O que preocupa é que mais de 80% dos casos são autóctones, ou seja, as pessoas se contaminaram sem sair da cidade. Durante o alerta máximo, além do combate direto ao mosquito, a Secretaria da Saúde vai realizar campanhas de orientação aos moradores para evitar que a infestação se torne uma epidemia. O calor intenso e as chuvas frequentes favorecem a proliferação do mosquito. Desde que a dengue voltou a incidir no Estado de São Paulo, Sorocaba tem mantido um bom controle sobre a doença. Em fevereiro de 2014, foi registrado o primeiro e até agora único caso de morte por dengue hemorrágica na cidade.

Fonte: UOL

Ações na Justiça de SP por tratamentos e medicamentos sobem 32% em 3 anos

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015

O número de pacientes que entraram na Justiça contra o Sistema Único de Saúde (SUS) na capital de São Paulo na busca por tratamentos ou medicamentos não oferecidos na rede pública cresceu 32% em três anos, segundo dados obtidos pelo jornal “O Estado de S. Paulo” com o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP).

Em 2010, foram ajuizadas 1.514 ações nas varas da cidade de

São Paulo responsáveis por receber pedidos de procedimentos médico-hospitalares ou remédios. Em 2013, o número de processos do tipo passou para 2.011, uma média de uma nova ação a cada quatro horas.

Estão incluídos nesses números pedidos de remédios ou terapias ainda não disponíveis no Brasil ou na rede pública ou mesmo procedimentos que são cobertos pelo SUS mas que, por indisponibilidade momentânea ou longas filas de espera, demoram a ser oferecidos.

Os órgãos acionados no âmbito estadual são as secretarias da saúde do Município ou do Estado. Só no ano passado, a Secretaria Municipal da Saúde gastou R\$ 3,2 milhões com demandas judiciais, 20% a mais do que em 2010, quando o custo com ações foi de R\$ 2,6 milhões. A pasta estadual não informou os valores gastos.

Para o advogado Julius Conforti, especializado em direito à saúde, o aumento é resultado de falhas do governo na oferta da assistência médica adequada.

“A primeira razão para o aumento das ações é a morosidade com que as novas tecnologias que surgem na medicina são incorporadas pelo SUS”, diz ele.

“Mas outro fator é a insatisfatória e baixa qualidade dos serviços oferecidos pelos planos de saúde. Muitos consumidores que têm recusas de atendimento dos convênios acabam buscando o SUS. Diante de nova negativa, são obrigados a ingressar em juízo”, afirma o advogado que, em seu escritório, entra com 15 a 20 novas ações de saúde por mês, somando processos contra o SUS e planos de saúde.

Alto Custo

Diagnosticado com câncer de próstata em 2009 e em tratamento até hoje, o aposentado José Augusto Perricelli, de 64 anos, se viu obrigado a entrar na Justiça em 2013, quando precisou de

um medicamento que, embora comercializado no Brasil, não era oferecido pelo SUS.

“Precisava tomar um comprimido por dia. Cada frasco com 30 comprimidos custava R\$ 11 mil. Não tinha condições de pagar. Meu próprio médico me orientou a entrar na Justiça”, conta ele.

Duas semanas depois de contratar um advogado para cuidar do caso, o aposentado conseguiu decisão judicial favorável e o SUS foi obrigado a fornecer o medicamento.

“Ter a possibilidade de entrar na Justiça foi fundamental. Se eu não tivesse conseguido essa vitória, talvez nem estivesse aqui dando esse depoimento”, diz ele. “O problema é que muita gente não sabe dessa opção ou não tem dinheiro para pagar um advogado.”

Segundo levantamento feito a pedido da reportagem nas 14 Varas da Fazenda Pública da capital, os itens mais pedidos em ações são remédios para o tratamento de câncer e insulinas, usadas no combate ao diabetes.

Mais Informação

Juíza titular da 13ª Vara da Fazenda Pública de São Paulo, Maria Gabriella Pavlóoulos Spaolonzi afirma que o grau de informação da população sobre o tema vem aumentando e é uma das razões que explicam o aumento no número de ações.

“A população, incluindo os mais pobres, tem se alertado para os seus direitos. Temos muitas pessoas mais humildes que chegam aqui com pedidos de medicamentos feitos pela Defensoria Pública”, diz ela.

A juíza acompanha a evolução dos processos relacionados à saúde desde a década de 1990, quando o principal objeto de ações eram os medicamentos para a Aids.

“Desde então, a Justiça aprendeu muito. No começo, os juízes

davam ganho de causa para qualquer pedido de medicamento. Começamos a perceber que algumas pessoas passaram a se aproveitar da situação. Surgiram máfias de remédios, às vezes com a participação de laboratórios”, conta.

