

Clipping - Cuiabá/MT, 12 de dezembro de 2011.

COTIDIANO / SEM CUSTOS

11.12.11 | 14h49

Lei garante plástica para mulheres que são agredidas

Projeto atenderia mulheres vítimas de violência doméstica

Divulgação



Mulheres vítimas de violência poderão fazer cirurgia plástica sem custos

AGÊNCIA BRASIL

Mulheres vítimas de violência poderão fazer, sem custos, cirurgia plástica para reparar sequelas ou lesões causadas pela agressão. É o que prevê o projeto de lei que foi aprovado anteontem na Comissão de Direitos Humanos do Senado. Como foi aprovada em caráter terminativo, seguirá para sanção presidencial.

De acordo com a Agência Senado, as cirurgias serão de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais públicos ou conveniados. No momento em que receberem as mulheres vítimas de violência, hospitais e centros de saúde pública deverão informá-las sobre a possibilidade de acesso gratuito à cirurgia plástica reparadora. Para isso, será necessário apresentar o registro policial da agressão.

O responsável por hospital ou posto de saúde que não observar a regra poderá receber multa de dez vezes o valor do seu salário mensal, perder a função pública e ficar proibido de receber incentivos fiscais por quatro anos.

Segundo a senadora Lídice da Mata (PSB-BA), relatora do projeto, o direito à reparação de sequelas decorrentes de agressão já está garantido na Lei Orgânica da

Saúde, mas precisava de lei específica porque, em geral, costuma ser ignorado pelos gestores públicos. Muitas unidades de saúde enxergam o procedimento como supérfluo por envolver questões de cunho estético, de acordo com a senadora.

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=71786>

POLÍTICA / EMENDA 29

11.12.11 | 16h26

Júlio Campos acusa Dilma Rousseff de sabotar a Saúde

Artigo que previa a aplicação de 10% da receita foi retirado

Divulgação



Deputado federal Julio Campos

LUCAS BÓLICO
OLHAR DIRETO

O deputado federal Júlio Campos (DEM) acusa a presidente Dilma Rousseff (PT) e a base aliada de ter sabotado a chamada emenda 29, que propõe fixar valores de investimentos na Saúde. Isso porque o governo retirou da proposta original o artigo, no qual era prevista a aplicação de 10% da receita bruta da União na Saúde.

A emenda 29 foi aprovada esta semana no Senado Federal. A proposta regulamenta as aplicações mínimas da União, dos estados e municípios na Saúde. De acordo com o projeto, que ainda passará pela sanção presidencial, o Governo Federal terá de repassar ao setor o valor aplicado no ano anterior somado à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados ficam obrigados a repassar 12% das receitas à Saúde e os municípios 15%.



O congressista democrata diz que a Saúde vive em um estado de caos em todo o país e é um setor renegado pelo Governo Federal. “A presidente Dilma Rousseff (PT) sabotou a votação da emenda 29. Não deixou passar a porcentagem de 10% do PIB para a Saúde, mas obrigou os municípios a doarem 15%”, reclamou.

O parlamentar ainda disse que tem na Saúde uma de suas principais preocupações. “Cada deputado tem direito a R\$ 15 milhões, eu destinarei R\$ 13,6 milhões só para a Saúde”, afirmou. Dentre as instituições que pretende subsidiar, Campos destaca a Santa Casa e o Hospital Universitário Júlio Muller.

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=1&idnot=71799>

Notícias / Cidades

12/12/2011 - 08:22

Sistema de Ouvidoria de Mato Grosso poderá ser adotado por outros Estados brasileiros

Da Assessoria/Auditoria

O sistema de ouvidoria do Governo de Mato Grosso poderá ser escolhido como o software padrão para as unidades de ouvidorias dos sistemas penitenciários do país. A definição ocorreu ao longo do 2º Encontro Nacional de Ouvidores do Sistema Penitenciários, realizada esta semana em Brasília-DF.

Conforme a carta de propostas apresentadas pelos participantes do evento, uma comissão formada por representantes dos Estados de Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná e Bahia ficará, em conjunto com o Departamento Penitenciário Nacional (Depen), órgão ligado ao Ministério da Justiça, a cargo desta incumbência.

A comissão deverá agendar visitas nos quatros Estados brasileiros que utilizam alguma ferramenta digital nesta área para então aprofundar as análises das funcionalidades de cada software. A escolha da ferramenta faz parte das propostas de fortalecimento e alinhamento das diretrizes das ouvidorias dos sistemas penitenciários brasileiros.

FALE CIDADÃO

O Fale Cidadão foi implantado pelo Governo de Mato Grosso em meados de 2003. O software é responsável pelo gerenciamento de todas as fases relacionadas à ouvidoria no Estado, como registro e encaminhamento das demandas sociais para os setores competentes, resposta ao cidadão e produção de relatórios gerenciais.



Com a transferência da responsabilidade pela função de ouvidoria para a Auditoria Geral do Estado, que trouxe como consequência a vinculação da Ouvidoria Geral ao órgão, algumas mudanças em curso ganharam fôlego. Em 2011 várias melhorias foram implementadas na ferramenta e no próximo ano deve ser apresentada uma nova versão do software.

Os trabalhos, realizados pelo Centro de Processamento de Dados do Estado (Cepromat), consistiram na possibilidade de anexar documentos às reclamações, denúncias, sugestões e outras demandas realizadas, bem como no envio de respostas parciais ao cidadão sobre o seu contato realizado.

A nova versão do Fale Cidadão deverá subsidiar de forma mais eficiente a produção de relatórios gerenciais pela equipe da ouvidoria, cujo objetivo é o de fornecer um panorama dos serviços prestados pela administração, subsidiando, assim, trabalhos de auditoria e sindicância pela AGE, bem como a tomada de decisões estratégicas pelo Governo.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Sistema de Ouvidoria de Mato Grosso o podera ser adotado por outros Estados brasileiros&edt=25&id=224248](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Sistema%20de%20Ouvidoria%20de%20Mato%20Grosso%20poder%C3%A1%20ser%20adotado%20por%20outros%20Estados%20brasileiros&edt=25&id=224248)

Notícias / Ciência & Saúde

11/12/2011 - 18:31

Empresa deve concluir unidade; obras podem começar em 2012

De Rondonópolis - Débora Siqueira

O deputado federal Pedro Henry informou que uma empresa privada deve dar início às obras e equipar o Hospital Central, considerado o grande elefante branco paralisado desde a década de 80 no Centro Político Administrativo. A obra deve ser uma das primeiras a ser realizada por meio do programa estadual de Parceria Público Privada (PPP).

