



SBMFC

Relatório de Comunicação

Janeiro 2011

www.rspress.com.br



São Paulo, 10 de janeiro de 2012

Cliente: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

Contatos: Gustavo Gusso – Presidente
Oscarino Barreto Jr. – Diretor de Comunicação

Serviço: Assessoria de Comunicação

Equipe de atendimento: Fábio Berklian, Tatiana Almeida, Dimayma Belloni, Diego Garcia

Período: 01 a 31 de janeiro de 2012

Relatório de Atividades

Durante o primeiro mês do ano foram levantados assuntos potenciais a serem trabalhados como pauta para repercussão na grande imprensa e mídias segmentadas. No âmbito das políticas públicas serão trabalhados como tema os benefícios de se adotar o modelo europeu de saúde, que tem o médico de família e comunidade; na porta de entrada do sistema público; e o investimento em formação de MFCs, entre outros.

Outro referencial para a equipe de assessoria de imprensa é o calendário científico da SBMFC, que neste ano conta com encontros de suas associações regionais; de cursos e palestras, entre outros eventos de interesse dos MFCs e profissionais de áreas correlatas. O primeiro passo é levantar as datas e locais destes congressos e estruturar a divulgação junto à diretoria da SBMFC.

No campo da divulgação institucional/segmentada, e-Newsletter, redes sociais (facebook, twitter) e site, a RS Press manteve a produção de notas para atualização do site. Merece destaque no período a divulgação da 13ª prova de Título de Especialista; a eleição da nova diretoria da SBMFC; o lançamento do curso de educação à distância, e o UNIMFC; entre outros.

A equipe de reportagem da SBMFC realizou ainda a cobertura do III Fórum de Especialidades Médicas, que aconteceu em São Paulo, dia 14 de janeiro. O material foi publicado em todas as ferramentas de comunicação da Sociedade. Ainda no Fórum foi feita entrevista exclusiva com o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Florentino Cardoso, que referenciou a especialidade como a ponta da ESF/APS, entre outros fatores de reconhecimento ao papel do MFC na saúde pública. O material foi publicado na SBMFC News e replicado nas demais mídias da Sociedade.



Vale ressaltar que o número de acessos registrados à Newsletter semanal tem mantido a média de 1.500, o que significa um retorno de mais da metade do mailing da Sociedade. Inclusive, portais como Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, Portal Médico (CFM), tem extraído informações da News e utilizado como notícia em seus sites.

Já no campo da grande imprensa as ações terão como uma base o acompanhamento do calendário de datas da saúde do Ministério da Saúde e da *WHO*; além dos riscos do excesso de prevenção e do fortalecimento do conceito de atenção quaternária no Brasil. Dentro deste planejamento a RS Press apurou informações referentes à hanseníase no Brasil, cuja data de conscientização mundial ocorre todo último domingo de janeiro, sendo neste ano dia 29 de janeiro. Assim, foram elaborados cinco releases específicos para cada região do País, sendo fonte o diretor de Defesa de Classe da Sociedade, Cléo Borges.

Ainda em 2012 foram registradas inserções tanto na grande imprensa quanto nas mídias segmentadas quanto aos 30 anos da especialidade, tendo como base o material divulgado em News e no artigo redigido por Gustavo Gusso, presidente da SBMFC, sobre a data, os avanços, desafios e expectativas em relação à Medicina de Família, à APS, entre outras coisas.

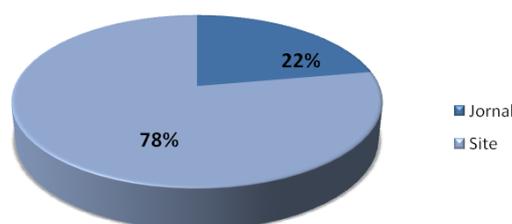
Fábio Berklian
Coordenador de Jornalismo
RS Press

Tatiana Almeida
Atendimento de Contas
RS Press



Relacionamento com a mídia

Matérias publicadas: 19*



**Distribuição das matérias publicadas nas mídias consideradas neste relatório*

Como retorno de inserções na imprensa sendo fonte a SBMFC, foram obtidas no período **pelo menos 18 matérias**, sendo classificado quantitativamente um total de 22% em site e 78% em jornais. Dados os retornos, pode se creditar o alto índice de retornos de web a matérias replicadas de grandes veículos impressos e de notas publicadas nas comunicações institucionais da SBMFC, o que é considerado positivo, pois aponta para aumento e fortalecimento da visibilidade destas mídias da Sociedade.

Em continuidade a divulgação iniciada em dezembro de 2011 foram registrados retornos sobre os 30 anos da SBMFC. O release comemorativo e o artigo de autoria do presidente da Sociedade, Gustavo Gusso, "[Medicina de Família: 30 anos de contribuição](#)", foram utilizados como fonte de reportagem publicada no jornal **Folha de Londrina**. Como personagem, foi ouvida uma médica de família da região que reforçou o modelo europeu como exemplo de atenção primária.

A nota publicada na news da Sociedade sobre eleição da nova diretoria da Sociedade (biênio 2012-14) e lançamento do curso de EAD – UNIMFC foi replicada no portal da **Federação Nacional dos Médicos (Fenam); Rede de Pesquisa APS; Saúde S/A**.

Sobre o excesso de prevenção, o presidente da SBMFC, Gustavo Gusso, falou ao jornal **Diário de S. Paulo**. A reportagem entrou na versão impressa e online do Diário e do **Bom Dia ABCD (Rede Bom Dia)**. Da Hanseníase, o diretor de Defesa de Classe, Cléo Borges, falou à reportagem da **Gazeta do Povo (Cuiabá)**, cuja matéria saiu na web da publicação. O release da assessoria também foi publicado no site do jornal mineiro **Em tempo; e Espaço UP**; entre outros. Ainda houve retorno no **Portal Mais 50** sobre os cuidados da terceira idade com o verão, sendo fonte o MFC Ademir Lopes Jr.



News SBMFC

Edição 133

- 13º TEMFC – alteração no edital
- Eleições SBMFC – biênio 2012-14
- Rio de Janeiro sedia SBMFC
- Rede Entrevista: Juan Gérvas
- Prova de Residência em MFC no RJ tem mais de cem inscritos
- Últimas
 - Encontros 2012 - Acompanhe o calendário no site da SBMFC, na seção Eventos.
 - Seminário SBMFC em vídeo – SBMFC no youtube
 - Journal Watch
 - Parceria SBMFC e Grupo A
 - Saiu nas grandes revistas

Edição 134

- Eleita nova Diretoria Executiva da Sociedade, biênio 2012-14
- Lista de candidatos homologados no 13º TEMFC
- SBMFC no III Fórum de Especialidades Médicas
- Conferência sobre Saúde Familiar e Atenção Primária
- Últimas
 - Journal Watch
 - Encontros 2012
 - Seminário SBMFC em vídeo – SBMFC no youtube
 - Parceria SBMFC e Grupo A



Edição 135

- SBMFC News entrevista – Presidente da AMB –Florentino Cardoso
- 13º TEMFC – locais de prova
- Diretor da SBMFC assume nova unidade de saúde no RJ
- Comunicado da Comissão Nacional de Acreditação (CNA)
- Últimas
 - Eleita nova Diretoria Executiva da Sociedade, biênio 2012-14-
 - Journal Watch
 - Encontros 2012
 - Seminário SBMFC em
 - Parceria SBMFC e Grupo A

Edição 136

- 5 de fevereiro – dia de 13º TEMFC - RETIFICAÇÃO
- Hanseníase na mídia
- III Congresso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericano
- PROVAB tem prazo de inscrição prorrogado
- Frente Nacional por Mais Recursos na Saúde
- Últimas
 - Encontros 2012
 - Journal Watch
 - Parceria SBMFC e Grupo



Cliente: Sociedade Brasileira de Família e Comunidade (SBMFC)

Período: Janeiro (2012)

Clippagem

REVISTA

Data	Pauta	Veículo	Fonte
Dez	Especial Residência Médica - PROVAB	Revista Dr!	Gustavo Gusso

JORNAL

Data	Pauta	Veículo	Fonte
29-dez	Opinião: 30 anos SBMFC	Folha de Londrina	Referência
28-dez	SMFC 30 Anos	Folha de Londrina	Gustavo Gusso
28-jan	A hora certa do check-up	Diário de S. Paulo	Gustavo Gusso
29-jan	Hanseníase	Gazeta de Cuiabá	Cléo Borges

WEB

Data	Pauta	Veículo	Fonte
27-jan	A hora certa do check-up	Diário de São Paulo	Gustavo Gusso
27-jan		Rede Bom Dia	
28-jan		Blog Saúde e previdência	
21-jan	Hanseníase	Espaço Up	Cléo Borges
24-jan		Blog Jornal Porta Leste	
24-jan		Portal Refrescante	
29-jan		Snif Brasil	
29-jan		Em Tempo Online	
20-jan	SBMFC tem nova dietoria	Portal Fenam	Assessoria de Imprensa
20-jan		Portal Saúde S/A	
21-jan		Blog do Mário Ferrari	
30-jan	Lançamento Unimfc	Rede APS	Assessoria de Imprensa
19-jan	Doenças de verão	Portal Mais de 50	Ademir Lopes Jr.

