

# CNS

EM REVISTA

Brasília, Ano 1, número 2, Novembro de 2011



▶ **O SUS E OS  
AVANÇOS TECNOLÓGICOS**

**EXPEDIENTE**

**CNS em Revista**

CNS em Revista é uma publicação bimestral do Conselho Nacional de Saúde, com distribuição gratuita e de circulação nacional. É permitida a reprodução de matérias, desde que citada a fonte. O artigo assinado é de responsabilidade de seu autor e não expressa necessariamente a opinião do Conselho Nacional de Saúde.

**Presidente do Conselho**

Alexandre Padilha

**Secretária-Executiva**

Rozângela Fernandes Camapum

**Conselho Editorial:**

Alcides Miranda

Francisco Batista Júnior

Geraldo Vasconcelos

Jurema Werneck

Maria de Lourdes Rodrigues

Nelson Mussolini

Rozângela Fernandes Camapum

**Editora-chefe**

Renata Mendes (2782 JP/DF)

**Reportagem**

Denise Miranda (4808 JP/DF)

Karla Lucena (7883 JP/DF)

Monique Maia (7910 JP/DF)

**Técnicos em Informática**

Willian Barreto

Wilany Santos

**Projeto Editorial**

Denise Miranda

**Projeto Gráfico**

Delton Assis

**Capa**

Delton Assis

**Tiragem**

18.000 exemplares

**Conselho Nacional de Saúde**

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º Andar - Sala 103B - CEP: 70058-900 - Brasília, DF.

Site: [www.conselho.saude.gov.br](http://www.conselho.saude.gov.br)  
email: [cns@saude.gov.br](mailto:cns@saude.gov.br)

Coordenação - Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2011/0351

**04**

**Entrevista**

Ministro fala das conferências como método de governo



Foto: Agência Brasil

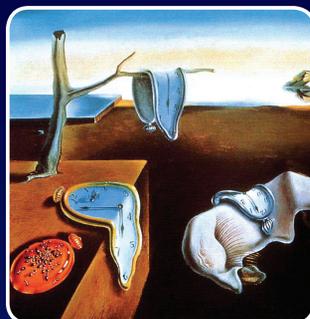


Foto: Divulgação – Salvador Dali

**11**

**Comissões do CNS**

Acolhimento no foco da Saúde Mental

**12**

**Especial**

Equidade em saúde para comunidade LGBT



Foto: Divulgação

**Sumário**

Editorial .....	3
Entrevista .....	4
Em Pleno Debate .....	6
Fique Atento .....	7
Matéria de Capa .....	8
Informes dos Conselhos.....	10
Comissão do CNS.....	11
Matéria CNS .....	12
Ponto de Vista.....	14
Tramitando & Programe-se.....	15

## Fazendo história e transformando a Saúde

Em sua segunda edição, a Revista do Conselho Nacional de Saúde chega no mês em que completamos 70 anos de Conferências Nacionais de Saúde. Entre 1941, com a realização do primeiro encontro, que enfatizou a situação sanitária e assistencial dos estados, e a 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que salienta, em 2011, o caráter universal do nosso Sistema Único de Saúde, a sociedade brasileira tem participado cada vez mais da definição de políticas de saúde democráticas. Há 25 anos, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Brasil previu um sistema universal, público e gratuito de saúde, fazendo de nós o único país com mais de 100 milhões de habitantes a assumir este desafio.

Dessa trajetória de conferências, uma tarefa permanente é fortalecer o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários para a maior participação para criticar, corrigir e deliberar sobre as políticas de saúde, ampliando a defesa do Sistema Único de Saúde. Também permanecem desafios cruciais, como o de assegurar o acesso com qualidade para todos os brasileiros ao SUS - dos quais 145 milhões dependem exclusivamente.

Por ser universal, ao SUS cabe acolher todos os cidadãos que recorrem a seus serviços. Vem daí a necessidade de mais investimentos para a ampliação, qualificação e organização dos serviços. Superamos, com esse entendimento, o conceito equivocado de SUS pobre para os pobres: temos um sistema público que promove a inclusão social, convertendo-se, além disso, em ferramenta de participação e de controle social.

Um sistema inclusivo requer uma série de medidas para estruturar e qualificar sua gestão. Garantir a porta de entrada única nos serviços de saúde orienta a ação das três esferas de governo na organização dos serviços, na gestão dos fundos de saúde e das redes de serviços. A 14ª CNS com certeza apontará caminhos efetivos em relação à gestão pública e à regulação estatal dos serviços no financiamento, nas relações de trabalho, na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde. Vem também daí a necessidade de valorizar o trabalho em saúde e a Mesa Nacional de Negociação do SUS. Efetivar a gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde é estimular também a consolidação do controle social do SUS na gestão dos serviços de saúde. Todos os esforços de aprimoramento de gestão só serão legitimados pela sociedade se tiverem como objetivo permanente a ampliação e a qualidade do atendimento.

Com sua segunda edição, a Revista do Conselho Nacional de Saúde faz mais do que celebrar as conquistas ao longo de 70 anos de história das conferências nacionais de saúde e dos 23 anos do SUS. Trazemos mais subsídios para quem já participa e para quem está se preparando para participar da construção dessa história marcada por conquistas, desafios e, sobretudo, compromisso com a democracia, defendendo a saúde como um direito de todos.