A lei 9041, de autoria da Assembleia Legislativa criando o programa, foi sancionada pelo governador Silval Barbosa em 17 de novembro de 2011. Ela permite que todas as pastas do executivo possam firmar parcerias para desenvolver obras e serviços de interesse público e gestão. O Estado pagaria aos parceiros privados pelo trabalho executado.

No caso do Hospital Central, Henry diz que após a conclusão e equipamentos, o Estado paga as dívidas para a empresa particular, como em um financiamento bancário. “O decreto regulamenta o modelo das Parcerias Público Privadas em Mato Grosso”, disse o deputado federal. Ele embarca no domingo (11) para Espanha com a finalidade de conhecer o modelo



de PPP do governo espanhol. A previsão é de que a obra do Hospital Central tenha início em 2012.

Lei das PPPs

As leis das PPPs devem funcionar de maneira semelhante as Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão dos hospitais públicos. São estabelecidas metas pelo governo para serem atingidas. Em algumas concessões, taxas podem ser cobradas da população, mas para isso deve se obter antes a aprovação do Comitê Gestor das PPPs de Mato Grosso. O tempo mínimo é de cinco anos e, no máximo, 35 anos.

Podem ser repassadas à empresas particulares as gestões de educação, cultura, saúde e assistência social; transportes públicos; ferrovias, rodovias, pontes, viadutos e túneis; portos e aeroportos; terminais de passageiros e plataformas logísticas; saneamento básico; destino final do lixo (Centro de Tratamento de Resíduos); dutos comuns; sistema penitenciário, Defesa, Justiça e Segurança Pública; ciência, pesquisa e tecnologia; agronegócios e agroindústria; energia; habitação; urbanização e meio ambiente; esporte, lazer e turismo; infraestrutura de acesso às redes de utilidade pública; infraestrutura destinada à utilização pela Administração Pública; desenvolvimento de atividades e projetos voltados para a área de pessoas com deficiência; e outras áreas de interesse da Administração.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Empresa deve concluir unidade obras podem começar em 2012&edt=34&id=223920](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Empresa+deve+concluir+unidade+obras+podem+comecar+em+2012&edt=34&id=223920)

09/12/2011 - 21h25

Rede de assistência será reforçada no Estado

Redação 24 Horas News

O Ministério da Saúde, juntamente com os gestores locais, vai reforçar a rede de assistência aos usuários de crack e outras drogas em Mato Grosso. Serão criados no estado 36 novos leitos em enfermarias especializadas em álcool e drogas, destinados a internações de curta duração, além de seis novas unidades de acolhimento, sendo quatro destinadas ao atendimento de adultos; e outras duas para crianças e adolescentes. O Ministério da Saúde vai investir R\$ 26, 8 milhões para a implantação destes serviços.

A ampliação do número de leitos é uma das ações do plano Crack, É Possível Vencer, lançado pela Presidência da República. O plano envolve ações dos ministérios da Saúde, Educação e Justiça, que atuarão articulados com estados e municípios e sociedade civil. Ao todo, serão



investidos R\$ 4 bilhões, até 2014, em ações que vão desde a prevenção até o enfrentamento ao tráfico de drogas.

Plano - As ações do plano de enfrentamento ao crack estão estruturadas em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção. Os recursos serão liberados mediante adesão de estados e municípios. “O enfrentamento ao crack e outras drogas se dará por meio de um grande esforço para reorganizarmos a rede, que funcionará integrada, oferecendo acolhimento e qualidade no atendimento”, afirma Padilha.

Reforço – Os 36 leitos nas enfermarias especializadas em álcool e drogas serão usados para atendimentos e internações de curta duração durante crises de abstinência e em casos de intoxicações graves. São serviços que atenderão com equipe multiprofissional crianças, adolescentes e adultos. Para estimular a criação destes espaços, o valor da diária de internação crescerá 250% - de R\$ 57 para até R\$ 200. Ao todo, serão investidos R\$ 670,6 milhões.

Também será construído um novo Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), que vão funcionar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Outros três CAPSad do estado também irão se tornar 24 horas. Os CAPSad oferecem tratamento continuado a pessoas – e seus familiares – com problemas relacionados ao uso abusivo e/ou dependência de álcool, crack e outras drogas.

O estado ainda contará com a implantação de um Consultório na Rua, que conta com profissionais que fazem intervenções de saúde para população em situação de rua (crianças, adolescentes e adultos) em seu contexto, incluindo locais de uso público de drogas, as chamadas cracolândias.

O atendimento em Mato Grosso também será reforçado com a criação de 6 unidades de acolhimento, que terão equipe profissional disponível 24 horas para cuidados contínuos. Essas unidades cuidarão em regime residencial por até 6 meses, e realizam a estabilização do paciente e o controle da abstinência. Para o público adulto, serão criados 4 estabelecimentos e mais duas unidades para o acolhimento infanto-juvenil, exclusivos para o público de 10 a 18 anos de idade. *(Com Agência Saúde)*

<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=396287>

DROGAS

Ministro defende internação forçada

Da Redação

Defendida pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, para usuários de crack com risco de vida, a internação involuntária não é novidade, mas ainda divide especialistas da área de saúde. Prevista em lei desde 2001, a internação ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de uma terceira pessoa.



Conforme a lei, a internação involuntária precisa ser autorizada por um médico e informada, dentro de 72 horas, ao Ministério Público do estado. É diferente da compulsória, que depende de determinação da Justiça – e foi adotada pela prefeitura do Rio de Janeiro para menores de idade viciados em crack. O terceiro tipo de internação é a voluntária, com desejo do próprio paciente.