Egressos de medicina reforçam Atenção Básica

Com o objetivo de garantir acesso à Atenção Básica à Saúde em áreas de difícil provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, os Ministérios da Saúde e da Educação criaram programa para médicos recém-formados

Luciana Oncken

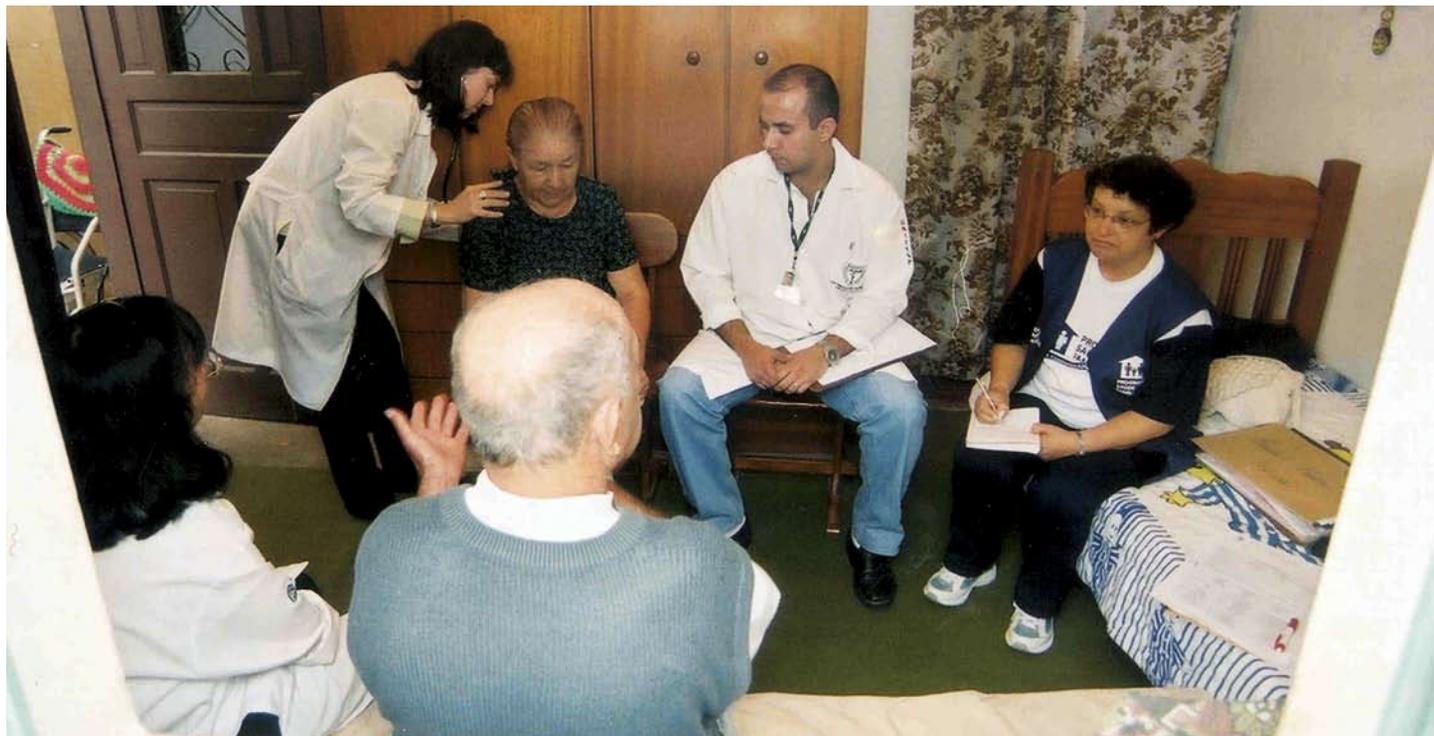
O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PVPAB) foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 2087, de 1º de setembro, com o intuito de valorizar e estimular o profissional de saúde a atuar em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família. A intenção é levar dois mil médicos a municípios de difícil acesso e de populações menos favorecidas.

Pela Resolução nº 3 do Ministério da Educação (MEC), Secretaria de Educação Superior (SESU) e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), do dia 16 de setembro, que dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos programas de Residência Médica, o egresso de medicina que participar do PVPAB, e o tiver cumprido integralmente, recebe um bônus de até 10% na pontuação para o ingresso na Residência Médica. Só podem participar profissionais que já concluíram a graduação e tenham registro profissional no respectivo conselho de classe. O programa também engloba outras áreas da saúde como enfermagem e odontologia.

Apesar das críticas de alguns setores, as entidades médicas foram consultadas em reunião com o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, no dia 17 de agosto, em Brasília, na qual compareceram representantes da

Profissionais devem integrar programas de Estratégia de Saúde da Família

Osmar Bustos



Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) e Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). A partir dali, ficou definido que as entidades fariam parte de um comitê de acompanhamento e implantação do projeto piloto, previsto para 2012, que está em fase de elaboração.

No dia seguinte, o programa foi aprovado em plenária extraordinária da CNRM. Houve ressalva em relação à bonificação, que inicialmente poderia chegar a 20%. Ficou em 10%, mas a Fenam defende 5% de bonificação, 2,5% por ano de participação no programa, que deve ser de no máximo 24 meses.

O que já foi definido é que serão firmados contratos, por meio da CLT, de pelo menos 12 meses, com os municípios que integram o programa. Podem se candidatar a receber estes profissionais 2.286 municípios que passaram nos critérios do Ministério da Saúde. O cálculo considerou o percentual de moradores da zona rural e em situação de extrema pobreza.

O compromisso de pagar o salário - que deve ser equivalente ao praticado na Estratégia de Saúde da Família - é da prefeitura, que também deve se comprometer a oferecer moradia à equipe contratada quando houver necessidade. O governo federal se compromete com a supervisão - presencial e à distância - realizada por tutores de instituições de ensino superior e de hospitais de ensino. O médico, durante sua participação por dois anos no programa, fará um curso de especialização em Saúde de Família e Comunidade, ministrado por uma universidade pública integrante do sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.

Segundo a CNRM, ainda estão sendo definidos: os critérios de seleção dos candidatos, como será realizada a supervisão dos profissionais, questões contratuais, critérios de desempenho, forma de adesão dos municípios e papel dos estados.

Médicos mais preparados

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) se manifestou contra o Programa. “O PVPAB tem características de frágil viabilidade pois é dirigido a médicos recém-formados, sem Residência Médica e, portanto, sem treinamento. Semelhante ao projeto de serviço civil voluntário, o PVPAB oferece como vantagem um ‘bônus’ que facilitará o futuro ingresso do candidato na Residência Médica. Tal atrativo pode ser, inclusive, um fator de desistência e de não fixação do médico no programa”, afirma o Cremesp, por meio de nota oficial, que também traz a preocupação com a implantação de um Plano de Carreira Cargos e Salários como forma de fixar o médico nessas regiões.

O presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo e da Fenam, Cid Carvalhaes, rebate as críticas. “Afirmar que o médico recém-formado não está preparado para a prática médica é uma declaração expressa de que o ensino médico é insuficiente e inadequado”, salienta. A mesma opinião é compartilhada pelo presidente da Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo (Ameresp), Marcos Vinícius Soares Pedrosa. “Preocupa que o egresso não esteja preparado para a Atenção Básica. Isso quer dizer que a graduação é insuficiente. Se assim for, que a Residência Médica seja para todos e obrigatória para o exercício da medicina”, afirma o presidente da Ameresp.

Hoje, de quatro a cinco mil médicos, dos 13,5 mil que se formam anualmente, ficam fora dos programas de Residência Médica. Esses egressos normalmente vão parar nos cursos preparatórios para a Residência Médica, ou vão atuar na Estratégia de Saúde da Família ou, ainda, em Plantões de Urgência e Emergência e em enfermarias, sem que haja nenhum tipo de controle, avaliação ou mensuração dos resultados. Além disso, o vínculo trabalhista, na maioria dos casos, é precário, não há qualquer garantia dos direitos do trabalhador e a rotatividade é muito grande. “A sazonalidade do atendimento não é boa para ninguém”, reforça Carvalhaes.