Até hoje, de acordo com a magistrada, há casos de ações indevidas que causam gastos desnecessários ao governo. “Em 2012, a Secretaria Estadual da Saúde teve prejuízo de R\$ 6 milhões com medicamentos comprados por decisão judicial e que não foram retirados pelos pacientes”, afirma.

Para tentar equilibrar o quadro, o Juizado Especial da Fazenda Pública de São Paulo criou, no final de 2012, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, uma triagem farmacêutica no próprio prédio do Judiciário para atender pacientes e advogados interessados em ingressar com ações.

No local ficam dois funcionários da Secretaria da Saúde com acesso aos prontuários médicos dos pacientes e que podem orientar sobre a necessidade de ingresso da ação. “Com isso, às vezes conseguimos resolver o problema do paciente sem a necessidade de um advogado e de uma ação”, diz a juíza. As informações são do jornal “O Estado de S. Paulo”.

Fonte: UOL

Cientistas

descobrem

tratamento contra malária baseado em uso de planta

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015



Um grupo de cientistas descobriu um novo tratamento contra a malária baseado no uso de *Artemisia annua*, conhecida popularmente como losna, uma planta da qual é extraído o principal ingrediente para a fabricação de remédios para a doença, conforme a revista “Proceedings of the National Academy of Sciences”

Durante décadas, médicos e servidores de saúde pública em todo mundo tiveram suas tentativas de tratar a malária frustradas pela capacidade do parasita de desenvolver resistência aos medicamentos.

Mas a forma de combate à malária pode mudar após a descoberta

da equipe do microbiólogo Stephen Rich, da Universidade de Massachusetts Amherst.

Usar diretamente a losna é três vezes mais eficaz que utilizar a dose padrão dos remédios que contêm artemisina e que hoje constituem a forma mais comum de tratar malária em nível mundial, afirmam os cientistas. A aplicação direta da planta é ainda duas vezes mais eficiente, mesmo se a dose do medicamento for dobrada.

Para realizar a pesquisa, Rich e sua equipe realizaram uma série de experimentos para comparar os resultados do tratamento da malária com a planta e com os remédios.

Foram avaliados nos dois tipos de malária usados e que afetam os roedores o tratamento mais eficaz e quais parasitas resistiam, uma vez que tinham sido aplicados diferentes medicamentos.

Um dos tipos da doença testados é o que mais se assemelha ao *Plasmodium falciparum*, o mais mortal dos cinco parasitas da malária humana.

“Realizando esses experimentos com diferentes espécies da malária dos roedores, conseguimos uma prova sólida sobre o tratamento”, afirmou Rich.

Para o cientista, o estudo tem importância especial porque 3,2 bilhões de pessoas correm risco de contrair malária, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nas conclusões da pesquisa, os cientistas sugerem que futuros estudos explorem mais profundamente as possibilidades de tratar a doença com a planta, um método mais barato e não baseado em fármacos.

Fonte: UOL

Parto em casa pode ser a 'melhor opção', diz instituto britânico

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015



James Gallagher

Editor de Saúde da BBC News

O parto domiciliar e aqueles feitos em centros médicos assistidos por enfermeiras obstetras são melhores para mães e, muitas vezes, mais seguros para os bebês, disse um órgão do governo britânico, em um anúncio que poderá fazer com que centenas de milhares de crianças nasçam fora de hospitais.

Cerca de 700 mil bebês nascem a cada ano na Inglaterra e no País de Gales, nove em cada 10 em unidades obstetras chefiadas por médicos em hospitais.

O Instituto Nacional para Saúde e Excelência em Atendimento, órgão consultivo do sistema de saúde público britânico, disse que 45% das mulheres estão em risco muito baixo de complicações e poderiam dar à luz em outros locais.

O órgão disse ser importante oferecer mais opções às mulheres, como parto domiciliar ou em centros com enfermeiras obstetras na própria comunidade ou perto de um hospital.

Independente do local, a entidade afirmou que deve haver uma parteira para cada mulher em trabalho de parto.

Menos complicações

Para as 'mães de primeira viagem', o número de partos sem intervenções médicas foi maior naqueles realizados em casa e em centros de parteiras do que em hospitais.

Mas há um risco maior de problemas médicos graves para o bebê, incluindo morte natimortos, para partos domiciliares.

Em mulheres que já tiveram, pelo menos, um filho, a taxa de intervenções médicas também foi menor em partos realizados fora de hospitais

Não está totalmente claro por que há altas taxas de intervenções médicas durante partos em hospitais, mas acredita-se ser uma combinação de mulheres que se sentem mais confortáveis em um ambiente familiar e com parteiras conhecidas.

Há também a preocupação de alguns médicos que podem estar muito interessados em usar intervenções clínicas.