Durante o lançamento nacional do plano contra o crack, Padilha explicou que as equipes dos consultórios de rua - integradas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem – serão responsáveis por avaliar se o dependente químico precisa ser internado contra a própria vontade. A proposta do governo é passar dos atuais 92 consultórios para 308 nos próximos quatro anos, com foco nas cidades com população superior a 100 mil habitantes.

O diretor regional da Associação Brasileira de Psiquiatria no Centro-Oeste, Salomão Rodrigues, avalia como correta a manifestação de Padilha a favor da internação involuntária. Segundo ele, é a garantia de vida para quem perdeu a razão por causa do vício. “O paciente dependente de crack e comprometido precisa que alguém decida por ele. Ele está em um tratamento temporário. Não está sendo tirada a liberdade dele, mas garantido o direito à vida”, disse.

Depois do período de desintoxicação, que dura de dez a 15 dias, a maioria dos usuários de drogas passa a concordar com a internação, conta Rodrigues.

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=403515>

Governo quer aumentar registro civil

Da Redação

O governo federal quer atingir até 2012 a meta das Nações Unidas (5%) para crianças até 1 ano de idade sem registro civil. Hoje, 6,6% das crianças nessa faixa etária não são registradas no Brasil. Nas comunidades indígenas, o número chega a 32%. Com esse objetivo, foi lançada hoje (7) a Campanha de Mobilização Nacional pela Certidão de Nascimento e Documentação Básica 2011.

De acordo com a ministra da Secretaria de Direitos Humanos, Maria do Rosário, o país conseguiu, em menos de dez anos, diminuir consideravelmente o número de crianças sem registro de nascimento. Em 2002, o índice de crianças até 1 ano era 20,9%. “Vamos alcançar, com a busca ativa, aquelas crianças e adultos que ainda não têm o registro. Essa é a nossa estratégia”, disse a ministra.



Segundo Maria do Rosário, todos os estados têm problemas com o registro infantil, no entanto, a situação é mais crítica nas regiões Norte e Nordeste. Atualmente, cerca de 300 maternidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) estão interligadas aos cartórios. “Queremos avançar nessa meta e vamos lançar ações junto com o Ministério da Saúde para sensibilizar todas as maternidades do país”. A campanha deste ano contará com peças, que incluem filme, cartilha, cartaz, folder, envelope e propaganda no rádio, para sensibilizar gestores e a população sobre a importância do acesso à documentação básica.

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=403516>

Cidades

Domingo, 11 de dezembro de 2011, 07h50

REDE PÚBLICA

Espera por atendimento médico pode levar até 7 horas em Cuiabá

Gostou do conteúdo então divulgue

Redação do GD

Pacientes chegam a esperar mais de 7 horas para conseguir atendimento nas policlínicas, postos de saúde e unidades do Programa Saúde da Família (PSF) devido ao atraso dos médicos, que não têm o ponto controlado. Nos locais, o controle de entrada e saída baseia-se em uma lista escrita, que recebe a assinatura do profissional. Alguns assinam em um dia as presenças do mês inteiro. Os funcionários denunciam que existem critérios diferentes de controle entre os técnicos, enfermeiros e médicos. Os outros servidores são cobrados e colocados em plantões extras quando as horas de trabalho são insuficientes.

O mecânico Weimar Rodrigues de Oliveira, 35, esperava o atendimento na policlínica do CPA 1. Ele conta chegou ao local às 6h30 e foi informado que o médico chegava apenas após às 9h. Na ocasião, outras pessoas já estavam esperando o profissional que, conforme funcionários da unidade, chega tarde e ainda vai tomar café antes de atender as pessoas. “Todos sabem que os médicos têm regalias”, disse um funcionário da unidade. Oliveira conseguiu a consulta por volta das 12h30.

<http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/304789>

Cidades

Domingo, 11 de dezembro de 2011, 05h55

ALERTA



Saúde dos motoristas de caminhão vai mal

Redação do GD

A saúde dos caminhoneiros vai mal. Uma pesquisa feita nas estradas de Mato Grosso este ano mostrou que 67,4% dos entrevistados estão acima do peso (1.413), 40% sofrem de hipertensão (pressão alta) e 46,55% usam bebida alcoólica com frequência. Os problemas de visão atingem 24% dos entrevistados e 19% têm diabetes.

Os problemas de saúde que podem resultar em uma morte súbita ao volante não são um risco só para os cerca de 7,5 mil motoristas que trafegam diariamente pelas 5 rodovias federais do Estado, mas para toda sociedade. Um percentual de 24,3% revelou que já se envolveu em algum tipo de acidente.

<http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/304880>

Injustiça venceu na saúde

By

[gabrielecfreitas](#)

- Atualizado em 12/12/2011 Postado em: [Equipe do Blog, z](#)



O público e o privado: em um país onde 100% dos gastos com saúde privada podem ser abatidos do imposto de renda, não há razões aceitáveis para combater a criação de impostos para a saúde.

enviado por Mario Lobato

Paulo Moreira Leite na Revista Época

Uma semana depois que o Congresso rejeitou toda possibilidade de se criar uma nova fonte de recursos para a saúde pública, a verdade começa a aparecer. E ela é imoral. Não há razões

aceitáveis para se combater a criação de impostos para a saúde num país onde 100% dos gastos com saúde privada podem ser abatidos do imposto de renda.

Considerando o tamanho do subsídio oferecido, é vergonhoso dizer que se pretende proteger o contribuinte de impostos extorsivos. O que fez foi manter um sistema desigual e injusto, onde 25% dos brasileiros que têm acesso a medicina privada consomem 45% dos gastos do país com saúde, enquanto 75% disputam o resto. Não tenho nada contra quem prefere tratar-se pelo sistema privado. Só acho que seria mais justo que essas pessoas pagassem suas contas.