O presidente do Simesp ressalta que, pelo PVPAB, dois mil médicos recém-formados serão acompanhados por uma preceptoria por telemedicina e presencial periódica – por um período de quatro a cinco horas a cada 10 dias. Terão direito a um curso formativo em Estratégia de Saúde da Família, com 360 horas de duração, ministrado por uma universidade pública – 70 já se comprometeram –, incluindo algumas privadas. Passarão por uma comissão de implantação e acompanhamento, terão direito a um salário compatível com a Estratégia de Saúde da Família local – a Fenam defende que seja adotado o piso salarial de R\$ 9.188,22 por 20 horas. Levando esses pontos em consideração, Carvalhaes acredita que o resultado só pode ser positivo: um médico mais bem preparado, com mais bagagem para ingressar num programa de Residência Médica. “É a chance desses profissionais que não passaram na prova se reciclarem”.

Segundo Carvalhaes, o programa não exclui a implantação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários, do qual a Fenam e o Simesp não abrem mão. “A implantação do PVPAB é positiva ao mostrar que há vontade política do governo em oferecer assistência em áreas de difícil acesso, de promover assistência à população carente desses municípios”, avalia.

A Fenam, no entanto, defende uma série de encaminhamentos: que o médico não seja

o único da cidade; que a equipe seja completa; que não haja precarização do trabalho; que seja obedecido o piso salarial da Fenam; que haja investimento na preceptoria; que a contratação não sofra influência política do município e que o médico não seja demitido sem justa causa por conveniências locais ou eleitorais.

Para Pedrosa, da Ameresp é importante se mexer em outros pontos também. “Não basta ter recursos humanos. É preciso garantir o processo formador, condições de trabalho e trabalhar as insuficiências das redes assistenciais. É essencial investir nas reformas das unidades. O médico sozinho não consegue garantir assistência”, alerta.

Interiorização

O presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Gustavo Gusso, considera o programa positivo. “Achamos bom que o Ministério da Saúde esteja se mexendo nesse sentido”, destaca. De acordo com Gusso, o PVPAB também é positivo como forma de incentivar o interesse em Medicina de Família. A crítica da Sociedade é em relação à remuneração. Gusso cita que no ano passado foi assinada a portaria 3839/2010, que instituía um valor maior de salário para os médicos que já atendem no sistema e que têm especialização ou Residência Médica em medicina de família. Segundo ele, em janeiro deste ano, essa portaria caiu.

Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, se reúne com entidades do setor para apresentar programa. Cid Carvalhaes, acima à esq, representa Fenam

Uma preocupação do presidente da SBMFC é a fixação desses profissionais após a participação no Programa. A sugestão de Pedrosa, da Ameresp, é investir na interiorização da Residência Médica. “Porque é ela que fixa o profissional”, explica.

A secretária-executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Maria do Patrocínio Tenório Nunes, aponta, no artigo “Os 3 grandes desafios da Residência Médica”, publicado no final do ano passado no *Jornal do Cremesp*, para a mesma direção. “A oferta de novos locais de Residência com qualidade contribui para a fixação de médicos nas regiões em que a cursam”, destaca.

Maria do Patrocínio baseou-se num estudo publicado em abril de 2010 no *New England Journal of Medicine* que confirmava alguns dados coletados entre 2004 e 2008 no Brasil. “Os estudos nacionais mostravam a sobreposição

percentual de médicos em atividade, sobre a oferta de vagas-bolsa de Residência Médica por região do País”, reforça.

Regulação

O maior problema enfrentado pela Residência Médica é a falta de vagas-bolsa: cerca de 40% dos egressos não conseguem ingressar no programa. Em contrapartida, 30% das vagas ficam ociosas por falta de procura em algumas especialidades. No mesmo artigo citado acima, a secretária-executiva da CNRM, apresenta a proposta de ampliar vagas e bolsas para todos os egressos em áreas gerais como clínica geral, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia, medicina de família e comunidade, medicina preventiva e social e, talvez, psiquiatria. “Oferecer treinamento em especialidades com base em necessidades é imperativo do mundo moderno, que exige profissionais com competências, capazes de atuar com precisão nos níveis primário, secundário e terciário”, escreveu. Para Maria do Patrocínio, o médico superespecializado encontra espaço nos grandes centros, enquanto o generalista pode ser muito útil em municípios de médio e pequeno porte.

Na opinião de Gusso, o governo precisaria ir além e regular as vagas de Residência Médica, nos moldes de como é feito no Canadá e na maior parte Europa. E exigir a Residência Médica para atuar profissionalmente. Nesses países, de 40% a 50% das vagas são em Medicina de Família e é realizada uma prova única. A escolha da especialidade e do local onde irá cursar é pela ordem de colocação na prova. “No Canadá, por exemplo, o médico não trabalha se não tiver residência médica”, aponta. Ele explica que, nesses locais, o filtro para o especialista é feito pelo médico de família. “O paciente não procura direto o especialista. No Brasil, entramos num ciclo americano péssimo”, considera.

Já para Carvalhaes, esse tipo de regulação é contra o processo democrático. “Vai contra o direito do cidadão de ir e vir, ao definir o que ele deve fazer e em que local”, rebate. “Não é constitucional. Não é democrático”, finaliza.

Divulgação SBMFC

Osmar Bustos



Gusso (1): “Achamos bom que o Ministério da Saúde esteja se mexendo nesse sentido”.
Carvalhaes (2): “É a chance desses profissionais que não passaram na prova se reciclarem”.
Pedrosa (3): “É preciso também investir na reforma das unidades. O médico sozinho não garante assistência”

Osmar Bustos

A hora certa do check-up

Muitas pessoas esperam a meia-idade para fazer exames de rotina, mas os médicos garantem: medicina preventiva é importante em qualquer fase da vida, ou seja, os mais jovens também deveriam ter essa preocupação



Micheli Nunes
 Agência BOM DIA

Aquela ideia de que os check-ups frequentes devem começar apenas a partir dos 40 ou 50 anos é mito, alertam especialistas. Mesmo pessoas jovens e saudáveis precisam de acompanhamento médico e de exames preventivos, que podem evitar problemas futuros e, assim, salvar vidas.

"Quem passa por consultas regulares são idosos, mulheres grávidas e bebês com menos de 2 anos. No meio disso, existe uma faixa etária que não costuma fazer check-ups. Há idades de maior risco, mas mesmo jovens com saúde devem fazer um acompanhamento", diz Gustavo Gusso, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

Segundo o médico, até crianças saudáveis precisam visitar um médico generalista pelo menos a cada dois anos. "Acompanhamento clínico é uma coisa que começa no pré-natal, na barriga da mãe, e se estende até a morte".

Alexandre Wolkoff, médico e coordenador do pronto-socorro do Hospital San Paolo, de São Paulo, reforça o alerta. "Em todas as idades, precisamos sempre arrumar tempo para cuidar da saúde. Isso porque o estresse diário pode afetar o coração, além de contribuir para o surgimento de doenças crônicas. Consultas preventivas podem evitar os problemas e, desse modo, garantir uma vida saudável na terceira idade".

Para Wolkoff, o ideal é que as pessoas adquiram o hábito de passar por um check-up a cada ano, para que o clínico determine se existe algum problema e encaminhe o paciente a um especialista, se necessário.

Gusso acrescenta que mesmo quem faz exercícios físicos regularmente e adota uma dieta balanceada diariamente precisa passar pelo exame preventivo anual. E quem já tem problema de saúde deve aumentar a frequência. "Se o paciente for fumante, sedentário ou obeso, a visita precisa ser imediata. Depois de passar pela triagem do profissional, o número ideal de consultas será determinado".



EM TODAS AS IDADES

COMO VAI O CORAÇÃO?

Mesmo jovens na faixa dos 20 anos precisam ficar de olho. Visite um clínico geral para que ele o examine e determine se está tudo bem com o coração, o colesterol e a glicemia. Depois dos 40, se estiver tudo bem, os exames são a cada três anos

EVITE UMA DOR DE CABEÇA

Dores leves na cabeça são comuns, mas, se elas forem insistentes ou muito intensas, podem mascarar doenças mais graves. Explique o que sente para um médico de confiança e, se ele achar necessário, poderá indicar um neurologista

MENINAS

A primeira visita ao ginecologista (ou generalista) de confiança deve acontecer logo na primeira menstruação, para esclarecer dúvidas e acompanhar a puberdade. É importante que a visita aconteça antes da primeira relação sexual

MENINOS

No início da puberdade, os adolescentes também devem visitar o médico. É nessa idade que os meninos mais têm dúvidas. É bom esclarecer tudo com o profissional e evitar que os jovens procurem as respostas na internet



Leucemia

Leucemias são doenças malignas que acometem os leucócitos, os glóbulos brancos do sangue presentes nos gânglios linfáticos e na corrente sanguínea.

Assim como os glóbulos vermelhos (cuja função é transportar oxigênio para órgãos e tecidos) e as plaquetas (células responsáveis pela coagulação), os leucócitos são fabricados dentro da medula óssea a partir de uma célula-tronco e são responsáveis por grande parte do nosso sistema imunológico.

