

Clipping - Cuiabá/MT, 06 de dezembro de 2011.

COTIDIANO / SAÚDE PÚBLICA

06.12.11 | 09h02

Governo diz que 48 cidades do país correm risco de epidemia

As 48 cidades, de 16 estados, somam 4,6 milhões de moradores

G1

Mato Grosso

Cuiabá

Dados do Levantamento Rápido de Infestação por *Aedes aegypti* (Liraa) do Ministério da Saúde, divulgados nesta segunda-feira (5), mostram que 48 municípios brasileiros estão em situação de risco para epidemia de dengue.

Cerca de 4,6 milhões de pessoas vivem nessas cidades, segundo o governo federal.

As 48 cidades estão em 16 estados e três delas são capitais: Rio Branco (AC), Porto Velho (RO) e Cuiabá (MT), segundo o ministério - *confira lista de municípios ao lado*.

O Liraa não identifica os casos de dengue no país, mas mostra em quais cidades há mais focos do mosquito transmissor.

Os dados apresentados pelo Ministério da Saúde foram coletados em 561 municípios nos meses de outubro e novembro deste ano.

Em 2010, o número de cidades em risco era exatamente a metade, 24. No entanto, na ocasião foram consideradas 370 cidades, segundo o Ministério da Saúde.

De acordo com o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, as cidades com mais de 4% de infestação (quantidade de casas infectadas a cada 100 residências) são consideradas em risco, de acordo com padrões internacionais.

As cidades que estão abaixo de 1% são de baixo risco e os municípios intermediários caracterizam situação de alerta.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, há 236 cidades em alerta e 277 em baixo risco.



'Vencer a batalha'

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, disse que a situação dessas 48 cidades é especialmente delicada porque o período mais intenso de chuvas – que beneficiam a proliferação do mosquito – ainda não chegou.

“Classificamos eles exatamente pela previsão de que em janeiro, fevereiro, haja infestação ainda maior. Eles estão no momento final para vencer a batalha”, disse.

Padilha afirmou que essas cidades receberão uma orientação especial sobre como combater as infestações.

Além disso, o ministério está repassando R\$ 90 milhões para ações de prevenção em 989 municípios, informou Padilha.

As cidades que atingirem metas de redução dos casos de doença e de infestação no ano que vem poderão receber 20% a mais da verba.

Locais de proliferação

Nas regiões Norte e Sul, os mosquitos transmissores da dengue estão concentrados principalmente no lixo, enquanto no Nordeste e no Centro-Oeste o problema está relacionado ao abastecimento de água, pois a maioria dos focos foram encontrados em caixas de água e poços.

Redução de casos

Segundo o ministério, houve redução de 25% dos casos suspeitos da doença registrados até novembro deste ano em comparação com o mesmo período do ano passado. Em 2011, foram 742 mil casos de dengue, enquanto em 2010 foram registrados 985 mil até novembro.

A maior redução foi registrada no Centro-Oeste, onde houve 211 mil casos no ano passado e 48 mil neste ano, redução de quase 80%. Sul e Sudeste também tiveram redução de 13% e 25%, respectivamente. O Norte e o Nordeste, porém, aumentaram os casos em 28% cada um.

Para o ministro, um dos motivos da redução é a intensificação da vigilância por meio do programa que utiliza o microblog Twitter para identificar os locais de risco. Por meio da página do ministério, a população manda informação em tempo real sobre casos suspeitos em sua região.

Com isso, a Saúde produz um relatório semanal e alerta os municípios de forma rápida, antes que epidemia se instale. “A ferramenta que busca descobrir se há comentário, se as pessoas se antecedem a notificação dada pelo município. Com esse dado, o ministério vai saber se a vigilância e a notificação estão sendo corretas”, informou Alexandre Padilha.



Notícias / **Ciência & Saúde**

05/12/2011 - 23:30

Prefeitura firma convênio e estrutura Saúde

Da Assessoria/ Ascom Jaciara

A Secretaria Municipal de Saúde recebeu na semana passada uma moto 0 km e um microscópio. O benefício faz parte de um convênio entre o município e uma empresa transmissora de energia, que atualmente presta serviços na região.

Segundo o secretário Municipal de Saúde, Régis de Oliveira Campos, o veículo e o novo equipamento serão utilizados nas vigilâncias Ambiental e Epidemiológica. “Ainda receberemos mais equipamentos”, garantiu.

A coordenadora do setor de Vigilância Ambiental do município, a enfermeira Mari Rose de Oliveira, informou que essa ação faz parte do Programa de Ação para o Controle de Malária (PACM), do Ministério da Saúde (MS). “Foi realizado esse convênio entre a empresa Interligação Elétrica Madeira (IE), que está tendo seus trabalhos executados pela Toshiba, e prefeitura municipal”, explicou.