Depois que o risco de criação de novas fontes de financiamento terminou, aqueles analistas que diziam que era tudo um problema de gestão já admitem que vivemos um caso de “subfinanciamento”, eufemismo para dizer que vai continuar faltando dinheiro.

Fala-se em “reforçar os esforços de gestão”, o que é sempre útil mas vamos eu gostaria de saber onde estão os bons exemplos e as lições a seguir. A medicina privada vive sem dinheiro. Médicos privados já fazem greve, o que se dizia ser um pesadelo exclusivo do serviço público. Planos de saúde tem reserva de leitos em hospitais públicos que, em penúria cada vez maior, já não conseguem dispensar o sistema de duas portas. Mesmo condenável sob tantos pontos de vista, ele garante recursos que o Estado recusa.

O sistema atual ajuda a concentrar renda.

Beneficia quem tem renda alta e muito impostos para abater. Mas é péssimo para quem ganha pouco e não pode pagar na frente. O esforço para esvaziar a saúde pública chegou a um requinte máximo. Numa votação anterior, já se havia negado a possibilidade de se criar uma nova contribuição para reforçar os gastos com saúde. Houve um cuidado, porém. Manteve-se a possibilidade de criar a contribuição, eliminando-se apenas o artigo que regulamentava a cobrança. Com isso, abria-se a possibilidade, no futuro, de que a contribuição pudesse ser criada. Para se evitar que, em outros momento, surgisse um projeto regulamentando a contribuição, até este artigo de princípio, sem efeitos imediatos, foi eliminado.

É triste. Nos Estados Unidos, único país de PIB relevante que tem um sistema de saúde privado no planeta, a população gasta muito mais do que os europeus por um serviço reconhecidamente pior. Isso porque a saúde é um direito público.

Toda tentativa de transformá-la numa mercadoria rentável, como sabonetes ou automóveis, está condenada ao fracasso e ao desperdício. No início da década passada, pude assistir a boa palestra sobre isso, nos Estados Unidos, feita pelo então ministro da Saúde José Serra.

Vive-se nos EUA um quadro tão dramático que apenas a mobilização da ultra-direita do Tea Party, financiada pelos barões da saúde privada e pelos fanáticos ideológicos do mercado, impede o fortalecimento de um sistema público capaz de atender as necessidades da classe média.

O governo Dilma e sua bancada bateram em retirada num debate importante e decisivo para a igualdade no país. Negaram-se a apoiar a contribuição para a saúde. Perderam uma grande



oportunidade política. Sua atitude vai alimentar o ressentimento explorado por quem adora denunciar os maus serviços do SUS — nem sempre são tão ruins assim — e lembrar que na hora de cuidar da própria saúde nossos governantes procuram hospitais privados que parecem hotéis de luxo.

Do ponto de vista econômico, a manutenção de um sistema público precário atende a interesses dos grandes bancos, que são donos dos principais serviços de saúde privada.

Do ponto de vista social, o resultado é manter a desigualdade e afirmar a diferença entre os cidadãos. A injustiça é inacreditável. Quem prefere andar de carro e táxi em vez de metrô e ônibus deve pagar um preço, concorda?

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/12/12/injustica-venceu-na-saude/>

Pela Caça às Bruxas aos reais Inimigos do SUS!

By

[Saúde com Dilma](#)

- Atualizado em 11/12/2011 **Postado em:** [Luciana Guimarães Nunes de Paula, z](#)



Médica de Família da Bahia traz importantes reflexões a partir da vivência da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Por Luciana Guimarães Nunes de Paula, médica de família concursada pela FESF-SUS em Maragogipe (BA) e militante do SUS – Bahia.

A população brasileira, representada por 2937 delegados de todo o país, escreve mais uma página da história do Sistema Único de Saúde na 14ª Conferência Nacional de Saúde para avançarmos na construção e consolidação do SUS.

Esta Conferência foi marcada pelo respeito à produção de deliberações produzidas nas etapas municipais e estaduais, impedindo o enxerto de novas propostas debatidas apenas no âmbito



Saúde em Foco



nacional, valorizando os milhares de atores do SUS que participaram de conferências por todo o país nos últimos meses. Avançamos na consolidação do controle social e na produção de práticas democráticas de participação popular.

Foi marcada ainda pelo encontro de militantes do SUS, entre usuários, trabalhadores e gestores, que aprovaram um Relatório Final com diretrizes importantes como a valorização dos trabalhadores admitidos por concurso público e com plano de carreira, por uma gestão 100% pública e estatal, pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 com ampliação de recursos através da aprovação de 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde – apesar de termos sofrido derrota recente no Senado com uma regulamentação que mantém nosso sistema subfinanciado -, pela ampliação e implantação de políticas de saúde com promoção de equidade entre outras.

Porém apesar dos avanços, trago aos amigos uma reflexão dura das limitações deste espaço em produzir debates francos e abertos sobre problemas centrais enfrentados pelo SUS, deixando brechas para manipulação de informações, apropriação de defesas coletivas e palavras de ordem por grupos, taxação de posições e generalizações irresponsáveis e de má fé.

A luta contra a privatização do SUS com o avanço das Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), a precarização do trabalho, a crueldade da Lei de Responsabilidade Fiscal em impedir o avanço das políticas públicas que garantem direitos sociais são exemplos de bandeiras que unificam todo o conjunto dos militantes presentes na Conferência, ao contrário do que certos textos afirmam que o espaço estava dividido entre defensores do SUS e privatistas.

A manipulação do Controle Social hoje se deu em volta do tema dos “novos modelos de gestão”. Dessa forma, permite-se o avanço da privatização do SUS em se negar a discutir os modelos públicos de gestão do SUS. Infelizmente, mais uma vez, a 14ª CNS rejeitou o modelo de Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) através de mentiras apregoadas em todos os espaços, colocando-a no mesmo lócus das entidades privadas, de forma corporativista e irresponsável.

Panfletos e adesivos circularam por todos os espaços com as seguintes inverdades sobre as FEDP: entrega de serviços, gestão e recursos públicos para o privado; desrespeito ao controle social, cessão de servidores públicos para entidades privadas, trabalhadores precarizados e sem concurso público, ausência de planos de carreira e salários, desvio de recursos públicos, entre outros argumentos que se enquadram perfeitamente às OSs e OSCIPs, mas não a uma alternativa pública de gestão.