“Os trabalhos liderados por parteiras têm melhores resultados para as mães do que as unidades obstétricas e salas de parto tradicionais”, disse Susan Bewley, professora de obstetrícia complexa da Universidade King’s College, de Londres, e parte da equipe que desenvolveu as novas diretrizes do órgão de saúde britânico.

“(Esses tipos de partos) podem ser particularmente adequados para todas as mulheres porque as taxas de intervenção são mais baixas”.

A ênfase, segundo ela, é na escolha de cada mãe diante de diferentes necessidades. As orientações aplicam-se apenas a mulheres com baixo risco de complicações.

Fatores que aumentam o risco incluem a mulher estar acima de 35 anos, pressão alta, doenças cardíacas ou anemia.

Cathy Warwick, da Universidade Real de Enfermaria Obstétrica, disse que “a evidência mostra que se mulheres não têm nenhuma complicação na gravidez, elas terão melhores resultados se puderem fazer estas opções”.

Ela disse, no entanto, ser necessário mudanças no sistema de saúde público britânico e mais unidades com enfermeiras obstetras.

Fonte: UOL

Anvisa vai liberar uso de novo medicamento que trata a Hepatite C

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa, concluiu o processo de registro do medicamento Daklinza (daclatasvir), voltado para o tratamento de Hepatite C, e deve liberar seu uso em breve, de acordo com o órgão ligado ao Ministério da Saúde. Desta forma, médicos e pacientes passarão a ter mais uma opção terapêutica para a doença.

A nova droga, aplicada via oral, é mais eficaz em relação a outras terapias existentes e reduz o tempo de tratamento contra o vírus, que atinge cerca de 3% da população mundial. Ainda segundo a Anvisa, outros dois princípios ativos que combatem a doença estão em análise: o sofosbuvir e o simeprevir.

A autorização para uso do Daklinza será publicada no Diário Oficial da União. No Brasil, a hepatite C acomete entre 1,4% e 1,7% da população, principalmente pessoas com idade a partir de 45 anos. Atualmente 15,8 mil pessoas estão em tratamento para a Hepatite C no Sistema Único de Saúde, o SUS.

Entenda a doença

Segundo os médicos, as hepatites se caracterizam por uma

inflamação no fígado e podem ser causadas por álcool, medicamentos e vírus, por exemplo. Porém, são doenças silenciosas e 90% dos casos não dão sintomas – apenas 10% dão sinais, como urina escura e pele amarela, por exemplo e, em algumas situações, inclusive, sinais semelhantes aos de uma gripe.

Quem é infectado pelo vírus C pode desenvolver a forma crônica da doença ou não, tendo apenas que conviver com ele. Além dos danos ao fígado, como cirrose, câncer e insuficiência hepática, a hepatite C também pode levar à diabetes, comprometer os rins e nervos e causar artrites em diferentes articulações.

Para evitar o vírus C, é importante tomar cuidado ainda com o compartilhamento de objetos, como alicates, por exemplo, que devem ser sempre esterilizados.

Existe um teste disponível no SUS que pode ajudar a diagnosticar a doença. Porém, não é necessário que todas as pessoas façam, apenas os mais vulneráveis, ou seja, que fizeram transfusões antes de 1993 (quando não havia conhecimento do vírus), usuários de drogas, tatuados ou com piercing ou que fizeram sexo desprotegido.

Hepatites

Hepatologista Fernando Vieira e infectologista Caio Rosenthal diferenciam os tipos da doença

O que são

Inflamações no fígado

causadas principalmente por vírus

Provocam uma doença **silenciosa e perigosa**

Podem levar à morte

se não forem tratadas, dependendo do tipo



Sintomas

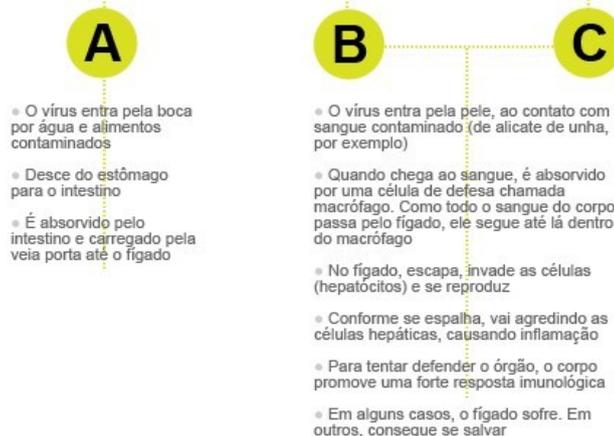
Em alguns casos, pode haver sinais como:

- Cansaço
- Febre
- Mal-estar
- Tontura
- Enjoo
- Vômitos
- Dor abdominal
- Pele e olhos amarelados
- Urina escura
- Fezes claras
- Sérios danos ao fígado