Alexandre Padilha

## ESPAÇO DO LEITOR

### Manifestações no Facebook após publicação de matéria no site do CNS "Deputados federais votam contra novo imposto para financiamento da saúde"

"Apesar da CSS ter ficado conhecida como "nova CPMF", as duas diferem em alguns aspectos: a CSS terá recursos destinados somente para a saúde, enquanto a CPMF dividia o valor entre saúde, previdência e assistência social. A CSS foi criada para ser permanente, e a CPMF, teoricamente, era provisória"

Margareth Guimarães Martins

Envie sua sugestão para [imprensacns@saude.gov.br](mailto:imprensacns@saude.gov.br)



Faça parte da rede de amigos do CNS.  
[facebook.com/conselhonaconaldesaude](https://facebook.com/conselhonaconaldesaude)



@comunicacns



## As contribuições das conferências e conselhos na construção de políticas públicas no Brasil

Da Redação

O período pós-Constituinte permitiu maior participação social no que diz respeito ao processo de construção de políticas públicas no Brasil. Na entrevista a seguir, o ministro da Secretaria-Geral da Presidência da República, Gilberto Carvalho, faz um balanço sobre o crescimento dos espaços participativos como as conferências e conselhos, em especial, durante o mandato do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva e aponta o ganho de visibilidade de setores, antes considerados pouco empoderados em outros governos. Além disso, fala sobre a expectativa em relação a várias conferências nacionais, inclusive sobre a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Destaca ainda algumas inovações como o uso de redes sociais para divulgação dos eventos e da inserção da votação eletrônica no processo. Confira a íntegra da entrevista:

**CNS: As conferências acontecem no Brasil desde 1941. Apenas entre os anos de 2003 e 2010, o número de conferências realizadas envolveu mais de 4 milhões de pessoas em debates voltados para a construção de políticas públicas nas mais diversas áreas. O que motivou esse crescimento durante os dois mandatos do presidente Lula?**

Durante o mandato do presidente Lula foram realizadas mais conferências do que a soma de todos os governos anteriores. Milhares de pessoas se envolveram em alguma das etapas do processo – etapas municipais, distritais, estaduais, territoriais ou nacionais. Também é importante destacar, nesse período, o fortalecimento de novos temas. Foram 28 assuntos novos escolhidos como temas de conferências (contra 11 até então), contribuindo para o empoderamento e visibilidade dessas áreas. O crescimento desses espaços participativos tem, portanto, sua gênese na própria história de lutas do presidente

e de sua equipe de governo. Representa o reconhecimento dos movimentos sociais e da sociedade em geral como atores importantes para a democratização da gestão pública. Juntamente com outras iniciativas democráticas – criação e fortalecimento de conselhos nacionais, ouvidorias, mesas de diálogo, audiências e consultas públicas – as conferências ajudaram a consolidar a participação social como método de governo.

### **CNS: Quais foram os principais impactos dessa ampliação para a democracia participativa e para a construção de políticas públicas?**

Para as políticas públicas, a participação dos cidadãos traz o foco para a sociedade, não como simples beneficiários ou usuários dos serviços públicos, mas como agentes políticos capazes de interferir na sua formulação, implementação e avaliação. Foi a participação desses sujeitos que propiciou muitas das conquistas democráticas nessas políticas públicas, como é o caso de diversos Planos, Fundos, Sistemas e Políticas Nacionais, Leis Orgânicas e Normas Operacionais, municipalização e descentralização, reestruturação de conselhos e outras medidas.

Quando as pessoas são sujeitos da construção das políticas, sem dúvida, passam a ter mais compromisso e responsabilidade com estas políticas. Aos poucos, um método da gestão governamental começa a ser desenhado e a tendência é ser consolidado. De um lado, ao Estado, resta avançar nesse processo e aos cidadãos, não permitir que se façam coisas ou adotem-se atitudes e políticas, sem sua anuência ou participação. É um processo de vigilância democrática de parte a parte.

### **CNS: De que maneira o instrumento de controle social dentro das conferências e conselhos pode atuar de forma decisiva para pressionar o poder público no desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas?**

Quando se reúnem em um mesmo espaço institucional os agentes públicos responsáveis e os representantes da sociedade civil, mobilizados em torno de um tema, o resultado tende a ser a formação de pactuações e consensos. O desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas não deve ser uma ação exclusiva do poder público, mas sustentada e apropriada por toda a sociedade, ou se tornam ineficazes. A grande transformação provocada pelas conferências e conselhos é o reconhecimento de que a participação em fóruns e espaços públicos é um processo de construção democrática. Quanto mais ampla a participação e quanto mais comprometimento se alcançar dos poderes constituídos, maiores serão as chances das políticas inclusivas, elaboradas democraticamente, serem desenvolvidas e executadas.

### **CNS: Como o senhor avalia a trajetória das conferências nacionais e dos conselhos nos últimos anos na formação de agenda por meio de atores sociais, que antes da Constituição de 88 não participavam dos espaços de deliberação?**

É preciso reconhecer que, antes da Constituinte de 1988, a relação entre o Estado e a sociedade não era pautada pelo diálogo como é hoje. Com isso, havia um grande número de atores e organizações da sociedade que defendiam suas propostas, mas não tinham poder de vocalização junto aos espaços governamentais. A esses movimentos historicamente marginalizados do processo de discussão das políticas públicas se juntaram vários outros ao longo dos últimos anos, originados da emergência de novos temas, de novos atores e de novas formas de militância. As conferências refletem essa transformação na sociedade brasileira. De arenas de oposição e resistência tornaram-se gradativamente espaços de proposição, avaliação e construção conjuntas de pactos nacionais. A democracia é um intenso processo pedagógico para todos os envolvidos, que deixam de se ver como adversários e passam a se reconhecer mutuamente como co-autores de um mesmo projeto de nação.

**A grande transformação provocada pelas conferências e conselhos é o reconhecimento de que a participação em fóruns e espaços públicos é um processo de construção democrática.**

**CNS: Os anos de 2011 e 2012 contam com programação de 16 conferências nacionais das mais variadas áreas. Em alguns casos, os eventos serão realizados pela primeira vez como a conferência nacional do turismo e da transparência e controle social. Qual é a expectativa para o andamento dessas conferências iniciais e para as outras como, por exemplo, a 14ª Conferência Nacional de Saúde?**

Cada conferência é única: reflete de maneira bastante representativa as posições e demandas da sociedade em um certo momento, um certo âmbito geográfico, uma certa conjuntura histórica. Isso é muito dinâmico. É lógico que conferências mais tradicionais, como a de Saúde, possuem um grande acúmulo de práticas e discussões, mas isso não fica restrito a essa área. Numa perspectiva de intersetorialidade, os avanços de uma área se comunicam às outras, já que existem políticas comuns, temas comuns e atores comuns. O fato é que todas as conferências, sejam inéditas ou tradicionais, precisam constantemente se reinventar. Cumprem esse papel as inovações atualmente em prática como o uso de novas tecnologias e redes sociais; eleição de representantes governamentais; redução do número de eixos e propostas; resoluções direcionadas ao poder público local; grupos de monitoramento pós-conferência; votação eletrônica; etapas estaduais fora das capitais; articulação entre conferências, entre muitas outras. ●

**PLANO PARA O ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS É DESTAQUE NO CNS**

Durante a 225ª Reunião Ordinária do CNS, em setembro, foi apresentado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Entre alguns objetivos nacionais estabelecidos estão a redução da mortalidade prematura (menor que 70 anos) em 2% ao ano e o aumento da cobertura de exames preventivos de câncer como a mamografia em mulheres com idades entre 50 e 69 anos.