A municipalização do SUS avançou na concretude da implantação dos serviços de saúde nos municípios, porém deixou no colo do seu ente federado mais pobre a responsabilidade de realizar concursos públicos, com plano de carreira e política de educação permanente para os trabalhadores da saúde, apesar de 70% dos municípios brasileiros terem menos de 10000 habitantes e 90% do Brasil menos 50000 habitantes.

Hoje essa corda arrebenta do lado do trabalhador que não tem seus direitos garantidos nem estímulo de carreira e educação permanente; do lado do usuário pela rotatividade dos



profissionais que implica em baixa qualidade de acesso e resolutividade do sistema, em especial na atenção básica; e do lado do gestor que se vê de mãos atadas frente a lei de responsabilidade fiscal, a lei que proíbe salários de servidores maiores que o do Prefeito e frente a estatutos de Regime Jurídico Único pouco atrativos para profissionais de nível superior em municípios de pequeno porte, sem lastro financeiro para sustentar reajustes salariais e plano de carreira.

Em 2008, um estudo mostrou que 89% dos trabalhadores da atenção básica dos municípios baianos eram precarizados, através de contratos de prestação de serviços direto com as prefeituras ou indiretamente através de OSs e OSCIPs, com ampla margem para práticas clientelistas na gestão do trabalho. Infelizmente, a Bahia não apresentava uma realidade de exceção, mas sim de 'regra' do que ocorre em todo o Brasil.

A coragem para enfrentar essa problemática iniciou-se com a criação da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS). Uma instituição pública, criada por lei em 69 municípios baianos, com 100% financiamento público, acompanhada e fiscalizada pelo Conselho Estadual de Saúde, com profissionais concursados e com Plano de Cargos e Empregos de Saúde (PCES), instituindo a primeira carreira pública de saúde da família intermunicipal do Brasil, com finalidade de prover serviços exclusivamente para o SUS e tendo a educação permanente, a carreira e o apoio institucional às gestões municipais como eixos centrais da instituição. Avançamos na regionalização do SUS e produzimos uma alternativa real e pública apoiada pelo Ministério Público contra a Privatização do SUS!

Como militante do SUS, convoco a todos os conselhos de saúde municipais, estaduais e nacional, aos movimentos sociais, ao movimento sindical, às universidades, ao CEBES e à ABRASCO, aos fóruns populares de saúde, ao Movimento Popular de Saúde (MOPS), aos companheiros militantes organizados em todas e quaisquer frentes defensoras e militantes do SUS para promoverem um debate franco, amplo e fraterno sobre os modelos de gestão no SUS.

Que apontemos as reais divergências dos modelos e limitações tanto da administração direta quanto indireta do Estado, busquemos soluções criativas para as problemáticas colocadas, avaliemos o que está sendo tentado em alguns estados e municípios e que realmente avancemos na construção de um SUS público e estatal, respeitando a construção da democracia e do controle social. Ou vamos aceitar o avanço desordenado e alarmante das OSs e OSCIPs, que lucram com o dinheiro público além de terem isenção fiscal, persistindo numa queda de braço corporativista, autoritária e agressiva por mais quatro anos, até a 15ª Conferência?

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/12/11/pela-caca-as-bruxas-aos-reais-inimigos-do-sus/>

[Conheça o que foi rejeitado pela 14a Conferência Nacional de Saúde](#)



By

[Saúde com Dilma](#)

- Atualizado em 09/12/2011 **Postado em:** [Equipe do Blog, z](#)



Comunidades terapêuticas, internação involuntária e CSS estão entre as propostas rejeitadas pelos delegados e delegadas.

Por Equipe do Blog.

O relatório final da 14a está sendo finalizado pela Comissão Geral de Relatoria, e em breve deverá estar disponível. Dele, constarão as diretrizes e propostas que foram aprovadas, na fase de grupos ou na plenária final. Entretanto, não constará do mesmo as propostas que vieram das Conferências Estaduais e que foram rejeitadas e, portanto, suprimidas do relatório final.

O debate político e o acúmulo que geraram essas supressões, portanto, ficarão de fora do Relatório. Foram decisões importantes, que mobilizaram esforços dos militantes do SUS. Entendemos que divulgar essas propostas é uma forma de recuperar e manter registro do que foi discutido e deliberado.

Abaixo, as propostas que foram suprimidas do Relatório Final por decisão dos delegados e delegadas da 14a CNS:

- Fortalecer a participação do controle social, democratizando as Comissões Bipartite e Tripartite com participação dos trabalhadores e usuários.
- Eleger, alternadamente entre os segmentos que o compõe, a presidência do Conselho de Saúde.
- Transformar a Resolução CNS nº 333 em Lei Federal.
- Criar a Contribuição Social para a Saúde (CSS) com alíquota de 0,15%.
- Reavaliar a política de criação/administração de parcerias público-privadas na Saúde.
- Realizar estudo para criação de um teto salarial regionalizado para as categorias profissionais de saúde/SUS.
- Criar os “CAPS Mulher”, para o atendimento exclusivo às mulheres portadoras de transtornos mentais e/ou dependência química.
- Garantir e ampliar o acesso dos usuários dependentes químicos às Comunidades Terapêuticas.



- Implantar programa de recuperação com internação dos dependentes de substâncias psicoativas de forma voluntária ou involuntária (quando constatada situação de risco).

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/12/09/conheca-o-que-foi-rejeitado-pela-14a-conferencia-nacional-de-saude-2/>

Internação involuntária de usuário de crack divide especialistas

Notícias - Nacionais

Sex, 09 de Dezembro de 2011 00:00

Defendida pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, para usuários de *crack* com risco de morte, a internação involuntária não é novidade, mas ainda divide especialistas da área de saúde. Prevista em lei desde 2001, a internação ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de uma terceira pessoa - um parente, por exemplo.