Tipos de hepatite

	A	B	C
COMO PEGA?	<ul style="list-style-type: none"> • Água e alimentos contaminados • Má higiene das mãos antes de comer 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Objetos de manicure • Agulha de tatuagem e piercing infectados • Clínicas ilegais de aborto • Uso de drogas inalatórias (cocaina e crack) • Compartilhamento de seringas contaminadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfusões de sangue anteriores a 1993 • Objetos de manicure • Agulha de tatuagem e piercing infectados • Clínicas ilegais de aborto • Uso de drogas inalatórias (cocaina e crack) • Compartilhamento de seringas contaminadas
TIPO DE VÍRUS	RNA , que mora no citoplasma das células	DNA , que mora no núcleo das células	RNA , que mora no citoplasma das células
EXISTE CURA?	Sim , o vírus pode ser completamente removido sem deixar sequelas no fígado	Não , porque o vírus vive no centro da célula, mas pode ser anulado com tratamento	Sim , o vírus pode ser totalmente removido
QUANTO TEMPO DURA?	A doença geralmente leva de 40 a 60 dias	De 30 dias até a vida toda (forma crônica) o que equivale a 12% dos casos	De 30 dias até a vida toda (forma crônica), o que responde por até 75% dos casos
COMO EVOLUI?	Em apenas 1% dos casos, destrói o fígado em menos de 2 meses e exige transplante, podendo até matar	Em quadros mais graves, causa câncer de fígado	Em quadros mais graves, pode dar cirrose
SOBREVIVÊNCIA	25 dias em ambientes como poços artesianos ou dentro de ostras	7 dias fora do corpo	4 dias fora do corpo humano
INCIDÊNCIA	São registrados pelo menos 1,5 milhão de casos por ano no mundo, a maioria em países em desenvolvimento	Já infectou 450 milhões de pessoas em todo o mundo	Estima-se que seja responsável por 200 milhões de casos no mundo e 3 milhões no Brasil

O caminho das hepatites



Fonte: G1

Veja aqui as melhores práticas em OPMEs

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015



Melhores Práticas em **OPMEs** Para reestruturação ética do setor

08h30 – Recepção dos Participantes

08h50 – Abertura da Conferência pelo Presidente de Mesa

SESSÃO 1 – CENÁRIO ATUAL DA SAÚDE COM A UTILIZAÇÃO DE OPME

As OPMEs vêm sendo responsáveis pelos maiores impactos econômicos nos procedimentos cirúrgicos realizados nas instituições hospitalares. Pela sua importância e pelos impactos econômicos que tem provocado, tem ganhado cada vez mais destaque na área e conflitos de interesse entre hospitais, operadoras, fornecedores e médicos. Chegam a compor 80% do valor da conta hospitalar, a depender do caso clínico e complexidade do procedimento do paciente.

Dr. Alberto Kaemmerer, Cirurgião Torácico com Mestrado e Doutorado pela UFRGS e Professor de Gestão em Saúde – Universidade Federal de Ciências da Saúde de PA

09h00 – O MERCADO DE OPME: DISCUTA QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES E SAIBA COMO ATUAR DIANTE DOS IMPASSES DE UM SETOR TÃO POLÊMICO – Qual a origem do problema e porque chegamos ao estágio atual? – A distância entre o discurso e a prática – Entenda de que maneira os hospitais e médicos atuam embaralhando as fronteiras da ética e as boas práticas

Gonzalo Vecina Neto, Diretor Superintendente – Hospital Sírio Libânes
Luiz Carlos Sobania, Membro da Comissão de Produtos da Saúde- Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

ALGUNS DOS PRINCIPAIS CONFLITOS E AS MELHORES PRÁTICAS PARA CHEGAR A SOLUÇÕES

10h00 – A Judicialização da Prática Médica: Entenda o porquê o judiciário tem que intervir com tamanha frequência na equação do problema e saiba quais as possibilidades de atuação preventiva – Benefícios para os médicos e falta de conhecimentos técnicos do judiciário – A indústria das liminares; – Insatisfação do paciente e as dificuldades de aprovação – Quando as teorias serão postas em prática? João Pedro Gerban Neto, Desembargador Federal – TRF da 4ª Região / Membro do Fórum Nacional da Saúde – Conselho Nacional de Justiça

10h30 – Coffee & Networking

11h00 – A Segunda Opinião na Indicação de Cirurgia Envolvendo OPMEs

Acompanhe através de case de hospitais os resultados obtidos com a implantação dessa nova prática.

– A resistência do corpo clínico para estruturar os Comitês de Segunda Opinião

Marcelo Mudo, Diretor – Sociedade de Neurocirurgia

Miguel Cendoroglo Neto, Superintendente Médico -Hospital Israelita Albert Einstein

11h30 – A Nova Tratativa e as Questões Fiscais da Comercialização em OPME

– Como acabar com o círculo vicioso nas negociações em OPME – Possíveis controvérsias nas áreas de faturamento dos hospitais e das operadoras e na emissão de NF – É possível os fornecedores, operadoras, médicos e hospitais participarem conjuntamente de uma mesa de negociações?