Nas leucemias, além de perder a função de defesa do organismo, os glóbulos brancos doentes produzidos descontroladamente reduzem o espaço na medula óssea para a fabricação das outras células que compõem o sangue e elas caem na corrente sanguínea antes de estarem preparadas para exercer suas funções.

Tipos

Não se conhece a causa da maioria das leucemias, que podem ser classificadas de acordo com a evolução e o tipo de defeito dos glóbulos brancos:

1) quanto à evolução

a) leucemia aguda – quando as células malignas se encontram numa fase muito imatura e se multiplicam rapidamente, causando uma enfermidade agressiva;

b) leucemia crônica – quando a transformação maligna ocorre em células-tronco mais maduras. Nesse caso, a doença costuma evoluir mais lentamente, com complicações que podem levar meses ou anos para ocorrer.

2) quanto aos glóbulos brancos afetados:

a) leucemia mieloide, linfocítica ou linfoblástica - afeta as células linfóides; e mais frequente em crianças;

b) leucemia linfóide ou mieloblástica – afeta as células mielóides; e mais comum em adultos.

Sintomas

Os primeiros sinais geralmente aparecem quando a medula óssea deixa de produzir células sanguíneas normais.

Anemia, fraqueza, cansaço, sangramentos nasais e nas gengivas, manchas roxas e vermelhas na pele, gânglios inchados, febre, sudorese noturna, infecções, dores nos ossos e nas articulações são sintomas característicos das leucemias agudas.

As leucemias crônicas de evolução lenta podem ser completamente assintomáticas.

Diagnóstico

O hemograma é o exame indicado para avaliar as condições em que se encontram as várias séries do sangue. Havendo alterações indicativas da doença, o mielograma permite a análise direta do local afetado para identificar o tipo de célula anormal que impede a fabricação dos outros elementos do sangue. A biópsia da medula óssea é o exame definitivo para a confirmação do diagnóstico. As leucemias crônicas, às vezes, são diagnosticadas com exame de sangue de rotina.

SAÚDE

Médico da família: especialidade em crise

Implantada há três décadas no País, medicina familiar conta somente com 1,5 mil profissionais distribuídos em 32 mil equipes. Segundo coordenadora do PSF em Londrina, está cada vez mais difícil encontrar candidatos para o cargo. Salário de R\$ 7 mil para 40 horas semanais não é atrativo. **PÁG.7**

Faltam médicos da família

Salário inicial, de aproximadamente R\$ 7 mil por 40 horas semanais, não seria atrativo para os recém-formados

Davi Baldussi
Reportagem Local

Londrina - É pouco mais de 13h30 quando o Uno da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina encosta embaixo de um pé de pêssego na casa de Sebastião e Maria do Carmo. Eles moram numa pequena propriedade de 11 mil metros quadrados, a cinco quilômetros do Distrito de Paiquerê, na Zona Sul de Londrina.

A médica Rosângela Libanori dirigiu o veículo até o local, acompanhada de uma dentista, uma enfermeira, uma fisioterapeuta e uma agente de saúde. O paciente que recebe a visita é César, 23 anos, filho mais velho do casal Sebastião e Maria.

César é deficiente mental e sofre com problemas nos dentes. Ele não gosta de mé-

tistas. A equipe até tenta convencê-lo, mas César recusa o atendimento. Para não perder a viagem, Rosângela decide checar a presença dos pais de César.

Enquanto é atendido, Sebastião narra o drama do filho. "Ele está sentindo muita dor, por isso não está comendo direito", conta. De acordo com a médica, o paciente precisa por cirurgia para retirar alguns dentes.

O caso de César do Carmo é apenas um exemplo das dificuldades que fazem parte da rotina dos profissionais da saúde que visitam os pacientes de casa em casa. Um desafio que médicos e outros trabalhadores da área da saúde enfrentam há três décadas no Brasil. Em dezembro, a especialidade de Medicina de Família e Comunidade completou 30 anos de

existência.

"É, portanto, uma das especialidades mais antigas do Brasil se considerarmos que a Comissão Nacional de Residência Médica foi instalada em 1977", afirma o presidente da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC), Gustavo Gusso, em artigo comemorativo à data publicado no site da entidade. Atuam hoje no País cerca de 1,5 mil médicos especializados em Medicina de Família e Comunidade, que atendem pelo Programa Saúde da Família (PSF).

De acordo com Sônia Maria Coutinho, que assume a coordenação do PSF em Londrina em janeiro de 2012, está cada vez mais difícil encontrar médicos dispostos a entrar no programa. "Grande parte que está hoje é recém-formada, fica no máximo dois anos, ou são médicos que estão prestes a se aposentar", comenta.

O médico da família e comunidade é o especialista responsável por cuidar da saúde da população com base na análise física, psicológica e do contexto social em que está inserido o paciente. Sônia participou da implantação do PSF em Londrina, em 1996. Durante mais de dez anos atendeu pacientes no Distrito de Paiquerê. Para ela, os médicos que escolhem

Cerca de 1,5 mil médicos atendem pelo PSF em todo o País

atuar no PSF de certa forma fazem uma "profissão de fé". "Não dá para comprar o carrão do ano. O objetivo é melhorar a saúde do povo", diz. O salário inicial é de aproximadamente R\$ 7 mil por 40 horas semanais.

Existem atualmente em Londrina 74 equipes do PSF, distribuídas pelos cerca de 50 postos de saúde da cidade. "O ideal seria que fossem pelo menos cem equipes", confessa. Segundo Sônia, cada equipe é projetada para atender até 4,5 mil pessoas e é formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. "Cada agente é responsável por cerca de 250 famílias. Por mês eles devem realizar pelo menos uma visita a cada uma e, dependendo do caso, ele comunica a enfermeira ou médico para realizar uma visita domiciliar", explica.

Nos Distritos de Irerê, Paiquerê e Patrimônio de Guairacá (Zona Sul) só há uma médica da família, Rosângela Libanori, que fez a visita no início desta reportagem. "Há uns três meses o médico de

Irerê saiu depois que passou numa prova de residência", conta Rosângela.

Por conta disso, de acordo com ela, as visitas domiciliares, como a da casa de César, se tornaram raras nos últimos meses. "Estou fazendo em média 40 consultas por dia nas unidades. Às vezes a gente manda o carro até o sítio para buscar o paciente. São poucos os casos de pessoas que não conseguem vir até o posto e que realmente precisam do médico, pois as enfermeiras podem dar conta de muitos atendimentos, como uma troca de um curativo."

Há cinco anos, Rosângela atua na região, desde pré-natal até o caso de um menino que caiu de um pé de manga. "A gente atende a família inteira", diz. Ela sai de segunda a sexta de Londrina por volta das 7 horas numa kombi com outros profissionais rumo aos distritos. "Eu gosto do meu trabalho. Trabalhei durante quinze anos com serviços burocráticos. Em 2002 fiz especialização em medicina da família e comunidade e em 2007 comecei a atender", relata.

Metade da população tem acesso ao PSF

Londrina - De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC), aproximadamente metade da população brasileira tem acesso ao Programa Saúde da Família (PSF). "São mais de 32 mil equipes, o que faz com que aproximadamente 10% dos médicos do Brasil atuem neste campo", informa o presidente da entidade Gus-

tavo Gusso, em artigo recente.

Gusso avaliou num artigo recente que "é um número baixo, ainda próximo da realidade de países sem sistemas de saúde organizados e onde se pratica uma medicina comercial e excessivamente intervencionista como os Estados Unidos da América. A meta dos países com sistemas de saúde públicos fortes é ter

50% dos profissionais especialistas em Medicina de Família e Comunidade".

Para a médica Sônia Maria Coutinho, o Brasil deveria adotar medidas semelhantes às da Inglaterra, Canadá e Noruega, onde o foco da saúde é voltado para a medicina familiar. "Seria interessante o País regular para que 50% dos médicos, fossem médicos da fa-

mília. Ou seja, de todos os médicos formados metade deveria se especializar em medicina familiar. Outros países já fizeram isso", comenta. No Paraná, de acordo com dados do Conselho Regional de Medicina (CRM-PR) dos 11.761 médicos ativos com especialidades, apenas 140 se especializaram em Medicina da Família e Comunidade. (D.B.)



"A gente atende a família inteira", conta a médica Rosângela Libanori

Desafio é atrair médicos para PSF

Faltam médicos para o Programa Saúde da Família (PSF). O problema foi mostrado pela FOLHA em reportagem publicada ontem e, tudo indica, que o empecilho é o salário inicial de R\$ 7 mil mensais (brutos) por 40 horas semanais. Segundo a coordenação do PSF londrinense, o programa vem atraindo dois perfis de profissionais, os jovens recém-formados ou aqueles prestes a se aposentarem.