Rose confirmou ainda que a empresa se comprometeu a doar para a Saúde Municipal uma motocicleta, um kit de equipamentos de proteção individual (EPIs), um microscópio bacteriológico, além da contratação de uma agente de endemias.

http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Prefeitura_firma_convênio_e_estrutura_a_Saude&edt=34&id=223061

Notícias / **Ciência & Saúde**

05/12/2011 - 22:30

Prefeitura de Cáceres adia teste seletivo para contratação de servidores para Saúde

DA Assessoria/PMC

A prefeitura de Cáceres adia para janeiro de 2012 o seletivo para 100 vagas na área de saúde. O adiamento se dará para que sejam feitas retificações em alguns itens do edital, inclusive a inserção de novas vagas.

Na realização de seletivos públicos existem prazos legais a serem respeitados, em decorrência do recesso de final de ano não seria viável fazer as alterações no edital e cumprir os prazos determinados.

Há vagas disponíveis para médicos, odontólogos, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, auxilia de enfermagem, técnicos em higiene dental, motoristas e fisioterapeuta.

Segundo a secretaria de Saúde, Arlene Alcântara, o Teste Seletivo atende determinação do prefeito Túlio Fontes.

Ela explica que as vagas abertas são para profissionais que não foram contemplados no ultimo concurso publico, para vagas não preenchidas no mesmo concurso e para substituir servidores efetivos em licença pra qualificação e tratamento de saúde.

Segue a baixo o comunicado na Secretária Municipal de Saúde:

COMUNICADO

Considerando a necessidade de retificação de alguns itens, como inserção de novas vagas, do Teste Seletivo Simplificado 001/2011 da Secretaria Municipal de Saúde;

Considerando a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos legais estabelecidos para um processo seletivo para contratação de pessoal;

Considerando que essas retificações inevitavelmente interferirão no cronograma do Processo Seletivo, não havendo dessa forma tempo hábil para sua realização no corrente mês, haja vista o recesso de final de ano;

A Comissão Organizadora decide suspender temporariamente a presente seleção.

<http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Prefeitura de Caceres adia teste seletivo para contratacao de servidores para Saude&edt=34&id=223064>

DENGUE

Cuiabá pode desenvolver epidemia

ANA ADÉLIA JÁCOMO

Da Reportagem

A preocupação com o mosquito da dengue se acentuou ainda mais ontem, quando o Ministério da Saúde apresentou o levantamento Rápido de Infestação por *Aedes aegypti* (Liraa), que coloca a cidade de Cuiabá como uma das que correm o risco de desenvolver uma epidemia da doença.

Segundo o Ministério, na Capital o problema está mais relacionado aos focos encontrados em caixas d'água e poços.

Segundo o relatório, porém, a maior redução de casos da doença também foi registrada no Centro-Oeste, onde houve 211 mil doentes no ano passado e 48 mil neste ano – numa redução de quase 80%.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, o dado mais importante é o declínio dos casos de dengue no Estado.

A secretaria diz também que cada município é responsável por seu próprio monitoramento.

Já o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, afirmou que a situação é especialmente delicada porque o período mais intenso de chuvas – que levam à proliferação do mosquito – ainda não chegou.

“Classificamos os municípios exatamente pela previsão de que em janeiro, fevereiro, haja infestação ainda maior”, disse.

Vale ressaltar que dos 141 municípios do Estado, apenas Cuiabá recebeu o alerta. O ministério deve repassar R\$ 90 milhões para ações de prevenção em 989 cidades.

Além de Mato Grosso e sua Capital, foram alertados os estados do Acre, Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, São Paulo e Sergipe.

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=403257>

Domingueira: Financiamento da Saúde

Saúde com Dilma



- Atualizado em 06/12/2011 **Postado em:** [Gilson Carvalho, z](#)

BOM DIA.

ABRASUS DOMINICAIS.

UMA DOMINGUEIRA ANTECIPADA – EM PLENA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA AJUDAR NO DEBATE E NAS

CONCLUSÕES.

PONTO ZERO:

A SAÚDE PRECISA COM URGÊNCIA DE NO MÍNIMO 10% DAS RECEITAS CORRENTES DA UNIÃO PARA SAIR DO SUFOCO. ACHO QUE JÁ É HORA DO GOVERNO PAGAR SUAS PRÓPRIAS DÍVIDAS COM A SAÚDE QUE SEMPRE FOI USADA PARA TIRAR RECURSOS DA POPULAÇÃO, MAIS À FRENTE DESVIADOS PARA OUTRAS ÁREAS DO GOVERNO. A HISTÓRIA É TESTEMUNHA OCULAR DOS FATOS E ME JULGO UMA TESTEMUNHA OCULAR DA HISTÓRIA.

DILMA, MINHA PRESIDENTE: NÃO SÃO 10% DE RECURSOS A MAIS PARA A SAÚDE; NESTE ANO SERIAM APENAS 1,5% A MAIS E NOS OUTROS ANOS 0,5% ATÉ SE CHEGAR AOS 10%. DILMA: MORITURI TE SALUTANT... OS VIVOS LHE AGRADECEM!