– Quem conduz a política de precificação?

– Número excessivo de fornecedores negociando com número restrito de compradores

– Saiba como quebrar a desconfiança e criar um ambiente sustentável na negociação

Andrea Cristina Gama Bergamini, Coordenadora de Custos Assistenciais – Unimed Mercosul

Joselito Pedrosa, Gerente Geral – Gerência Geral de Tecnologia de Produtos para a Saúde – ANVISA

Débora Soares de Oliveira – Enfermeira Auditora Especialista em OPME- Qualirede

12h00 – Almoço e Networking

SESSÃO 2 – REESTRUTURAÇÃO ÉTICA DO SETOR

13h00 – Discuta as Questões éticas que Envolvem OPMEs e Conheça Novas Propostas para Reestruturação do Setor e

Protocolos de Uso. A atuação ética de empresas, entidades públicas e indivíduos têm sido uma das grandes questões surgidas na última década, na esteira da globalização. Os problemas resultantes de desvios éticos resultaram em um crescente conjunto de normas e leis, inclusive regulando questões não abrangidas pelos códigos de ética. Tem havido enormes progressos e unanimidade quanto à importância da autorregulação e da legislação.

Proposta de acordo setorial e o futuro das OPMEs: Acordo Empresarial pela Integridade e contra a Corrupção – Identificando riscos e mecanismos de controle – Assegurando as boas práticas de comercialização – Criando sistemas de informação e controles externos – Estabelecendo uma fonte externa de decisão, através de comissão independente, de alto nível para avaliação ética.

Gláucio Pegurin Libório, Presidente do Conselho Administrativo- ABRAIDIAntônio Fonseca, Sub Procurador Geral da República – Ministério Público Federal Caio Magri, Diretor de Políticas Públicas – INSTITUTO ETHOS

SESSÃO 3 – CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE SUSTENTÁVEL

14h30 – MESA REDONDA ESPECIAL: Entenda o Ponto de Vista de Cada Player Envolvido e as Estratégias para Mudar a Situação Atual e Alcançar um Ambiente Sustentável.

Para o melhor desempenho do mercado é preciso profissionais preparados para a liberação e o acompanhamento dos materiais especiais utilizados em cada cirurgia, conhecendo as equipes envolvidas nas diversas especialidades de procedimentos, para que se obtenha um controle adequado dos custos sem perder a qualidade dos serviços prestados. Qual o melhor caminho para garantir uma boa gestão em OPME? – Estratégias de comercialização e negociação para os melhores resultados – Desenvolva estratégias para estabelecer o relacionamento entre toda a cadeia e minimize impactos – Como estruturar os serviços com as novas implantações da

TUSS 3.0 – Qual o futuro das OPMES?

DEBATE COM OS PRINCIPAIS PLAYERS SOBRE SUAS VISÕES COM RELAÇÃO ÀS DIFICULDADES DO SETOR E DISCUSSÃO DAS MELHORES ESTRATÉGIAS PARA ELIMINAR O CONFLITO DE INTERESSES E GARANTIR MAIOR RENTABILIDADE PARA O SETOR.

Moderador

Sérgio Madeira, Diretor Executivo -ABRAIDI

14h30 – VISÃO DO ÓRGÃO REGULATÓRIO – Diante da Visão de Toda a Cadeia Saiba como ficam os Pacientes

14h50 – VISÃO DOS HOSPITAIS – O Papel dos Hospitais no Repasse dos OPMES Junto aos Fornecedores

Leonisa Scholz Obrusnik – Gerente de Suprimentos – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

15h10 – Coffee & Networking

15h40 – VISÃO DAS OPERADORAS – Saiba Como as Mudanças de Conduta Podem Melhorar o Relacionamento de Hospitais e Operadoras

Sergio Galvão, Diretor- Bradesco Seguros

16h00 – VISÃO MÉDICA – Qual o Real Papel do Profissional na Gestão de OPME?

Alexandre Pagnoncelli, Diretor Presidente – Audita Consultores

16h20 – VISÃO DO FORNECEDOR – Acordos Comerciais entre Fornecedores e Operadora: Vantagens e Desvantagens

16h40 – Talk Show Entre os Players

18h00 – Encerramento da Conferência

Informação da quantidade de frutas no rótulo! Mais uma vitória para os consumidores!

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015

Empresas tem até dezembro desse ano para informar a quantidade de fruta nos rótulos de bebidas não alcoólicas Nova norma foi publicada no fim de 2013, porém foi pouco divulgada para os consumidores.