De acordo com Deborah Malta, representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), o plano foi construído com base em eixos orientadores voltados para a vigilância e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral.

Na oportunidade, o CNS aprovou a Recomendação n.º 13, de 6 de outubro de 2011, que propõe aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde à adesão a declaração de apoio à implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil. Acesse o conteúdo completo do Plano e apoie a declaração de enfrentamento das doenças no Brasil no endereço [www.saude.gov.br/PlanoDCNT](http://www.saude.gov.br/PlanoDCNT).

Outro destaque da reunião foi o panorama sobre a atual situação da gestão do trabalho e educação em saúde. De acordo com Ana Estela Haddad, Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS), 60% dos profissionais concluíram somente o ensino fundamental e médio, além de existir uma alta rotatividade entre os trabalhadores que, em muitos casos, não apresentam a devida qualificação para a função que exercem.

Para o conselheiro nacional, Francisco Júnior, com a mercantilização do ensino na década de 90, os profissionais de saúde hoje preferem atuar dentro do sistema privado. Já o conselheiro Pedro Tourinho afirmou que os principais gargalos do trabalho em saúde são a precarização nas relações de trabalho, competição com segmentos de mercado e dificuldade de provimento de profissionais da saúde. Após o debate, o CNS aprovou resolução que trata, por exemplo, da continuidade e da ampliação do financiamento de programas de residências em saúde, priorizando as especialidades mais necessárias para a atenção à saúde.

A Triagem Neonatal e Doença Falciforme também foi tema de debate na 225ª RO. A doença é hereditária, do sangue, e afeta um a cada 1000 cidadãos brasileiros, principalmente a população negra. Joice Aragão de Jesus, coordenadora do Programa Nacional de Doença Falciforme do MS, ressaltou que "a atenção integral às pessoas com doença falciforme é um compromisso com o direito à saúde de todos". O Pleno do CNS aprovou a Recomendação n.º 11, de 15 de setembro de 2001, que destaca ao Ministério da Saúde a implantação e a pactuação com os gestores estaduais pelo instrumento legal do SUS a Política Nacional de Triagem Neonatal em doença falciforme em todos os estados definindo a rede de atenção em todos os níveis, entre outros aspectos.

**REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA SÃO DISCUTIDOS NA 226ª REUNIÃO ORDINÁRIA**

A implantação das comunidades terapêuticas dentro do SUS, com os consultórios de rua também devem passar a ter atuação integrada com atendimentos clínicos gerais e específicos para drogas. A constatação é do coordenador da Área Técnica de Saúde Mental do MS, Roberto Tykanori. Segundo ele, é importante investir em ações intersetoriais voltadas para melhorias concretas nas condições de vida, a partir de programas de moradia solidária, políticas de geração de trabalho e renda, esporte, cultura, educação e assistência social.

A conselheira nacional de saúde representante do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Maria Ermínia Ciliberti, destacou em sua fala os principais marcos das Políticas Públicas do Brasil sobre álcool e outras drogas como a Lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/2011). Ciliberti apontou ainda a contrariedade do CFP à internação compulsória de usuários de crack, defendeu a luta antimanicomial como movimento de cidadania e o cumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica.

O presidente do Conselho, Alexandre Padilha, explicou que o Ministério da Saúde (MS) tem realizado auditorias em hospitais psiquiátricos para avaliar os níveis de qualidade de equipamentos, tramitação de documentos, entre outros. Resaltou a previsão e importância de serviços diferenciados para o atendimento de situações diversas dentro da construção da Rede de Cuidados em Saúde Mental, Álcool, Crack e Outras Drogas. Ao final do debate, o Pleno aprovou a Resolução CNS n. 448, de 6 de outubro de 2011, que propõe o aumento da destinação de recursos financeiros para a Rede de Atenção Psicossocial, especialmente, nas esferas Federal, Estadual e do Distrito Federal, entre outros aspectos.

A reunião de outubro também aprovou uma recomendação para que a Anvisa reavalie seu posicionamento e determine que o inibidor de apetite Sibutramina seja retirado do mercado, assim como acontece com três medicamentos já vetados pelo órgão. A apresentação da Proposta do Plano Nacional de Saúde 2012/2015 marcou o encerramento da 226ª Reunião Ordinária. De acordo com o coordenador geral de Planejamento da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do MS, Ayrton Galiciani, a proposta do Plano foi construída de modo que ele seja de fato um instrumento de planejamento no SUS e tenha compatibilidade com o Plano Plurianual 2012/2015.



Foto: Cléber Medeiros

## Simple, rápido e indolor o Teste da Orelhinha é lei

Por Denise Miranda

Com a finalidade de prevenir a deficiência auditiva ou até mesmo de remediar, no caso dos bebês que apresentam surdez congênita, foi sancionada pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em agosto de 2010, a Lei 12.303 que torna obrigatória a realização do exame Emissões Otoacústicas Evocadas (EOE), popularmente conhecido como Teste da Orelhinha, em todas as maternidades e hospitais. O teste também faz parte do rol de procedimentos obrigatórios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para os beneficiários de Planos de Saúde com contratos a partir de 1999.