1. PRIMEIRA PÁGINA – TEXTOS DE GILSON CARVALHO

A REGULAMENTAÇÃO DA EC-29: EM BUSCA DO QUE É CENTRAL NO DEBATE

Nelson R. dos Santos^[1]

Gilson C. M. de Carvalho^[2]

Os dois projetos de lei que polarizaram hoje o debate, originários do projeto n.º 01/2003 de Roberto Gouveia, trazem grande avanço na definição do que são as ações e serviços de saúde a serem financiados pelo SUS, formulada pelo Conselho Nacional de Saúde desde o ano de 2.000. Esta definição foi encampada e aprimorada no Congresso Nacional no PL n.º 121/2007 do Senado e no PL n.º 306/2008 da Câmara dos Deputados. Contudo, o debate econômico está equivocadamente centrado na criação ou não de novo imposto ou contribuição social exclusiva para a saúde. A intenção dos autores de contribuir no debate é trazê-lo para o que é realmente central, no âmbito do disposto na Constituição e na implementação das políticas públicas voltadas para os direitos sociais.



A PRIMEIRA QUESTÃO CENTRAL

A questão central no debate encontra-se na inflexibilidade da política de Estado, nos 21 anos de SUS, de não vincular % da arrecadação federal à saúde, e esta política está demonstrada desde 1.990. Sistemáticamente o Governo Federal rejeita a esta hipótese negando o disposto: nas Disposições Transitórias da Constituição, e na Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1.990 a 1.993, por iniciativa do Executivo (30% do Orçamento da Seguridade Social ao SUS); em 1993 com a retirada da contribuição previdenciária da base de cálculo para o SUS; em 1.996 com a imposição de caráter substitutivo à CPMF; em 2.000 com a “virada” federal de última hora nas negociações da emenda constitucional, pressionando por % sobre a arrecadação dos Municípios, Estados e DF (15% e 12%), e impondo a variação nominal do PIB (VNP) para a esfera federal, e desde 2003, a pétreia resistência à regulamentação da EC-29. Na prática esta inflexibilidade resulta em contínua retração da parcela federal no financiamento do SUS, que caiu de 75% do financiamento público total em 1.980 para 44% em 2010, tendência que permanece. Em 1.980, 70% dos atendimentos de saúde no Brasil eram de financiamento público e 9% dos planos e seguros privados, e em 2.008, 60% eram públicos e 21% dos planos privados.

Estamos com um dos mais baixos financiamentos públicos de saúde: segundo a OMS, em 2.008 estávamos com 3,7% do PIB correspondendo ao financiamento público da saúde. Países com os melhores sistemas públicos de saúde estavam com a média de 7,1%. Nosso per-capita público anual para a saúde estava em U\$385 (padronizados pelo poder de compra para comparações internacionais), enquanto aqueles países estavam com a média de US\$ 2.530. É de se destacar que perdemos até na América Latina, para a Argentina, Chile, Costa Rica e Uruguai, com os per-capitas de 757, 479, 708 e 619 respectivamente, ainda bem baixos, mas que para serem igualados pelo Brasil, é necessário acrescentar entre R\$20 e 50 bilhões ao atual orçamento do nosso Ministério da Saúde de R\$ 71,5 bilhões. (Ver quadro anexo no final). Pensamos que esta comparação seja referencia, ainda que modesta, para o significado do valor de R\$ 32,5 bilhões correspondentes a 10% da receita Corrente Bruta, pleiteados na regulamentação da EC-29. Acresce que a capacidade arrecadadora e a arrecadação federal mantém sua curva de elevação sem qualquer inflexão. Inclua-se aqui o período pós-extinção da CPMF, com compensações na arrecadação de outros tributos como no caso do IOF (Imposto sobre Operações Financeiras) e da CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido), e outras providências.

Esta é a questão central: expõe um forte indicador de responsabilidade na política pública, pois qualquer que seja o volume da arrecadação, este critério é definidor por si mesmo. Municípios e Estados e seus colegiados em 2.000 quando se estabeleceu não os 10% inicialmente acordados para as três esferas, mas respectivamente 15% e 12%, não condicionaram esta adesão à criação de tributos municipais e estaduais.

Nada mais se pleiteia do que a mesma responsabilização tripartite, com progressividade baseada nos princípios da Universalidade, Integralidade e Igualdade, na elevação dos custos e no crescimento da população. Pesquisa de 1.995 a 2004 compara o salto da Receita Corrente da União perante o PIB, de 19,7% para 26,7%, com a queda das dotações ao Ministério da Saúde perante essa Receita, de 9,6% para 7,5% no mesmo período. Para 2011 estima-se que não chegue aos 7%. A lógica dessa inversão que não é casual, reside no contexto maior da



Saúde em Foco



execução do Orçamento Geral da União (O.G.U.). O dispêndio com Saúde, Educação, Saneamento, Segurança, Habitação, Transporte, Energia, Cultura e Justiça, caiu de 47,7% em 1.995 para 26,4% em 2.005, inversamente ao ocorrido com a dívida pública e seus serviços nos mesmos 10 anos, que saltou de 18,7% para 42,4%, tendência que permanece. Em 2010 a dívida pública e seus serviços figurava no O.G.U. , com 44%, comprimindo a Saúde, Educação, assistência Social, Transporte, Segurança, Saneamento e Energia a meros 3,9%, 2,8%, 2,7%, 0,7%, 0,5%, 0,04%, e 0,04%. Entre esses dois extremos estava a Previdência Social com 22,1% e as transferências constitucionais a Estados e Municípios com 9,2%, também comprimidos pela dívida e seus serviços. Em que momento histórico e porque a nação foi constrangida a refém da voracidade ilimitada da especulação financeira? Em que instâncias da Sociedade e Estado vem sendo formulada e executada essa política pública? Qual a responsabilidade constitucional, republicana e histórica do Poder Legislativo?