A figura do médico de família era muito comum antigamente. O profissional tinha uma visão geral da Medicina e conhecia bem as características das pessoas que moravam nas casas que visitava regular-

mente. Resgatar esse tipo de atendimento foi a intenção do Ministério da Saúde em criar o PSF, em 1994, inspirado em experiências que vinham fazendo sucesso em países como Canadá, Cuba e Inglaterra.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, o Paraná conta com 1.838

equipes do PSF. Todas as equipes precisam contar com um médico, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários. Cada grupo atende até 4,5 mil

A falta de médicos impede justamente esse atendimento único, de caráter especial, prejudicando o conceito multidisciplinar do projeto

pessoas. A falta de médicos impede justamente esse atendimento único, de caráter especial, prejudicando o conceito multidisciplinar do projeto.

Para enfrentar a evasão de médicos do PSF, o governo federal baixou uma portaria, em agosto, permitindo que os municípios contratem esses profissionais por 30 ou 20 horas semanais. Os críticos da mudança dizem que a flexibilização do horário prejudica a essência do serviço, que é justamente oferecer a maior perma-

nência do médico na equipe e estreitar o vínculo dele com a população.

Ainda é cedo para qualquer avaliação negativa ou positiva a respeito da flexibilização do horário. É importante acompanhar as consequências da mudança no serviço, que é de grande importância para a população de baixa renda. O Ministério da Saúde informa que o Brasil tem 32.029 equipes de saúde da família, responsáveis por uma cobertura de mais de 101 milhões de pessoas em todo o País. O PSF desenvolve ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde das pessoas atendidas.

Médicos da família

Sobre a reportagem "Faltam médicos da família" (Geral, 28/12), os médicos do Programa Saúde da Família (PSF), na maioria, são recém-formados que não conseguiram ser aprovados na residência e entram nele como um bico. Assim que conseguem ingressar na residência médica, deixam o programa. O salário é pouco atrativo: os R\$ 7 mil (brutos) caem para R\$ 5 mil líquidos. O salário foi majorado há pouco tempo, pois meses atrás a Prefeitura de Londrina pagava menos de R\$ 5 mil brutos. Há prefeitura que oferece R\$ 3 mil/R\$ 4 mil. Muito pouco se comparado com o novo salário de R\$ 12 mil dos vereadores. Há que se aumentar a oferta de vagas na residência médica em saúde da família, que são poucas e restrita a poucas cidades, implantar o plano de cargos, carreiras e salários e pagar algo digno, já que os médicos são cobrados para cumprir 40 horas semanais e não têm consultório particular. O trabalho do médico do PSF é, talvez, o mais importante: faz a prevenção e a resolutividade dos problemas na própria região.

LUIZ FRANCISCONI NETO (médico) - Rolândia



Saiba qual é a hora certa do check-up

Muitos esperam até meia-idade para exames, mas médicos garantem: medicina preventiva é importante sempre Micheli Nunes

micheli.nunes@diariosp.com.br

Aquela ideia de que os check-ups frequentes devem começar apenas a partir dos 40 ou 50 anos é mito, alertam especialistas. Mesmo pessoas jovens e saudáveis precisam de acompanhamento médico e de exames preventivos, que podem evitar problemas futuros e, assim, salvar vidas.

“Quem passa por consultas regulares são idosos, mulheres grávidas e bebês com menos de dois anos. No meio disso, existe uma faixa etária que não costuma fazer check-ups. Há idades de maior risco, mas mesmo jovens com saúde devem fazer um acompanhamento”, diz Gustavo Gusso, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

Segundo o médico, até crianças saudáveis precisam visitar um médico generalista pelo menos a cada dois anos. “Acompanhamento clínico é uma coisa que começa no pré-natal, na barriga da mãe, e se estende até a morte.”

Alexandre Wolkoff, médico e coordenador do pronto-socorro do Hospital San Paolo, reforça o alerta. “Em todas as idades, precisamos sempre arrumar tempo em nossa agenda para cuidar da saúde. Isso porque o estresse diário pode afetar o coração, além de contribuir para o surgimento de doenças crônicas. Consultas preventivas podem evitar os problemas e, desse modo, garantir uma vida saudável na terceira idade.”

Para Wolkoff, o ideal é que as pessoas adquiram o hábito de passar por um check-up a cada ano, para que o clínico determine se existe algum problema e encaminhe o paciente a um especialista, se necessário.

Gusso acrescenta que mesmo quem faz exercícios físicos regularmente e adota uma dieta balanceada diariamente precisa passar pelo exame preventivo anual. E quem já tem problema de saúde deve aumentar a frequência. “Se o paciente for fumante, sedentário ou obeso, a visita precisa ser imediata. Depois de passar pela triagem do profissional, o número ideal de consultas será determinado.”

saúde & ciência

Prevalência da doença para cada 10 mil habitantes

Mato Grosso	7,52
Tocantins	5,91
Rorônia	4,19
Pará	3,92
Maranhão	3,51



Tratamento iniciado tardiamente deixa sequelas que vão da perda de sensibilidade até atrofia dos membros



Exame e tratamento são gratuitos e oferecidos na rede pública de saúde do país

> HANSENIASE

Enquanto o aceitável pela OMS é 1 caso para um grupo de 10 mil pessoas, o Estado possui 7,52 infectados pelo bacilo

Número de doentes em Mato Grosso preocupa autoridades

A número de casos de hanseníase em Mato Grosso é 8 vezes maior do que o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para cada grupo de 10 mil mato-grossenses, 7,52 estão infectados, quando o aceitável seria apenas 1. No Brasil, a média é de 1,24.

Os dados são do Ministério da Saúde e apontam que, de cada 100 mil residências visitadas no Estado, 77 têm hansenianos. No país a prevalência da doença é encontrada, em média, em 15 moradias. A situação é mais crítica em municípios do extremo Norte e também na Baixada Cuiabana.

O diretor da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, Cleo Borges, ressalta que, na maioria das vezes, em uma casa são identificadas mais de uma pessoa com a doença. “É uma doença altamente contagiosa, de fácil transmissão, pelo ar, então as pessoas que convivem com alguém contaminado correm risco de pegar a doença”.

Quando um hanseniano é identificado, as equipes de saúde realizam exames em todas as pessoas com quem ele mantém contato, procedimento que é realizado pelo menos uma vez ao ano.

Borges ressalta que Mato Grosso passou da 5ª posição para 1ª na taxa de predominância de hanseníase. Crescimento que ele atribui ao fortalecimento do trabalho de identificação de novos casos da doença e contro-

le nos registros. “Assim temos uma verdadeira face da doença no Estado. Sabemos que há regiões do país onde não há nem médicos para atender a população, como vamos ter registros confiáveis do número de casos?”.

Tratamento - Além de garantir 100% de cura, o tratamento também reduz os números de contaminação. Isso porque o paciente que estiver tomando a medicação não transmite mais a doença.

Porém, um dos maiores desafios, segundo o especialista em Medicina da Família, é evitar a desistência do tratamento que pode durar de 6 meses a 1 ano. “Neste período a pessoa tem que evitar o álcool e tomar todos os comprimidos diários, sem interrupção. Isso exige dedicação do paciente”.

Uma das orientações do Ministério da Saúde é que o tratamento seja acompanhado. Desta forma o paciente precisa comparecer diariamente na unidade de saúde para tomar a medicação ou aguardar o comparecimento do agente de saúde na casa.

Borges detalha que, quando o paciente demonstra que está seguindo a rotina o roteiro, é liberada a ingestão de alguns comprimidos em casa, por conta própria. Mesmo assim há alguns que só podem ser tomados na presença de um profissional de saúde.

Sequelas - Quando o tratamento é iniciado tardiamente, o paciente pode ficar com sequelas como a perda de sensibilidade em regiões do corpo e até atrofiamento de nervos. Borges diz que isso ocorre porque que a

hanseníase reflete na pele, mas é uma doença neural, ou seja, afeta os nervos dos braços, mãos, pernas, pés, rosto, orelhas, olhos e nariz. Quando não tratada, ela vai causando lesões, desde manchas até deformidades.

Foi o que ocorreu com o aposentado Witencler Ribas, 70, que mesmo com o tratamento não conseguiu reverter algumas lesões e, passados 2 anos, ainda tem dormências da pele. Ele conta que procurou uma unidade de saúde pela primeira vez em 2003 e fez um exame que não identificou a doença. “Naquela época eu não sabia que o exame nem sempre confirma a doença e precisa fazer os testes físicos. Então pensei que as manchas não eram nada e não procurei mais me tratar”.

Passados 5 anos, Ribas leu uma reportagem sobre o assunto e decidiu procurar novamente o médico. Fez os testes e a hanseníase foi confirmada, já em estágio avançado. “Eu guardei até hoje a reportagem que li no jornal A Gazeta. Foi graças a ela que percebi que estava com hanseníase e que busquei tratamento”.

O médico Cleo Borges destaca que muitas vezes os exames não confirmam a presença do bacilo da hanseníase no organismo da pessoa, por isso a necessidade dos testes físicos.