Hoje, cerca de 150 locais em 19 estados realizam a triagem auditiva. O problema é que, dessas unidades, só 20 são maternidades públicas. "É possível que algum hospital dos 90 pronto-atendimentos da rede pública realize o exame de emissão acústica, mas nosso sistema de informação não separa por idade", afirma a diretora do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, Teresa Campos.

"A realização do Teste da Orelhinha é o primeiro passo para o diagnóstico e a intervenção precoce. Diagnósticos realizados tardiamente trazem grandes prejuízos para o desenvolvimento da criança, pois há perda do período essencial para aprendizagem da linguagem. O teste é realizado em todos os bebês, pois 50% dos casos de surdez não têm causa aparente ou fator de risco que o justifique", afirma a conselheira nacional de saúde e fonoaudióloga Cristina Biz.

Geralmente o exame é realizado no berçário em sono natural, de preferência no 2º ou 3º dia de vida e dura de 5 a 10 minutos, não tem qualquer contra-indicação, não acorda nem incomoda o bebê. Não exige nenhum tipo de intervenção invasiva (uso de agulhas ou qualquer objeto perfurante) e é inócua.

O resultado sai na hora. Se confirmado um problema permanente de surdez a criança deve iniciar tratamento especializado.

A Coordenadoria da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde informa que se encontra em fase de elaboração um documento técnico que tem por objetivo regulamentar a aplicação desta lei. A regulamentação, que será apresentada em breve, reforça a importância e a necessidade de realizar o exame, pois é nesse período que o bebê começa a captar os estímulos sensoriais sonoros que ajudam no processo da fala e na aprendizagem.

No DF, o teste da orelhinha é obrigatório e está na Lei Distrital 2.794/2001 e todos os hospitais da rede pública e privada deveriam oferecer o exame. Apesar da obrigatoriedade, as equipes de avaliação estão lotadas nos Hospitais Regionais das cidades de Taguatinga, Ceilândia, Planaltina, Sobradinho, Gama, Asa Norte e Asa Sul. Entretanto, conforme informações da Secretaria de Saúde do DF, está em andamento um projeto para formação de equipes visando à expansão dos serviços às demais maternidades, para que se cumpra a lei.

Sandra Xavier, dona de casa, relata que sua gravidez foi tranquila. A usuária fez todo pré-natal e acompanhamentos no SUS. Segundo Sandra, seu bebê nasceu em junho/2011 no Hospital do Paranoá, mas o único teste feito ainda na maternidade foi o do pezinho, o da orelhinha até hoje não foi realizado, o bebê já tem 4 meses. E revela que seu filho mais velho, hoje com 3 anos, não fez o Teste da Orelhinha.

Na avaliação da Dra. Dóris Ruth Lewis, fonoaudióloga da Academia Brasileira de Fonoaudiologia, os casos como o de Sandra Xavier não são exceção. Mesmo sendo lei, os hospitais encontram dificuldade em realizar o exame, "temos conhecimento de que foram comprados equipamentos para fazê-lo, mas ainda faltam recursos humanos", lamenta Dra. Dóris Ruth Lewis.

## Avanços tecnológicos no SUS: um caminho para a nova era

Por Karla Lucena

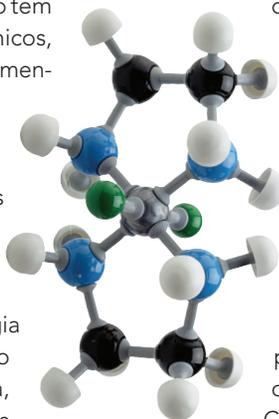
A sociedade contemporânea vive um momento promissor de conectividade e realidades digitais. A tecnologia com suas inovações tem mudado o cotidiano das pessoas e transformado processos em diversos setores. Na área da saúde não tem sido diferente. São dispositivos eletrônicos, tomografias computadorizadas, equipamento de alta tecnologia, fibra ótica, chips, tele-eletrocardiografia digital, implantes, testes rápidos, coração artificial, transplantes, entre outros. Tais avanços tecnológicos já são realidade, inclusive, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

O secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), Carlos Gadelha, destaca que um dos grandes avanços sobre as inovações tecnológicas foi a incorporação da saúde como uma das grandes áreas estratégicas do desenvolvimento nacional. O processo começou com a aprovação em 2004 do Plano

Nacional de Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e culminou com a inclusão da área neste ano no Programa Brasil Maior. A finalidade do programa é aumentar a competitividade da indústria nacional, a partir do incentivo à inovação tecnológica e à agregação de valor.

"Atualmente o ministério já utiliza seu poder de compra para promover o desenvolvimento tecnológico de medicamentos e vacinas de modo único no país no contexto do Programa Brasil Maior e da Constituição Federal, que dispõe que o mercado interno faz parte do patrimônio nacional. Já são gastos cerca de R\$ 4 bilhões na aquisição anual desses produtos estratégicos para o SUS", ressaltou Gadelha.

De acordo com o secretário, o MS pretende quadruplicar o valor dos recursos destinados para o Complexo Produtivo de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde nos próximos quatro anos. A ideia é aumentar de R\$ 400 milhões – investidos de 2007 a 2011 – para R\$ 1,5 bilhão até 2015. "Os recursos serão aplicados em ações estratégicas, definidas conforme o conjunto de temas



prioritários contidos no Plano Plurianual 2012-2015, que alinham a pesquisa nacional às necessidades de saúde do país”, disse.

## Pesquisas

Para fortalecer e direcionar alguns estudos na área de saúde, o Brasil conta hoje com uma agenda de prioridades relacionadas a pesquisas, aprovada há sete anos pelo CNS. Atualmente o Ministério da Saúde intitula a agenda como Pesquisas Estratégicas para o Sistema Único de Saúde (PESS). Nesse contexto, foram eleitas como prioritárias 151 pesquisas, 40 já em andamento, sob o guarda-chuva de 16 objetivos e tratam, entre outros aspectos, sobre o Complexo Produtivo Nacional, Modelo de Instrumentos de Gestão, Atenção Básica e Especializada.