A SEGUNDA QUESTÃO CENTRAL

A segunda diz respeito à verdadeira blindagem do Estado pós-constitucional, contra sua reforma democrática e estrutural. Imprescindível para dar conta com qualidade e eficiência, da realização dos princípios e diretrizes consagrados no Título da Ordem Social da CF, que presidem a Seguridade Social, Educação, Cultura, Desporto, Ciência, Tecnologia, Comunicação Social e Meio Ambiente. É o desafio de estruturar a administração pública e a democracia no Estado para realizar os avanços constitucionais. Seria, basicamente, a reestruturação da gestão e gerencia estatal extremamente centralizadora, burocratizada, lenta e ineficiente, com as atividades-meio sufocando as atividades finalísticas e refratária às demandas das necessidades e direitos da população, com vistas à efetivação de real descentralização com autonomia gerencial às unidades públicas prestadoras de serviços. Os contratos público-público de cumprimento de metas com qualidade segundo as necessidades e direitos da população, com forte participação social no planejamento, execução e avaliação das metas, e com maior nível de condições de trabalho em saúde e de dignidade na gestão de pessoal de saúde, passariam a ser, ao nível regional, o motor da oferta e utilização dos serviços universalizados, integrais e equitativos.

A TERCEIRA QUESTÃO CENTRAL

A terceira questão central diz respeito aos subsídios públicos federais ao mercado dos planos e seguros privados de saúde, comprovadamente crescente nos últimos 21 anos. Equivale hoje a cerca de 25% do faturamento anual do conjunto das empresas operadoras dos planos e seguros, ou quase 50% do orçamento do Ministério da Saúde. São as deduções no IRPF e IRPJ, Isenções especiais a hospitais filantrópicos complexos, co-financiamento federal de planos privados a todos os servidores e empregados públicos nessa esfera. Descumprimento da Lei 9656/98 que obriga o ressarcimento dos serviços pagos pelos afiliados às empresas de planos privados, porém realizados no SUS.

Cabe observar que cada uma das três questões centrais e seu conjunto interdependente, vem compondo a mesma lógica ou estratégia da política pública dominante de Estado em todo o período pós constitucional. Decorre que, a cada esforço e possibilidade de avanço em cada uma, a favor da realização dos princípios constitucionais, como a regulamentação da EC-29 com 10% da RCB federal, deve, necessariamente, provocar intensificação dos esforços e

mobilizações na superação das outras duas, com pena do avanço isolado ser revertido ou re-direcionado a favor da política pública, hoje infelizmente dominante.

PELA REGULAMENTAÇÃO DA EC-29 COM FINANCIAMENTO FEDERAL DE NO MÍNIMO 10% DA RECEITA CORRENTE BRUTA

Vale lembrar que o projeto de nº 121/2007 do ex-senador Tião Viana, que contempla o critério dos 10% da RCB, com acréscimo de R\$ 32,5 bilhões e implementação escalonada, iniciando com R\$ 16,9 bilhões no primeiro ano, representa a vitória do critério de cálculo e de nova responsabilidade da política pública de Estado, significando certamente uma postura “estadista” dos atuais poderes legislativo e executivo. Por outro lado, o projeto nº 306/2008, oriundo do projeto inicial nº 01/2003, mas revertido posteriormente para a continuidade do critério VNP, sem ter sido criada a Contribuição Social para a Saúde – CSS, haverá perda de R\$ 7 bilhões relativos à retirada do FUNDEB da base de cálculo dos 12% mínimos dos impostos estaduais. Para a criação de novo tributo para a saúde torna-se necessária nova Lei, independente dos dois projetos acima citados, reiniciando todo o procedimento legislativo na Câmara e Senado, com um novo projeto de Lei e outra tramitação. Não há como tergiversar a questão central: a % sobre arrecadação federal para o sistema público de saúde, que somente está assegurada no PL n.º 121/2007 do Senado da República.