Atendimento - O diagnóstico da doença é feito em qualquer unidade de saúde por meio de testes físicos - térmico, tátil e doloroso. Desta maneira é possível saber se a pessoa perdeu a sensibilidade em alguma região do corpo. Na maioria das vezes,

aparecem primeiro as manchas brancas, marrons ou avermelhadas, seguidas da perda de sensibilidade.

A doméstica Selma Auxiliadora Siqueira Queiroz, 48, procurou o Programa de Saúde da Família (PSF) do bairro Baú, onde ela mora, para fazer o teste. Ela contou que há dias percebeu uma mancha que apareceu no braço. Ao ver uma reportagem sobre hanseníase, decidiu procurar o médico.

Depois de fazer os 3 testes - térmico, tátil e doloroso - ela recebeu a boa notícia. “Não estou contaminada, ainda bem, mas fiquei preocupada e por isso vim ver se era”.

Cleo Borges explicou que Selma não perdeu sensibilidade na região da mancha e não apresenta outros sintomas da doença, por isso a contaminação foi descartada.

Cenário - O coordenador de Vigilância Epidemiológica do Estado, Juliano Silva Melo, diz que ainda não há perspectivas de queda no número de novos casos de hanseníase no Estado. Isso porque há um grande índice de contaminações de crianças e adolescentes menores de 15 anos.

Somente no ano passado, 2.527 pessoas descobriram que estavam com a doença. O número foi maior do que em 2010, quando foram 2.400. Para Melo isso é reflexo de uma realidade de anos anteriores. “Depois que uma pessoa é contaminada ela pode levar até 5 anos para apresentar os sintomas. Então as contaminações podem ter ocorrido há algum tempo. Mas como temos casos em pacientes novos, é sinal que o bacilo ainda está

circulando na comunidade”.

A maior dificuldade para conseguir a redução nos números, segundo ele, é o fato de a doença não ter aparição aguda e passar despercebida pelo paciente, além da transmissão ocorrer, em sua maioria, dentro do ambiente familiar.

Entre as ações realizadas pela Secretaria estão a capacitação dos profissionais que atuam na rede básica de saúde para que estejam alertas na detecção de novos casos. “São nas unidades de saúde que a população procura atendimento. Então estes profissionais podem auxiliar na detecção e reduzir o número de novos casos”.

Tanto o diagnóstico quanto o tratamento também são realizados e acompanhados pelas unidades de saúde da família.

A doença

► A hanseníase (antigamente conhecida como lepra) é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae*. A transmissão ocorre através do ar, pelo contato direto com doentes sem tratamento que eliminam os bacilos através do aparelho respiratório. No caso dos doentes que recebem tratamento médico, não há risco de transmissão.

BOM DIA

Saiba qual é a hora certa do check-up

Muitos esperam até meia-idade para exames, mas médicos garantem: medicina preventiva é importante sempre Micheli Nunes

micheli.nunes@diariosp.com.br

Aquela ideia de que os check-ups frequentes devem começar apenas a partir dos 40 ou 50 anos é mito, alertam especialistas. Mesmo pessoas jovens e saudáveis precisam de acompanhamento médico e de exames preventivos, que podem evitar problemas futuros e, assim, salvar vidas.

“Quem passa por consultas regulares são idosos, mulheres grávidas e bebês com menos de dois anos. No meio disso, existe uma faixa etária que não costuma fazer check-ups. Há idades de maior risco, mas mesmo jovens com saúde devem fazer um acompanhamento”, diz Gustavo Gusso, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

Segundo o médico, até crianças saudáveis precisam visitar um médico generalista pelo menos a cada dois anos. “Acompanhamento clínico é uma coisa que começa no pré-natal, na barriga da mãe, e se estende até a morte.”

Alexandre Wolkoff, médico e coordenador do pronto-socorro do Hospital San Paolo, reforça o alerta. “Em todas as idades, precisamos sempre arrumar tempo em nossa agenda para cuidar da saúde. Isso porque o estresse diário pode afetar o coração, além de contribuir para o surgimento de doenças crônicas. Consultas preventivas podem evitar os problemas e, desse modo, garantir uma vida saudável na terceira idade.”

Para Wolkoff, o ideal é que as pessoas adquiram o hábito de passar por um check-up a cada ano, para que o clínico determine se existe algum problema e encaminhe o paciente a um especialista, se necessário.

Gusso acrescenta que mesmo quem faz exercícios físicos regularmente e adota uma dieta balanceada diariamente precisa passar pelo exame preventivo anual. E quem já tem problema de saúde deve aumentar a frequência. “Se o paciente for fumante, sedentário ou obeso, a visita precisa ser imediata. Depois de passar pela triagem do profissional, o número ideal de consultas será determinado.”

Previdência, Trabalho Saúde - Oscar Andrades (55) 48-9928-3440

Saiba qual é a hora certa do check-up



Aquela ideia de que os check-ups frequentes devem começar apenas a partir dos 40 ou 50 anos é mito, alertam especialistas. Mesmo pessoas jovens e saudáveis precisam de acompanhamento médico e de exames preventivos, que podem evitar problemas futuros e, assim, salvar vidas. “Quem passa por consultas regulares são idosos, mulheres grávidas e bebês com menos de dois anos. No meio disso, existe uma faixa etária que não costuma fazer check-ups. Há idades de maior risco, mas mesmo jovens com saúde devem fazer um acompanhamento”, diz

Gustavo Gusso, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família. Segundo o médico, até crianças saudáveis precisam visitar um médico generalista pelo menos a cada dois anos.

“Acompanhamento clínico é uma coisa que começa no pré-natal, na barriga da mãe, e se estende até a morte.” Alexandre Wolkoff, médico e coordenador do pronto-socorro do Hospital San Paolo, reforça o alerta. “Em todas as idades, precisamos sempre arrumar tempo em nossa agenda para cuidar da saúde. Isso porque o estresse diário pode afetar o coração, além de contribuir para o surgimento de doenças crônicas. Consultas preventivas podem evitar os problemas e, desse modo, garantir uma vida saudável na terceira idade.” Para Wolkoff, o ideal é que as pessoas adquiram o hábito de passar por um check-up a cada ano, para que o clínico determine se existe algum problema e encaminhe o paciente a um especialista, se necessário. Gusso acrescenta que mesmo quem faz exercícios físicos regularmente e adota uma dieta balanceada diariamente precisa passar pelo exame preventivo anual. E quem já tem problema de saúde deve aumentar a frequência. “Se o paciente for fumante, sedentário ou obeso, a visita precisa ser imediata. Depois de passar pela triagem do profissional, o número ideal de consultas será determinado.”



Sudeste tem mais de sete mil casos da doença

Nesta segunda-feira (24/01), é celebrado o Dia Mundial do Hanseniano. No Brasil, há aproximadamente 45 mil casos de hanseníase diagnosticados, sendo 7.400 na região Sudeste. De acordo com o diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Cleo Borges, ainda existem pontos que dificultam o tratamento, especialmente no setor público, como acessibilidade, falta de capacitação dos profissionais e a falsa idéia de que a hanseníase "acabou" em algumas partes do País.

Com isso, o especialista explica que a hanseníase acaba se tornando uma doença negligenciada pelos gestores municipais, com pouco investimento e falta de atenção devida. "Este cenário contribui para uma baixa adesão ao tratamento, por parte do próprio paciente, que enfrenta ainda o preconceito da doença, referenciada como 'coisa ruim', 'morte', epidemia, exclusão, pobreza", explica.

No enfrentamento da hanseníase, o médico de família e comunidade (MFC) atua como agente promotor de qualidade de vida ao paciente e na detecção precoce da hanseníase. "O MFC é capaz de fazer um diagnóstico precoce de qualquer alteração dermatológica e, nos casos confirmados de hanseníase, pode usar uma ferramenta de grande importância: o exame dos contactantes". Borges ressalta a necessidade promover ações diárias e vigilância contínua por meio de um programa de trabalho anual que contemple o diagnóstico de novos casos e o término do tratamento dos já existentes.

Sobre a hanseníase

Doença transmissível através das gotas eliminadas no ar pela tosse, fala, espirro e também do contato direto com as lesões da pele de uma pessoa com hanseníase que não está em tratamento. A hanseníase é causada por uma bactéria (*Mycobacterium leprae*), e afeta principalmente a pele e os nervos, o que causa limitações de mobilidade em seus portadores.



SnifBrasil Confira o resultado 2010

DIA MUNDIAL DO HANSENIANO - SUDESTE TEM MAIS DE SETE MIL CASOS DA DOENÇA

Em 24 de janeiro é celebrado o Dia Mundial do Hanseniano. No Brasil, há aproximadamente 45 mil casos de hanseníase diagnosticados, sendo 7.400 na região Sudeste. De acordo com o diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Cleo Borges, ainda existem pontos que dificultam o tratamento, especialmente no setor público, como acessibilidade, falta de capacitação dos profissionais e a falsa idéia de que a hanseníase "acabou" em algumas partes do País.