“Neste momento, 56,4% do total de recursos do Ministério da Saúde estão concentrados nas dez maiores instituições do país e estamos com a prioridade de fortalecer redes e o desenvolvimento regional da ciência, tecnologia e inovação em saúde”, destacou Gadelha.

Responsável por analisar estudos que utilizam seres humanos como sujeitos de pesquisa, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do CNS, também recebe em sua área temática cerca de 10 a 15% de pesquisas relacionadas a novos procedimentos e dispositivos tecnológicos, principalmente, para a área cardiológica, oftalmológica, pequenos implantes e para o tratamento de queimaduras. Contudo, segundo Margareth Rose Priel, médica e membro da Comissão, o país ainda precisa avançar em investimento para baratear os custos desses estudos, diminuir a importação de tecnologia e, principalmente, aproximar a academia da indústria.

“Os estudos mostram, que nos últimos anos, o Brasil tem avançado na produção de pesquisas, passando países como Suécia, Itália e vários outros da Europa. Avançamos não só em quantidade, mas em qualidade de pesquisa que impactam não só a saúde no âmbito nacional, mas também mundial. Precisamos equilibrar esse investimento dentro daquelas

questões que são mais caras ao povo brasileiro na área de saúde e fortalecer os laços com a academia”, ressaltou Priel.

Outro ponto acompanhado pela CONEP diz respeito aos experimentos que unem o cérebro humano a máquinas (neuropróteses ou interfaces cérebro-máquina) para, por exemplo, possibilitar a reabilitação de pacientes que sofrem de paralisia corporal. De acordo Priel, a discussão desses procedimentos é semelhante a ocorrida anos atrás quando se debatia a liberação de pesquisas com células-troncos. Para ela, o que deve permear essas experiências é a segurança do sujeito que se submete a essas pesquisas.

“As pessoas que participam de pesquisas relacionadas a novos procedimentos, medicamentos ou dispositivos são pessoas que estão em situação em que o tratamento tradicional não teve a resposta esperada. São pessoas que estão fragilizadas na sua doença. Portanto, esse indivíduo tem que ter acesso ao medicamento depois do estudo ou poder participar do uso do dispositivo, uma vez que já correu riscos ao longo da pesquisa”, avaliou.



Foto: Siemens

O exame de mamografia para o diagnóstico de câncer de mama já está disponível no SUS

## Alerta

Para o conselheiro nacional, Luis Eugênio Portela, membro da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT) do CNS todas as áreas de atendimentos do SUS são beneficiadas com os avanços tecnológicos. “Na atenção básica, a introdução de novas vacinas, como aconteceu recentemente com a vacina contra a Influenza A e com a antipneumocócica, tem melhorado o atendimento. Na média complexidade, novos kits diagnósticos têm sido, frequentemente, incorpora-

dos. E na alta complexidade, basta lembrar das esperanças que as pesquisas com células-tronco têm suscitado”, avaliou.

No entanto, o conselheiro faz um alerta sobre alguns efeitos negativos provados pelas inovações. “Não são raros os casos de medicamentos que foram, inicialmente, aprovados pelas agências reguladoras, mas que tiveram que ser retirados do mercado por provocarem efeitos adversos não identificados previamente”, concluiu.

 <p>80% de redução na internação de crianças após incorporação de vacinas de última geração para Meningite C e Pneumococos.</p>	 <p>O SUS é único sistema do mundo que realiza gratuitamente mais de 20 mil transplantes por ano, envolvendo procedimentos de alta tecnologia.</p>	 <p>As ambulâncias do SAMU possuem o Sistema de Tele-eletrocardiografia Digital que permite ter o eletrocardiograma digitam praticamente em tempo real.</p>	 <p>O governo brasileiro firmou parceria com Cuba para produzir, via transferência tecnológica, 11 inovadores medicamentos para o tratamento de câncer.</p>	 <p>Desenvolvimento de testes rápidos para o diagnóstico de tuberculose, hepatites virais e AIDS.</p>
--	---	--	---	--

Fonte: Ministério da Saúde

## Conferências de saúde concluem atividades em fase preparatória para 14ª CNS

Por Monique Maia

Com objetivo de discutir propostas de aperfeiçoamento para o Sistema Único de Saúde (SUS) 4374 conferências municipais e estaduais foram realizadas, entre abril e outubro deste ano, para subsidiar o debate durante a etapa nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Ao todo, em torno de 830 propostas chegaram a Brasília para análise da comissão e equipe de relatoria. O número de consolidadas deverá ser reduzido pela metade, mas todas as propostas dos 27 estados serão contempladas para apreciação dos 3212 delegados. "Conseguimos mobilizar a população brasileira para discutir o direito à saúde. Foram mais de 4 mil conferências realizadas, a maioria com recorde de participação. Então este é o caminho: manter governo e sociedade em sintonia para uma gestão, de fato, participativa", ressalta o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do MS, Odorico Monteiro.

### Balanco

Dentre as cinco regiões do país, a Nordeste saiu na frente em número de conferências realizadas com 92% dos municípios atingidos, sendo que Alagoas, Bahia, Ceará e Rio Grande do Norte alcançaram todos os municípios de seus estados. Em segundo lugar, ficou a região Sul com 90% de conferências registradas. Já a região Norte ganhou a terceira posição por ter conseguido atingir 100% dos municípios nos estados do Acre, Amapá e Tocantins. Outro destaque foi o Amazonas que chegou perto dessa marca com 97% das conferências de saúde realizadas.

O conselheiro nacional e relator-adjunto da 14ª CNS, Arnaldo Marcolino, participou de algumas conferências como São Paulo, Pará e Acre. Para ele, o Norte se destacou em relação às outras regiões do Brasil, principalmente, pelas questões territoriais e socioculturais. "Mesmo com dificuldades de locomoção foi possível contar com a participação de indígenas, por exemplo. Isso só aconteceu a partir do esforço dos conselhos, dos gestores municipais, dos coordenadores de plenária, além dos movimentos sociais. A região Norte é prova de que a aliança é possível", destacou.