A introdução de medidas incrementadoras da arrecadação, podem e devem ser negociadas e pactuadas, mas sem constituírem condições para a regulamentação com os 10% da RCB, com pena da política pública constitucional continuar refém do equívoco estrutural de onde está a questão central. Exemplos de medidas incrementadoras da arrecadação a serem negociadas e pactuadas em curto e médio prazos, porém, não como condição prévia, mas independente da regulamentação:

1. Incremento da taxa sobre itens danosos à saúde ou que geram alto custo para o SUS,
2. Redução efetiva e parcelada dos gastos tributários (renúncias fiscais) e demais formas de subsídio público ao mercado na saúde,
3. Tributar os jatinhos, helicópteros, iates e lanchas de luxo, com imposto similar ao IPVA para os carros,
4. Redução da taxa de juros da dívida pública (cada 1% que cai, corresponde a R\$ 10 bilhões de ganho no O.G.U),
5. Vinculação prospectiva de recursos como os do Pré-Sal,
6. Obrigar em Lei, que o valor declarado da terra para pagamento do ITR, seja o valor assumido pela União nos processos de desapropriação,
7. Tributar a remessa de lucros ao exterior, hoje isenta. Somente em Agosto/2011, foram remetidos mais de R\$ 5 bilhões,



8. Taxação das grandes fortunas, e
9. Criação de Tributo específico para o Sistema Público de Saúde.

É oportuno referir que as medidas 7,8 e 9, além da possibilidade de aumento da CSLL, constam do Relatório para a Reestruturação do SUS, documento de grande relevância, discutido e aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados em 23.11.11. Igualmente oportuno é referir a não menos relevante Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, com suas cinco grandes diretrizes discutidas e aprovadas pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME, Associação Brasileira de Economia em Saúde – ABRES, Associação Paulista de Saúde Pública -

APSP, Conselho Federal de Medicina – CFM, Conselho Nacional de Secretários Municipais de saúde – CONASEMS, Rede Unida e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC.

ESTATÍSTICAS SANITÁRIAS MUNDIAIS – DADOS DE 2.008

PUBLICAÇÃO DA OMS – 2.011

Países selecionados para fins do presente texto.

	% PIB	% PIB	% PÚBLICO	P.C. PÚBL.
	TOTAL SAÚDE	DEPUBL. SAÚDE	GASTO TOTAL SAÚ.	US/PPA
Alemanha	10,5	7,8	74,6 (22,0)*	2.927
Austria	10,5	8	76,8 (20,9)*	3.059
Canadá	9,8	6,8	69,5 (30,5)	2.688
Dinamarca	9,9	7,9	80,1 (15,3)*	3.057
Espanha	9	6,3	69,7 (26,9)	2.049
Finlândia	8,8	6,2	70,7 (24,5)*	2.332
França	11,2	8,5	75,9 (21,4)*	2.922
Inglaterra	8,7	7,1	82,6 (17,4)	2.662
Irlanda	8,7	6,7	76,9 (23,1)	2.920
Itália	8,7	6,6	76,3(23,7)	2.164
Portugal	10,6	7,1	67,4 (28,5)*	1.737
Suécia	9,4	7,3	78,1 (16,8)*	2.829
Austrália	8,5	5,6	65,4 (29,1)*	2.201
Japão	8,3	6,7	80,5 (18,0)	2.268
Nova Zelândia	9,7	7,8	80,2 (19,8)	2.130
MÉDIA	9,5	7,1	75(25)	2.530
Argentina	7,4	5,3	71,3 (42,7)**	757
Brasil	8,4	3,7	44,0 (56,0)	385
Chile	7,5	3,3	44,0 (56,0)	479
Costa Rica	9,4	6,3	66,9(33,1)	708



México	5,9	2,7	46,9(53,1)	393
Uruguai	7,8	5	63,1(36,9)	619

* Diferenças dentro da margem de erro aceitável dos cálculos.

** Possível superestimação do componente público.

2. SEGUNDA PÁGINA – TEXTOS DE OPINIÃO DE TERCEIROS

FORTALECIMENTO DO FINANCIAMENTO DO SUS: NOTAS PARA DEBATE

FRANCISCO FUNCIA (CONSULTOR DA COFIN DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; PROFESSOR DA UNIVERSIDADE DE SÃO CAETANO DO SUL; FGV/PROJETOS.

I – Contextualizando o debate

A atual crise financeira internacional agravou a crise de financiamento do Estado de Bem Estar Social na Europa. Com isso, estamos assistindo às manifestações populares na Grécia e

em outros países europeus contrários às medidas de ajuste fiscal que, na prática, atingem parcialmente direitos conquistados pela sociedade ao longo de décadas ou, porque não dizer em alguns casos, séculos.

Por outro lado, essa mesma crise financeira internacional tem despertado manifestações populares inéditas em Wall Street nos Estados Unidos contra o sistema financeiro, o que representa uma excelente oportunidade de reflexão sobre a dinâmica de funcionamento das economias capitalistas: de um lado, o crédito é o “combustível” para garantir o funcionamento do sistema econômico e, ao mesmo tempo, esse mesmo crédito, a partir de determinado nível, é capaz de colocar em risco o funcionamento desse próprio sistema.

Assim sendo, os efeitos dessa crise financeira internacional podem ser considerados tanto como uma ameaça à garantia da preservação integral dos direitos sociais conquistados pela sociedade europeia ao longo da história, quanto uma oportunidade de revelar o que está por trás dessa crise, a saber, a transferência de renda da maioria da população para poucos rentistas que vivem dos resultados da especulação financeira que, na prática, subtrai os resultados dos ganhos de produtividade e da produção gerados pelo setor real da economia, bem como, a desigualdade no processo de distribuição de renda que é parte da natureza do processo de acumulação de capital.