Conforme a legislação, a internação involuntária precisa ser autorizada por um médico e informada, dentro de 72 horas, ao Ministério Público do estado. É diferente da compulsória, que depende de determinação da Justiça – e foi adotada pela prefeitura do Rio de Janeiro para menores de idade viciados em *crack*. O terceiro tipo de internação é a voluntária, com desejo do próprio paciente.

Durante o lançamento nacional do plano contra o *crack*, Padilha explicou que as equipes dos consultórios de rua - integradas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem – serão responsáveis por avaliar se o dependente químico precisa ser internado contra a própria vontade. A proposta do governo é passar dos atuais 92 consultórios para 308 nos próximos quatro anos, com foco nas cidades com população superior a 100 mil habitantes.

O diretor regional da Associação Brasileira de Psiquiatria no Centro-Oeste, Salomão Rodrigues, avalia como correta a manifestação de Padilha a favor da internação involuntária. Segundo ele, é a garantia de vida para quem perdeu a razão por causa do vício. “O paciente dependente de *crack* e comprometido precisa que alguém decida por ele. Ele está em um tratamento temporário. Não está sendo tirada a liberdade dele, mas garantido o direito à vida”, disse.

Depois do período de desintoxicação, que dura de dez a 15 dias, a maioria dos usuários de



drogas passa a concordar com a internação, conta Rodrigues.

O presidente do Conselho Federal de Psicologia, Humberto Verona, teme uma banalização da internação involuntária pelos médicos. O psicólogo defende a linha de tratamento que leve o usuário a “entrar em um processo de cuidado com ele mesmo”, sem privá-lo da convivência familiar e dos amigos.

“Tenta-se convencer a sociedade que a melhor forma é a internação. Parece que o usuário de drogas perde todo o seu direito e a razão”, argumentou. “Se ele quiser sair, a gente não pode ser autoritário e dizer não. Não vamos abandonar essa pessoa e nem prendê-la”.

Apesar de prevista em lei, o professor de direito penal da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Mauro Arjona, questiona se a internação involuntária pode ferir o direito de escolha do cidadão. “Há um princípio constitucional que diz que ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer algo senão em virtude de lei. Se a pessoa não quer ser internada, ela não pode ser. É um assunto delicado”, ponderou.

Não há dados exatos sobre o número de viciados em drogas, como o *crack*, no país. O Ministério da Saúde estima que existam 600 mil usuários de drogas. Em 2011, a rede pública prestou 2,5 milhões de atendimentos a dependentes de drogas e álcool, dez vezes mais do que há oito anos.

O plano do governo federal prevê ainda a criação de 2.462 leitos de enfermarias nos hospitais públicos para atender a usuários com crises de abstinência ou intoxicação grave e o funcionamento 24 horas, durante os sete dias da semana, dos centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad).

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/110928-internacao-involuntaria-de-usuario-de-crack-divide-especialistas.html>

[Prefeitura de Cuiabá em combate à Dengue](#)

PUBLICADO EM SEGUNDA, 12 DEZEMBRO 2011 13:40



Para intensificar as ações de combate à Dengue, o prefeito Cuiabá, Francisco Galindo reuniu as Secretarias Municipais para, juntas, iniciarem uma força tarefa, a fim de evitar o risco de uma epidemia da doença na capital. As ações, com início marcado para o próximo dia 15, serão pontuais, nas



regiões da cidade com maiores incidência da Dengue.

A expectativa é visitar 100% dos imóveis com eliminação e tratamentos dos criadouros não removíveis; notificar os imóveis com acúmulos de lixo; realizar a limpeza de terrenos baldios e/ou abandonados - utilizados como bolsões de lixo - limpeza de praças e áreas verdes da prefeitura de Cuiabá e a identificação e notificação de terrenos baldios.

A força-tarefa, segundo Galindo, visa uma ação mais eficaz, que traga um retorno imediato no combate à Dengue. “A prefeitura vai usar toda sua estrutura para não permitir que Cuiabá sofra com as consequências da Dengue. Todos unidos, os resultados serão melhores para à população”, disse.

O trabalho será realizado paralelamente as medidas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para combater a doença. O secretário de Saúde de Cuiabá, Lamartine Godoy Neto, aproveitou para frisar a necessidade da participação popular nesta batalha.

As ações contarão com o apoio da secretaria Municipal de Infraestrutura (Seminfe), que atuará nos bairros com limpezas de terrenos baldios, que acabam se tornando bolsões de lixo. Já a secretaria Municipal de Meio Ambiente e Assuntos Fundiários (Smaaf) entrará com a fiscalização, notificando os proprietários dos terrenos baldios que servem como depósito de lixo. As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e de Educação (SME) também são parceiras.

Roteiro das ações da prefeitura de Cuiabá

15 de dezembro: Planalto, Itamaraty, Sol Nascente

17 de dezembro: Pedra 90 – I e II etapa – Voluntários da Pátria, Vista da Chapada, Sonho Meu, Cinturão Verde

20 de dezembro: Santa Marta, Jardim Mariana, Ribeirão da Ponte, Jardim Antártica, Novo Tempo

21 de dezembro: Florianópolis e Jardim União

22 de dezembro: Jardim Presidente I e II, Residencial Coxipó, Itapajé, São José, Getúlio Vargas

Sandrine Gahyva – Secom Cuiabá

<http://www.circuitomt.com.br/editorias/geral/8922-prefeitura-de-cuiaba-em-combate-a-dengue.html>

Brasília, 09 de dezembro de 2011

CNS realiza última reunião ordinária de 2011

A 228ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), última do ano, conta com pauta variada e balanços como da 14ª Conferência Nacional de Saúde. O Pleno se reúne nos próximos dias 14 e 15 de dezembro em Brasília.

Entre os itens de pauta do primeiro dia de discussão está o decreto 7508/11, que regulamenta a lei nº 8080/90, no que diz respeito à organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e oficializa a atenção primária como porta de entrada do Sistema, entre outras providências. Dois outros destaques são os balanços da Saúde Integral da Mulher e da 14ª Conferência.