No caso dos 466 municípios de toda a região Centro-Oeste, 367 contaram com conferências de saúde, o que representa 79% desse total. O número garantiu o quarto lugar para a região, sendo que Distrito Federal, Mato Grosso e Mato

Grosso do Sul registraram o resultado de 100% de municípios atingidos.

A região Sudeste, no entanto, contou com percentuais divididos. No Espírito Santo e Rio de Janeiro, os dados são de 100% e 99%, respectivamente. Já em Minas Gerais, esse valor caiu pela metade com um registro de 50% das conferências de saúde realizadas. Em São Paulo, o resultado foi de 44%.

Temas contra a privatização do SUS e a necessidade de maior representatividade dos conselhos foram comuns nas discussões durante as conferências, de acordo com informações da conselheira nacional e membro da Comissão Organizadora da 14ª CNS, Ruth Bittencourt, que esteve presente em vários eventos municipais e estaduais. "Esses assuntos tiveram destaque e são muito importantes, mas faltou avançar mais na questão da seguridade social, que é tema da conferência", ressaltou.

Para a conselheira nacional e coordenadora-geral da 14ª CNS, Jurema Werneck, grande parte das conferências que alcançaram 100% dos municípios levaram delegados para a etapa estadual pela primeira vez. "Houve uma ampla renovação dos movimentos de saúde durante as conferências. O SUS debatido por esses delegados é voltado para o local, para a vizinhança. E as grandes diretrizes e decisões de cunho nacional, geralmente apresentadas em Brasília, vão precisar dialogar com as questões do SUS local apresentadas durante a etapa estadual, o que será um desafio para a 14ª Conferência", lembrou.



# Comissão trata de aspectos relacionados à Saúde Mental

Por Karla Lucena

**H**ouve um tempo em que a incompreensão sobre as pessoas que sofriam transtornos mentais resultava, muitas vezes, no abandono e na retirada brusca do convívio em comunidade.

A história mostrou posteriormente que a melhor forma de tratamento dessas pessoas é a humanizada a partir do acolhimento em ambientes com atenção especializada. Garantir a inclusão em todos os espaços da sociedade é um dos desafios atuais.

Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, 450 milhões de pessoas sofrem de distúrbios mentais no mundo, sendo cinco milhões no Brasil. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental não tem uma única definição por envolver diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas a concorrentes. No entanto, a saúde mental está relacionada ao bem-estar, qualidade de vida, capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com os outros.

Para tratar as questões que envolvem a saúde mental, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) conta desde 1999 com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), criada por meio da Resolução CNS nº 298. Sua composição é de 10 membros titulares e 10 suplentes, além de um coordenador e um coordenador-adjunto. Entre suas principais atribuições estão: assessor o Pleno do CNS, garantir a continuidade da reorientação do Modelo de Atenção em Saúde Mental e da reforma psiquiátrica fortalecida em 2001 com a promulgação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, entre outros pontos.

De acordo com a coordenadora da Comissão e conselheira nacional, Verônica Lourenço, a CISM reconhece que Sistema Único de Saúde (SUS) tem contribuído bastante para avançar no atendimento a esses usuários, uma vez que há ações voltadas tanto para a inclusão da atenção psicossocial, como serviços de saúde adequados. "Ter atenção psicossocial em local de relevância dentro do SUS, faz toda a diferença. Cada vez mais gestores, municipais e estaduais estão sendo inquiridos a se comprometer com o acesso ao SUS a que todos os usuários, assim com

os usuários em saúde mental têm direito", afirmou.

Shirlene Queiroz, psicóloga e membro da Comissão apontou também que a CISM tem trabalhado na implementação da Política Nacional de Saúde Mental que traz em seu alicerce um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A política busca garantir o direito de ir e vir das pessoas que possuem transtornos mentais pelos serviços de saúde, comunidade e nas cidades. Além disso, este modelo inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) e programas de reinserção.

"Atualmente são 1620 CAPS em todo o Brasil, que tem se mostrado um dispositivo muito eficaz e que presta uma valorosa contribuição no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Outro destaque é o programa De volta para Casa e as Residências Terapêuticas, pois é por meio deles que milhares de usuários puderam retornar as suas famílias e ao convívio social", ressaltou.

Durante a 226ª Reunião Ordinária do CNS, os conselheiros debateram aspectos referentes à Rede de Cuidados em Saúde Mental e à internação compulsória de pacientes usuários de drogas e álcool. Como medida, o pleno aprovou a Resolução CNS nº 448 que propõe, entre outros aspectos, o aumento da destinação de recursos financeiros para a Rede de Atenção Psicossocial, especialmente, nas esferas Federal, Estadual e do Distrito Federal e a ampliação das políticas de formação de profissionais em saúde mental em todas as regiões e localidades do país, com foco nas mais vulneráveis e de difícil acesso.

Para o ano de 2012 a CISM pretende desenvolver em seus debates uma metodologia intersetorial com outras comissões do CNS como, por exemplo, a Comissão Intersetorial da Saúde da População Negra (CISPN), a Comissão Intersetorial de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CILGBT), a Comissão Intersetorial de Trauma e Violência (CITV), entre outras. A ideia é compor uma agenda comum de propostas e ações que subsidie o CNS na temática de saúde mental para melhor acompanhamento da Política Nacional de Saúde Mental.

# Comunidade LGBT busca atendimento humanizado e equidade em saúde

Por Monique Maia

Os casos de violência e discriminação contra a comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) têm feito parte do noticiário brasileiro com mais e mais frequência. Na contramão, movimentos buscam se organizar em prol do respeito à diversidade sexual e do fim da violação de direitos. A garantia da equidade no atendimento à saúde está entre as metas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de diversas lideranças ligadas à população LGBT pelo Brasil.

De acordo com o conselheiro nacional e integrante da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT), Liorcino Mendes, a complexidade de atendimento em saúde dessa comunidade exige que profissionais do setor estejam melhor qualificados e entendam as especificidades dessa população de forma mais humanizada. “Existe uma dificuldade, por exemplo, no atendimento de mulheres lésbicas junto ao ginecologista. Muitas apontam a falta de um atendimento acolhedor. No caso dos transexuais, as demandas giram em torno da cirurgia de readequação sexual e para os bissexuais o problema é romper a barreira da invisibilidade dentro do SUS [Sistema Único de Saúde]”, explica.