No Brasil, essa situação é mais grave, pois apesar da redução da desigualdade de distribuição verificada nos últimos anos, o caminho a percorrer ainda é longo, tamanho o grau de concentração de renda e riqueza ainda existente. A inclusão de milhões de pessoas no mercado de consumo para garantir o acesso a bens, inclusive para a subsistência, promovida por medidas adotadas pelo governo federal nos últimos anos de estímulo direto ou indireto ao crescimento econômico, como por exemplo, o programa Bolsa Família, o aumento real do salário mínimo e as políticas de crédito e de incentivo tributário para manter e ampliar o investimento e a produção do setor privado, não é avaliada de forma consensual.

Desta forma, para muitos, a redução do déficit nominal das contas públicas no Brasil passaria por um ajuste fiscal, ajuste esse que não buscaria o aumento da receita e/ou revisão da estrutura tributária para incidir mais sobre patrimônio, renda e riqueza e menos sobre a produção e consumo, mas sim pela redução dos gastos públicos, redução essa que não atingiria o pagamento dos juros e encargos da dívida pública para milhares de famílias e outros credores, mas sim pelo corte dos gastos sociais que atingiriam quase duas centenas de milhões de pessoas. Vale aqui a mesma observação anteriormente feita para a situação da Europa: trata-se tanto de uma ameaça de perda de direitos conquistados pela sociedade e inscritos na Constituição Federal de 1988 pela falta de capacidade de financiamento das políticas públicas, quanto uma oportunidade de rever a estrutura tributária e os gastos públicos, de forma a onerar tributariamente de forma progressiva a parcela da população com grande capacidade contributiva e reduzir a participação dos juros no total da despesa pública mediante um processo de alongamento do prazo de pagamento da dívida pública e redução da taxa de juros.

II –O debate em torno do fortalecimento do processo de financiamento do SUS

Esse é o contexto do debate em torno do projeto de lei de regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000, agravado por uma falsa questão: o que o Sistema Único de Saúde (SUS) precisa – mais recurso financeiro ou uma gestão mais eficiente? Para rebater as propostas de novas fontes de financiamento vinculadas à saúde, alguns analistas com o apoio da mídia apontam que o problema da saúde pública no Brasil não é falta de “dinheiro”, mas sim a gestão ineficiente.

Essa questão é falsa, porquênão existe gestão eficiente sem financiamento adequado e, nesse quesito, o Brasil gasta pouco com saúde (menos de 4% do PIB), em comparação a outros países com sistemas de saúde com acesso universal (acima de 6% do PIB). Ou, como bem destaca Gilson Carvalho: o gasto com saúde no Brasil é de R\$1,98 por habitante/dia. Nessa perspectiva:

1. É preciso fortalecer o processo de planejamento integrado de governo para fortalecer o processo de financiamento do SUS. Propostas:

1.1. Instituir o “Ciclo Orçamentário Brasileiro do SUS”, com a elaboração de Planos Plurianuais (PPA’s), Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO’s) e Leis Orçamentárias Anuais (LOA’s) nas esferas federal, estaduais e municipais integrados entre si e com os respectivos Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde. Primeiro passo: definir um calendário compatível para esse fim para realização das Conferências de Saúde.

1.2. Dar continuidade à nova política econômica que manteve o compromisso com o crescimento econômico, mas mudou a política monetária com as recentes reduções sucessivas da taxa básica de juros pelo COPOM (Comitê de Política Monetária do Banco Central), baseada no acompanhamento da crise da Europa, da desaceleração da atividade econômica na China e da estagnação econômica dos Estados Unidos. A relevância orçamentária e financeira das despesas com pagamento de juros e amortização da dívida pública no Brasil pode ser observada pelos exemplos a seguir: para cada R\$5,00 alocados para pagamento de juros e encargos da dívida, R\$2,00 são para educação; para cada R\$ 2,00 alocados para pagamento de juros e encargos da dívida, R\$1,00 é para saúde. Assim sendo, a redução das despesas com juros e encargos da dívida abriria um “espaço” orçamentário para a aprovação da vinculação de 10% da Receita Bruta Federal para o financiamento do SUS.

2. O fortalecimento do processo de financiamento do SUS passa pela revisão do Projeto de Reforma Tributária, que está tramitando no Congresso Nacional, e pela continuidade e aprofundamento da redução do processo de concentração de renda em curso no Brasil nos últimos oito anos. Propostas:

2.1. Não extinguir as contribuições sociais enquanto fontes próprias do Orçamento da Seguridade Social. Essas fontes específicas representaram uma importante inovação trazida pela Constituição de 1988 e, com isso, poderiam ser utilizadas de forma independente para fortalecer o financiamento do SUS.