Após grande trabalho do Idec no início do ano com a Campanha "Agite-se antes de beber", com o vídeo que mostrava como as bebidas tinham porcentagens de sucos muito baixas, ao mesmo tempo que continham altos teores de açúcar, e que os consumidores não sabiam dessa informação e achavam que esses produtos eram saudáveis por conta do apelo publicitário, conseguimos uma grande vitória! Os consumidores estão mais atentos e cobrando mais informações sobre essas bebidas!

Esse mês (dezembro/2014) vence o prazo para as indústrias se adequarem a nova lei do Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento, que, em conjunto com outros órgãos do governo publicou em 2013 uma série de instruções normativas que tem como objetivo informar a população de forma mais clara e precisa sobre a porcentagem de suco – de fruta ou vegetal – e polpa de fruta utilizada em algumas bebidas não alcoólicas mais consumidas pelos brasileiros.

Uma boa parte dessas bebidas já se adequaram as normas, visto que o prazo é até dezembro deste ano. Os consumidores já podem

notar, em destaque na embalagem, a porcentagem de suco da sua composição.

Antes dessa regulamentação, essa informação não era obrigatória, e muitos consumidores não sabiam qual era a quantidade de suco nessas bebidas.

O Idec acredita que esse é um grande começo para que mais vitórias em prol dos consumidores sejam conquistadas.

Há anos o Idec luta para alcançar vitórias como esta em prol dos consumidores, mas sabemos que muito ainda precisa ser feito. Realizamos este trabalho de maneira independente, sem receber recursos de governos, empresas ou partidos políticos e, somente com a força do seu apoio, podemos continuar firmes na luta por mais respeito aos cidadãos brasileiros.

Fonte: ideo

**Equipment-related incidents
in the operating room: an
analysis of occurrence,
underlying causes and
consequences for the clinical**

process

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015

Background Equipment-related incidents in the operating room (OR) can affect quality of care. In this study, the authors determined the occurrence and effects on the care process in a large teaching hospital. Methods During a 4-week period, OR nurses reported equipment-related incidents during surgery procedures in both locations of the hospital. The incidents were reported using a separate form for each incident. A structured analysis (PRISMA) was used to analyse incidents that resulted in serious delays (>15 min). Results Forms were returned for 911 out of 1580 surgeries (57.7%). In total, 148 incidents were registered, relating to a total of 29 h and 45 min of extra

work. In addition, 12 h and 9 min of operational delay was registered. Most incidents involved instruments (46%) or medical devices (28%). 68% occurred during surgery and 32% during the preparation phase. No direct physical harm was reported, although indirect harm, like

longer anaesthesia, did occur and can be defined as an adverse event. 10% of the incidents led to a delay of over 15 min. For these incidents, 'management decisions' (eg, inventory capacity, planning procedure) was the most encountered root cause. Only six out of the 148 incidents found corresponded with the blamefree reporting database. Conclusions Equipment-related incidents occurred frequently in the involved hospital sites (up to 15.9%) and resulted in some extra work and additional minutes of delay per event. Management decisions have considerable influence on the occurrence of equipment-related incidents. There was serious under-reporting of incidents.

Literature suggests that adverse events in hospitals occur at unacceptably high rates and that a considerable percentage are preventable the exact number of (near) incidents in hospitals

is unknown, as good incident-reporting systems are lacking or are used inconsistently. With respect to incidents in the operating room (OR), Cooper concludes in two studies that 14% of incidents during anaesthesia procedures are the result of overt equipment failure. In addition, 'equipment design was indictable in many categories of human error, as were inadequate experience and insufficient familiarity with equipment.'⁸ This distinction in error causation can be related to active and latent failures. Active failures are the unsafe acts committed by people who are in direct contact with the patient or system, and latent conditions are the weaknesses in defence mechanisms created by designers, builders or management. Also government agencies stress the importance of adequate equipment management. In addition, equipment is an important factor to be considered in OR scheduling. Equipment-related incidents are listed among the most common causes of delay in the OR, after the late arrival of surgeons or anaesthetists. Furthermore, many interruptions that were found in previous studies are related to equipment. As interruptions during surgery might lead to adverse events, streamlining all processes involving equipment will reduce risks by reducing the number of interruptions. We could not find any literature reporting on prospective inventories of equipment-related incidents, irrespective of nature or background, and its effect on continuity and safety of the operating room processes. This study sought to determine the occurrence of equipment-related incidents in the OR, the effect of these incidents on the continuity of the clinical process and the underlying causes of these incidents.

Veja o PDF completo, [clikando aqui](#)

Revisão sistemática e meta-análise do efeito da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde sobre as complicações pós-operatórias

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015

Título original:

Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications

Introdução: A lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi introduzida para melhorar a segurança dos procedimentos cirúrgicos. Esta revisão sistemática avaliou evidências atuais da efetividade desse protocolo para a redução das complicações pós-operatórias.