Já no segundo dia estão previstos pela manhã a análise da prestação de contas do Ministério da Saúde e do relatório anual de gestão pela Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento (Cofin) do Conselho. No período da tarde, será realizado o processo eleitoral da Comissão de Ética em Pesquisa do CNS (Conep) e o debate da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Os dois dias de reunião serão transmitidos ao vivo, via internet, pela página do CNS: www.conselho.saude.gov.br.

Confira a íntegra da [pauta da 228ª R.O](#)

Serviço

228ª Reunião Ordinária

Data: 14 e 15 de dezembro de 2011

Horário: a partir das 9h

Local: Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde” Ministério da Saúde, Anexo B, 1º andar

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/09_dez_ultima_RO2011.html

Brasília, 08 de dezembro de 2011

Regulamentação da EC29 deixa recursos estáveis, afirma coordenador da COFIN



Após 11 anos, o Senado Federal aprovou na noite dessa quarta-feira (7) a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/00. O substitutivo, aprovado por 70 votos a 1, aponta os investimentos mínimos que devem ser feitos na área da saúde pela União, Estados, Municípios e o Distrito Federal. Porém, a destinação de 10% das receitas da União para a saúde, que gerou bastante discussão, não foi aprovada pelos

senadores.

Para o coordenador da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS), conselheiro Fernando Eliotério, o texto aprovado não traz nenhum ganho a mais de recursos para a saúde. “Não defendíamos o documento aprovado, queríamos que fosse fixado os 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde”, disse.

Pelo texto ficou definido que os Estados devem destinar 12% das suas receitas, os municípios 15% e o DF, 12% (depende da receita que for originária de imposto estadual ou municipal). Já o Governo Federal tem a obrigação de investir anualmente no mínimo o mesmo recurso empenhado no ano anterior acrescido em 5% da variação do Produto Interno Bruto (PIB). Tendo como base este ano, o investimento ficaria assim: em 2012 a União destinará o empenhado em 2011 acrescido de 5% do PIB conhecido de 2011. De acordo com informações recentes do Ministério da Saúde, os recursos aplicados pela União deverão chegar a R\$ 79 bilhões.

Segundo Eliotério, caso haja uma “frustração” do PIB ou que ele fique negativo poderá haver estagnação de aporte de recursos para a saúde. O coordenador ressalta que será necessário a partir de agora buscar novas fontes para investimento a área. “Temos que continuar lutando por mais recursos para o SUS. O Brasil investe muito pouco do seu PIB, menos até que o Paraguai. Uma alternativa seria a taxação das grandes fortunas, porque sabemos que quem paga mais impostos nesse país são os assalariados. Outro ponto é a redução da taxa de juros, tendo em vista que hoje 48% do que se arrecada seguem para o pagamento de juros e amortização da dívida”, afirmou.

Despesas com saúde

O texto de regulamentação da Emenda também definiu quais são as despesas que podem ser consideradas gastos com a saúde. Entre outros pontos configuram gastos, a capacitação do pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão do sistema público de saúde, a vigilância em saúde, epidemiológica e sanitária, a compra e distribuição de medicamentos e derivados do sangue (hemoderivados), e a remuneração de pessoal em exercício na área.

“Essa determinação é um avanço, porque com a regulamentação fica explícito o que são as ações e serviços públicos de saúde para efeito do cumprimento principalmente por



parte dos Estados, que até então em muitos casos não eram considerados”, ressaltou Eliotério.

Portanto, não são gastos com saúde, as despesas com o pagamento de inativos e pensionistas, a merenda escolar, a limpeza urbana e a remoção de resíduos, as ações de assistência social, e as obras de infraestrutura.

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/08_dez_ec29.html

Cidades

Rede de assistência aos usuários de crack será reforçada em MT

12/12/2011 - 10h50

Agência Saúde

O Ministério da Saúde, juntamente com os gestores locais, vai reforçar a rede de assistência aos usuários de crack e outras drogas no Mato Grosso. Serão criados no estado 36 novos leitos em enfermarias especializadas em álcool e drogas, destinados a internações de curta duração, além de seis novas unidades de acolhimento, sendo quatro destinadas ao atendimento de adultos; e outras duas para crianças e adolescentes. O Ministério da Saúde vai investir R\$ 26,8 milhões para a implantação destes serviços.

A ampliação do número de leitos é uma das ações do plano Crack, É Possível Vencer, lançado pela Presidência da República. O plano envolve ações dos ministérios da Saúde, Educação e Justiça, que atuarão articulados com estados e municípios e sociedade civil. Ao todo, serão investidos R\$ 4 bilhões, até 2014, em ações que vão desde a prevenção até o enfrentamento ao tráfico de drogas.

“Temos que oferecer um novo projeto de vida ao dependente químico porque a relação com a droga tem relação com o lugar onde ele vive, com o espaço social, a sua condição na família. Isso exige serviços de saúde diferentes para necessidades diferentes”, afirma o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Integram a rede de atenção a dependentes químicos os consultórios na rua, as enfermarias especializadas em álcool e drogas, as unidades de acolhimento adulto/infantil, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas (CAPSad) e as instituições da sociedade civil que fazem atendimento a dependentes químicos, que serão habilitadas a receberem recursos do SUS se cumprirem critérios de qualidade do atendimento. A rede está interligada também aos serviços da atenção básica e ao atendimento de urgência e emergência.

PLANO - As ações do plano de enfrentamento ao crack estão estruturadas em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção. Os recursos serão liberados mediante adesão de estados e municípios. “O enfrentamento ao crack e outras drogas se dará por meio de um grande esforço para reorganizarmos a rede, que funcionará integrada, oferecendo acolhimento e qualidade no atendimento”, afirma Padilha.

REFORÇO – Os 36 leitos nas enfermarias especializadas em álcool e drogas serão usados para atendimentos e internações de curta duração durante crises de abstinência e em casos de intoxicações



graves. São serviços que atenderão com equipe multiprofissional crianças, adolescentes e adultos. Para estimular a criação destes espaços, o valor da diária de internação crescerá 250% - de R\$ 57 para até R\$ 200. Ao todo, serão investidos R\$ 670,6 milhões.