Outro desafio, segundo Liorcino Mendes, é a produção de um levantamento atual que detecte o nível de discriminação sofrida por profissionais de saúde pertencentes à comunidade LGBT. No entanto, o conselheiro lembra que a discriminação no ambiente de trabalho alcança os mais variados setores.

Wellington Silva, 22 anos, homossexual e morador da cidade de Paranavaí, no interior do Paraná, sabe bem disso. O jovem conta que foi levado a pedir demissão da empresa de construção civil em que trabalhava por ter revelado ser soropositivo. “Descobri ser portador do vírus da AIDS em um exame preventivo. Depois



disso fui conversar com o dono da empresa sobre essa situação e ele inicialmente até entendeu, mas depois comecei a perceber que a empresa queria me rebaixar de cargo aí fui obrigado a sair”, revela.

Na área da saúde, Silva revela que teve outras dificuldades como marcar exames. “Dei entrada para fazer a coleta de sangue para os exames CD4 e CD8 [referentes à contagem de linfócitos para avaliar o progresso do HIV no organismo] em dezembro do ano passado e só fui receber o resultado entre setembro e outubro desse ano. Se estivesse em uma situação grave, poderia ter morrido”, desabafa. E completa: “Considero que o problema está mesmo na forma em tratar pessoas de orientação homossexual e que, além disso, tenham AIDS. A pessoa que está nessa situação já sofre com o estigma, tem problemas em casa e até mesmo psicológicos. Alguns profissionais de saúde não sabem dar uma atenção especial. Atenção não é só entregar o medicamento. É preciso acolher bem”.

Para a coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT (CISPLGBT) do Conselho Nacional de Saúde e integrante da Liga Brasileira de Lésbicas, Maria de Lourdes Rodrigues, o preconceito é o principal fator para o atendimento inadequado dessa comunidade. Segundo ela, é preciso que os gestores nas três esferas de governo realizem campanhas de sensibilização junto à sociedade para o enfrentamento da discriminação. “O primeiro grande desafio é reconhecer a população LGBT como cidadãos de direitos e combater o preconceito por meio da produção de materiais educativos e campanhas”, aponta.

## Conquistas

O acesso a serviços de saúde de forma humanizada e com qualidade está entre as principais estratégias da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, aprovada em novembro de 2009, após processo de consulta pública e deliberação do CNS. De acordo com Maria de Lourdes Rodrigues, a aprovação da política foi uma conquista, apesar de ainda estar em processo de implementação. “O que temos são ações isoladas em alguns estados. Precisamos de ações uniformizadas e de cunho nacional. A expectativa é que a pactuação possa ser anunciada na 14ª Conferência Nacional de Saúde”, afirma. Segundo relato da conselheira, a presidente do Conselho

## SAIBA MAIS

- A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde assegura o uso do nome social, ou seja, o usuário pode indicar o nome pelo qual deseja ser chamado independente do nome do registro civil.
- O SUS disponibiliza a cirurgia de readequação sexual de forma integral e gratuita (mudança do sexo masculino para o feminino). Entre 2008 e dezembro de 2010, 91 procedimentos cirúrgicos de mudança de sexo foram realizados.
- Os serviços oferecidos vão além da cirurgia e incluem avaliação psicológica, terapia hormonal, avaliação genética e acompanhamento pós-operatório. É preciso ter mais de 21 anos e ter o diagnóstico de transexualismo.
- A cirurgia de mudança de sexo feminino para masculino ainda é feita de forma experimental no Brasil e em outros países. O procedimento ainda está condicionado à pesquisa.

Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Beatriz Dobashi, assumiu o compromisso de que durante a reunião tripartite de novembro serão feitos todos os esforços para pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Já para o conselheiro Liorcino Mendes, o ganho de representatividade do segmento dentro do Conselho Nacional de Saúde, em 2006, e a criação da Comissão Intersetorial de Saúde LGBT, em fevereiro de 2009, também se destacam como outras conquistas. “Precisamos, contudo, ainda efetivar a criação de cadeiras nos conselhos tanto estaduais como municipais para fortalecer os espaços de debates e efetivar demandas da população LGBT a nível local”, ressalta.

## Agenda

A discussão sobre o respeito à diversidade e a promoção do acesso e acolhimento com qualidade na área da saúde estarão em foco durante a 2ª Conferência Nacional LGBT e a 14ª Conferência Nacional de Saúde, que acontecem entre novembro e dezembro, em Brasília. O objetivo dos dois eventos é discutir diretrizes para a implementação efetiva de políticas públicas nos estados e municípios de todo o país. ●

Atendimento humanizado

Equidade em saúde

Educação permanente de profissionais de saúde

Fim do preconceito

Enfrentamento da situação de vulnerabilidade da população de rua LGBT

## Em casa de ferreiro e de gestor privado o espeto é de pau e se “faz mais com mais”

**A**firmar a capacidade de fazer mais com menos na saúde é pule de dez. As promessas de economizar o “dinheiro do contribuinte” descem bem pelo palato dos governantes que habitam o planalto e dos moradores da planície. A popularidade da aritmética que promete fixar despesas e aumentar a produção de atividades é tamanha que a principal preocupação, nesse momento, é aderir. No afã de agradar simultaneamente a autoridade máxima da República e a opinião pública a primeira preocupação é se perfilar no destacamento dos combatentes do desperdício. A seguir, trata-se de tentar vencer a corrida, sem olhar para trás.