Métodos: Foram realizadas buscas com critérios de inclusão pré-definidos nas bases de dados Cochrane, MEDLINE, Embase e CINAHL. A revisão sistemática incluiu todos os artigos originais relatando uma medida quantitativa do efeito da LVSC da OMS sobre as complicações pós-operatórias. Foram extraídos dados relativos a complicações pós-operatórias divulgados em

pelo menos dois estudos. Foi usada uma meta-análise para quantificar o efeito da LVSC da OMS sobre qualquer complicação, infecção do sítio cirúrgico (ISC) e mortalidade. O coeficiente de contingência Q de Yule foi usado como medida da associação entre a efetividade e o grau de adesão à lista de verificação.

Resultados: Sete dos 723 estudos identificados atenderam os critérios de inclusão. Houve uma heterogeneidade metodológica marcante entre os estudos. O impacto em seis resultados clínicos constou em pelo menos dois estudos. Foi realizada uma meta-análise para três resultados principais (qualquer complicação, mortalidade e ISC). As razões de risco para qualquer complicação, mortalidade e ISC foram de 0.59 (intervalo de confiança de 95%: 0.47 a 0.74), 0.77 (0.60 a 0.98) e 0.57 (0.41 a 0.79), respectivamente. Houve forte correlação entre uma diminuição significativa nas complicações pós-operatórias e a adesão a aspectos do cuidado embutidos no protocolo (Q = 0.82; P = 0.042).

Conclusão: As evidências são muito sugestivas de uma redução nas complicações pós-operatórias e na mortalidade após implantação da LVSC da OMS, mas não se pode as enxergá-las como definitivas sem estudos de maior qualidade.

Resumo Original:

Background: The World Health Organization (WHO) surgical safety checklist (SSC) was introduced to improve the safety of surgical procedures. This systematic review evaluated current evidence regarding the effectiveness of this checklist in reducing postoperative complications.

Methods: The Cochrane Library, MEDLINE, Embase and CINAHL were searched using predefined inclusion criteria. The systematic review included all original articles reporting a quantitative measure of the effect of the WHO SSC on postoperative complications. Data were extracted for postoperative complications reported in at least two studies. A meta-analysis was conducted to quantify the effect of the WHO SSC on any complication, surgical-site infection (SSI) and mortality. Yule's Q contingency coefficient was used as a measure of the association between effectiveness and adherence with the checklist.

Results: Seven of 723 studies identified met the inclusion criteria. There was marked methodological heterogeneity among studies. The impact on six clinical outcomes was reported in at least two studies. A meta-analysis was performed for three main outcomes (any complication, mortality and SSI). Risk ratios for any complication, mortality and SSI were 0.59 (95 per cent confidence interval 0.47 to 0.74), 0.77 (0.60 to 0.98) and 0.57 (0.41 to 0.79) respectively. There was a strong correlation between a significant decrease in postoperative complications and adherence to aspects of care embedded in the checklist ($Q = 0.82$; $P = 0.042$).

Conclusion: The evidence is highly suggestive of a reduction in postoperative complications and mortality following implementation of the WHO SSC, but cannot be regarded as definitive in the absence of higher-quality studies.

Promessa de Aprender - Melhorando a segurança dos pacientes na Inglaterra

escrito por Ana Miranda | 13 de janeiro de 2015

No seu cerne, o NHS continua sendo, no mundo inteiro, um líder exemplar de compromisso com a saúde e com o cuidado de saúde enquanto um direito humano – o esforço de toda uma sociedade para assegurar que todas as pessoas, em seu momento de necessidade, sejam amparadas, cuidadas e curadas. Trata-se de uma ótima instituição. Porém, os eventos em Mid Staffordshire tornaram necessário reexaminar o que o NHS faz e determinar como o sistema pode melhorar ainda mais. A única homenagem concebível que se pode prestar aos que sofreram dano é implantar mudanças capazes de evitar ocorrências semelhantes a outros e em outras localidades. Nossa tarefa tem sido a de estudar os vários relatos de Mid Staffordshire, bem como as recomendações de Robert Francis e outros, no sentido de destilar as lições aprendidas para o Governo e para o NHS, e de especificar as mudanças que se fazem necessárias.

Seguem-se alguns dos pontos identificados:

- Existem problemas de segurança do paciente em todo o NHS, assim como em qualquer outro sistema de saúde no mundo.
- Não se pode culpar os profissionais do NHS: na maioria esmagadora das circunstâncias, são os sistemas, os procedimentos, as condições, o ambiente e as restrições enfrentadas que causam problemas para a segurança do paciente.