2.2. Aumentar a tributação direta (sobre o patrimônio, a renda e a riqueza) e reduzir a tributação indireta (sobre a produção e o consumo). No caso do Imposto de Renda, por exemplo: aumentar as faixas de renda tributável e a quantidade de alíquotas, bem como



umentar as alíquotas dessas novas faixas de rendimento a serem criadas, além de rever as isenções fiscais.

2.3. “Resgatar” a CPMF, não necessariamente para a saúde, mas principalmente para “capturar os fugitivos do Fisco” e fortalecer o financiamento das políticas públicas das três esferas de governo (União, Estados e Municípios). Como a população continua pagando a “CPMF” embutida nos preços dos produtos, que não foram reduzidos após o fim da vigência legal da cobrança desse tributo, o “resgate” representaria a realocação desses recursos do “caixa das empresas privadas” para os “cofres públicos”.

3. É preciso fortalecer o processo de financiamento do SUS para que seja possível cumprir os dispositivos do capítulo constitucional da Saúde, da Lei 8080/90 e da Lei 8142/90 e, assim, aprimorar a gestão. Propostas:

3.1. Mais recursos financeiros para ampliar os recursos federais para a Atenção Básica (AB): a razão entre a alocação de recursos para a Média e Alta Complexidade (MAC) e para a Atenção Básica foi crescentemente desfavorável para a segunda até 2005. A partir de então, houve uma tendência de estabilização e até uma gradual redução da razão MAC/PAB de 3,2 para 3,0 no período 2006-2011. Porém, não é possível aprofundar essa redução mediante redistribuição dos recursos da MAC para a AB, o que exige novo aporte de recursos para o financiamento das duas.

3.2. Mais recursos financeiros para garantir o cumprimento legal de, no mínimo, 70% dos recursos de transferências para saúde seja destinado aos municípios e o restante aos Estados (atualmente está um pouco abaixo: 64%), bem como para transferir no mínimo 15% dos recursos do MS aos Municípios pelo critério per capita e destinados à atenção básica e no mínimo 50% das transferências para Estados e Municípios pelo critério per capita. A legislação define “transferência de recursos per capita” como sendo o “quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio”. Porém, as autoridades da saúde alegam que a adoção imediata desse critério desorganizaria o processo de financiamento existente, pois alguns perderiam e outros ganhariam. Então, somente um novo aporte de recursos financeiros para o SUS permitiria implantar esses critérios legais sem prejuízo ao financiamento desse sistema com impactos negativos para a população.

3.3. Não considerar no cômputo da aplicação mínima constitucional federal as despesas com ações e serviços de saúde financiadas com os recursos próprios arrecadados pelo MS como taxas de vigilância sanitária, venda de produtos da FIOCRUZ e outros, inclusive os recursos arrecadados com a venda de medicamentos da Farmácia Popular, por caracterizar uma espécie de “dupla contagem” ou “financiamento retroalimentado”. As despesas com Farmácia Popular e Assistência à Saúde dos Servidores (clientela fechada) também não deveriam ser computadas para o cálculo da aplicação mínima em saúde. Sobre a Farmácia Popular, a partir de 2011, os medicamentos de hipertensão e diabetes são gratuitos; para os demais casos, a situação permanece com a manutenção do “co-pagamento”. A exclusão dessas situações do cômputo da aplicação constitucional mínima poderia ser absorvida pelo governo com a garantia de ingresso adicional de receita.



3.4. Compensar os valores cancelados dos restos a pagar para garantir que o cumprimento da aplicação mínima constitucional fosse efetivamente atingido nos anos em que as despesas foram empenhadas (desde 2000). Para ilustrar a magnitude do problema, foram cancelados cerca de R\$ 2,7 bilhões desde 2009, dos quais, R\$ 1,3 bilhão somente em 2011 (até 30 de setembro). O problema da compensação seria mais facilmente solucionado se a movimentação financeira fosse feita exclusivamente pelo Fundo Nacional de Saúde, inclusive com a transferência financeira regular e automática da parcela da arrecadação compatível com os valores consignados no Orçamento Anual pelo Ministério da Fazenda. Com isso, as sobras de caixa decorrentes da diferença temporal entre o fluxo de receitas e o fluxo de despesas do Fundo Nacional de Saúde poderiam ser aplicadas no mercado financeiro, gerando receita patrimonial vinculada à saúde, o que permitiria fortalecer o financiamento do SUS.

3.5. Superar a lógica do “PISO X TETO” vigente no processo de financiamento federal do SUS: a Constituição de 1988 estabeleceu a aplicação mínima, mas a gestão orçamentária e financeira, sob controle do Ministério do Planejamento e Gestão e do Ministério da Fazenda, liberam recursos orçamentários e financeiros segundo a referência do valor da aplicação mínima, ou seja, o “piso” de aplicação foi transformado em “teto” de gasto.