Com isso, o especialista explica que a hanseníase acaba se tornando uma doença negligenciada pelos gestores municipais, com pouco investimento e falta de atenção devida. "Este cenário contribui para uma baixa adesão ao tratamento, por parte do próprio paciente, que enfrenta ainda o preconceito da doença, referenciada como 'coisa ruim', 'morte', epidemia, exclusão, pobreza", explica.

No enfrentamento da hanseníase, o médico de família e comunidade (MFC) atua como agente promotor de qualidade de vida ao paciente e na detecção precoce da hanseníase. "O MFC é capaz de fazer um diagnóstico precoce de qualquer alteração dermatológica e, nos casos confirmados de hanseníase, pode usar uma ferramenta de grande importância: o exame dos contatantes". Borges ressalta a necessidade promover ações diárias e vigilância contínua por meio de um programa de trabalho anual que contemple o diagnóstico de novos casos e o término do tratamento dos já existentes.

Doença transmissível através das gotas eliminadas no ar pela tosse, fala, espirro e também do contato direto com as lesões da pele de uma pessoa com hanseníase que não está em tratamento. A hanseníase é causada por uma bactéria (*Mycobacterium leprae*), e afeta principalmente a pele e os nervos, o que causa limitações de mobilidade em seus portadores.



Entrar



CHEVROLET

pharmex
Brasil



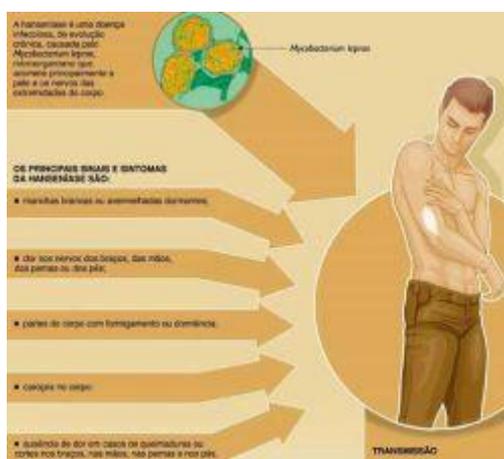
55 11 3285.2729



Região Norte é a 2ª maior em números de casos de hanseníase

Da redação

Jan 29 |19:32



Principais sintomas da hanseníase

Nesta segunda-feira (30) é comemorado o Dia Mundial do Hanseniano e, no Brasil, existem aproximadamente 45 mil casos diagnosticados, sendo mais de oito mil na Região Norte.

No Amazonas, conforme dados do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (DEVEP/SVS/MS), o quadro de hanseníase apresentou uma queda significativa.

"O nosso trabalho de conscientização, com atividades educativas, ida aos municípios e campanhas na mídia, está surtindo efeito", ressalta a chefe do departamento de controle de doenças da Fundação Para o Controle da Hanseníase no Estado, Valdeniza Pedrosa.

De acordo com o diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Cléo Borges, ainda existem pontos que dificultam o tratamento, especialmente no setor público, como acessibilidade, falta de capacitação dos profissionais, a falsa ideia de que a doença 'acabou' em algumas partes do país.

Com isso, o especialista explica que a hanseníase acaba se tornando uma doença negligenciada pelos gestores municipais, com pouco investimento e falta de atenção devida.

A hanseníase é uma doença transmissível por meio das gotas eliminadas no ar pela tosse, fala e

espirro e também no contato direto com as lesões da pele de uma pessoa com hanseníase que não está em tratamento.

É causada por uma bactéria (*Mycobacterium leprae*), e afeta principalmente a pele.



Autor: Da Redação

JAN21

Sudeste tem mais de sete mil casos da doença

Nesta segunda-feira (24/01), é celebrado o Dia Mundial do Hanseniano. No Brasil, há aproximadamente 45 mil casos de hanseníase diagnosticados, sendo 7.400 na região Sudeste. De acordo com o diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Cleo Borges, ainda existem pontos que dificultam o tratamento, especialmente no setor público, como acessibilidade, falta de capacitação dos profissionais e a falsa idéia de que a hanseníase “acabou” em algumas partes do País.

Com isso, o especialista explica que a hanseníase acaba se tornando uma doença negligenciada pelos gestores municipais, com pouco investimento e falta de atenção devida. “Este cenário contribui para uma baixa adesão ao tratamento, por parte do próprio paciente, que enfrenta ainda o preconceito da doença, referenciada como ‘coisa ruim’, ‘morte’, epidemia, exclusão, pobreza”, explica.

No enfrentamento da hanseníase, o médico de família e comunidade (MFC) atua como agente promotor de qualidade de vida ao paciente e na detecção precoce da hanseníase. “O MFC é capaz de fazer um diagnóstico precoce de qualquer alteração dermatológica e, nos casos confirmados de hanseníase, pode usar uma ferramenta de grande importância: o exame dos contactantes”. Borges ressalta a necessidade promover ações diárias e vigilância contínua por meio de um programa de trabalho anual que contemple o diagnóstico de novos casos e o término do tratamento dos já existentes.

Sobre a hanseníase

Doença transmissível através das gotas eliminadas no ar pela tosse, fala, espirro e também do contato direto com as lesões da pele de uma pessoa com hanseníase que não está em tratamento. A hanseníase é causada por uma bactéria (*Mycobacterium leprae*), e afeta principalmente a pele e os nervos, o que causa limitações de mobilidade em seus portadores.



Eleita nova diretoria Executiva da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade

20/01/2012

Foi eleita a nova diretoria Executiva da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC), biênio 2012-14. De acordo com a Comissão Eleitoral da SBMFC foram recebidos um total de 370 votos válidos, sendo 359 a favor da chapa única inscrita neste pleito.

Nesta gestão houve um importante percentual de renovação dos dirigentes e a reeleição de alguns membros. Conforme o cronograma, a posse da Diretoria será no dia 25 de agosto de 2012.

[CONHEÇA A NOVA DIRETORIA DA SBMFC.](#)

Fonte : SBMFC

Eleita nova diretoria executiva da SBMFC

Data: 20-01-2012 16:00 | **Publicado por:** Revista Saúde S/A

Foi eleita a nova diretoria Executiva da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC), biênio 2012-14. De acordo com a Comissão Eleitoral da SBMFC foram recebidos um total de 370 votos válidos, sendo 359 a favor da chapa única inscrita neste pleito.

Nesta gestão houve um importante percentual de renovação dos dirigentes e a reeleição de alguns membros. Conforme o cronograma, a posse da Diretoria será no dia 25 de agosto de 2012.

Conheça a nova diretoria da SBMFC

Diretoria	Nome	Estado	Departamentos	Nome	Estado
Presidente	Nulvio Lermen Junior	RJ			
Vice-presidente	Thiago Gomes da Trindade	RN			
Secretária Geral	Patrícia Sampaio Chueiri	DF			
Diretor Financeiro	Cleo Borges	MT			
Diretor de Comunicação	Ademir Lopes Junior	SP			
Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	Daniel Knupp Augusto	MG	Departamento de Especialização	Zeliete Zambom	SP
			Departamento de Residência	Fernando Amorim	MG
Diretor de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i>	Roberto Umpierre	RS	Departamento de Graduação	Paulo Poli Neto	SC
			Departamento de Pós-graduação <i>Stricto Sensu</i>	Marcelo Rodrigues Gonçalves	RS
Diretora Científica	Juliana Oliveira Soares	DF	Departamento de Educação Permanente	Eno Dias de Castro Filho	RS
			Departamento de Publicação	Marcelo Demarzo	SP
			Departamento de Pesquisa	Sandro Rodrigues Batista	GO
Diretor de Titulação	Emílio Rossetti Pacheco	CE			
Diretor de Exercício Profissional	Oscarino dos Santos Barreto Junior	RJ			
Diretor de Medicina Rural	Nilson Massakazy Ando	AM			

Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC)

Mario Ferrari

Eleita nova diretoria Executiva da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade

Foi eleita a nova diretoria Executiva da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC), biênio 2012-14. De acordo com a Comissão Eleitoral da SBMFC foram recebidos um total de 370 votos válidos, sendo 359 a favor da chapa única inscrita neste pleito.

Nesta gestão houve um importante percentual de renovação dos dirigentes e a reeleição de alguns membros. Conforme o cronograma, a posse da Diretoria será no dia 25 de agosto de 2012.