Tudo não passaria de uma moda fugaz, uma ênfase exagerada em uma das dimensões do sistema de saúde, se os adeptos das promessas gerencialistas não acumulassem as tarefas de administrar empreendimentos privados com a de emissão de certificados informais de eficiência e qualidade. Consequentemente, para os especialistas nos cortes das “gorduras” no SUS, não basta uma manifestação eventual de simpatia com as teses contencionistas. A condição *sine qua non* para ser aprovado no teste do “gestor adequado” é a concordância *in pectore* com os diferenciais de eficiência e qualidade favoráveis à privatização. Paradoxalmente, para os gerencialistas da saúde, na versão brasileira, o melhor gestor não é aquele que exhibe títulos e experiência de gestão. Os requerimentos para correr no páreo são a demonstração de título de propriedade de empresas ou atestados de conversão privatizante.

Assim, o fenômeno, da subsunção do público ao privado, não é nuvem passageira. Serve para plasmar o consenso da parcela hegemônica da coalizão governamental sobre a inutilidade de destinar mais recursos políticos e financeiros à saúde pública e de quebra para autorizar o inverso: o aumento dos gastos privados com saúde. Ademais é um ideário conveniente à ocasião. No contexto da regulamentação da EC29, algumas lideranças da Frente Parlamentar da Saúde foram imobilizadas e quem defende mais recursos para a saúde pode ser acusado de inepto. Se existe um monte de gente que sabe fazer mais com menos, para que mais recursos? Sob

essa acepção, a solução não é ampliar a participação das despesas com saúde como um direito universal derivado da distribuição da riqueza produzida e sim, convocar empresários para gerir o SUS. E diante da abundância de empresários candidatos a gestores do sistema público, o raciocínio fecha.

A escassez de confiança nos políticos e nos funcionários públicos estimulou o surgimento dos empreendedores altruístas. São executivos de empresas privadas de saúde que, teoricamente, deixam de auferir elevados dividendos para dedicarem-se generosamente à salvação do SUS. A maioria desconhece teorias e instrumentos de gestão de serviços e sistemas de saúde. A aura de competência que os envolve não resiste ao teste de realidade: não dão conta da gestão do SUS. No entanto, os cargos públicos facilitam a contratação de empresas, inclusive as próprias, para gerir e prestar serviços para o SUS.

Dada a escassez do conhecimento sobre o sistema de saúde, esses supostos bons gestores compartilham apenas dogmas tais como: a dupla porta é uma fonte de financiamento para os pobres; os subsídios e deduções fiscais e gastos públicos diretos para a demanda e oferta de planos e seguros de saúde são essenciais para desonerar o SUS de quem pode pagar; o concurso público e a garantia de direitos trabalhistas representam um obstáculo à eficiência; a terceirização da gestão é a única alternativa para a gestão de serviços de saúde. Embora, se saiba que o sucesso empresarial consista em fazer mais com mais (e no caso da saúde inclusive com recursos públicos) os emissários do discurso do “fazer mais menos” seguem postulando o status de bons gestores da saúde pública. Sem uma contestação peremptória das concepções e práticas desses pseudo-gestores, as promessas de não incomodar os agentes e interesses privados e os tradicionais pedidos de benção aos empresários se tornam insuficientes. Há indícios mais que suficientes para nos alertar sobre a perspectiva de recrudescimento das tensões que envolvem a disputa dos postos estratégicos de direção do SUS. ●

**Ligia Bahia** – Conselheira Nacional de Saúde – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)

## Da Redação

## TRAMITANDO

Um dos temas em pauta dentro do Congresso Nacional, cujo Conselho Nacional de Saúde tem interesse direto e mantém sob constante atenção, é o Projeto de Lei nº 21, que foi apresentado pela primeira vez em 5 de fevereiro de 2007, sob o regime de tramitação ordinária.

O projeto em questão dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas. A autoria do PL nº 21/07 é do deputado federal Dr. Rosinha (PT/PR).

### Qual é a importância deste projeto?

De acordo com a linha estratégica definida na Agenda Política do CNS, fruto da Caravana em Defesa do SUS realizada em 2009, a aprovação do PL 21/2007 tem grande importância, uma vez que é necessário definir em lei as responsabilidades administrativas dos agentes públicos na área da saúde e as sanitárias para todos os atores envolvidos, bem como criar mecanismos para eventuais penalidades em casos de descumprimento.

### Últimas ações legislativas

Segue, abaixo, o resumo da tramitação do PL nº 21/2007, até o presente momento, de acordo com informações da Câmara dos Deputados:

#### Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Situação: aprovado por unanimidade o parecer

#### Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)

Situação: aprovado por unanimidade o parecer

#### Comissão de Finanças e Tributação (CFT)

Situação: a relatoria do projeto ficará a cargo do deputado federal Rogério Carvalho (PT/SE), restando agora ser apresentado e aprovado o relatório. A previsão é que a matéria seja apresentada ainda este ano na CFT.

Sendo aprovada na CFT, a matéria segue para Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania. Vale lembrar que o PL está sujeito à apreciação conclusiva pelas comissões.

Colaboração: Alessandra Matias – Assessora Técnica Legislativa do CNS

## PROGRAME-SE

**23 a 25/11**

**III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**

**Local: Brasília**

**30/11 a 04/12**

**14ª Conferência Nacional de Saúde**

**Local: Brasília**

**07 a 10/12**

**8ª Conferência Nacional de Assistência Social**

**Local: Brasília**

**09 a 12/12**

**2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Juventude**

**Local: Brasília**

**12 a 15/12**

**3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**

**Local: Brasília**

**14 a 15/12**

**228ª Reunião Ordinária do CNS**

**Local: Brasília**

**15 a 18/12**

**2ª Conferência Nacional LGBT**

**Local: Brasília**

**II Mostra Estadual de Práticas Inovadoras em Psicologia: Intersetorialidade, Defesa e Promoção dos Direitos Humanos – Prêmio Madre Cristina**

**Data: 02 e 03/12/2011**

**Local: São Paulo**



# 14ª Conferência Nacional de Saúde

Brasília, DF - 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011

**AQUI SUA VOZ SE AMPLIA!**



Você é a peça chave para transformar a Saúde em algo melhor para todos nós!

**Informações:**

[www.conselho.saude.gov.br/14cns](http://www.conselho.saude.gov.br/14cns)  
14cns@saude.gov.br



Ministério da Saúde