- Prioridades incorretas causam dano: outros objetivos são importantes, mas o foco central deve sempre ser os pacientes.
- Em alguns casos, inclusive em Mid Staffordshire, não se prestou atenção aos sinais de alerta, claros e abundantes, especialmente as manifestações de pacientes e seus cuidadores
- Quando a responsabilidade é difusa, ninguém claramente a possui: quando há muitos no comando, ninguém realmente está.
- Para melhorar, é necessário um sistema de apoio: o NHS precisa de uma pauta de capacitação que seja ponderada, orientada e que tenha recursos para atingir a melhoria contínua.
- O medo é prejudicial tanto para a segurança quanto para a melhoria. Para tratar dessas questões, o sistema precisa:
- Reconhecer com clareza e coragem a necessidade de uma ampla mudança sistêmica.
- Abandonar a culpa enquanto ferramenta e confiar na boa vontade e nas boas intenções da equipe de profissionais.
- Reafirmar a primazia de trabalhar com pacientes e cuidadores, de forma a atingir os objetivos do cuidado de saúde
- Usar metas quantitativas com precaução. Essas metas desempenham um papel importante no caminho para o sucesso, mas não devem suplantar a meta primordial de um cuidado melhor.
- Reconhecer que a transparência é essencial, assim como esperar e insistir nela.
- Assegurar que a responsabilidade por funções relativas à segurança e à melhoria esteja designada com clareza e objetividade.
- Propiciar respaldo aos profissionais do NHS, ao longo de toda a carreira, para que aprendam, dominem e apliquem métodos

de controle, melhoria e planejamento da qualidade.

– Infundir no NHS sempre o orgulho e a alegria no trabalho, não o medo. A mudança mais importante no NHS em resposta a este relatório seria que ele se tornasse, mais do que nunca, um sistema dedicado à aprendizagem e melhoria contínua no cuidado do paciente, em todos os sentidos.

Fizemos recomendações específicas em torno deste ponto, destacando a necessidade de melhorar o treinamento e a formação, voltadas para que o NHS Inglaterra ajude a compor uma rede colaborativa para a melhoria da segurança, de forma a identificar e disseminar abordagens capazes de aumentá-la em todo o NHS.

As dez recomendações que fizemos são:

1. O NHS deve reduzir sempre todo e qualquer dano ao paciente, abraçando sincera e profundamente uma ética do aprendizado.
2. Todos os líderes envolvidos com o NHS no cuidado de saúde – nos âmbitos político, regulatório, executivo, clínico, de governança e jurídico – devem colocar a qualidade do cuidado em geral, e a segurança do paciente em particular, no topo das prioridades de investimento, investigação, melhoria, divulgação regular, encorajamento e suporte.
3. Os pacientes e seus cuidadores devem estar presentes, empoderados e engajados, em todos os níveis das organizações de cuidado de saúde, desde as enfermarias até o Conselho Diretor.
4. O Governo, o Health Education England e o NHS Inglaterra devem garantir a disponibilidade de profissionais em quantidade suficiente para prestar, com segurança, os cuidados necessários a todo momento, contando com total apoio para

isso.

5. O domínio das ciências da qualidade, da segurança do paciente e de suas práticas devem fazer parte da preparação inicial e da formação ininterrupta de todos os profissionais de saúde, inclusive gestores e executivos.

6. O NHS deve se tornar uma organização que aprende. Seus líderes devem criar e respaldar recursos de aprendizagem, na escala cabível dentro do NHS.

7. A transparência deve ser completa, oportuna e inequívoca. Todos os dados sobre qualidade e segurança, sejam eles coletados pelo governo, organizações ou sociedades profissionais, devem ser compartilhados, de forma oportuna e acessível, com todas as partes interessadas, inclusive o público.

8. Todas as organizações devem buscar ouvir os pacientes e o cuidador como recurso essencial para o monitoramento da segurança e da qualidade do cuidado.

9. Os sistemas de supervisão e regulamentação devem ser simples e claros. Devem evitar a difusão da responsabilidade e respeitar a boa vontade e as melhores intenções da esmagadora maioria dos profissionais. Todos os incentivos devem apontar na mesma direção.

10. Somos a favor da regulamentação responsiva das organizações, com uma hierarquia de respostas. Qualquer recurso a sanções criminais deve ser reservado a casos extremos, funcionando primordialmente como impedimento a negligências ou maus tratos intencionais ou resultantes de descaso. O NHS na Inglaterra pode se tornar o sistema de saúde mais seguro do mundo. Isso requer a unificação das vontades, do otimismo, do investimento e da mudança. Todos podem e devem ajudar. Será também necessária uma cultura fortemente arraigada na melhoria contínua. Regras, padrões, regulamentos e o cumprimento destes, todos ocupam um lugar certo na busca

pela qualidade, mas se apequenam em comparação com o poder da aprendizagem incessante para todos.

Acesse o documento integral (em inglês) [clicado aqui](#)