[CONHEÇA A NOVA DIRETORIA DA SBMFC.](#)

Fonte: **Imprensa Fenam**



Lançado o portal para educação a distância da SBMFC

UNIMFC - É o portal de internet da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) para Educação à Distância. Trata-se de mais uma ferramenta que a Sociedade passa a oferecer aos milhares de médicos que atuam em postos e outros serviços de Atenção Primária em Saúde integrados ao Programa de Saúde da Família (PSF). Concebido de uma forma dinâmica e didática o UNIMFC vai ao encontro de nossos objetivos que é justamente oferecer qualidade no atendimento à população. Mediante login e senha, o profissional médico terá a oportunidade de se atualizar nos temas e assuntos de sua especialidade e ainda navegar por inúmeras palestras e cursos virtuais. Visite o site e confira

www.sbmfc.org.br

<http://www.unimfc.com.br/institucional.php>

Oiá,
 Marketing
 Sexta, 20 de Janeiro de 2012
[Sair](#)

AGENDA CULTURAL

Rio de Janeiro Curitiba Belo Horizonte
 Conheça a programação da semana!
 Salvador São Paulo Porto Alegre



Maisde50.com.br

Busca:

Editorias

- Saúde
- Sexualidade
- Cuidar de idosos
- Relacionamentos
- Maturidade
- Casa & família
- Estética & Beleza
- Corpo & Bem-Estar
- Nutrição
- Atitude positiva
- Vida Ativa
- Seguros & Finanças
- Dicas úteis
- Blog da redação

Comunidades

- Rede de amigos
- Bate-papo
- Gente que entende
- Opinião do leitor
- Você repórter
- Testes
- Receitas
- Eventos & viagens
- Álbuns de fotos
- Vídeos
- Histórias de vida
- Nós na mídia
- Agenda Cultural

Especialistas

- Ana Fraiman
- Augusto Saboia
- Cybele Soares
- Márcia Atik
- Tamara Mazaracki
- Xico Gonçalves

SAÚDE

IMPRIMIR INDICAR [Mais](#)

Doenças do verão

Ministério da Saúde faz um alerta para as doenças mais comuns no verão

da redação

19/01/2012

Tweet

Compartilhar

O verão já está aí e é época de ir à praia ou à cachoeira, tomar um solzinho e curtir a estação que faz o Brasil, Brasil. Mas nem só de sombra e água fresca se faz o verão. É nessa época do ano que o mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*, costuma se proliferar. Só em 2011, de acordo com informações do Ministério da Saúde (MS), foram mais de um milhão de casos suspeitos no país. Além dela, outras doenças são típicas dessa época do ano. Conheça algumas e aprenda a se proteger das mais comuns no verão.

Uma publicação recente do MS alerta às pessoas sobre algumas doenças típicas do verão. De acordo com o Secretário de Vigilância em Saúde do MS, Jarbas Barbosa, "o calor e o excesso de umidade podem formar um ambiente propício à proliferação de bactérias, fungos e mosquitos. Por isso, é bom ficar atento e evitar a desidratação, a micose e outras doenças. Além disso, como as chuvas são mais frequentes neste período, devemos tomar cuidado dobrado com qualquer recipiente que possa acumular água, pois ele pode se tornar um lugar favorável para a reprodução do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da doença".

O tempo úmido – em algumas regiões do país –, o calor e o sol servem de ambiente ideal para o surgimento de diversas doenças. De acordo com o médico de Família e Comunidade da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade Ademir Lopes Junior, "várias das doenças típicas do verão estão relacionadas a alguns hábitos diferentes ou ao padrão de chuvas. É comum que em alguns lugares tenham enchentes, que podem transmitir vírus e bactérias que causam diarreia e até leptospirose. Além disso, como suamos mais nessa época do ano, é mais comum aparecerem micoses na pele".

Pessoas com mais de 50, especialmente as que têm mais de 60, devem ficar atentas a outra doença silenciosa do verão: a desidratação. De acordo com Ademir, "a pessoa idosa não sente mais tanta sede e a quantidade de água no corpo deles é proporcionalmente menor. Como o verão acarreta em mais transpiração, a probabilidade de um idoso desidratar aumenta. Ela pode ser constatada ao observar a língua, que provavelmente estará bem seca. O desequilíbrio hídrico pode aparecer com sintomas como tontura e mal estar, que melhoram assim que a ingestão de água aumenta. Pessoas de todas as idades devem consumir mais água nessa época do ano. Para saber a quantidade ideal, que geralmente varia de 1,5L a 2L, é bom beber água até observar a urina ficar clara. Aquele amarelo forte indica que deve-se beber mais água".

Os fungos e bactérias facilitam e proliferação de doenças como febre amarela e intoxicação alimentar. O excesso de chuvas exige atenção dobrada para possíveis focos de dengue na casa de cada um. O sol e o calor, em excesso, também podem causar insolação e queimaduras na pele. [Veja na próxima página](#) o que o MS tem a dizer sobre cada uma dessas doenças do verão:

Descubra como está sua alimentação.

[CLIQUE AQUI](#)

NÃO CONTÉM GLÚTEN

Baseado em vendas mundiais no varejo. Fonte IMS Outubro de 2011.

Domésticas

Encontre a sua profissional

[Solicite já!](#)

Prendas Domésticas

Desde 1974

BARELA SEGUROS

[Clique aqui e saiba mais](#)

No Maisde50,
 as amizades acontecem
 acesse a rede de amigos

Olá,
Marketing
Sexta, 20 de Janeiro de 2012
Sair



Escolha o seu prato,
teste as receitas e aproveite
para nos enviar aquela que é toda sua!

50 Maisde50.com.br

Busca: ok

Editoriais

Saúde
Sexualidade
Cuidar de idosos
Relacionamentos
Maturidade
Casa & família
Estética & Beleza
Corpo & Bem-Estar
Nutrição
Atitude positiva
Vida Ativa
Seguros & Finanças
Dicas úteis
Blog da redação

Comunidades

Rede de amigos
Bate-papo
Gente que entende
Opinião do leitor
Você repórter
Testes
Receitas
Eventos & viagens
Álbuns de fotos
Vídeos
Histórias de vida
Nós na mídia
Agenda Cultural

Especialistas

Ana Fraiman
Augusto Saboia
Cybele Soares
Márcia Atik
Tamara Mazaracki
Xico Gonçalves

SAÚDE

IMPRIMIR INDICAR Mais

Doenças do verão

Ministério da Saúde faz um alerta para as doenças mais comuns no verão

da redação

19/01/2012

Tweet 0

Compartilhar

Dengue - O Ministério da Saúde lançou recentemente a Campanha Nacional de Combate à Dengue - Sempre é Hora de Combater a Dengue, que pretende reforçar a sensibilização por parte da sociedade sobre a importância de se prevenir contra a proliferação do mosquito transmissor da doença. A cartilha orienta que basta manter hábitos domésticos simples para se evitar a proliferação do *Aedes aegypti*, como limpar calhas e caixas-d'água e recolher o lixo. "Ao apresentar sintomas como febre alta, dor de cabeça, dor atrás dos olhos, dores pelo corpo e náuseas, a pessoa deve procurar imediatamente orientação médica e não se automedicar", explica Jarbas Barbosa.

Febre amarela - A febre amarela silvestre é transmitida, normalmente, pela picada do mosquito infectado *Haemagogus janthinomys* e pode levar à morte. A vacina é a principal forma de prevenção e é recomendada para toda a população a partir dos nove meses de idade. No Brasil, no período de 1990 a 2010, ocorreram 587 casos da doença, com 259 óbitos. O maior número de registros foi no estado de Minas Gerais, onde foram confirmadas 104 mortes, seguido do Maranhão, com 90 de Goiás, com 88 do Pará, com 84 e do Amazonas, com 43.

Intoxicação alimentar - As temperaturas altas do verão são um dos principais fatores que ocasionam a intoxicação alimentar e hídrica - causadas, respectivamente, pelo consumo de comida e água contaminadas. Os sintomas podem ser diarreia, febre, náuseas e vômitos, que podem levar à desidratação. "Para evitar a ocorrência de doenças como intoxicação alimentar e cólera, é necessário estar sempre atento à segurança, qualidade e conservação dos alimentos", alerta o Coordenador Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Ministério da Saúde, Juan Cortez-Escalante.

Insolação - A insolação e a desidratação também podem ser ocasionadas pela exposição excessiva ao sol e ao tempo quente. "A recomendação é beber ao menos dois litros de água por dia, sempre aplicar o protetor solar no mínimo 30 minutos antes de se expor ao calor e evitar as horas com maior concentração solar (entre 11h e 16h), além de usar chapéus, óculos de sol e roupas leves", observa Cortez-Escalante.

Voltar 1 2 Próxima

IMPRIMIR INDICAR Mais

Tem todas as vitaminas e minerais essenciais ajustados para o seu organismo

Centrum SELECT

LIPO SEM CORTE

com até **70% de desconto**

CLIQUE E CONFIRA ▶

Oferta do Dia **GROUPON.com.br**

QUER UM ABDÔMEN DEFINIDO?

ACABA DE ACHAR O LUGAR CERTO SAIBA MAIS

Sempre Bella
Cirurgias Plásticas

No Maisde50,
as amizades acontecem
acesse a rede de amigos