Também será construído um novo Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), que vão funcionar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Outros três CAPSad do estado também irão se tornar 24 horas. Os CAPSad oferecem tratamento continuado a pessoas – e seus familiares – com problemas relacionados ao uso abusivo e/ou dependência de álcool, crack e outras drogas.

O estado ainda contará com a implantação de um Consultório na Rua, que conta com profissionais que fazem intervenções de saúde para população em situação de rua (crianças, adolescentes e adultos) em seu contexto, incluindo locais de uso público de drogas, as chamadas cracolândias.

o Atendimento em Mato Grosso também será reforçado com a criação de seis unidades de acolhimento, que terão equipe profissional disponível 24 horas para cuidados contínuos.

Essas unidades cuidarão em regime residencial por até seis meses, e realizam a estabilização do paciente e o controle da abstinência. Para o público adulto, serão criados quatro estabelecimentos e mais duas unidades para o acolhimento infanto-juvenil, exclusivos para o público de 10 a 18 anos de idade.

<http://www.odocumento.com.br/materia.php?id=379308>

Saúde

Segunda, 12 de dezembro de 2011, 09h19

CRP/18 MT apresenta resultados da inspeção em comunidades terapêuticas

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançou recentemente o relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas que atendem dependentes químicos. A presidente do Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região de Mato Grosso (CRP/18 MT), Maria Aparecida Fernandes, apresentará os resultados locais, que levantam várias questões relacionadas às atividades desenvolvidas por entidades de Cuiabá e Várzea Grande, normalmente de forma voluntária.

Sobre o assunto, Maria Aparecida Fernandes concederá entrevista coletiva, amanhã, terça-feira (13), às 9h30, na sede do Conselho. A coordenadora da Comissão de Violação dos Direitos Humanos e Justiça do CRP/18 MT, Priscila Batistuta Nóbrega também participará da coletiva.

A sede do CRP/18 MT, fica na Rua 40, nº 120, bairro Boa Esperança, Cuiabá-MT

<http://www.plantaonews.com.br/conteudo/show/secao/43/materia/48886>



Saúde

Segunda, 12 de dezembro de 2011, 07h29

Comitê emitem posicionamento sobre Estadualização da Saúde de Cuiabá e OSS

O Comitê em Defesa da Saúde Pública de Mato Grosso realiza hoje coletiva de imprensa às 14 horas no auditório do Sindmed, na rua General Valle, 321 - Térreo - Edifício Marechal Rondon, salas 4/5, em Cuiabá-MT, ao lado do pronto socorro municipal.

O objetivo da coletiva é apresentar o posicionamento do Comitê em Defesa da Saúde Pública de Mato Grosso quanto à estadualização do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá e a aprovação do Projeto de Lei das Organizações Sociais na gestão pública do município.

<http://www.plantaonews.com.br/conteudo/show/secao/43/materia/48886>

Saúde

Quarta, 07 de dezembro de 2011, 13h12

É possível !

Hospital beneficente arrecada dinheiro em pedágio, aplica em reformas e presta contas a população

*PlantãoNews
com Assessoria*

Duas enfermarias que estavam inoperantes e dois banheiros totalmente danificados, no Hospital Amparo, em Rosário Oeste (120



km de Cuiabá), foram "inaugurados" e entregues a população. Os recursos para as obras foram conseguidos através de um pedágio durante a realização do 29º Festival de Praia das Embaúbas.

Foram feitos ainda investimentos na reforma do posto de enfermagem da maternidade, construção de rampas para cadeirantes, instalação de blidex que dá acesso pela rampa e criação de uma simpática sala de estar.



A direção do hospital teve a iniciativa e fez uma solicitação ao prefeito Joemil Araújo - que é médico - pedindo a concessão do pedágio durante o 29º Festival de Praia das Embaúbas e foi prontamente atendido e este foi o momento para justificar a utilização do dinheiro lá arrecadado que foi a quantia de R\$: 11.000,00 (Onze mil reais).

A presidente do hospital, Inês Cerutti, aproveitou para agradecer a colaboração por parte da prefeitura municipal e o empenho dos funcionários que trabalharam incansavelmente no evento. Ela fez questão de frisar que o repasse ao Hospital Amparo por parte da prefeitura está rigorosamente em dia e que toda a equipe de funcionários é muito grata ao prefeito Joemil Araujo. "Os salários dos trabalhadores estão em dia e até a metade do seus 13º salário está pago" - comemorou Inês.

Na solenidade de "inauguração" o prefeito Joemil Araujo contou a história do Hospital de Amparo desde sua fundação que foi na década de 40, quando Otavio Costa era Prefeito de Rosário Oeste. Na década de 70 o Frei Fredolino conseguiu recursos na Alemanha para conclusão da obra e a partir daí as irmãs assumiram o Hospital e foram o esteio por muitos e muitos anos, destacando a Madre Helena, Irmã Dásia, Cristina, Zélia e muitas outras.

Prioridade da campanha, o prefeito em seu mandato se empenhou na recuperação do hospital e estendeu a mão à antiga diretoria encabeçada pela Sra. Rosa Rebeque (que assumiu o hospital em estado precário tanto na parte física como financeira), firmando parceria, ajudando a resolver desde problemas de salários que estavam atrasados e começou então o processo de recuperação. A nova diretoria assumiu aproveitando as coisas boas que a administração anterior conseguiu realizar, melhorando ainda mais e tem demonstrado competência em tudo que faz, com ajuda de uma equipe comprometida na reta guarda.

Joemil Araújo destacou a competência e do comprometimento do Dr. Everaldo Barreto como diretor clínico do hospital, e que as enfermarias recuperadas recebeu uma placa em homenagem a Irmã Elisa, pessoa admirada pelo trabalho importante reconhecido pelo povo, por isso terá seu nome eternizado em Rosário Oeste.

<http://www.plantaonews.com.br/conteudo/show/secao/43/materia/48721>



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social