III – Considerações Finais

“Mais dinheiro ou mais gestão, eis a falsa questão” poderia ser a frase síntese do debate travado por alguns setores da sociedade em torno do processo de financiamento do SUS. Na verdade, o aporte de recursos financeiros adicionais para o SUS contribuirá para o aprimoramento da gestão do SUS. Porém, o fortalecimento do processo de financiamento do SUS não pode ficar restrito ao setor saúde, pois a busca por novas fontes de financiamento passa necessariamente pelo aprofundamento do processo de redução da concentração de renda em curso de forma lenta e gradual nos últimos anos, mediante uma reforma tributária para incidir majoritariamente sobre patrimônio, renda e riqueza, e menos sobre produção e consumo.

Para encerrar, as distorções do atual quadro de subfinanciamento do SUS pode ser ilustrado a seguir: o sistema financeiro criou um produto nos últimos anos: “antecipação de recebíveis do SUS”. Hospitais privados ou filantrópicos podem buscar essa linha de crédito em vários bancos para custeio e investimento, oferecendo em garantia os recursos da MAC, sendo os valores das parcelas deduzidos pelo Fundo Nacional de Saúde antes da transferência desses recursos aos municípios, limitada a operação de crédito a 30% do valor anual dessa transferência.

Em outros termos, o subfinanciamento do SUS gerou esse produto lucrativo para os bancos, caracterizando um desvio de finalidade de aplicação dos recursos da MAC com o pagamento de juros à instituição financeira, em detrimento da aplicação em ações e serviços de saúde de média e alta complexidade: se o hospital não conseguia pagar as suas despesas de custeio e investimentos, após esse empréstimo consignado passou a ter uma nova despesa, o pagamento de juros e amortização da dívida, o que implicará na renegociação da dívida até o limite estabelecido, cujo efeito “bola de neve” pode trazer o risco de um processo falimentar com a interrupção da prestação de serviços à população.



3. TERCEIRA PÁGINA – NOTÍCIAS

3.1 RELATOR DA REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA 29, HUMBERTO COSTA DIZ QUE VAI MODIFICAR TEXTO DA CÂMARA

na Agência Senado

O líder do bloco de apoio ao governo no Senado, senador Humberto Costa (PT-PE), informou nesta terça-feira (29) que fará modificações no substitutivo da Câmara ao Projeto de Lei do Senado (PLS) 121/2007 – Complementar, matéria que regulamenta a Emenda 29. O senador é relator da proposta e adiantou que vai apresentar um parecer preliminar em breve para que os demais senadores possam debater as modificações.

- Todos nós queremos o mais rapidamente possível que essa regulamentação se dê, para que tudo aquilo que foi votado no Senado e na Câmara passe a vigorar já no ano que vem, o que implicará por si só o incremento de recursos para a área da saúde – disse.

Humberto Costa avisou que pretende retirar do projeto emenda acrescentada pelos deputados que retira os recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) da base de cálculo para definição do percentual mínimo para a área de saúde.

- Eu pretendo fazer um relatório preliminar e entregar a todas as lideranças para que possam discutir com as suas bancadas. Pretendo trazer o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, para conversar com os senadores que estão ligados a essa área da saúde aqui no Senado para construirmos um texto o mais próximo possível de um consenso, que possa ajudar nesta luta que é histórica de conquistarmos mais recursos para a área da saúde no Brasil – declarou Humberto Costa.

3.2 HIPOCRISIA E FINANCIAMENTO DO SUS – Zé Dirceu – Jornal do Brasil 247 – 11-nov-2011

É impossível imaginar que o Brasil possa completar seu processo de desenvolvimento sem promover uma profunda melhoria em seus serviços de Saúde. É o que se depreende, de um lado, da realidade das longas filas que se somam às demoras na marcação de exames na rede pública e, de outro lado, da má qualidade dos planos privados pelos quais é cada vez mais



Saúde em Foco



difícil realizar procedimentos de alta complexidade. O quadro é, portanto, de carência e crescente insatisfação com a Saúde como um todo, que precisa ser superado. primeiro passo é vencer a hipocrisia no debate sobre a criação de uma nova fonte de financiamento para o SUS (Sistema Único de Saúde). Não será possível atender à determinação constitucional de universalização do sistema com qualidade sem ampliar o volume de recursos destinados à área — calcula-se que são necessários cerca de R\$ 45 bilhões adicionais a cada ano. Mas esse debate tem sido interditado pela grita contra o aumento da carga tributária.

Ocorre que os que fazem o alarde não se envolvem com a mesma ênfase no debate sobre a reforma tributária, única saída para equacionar os problemas de taxaço e pavimentar o caminho para a diminuição do peso dos tributos. E há uma razão de desigualdade para isso: segundo o IBGE, enquanto os mais ricos usam a maior parte de seu orçamento com saúde no pagamento dos planos privados, os mais pobres têm os remédios como item de maior consumo de seus gastos com saúde.

Por essa razão, não podemos admitir, como preconizam as administrações do PSDB, que parte da estrutura do SUS seja destinada aos usuários de planos privados que pagariam para “furar a fila” na rede pública. Há, inclusive, fortes razões para sustentar a inconstitucionalidade dessa política tucana, porque cria cidadãos de primeira e segunda classe.

É claro que o gasto maior com remédio tem relação direta com a qualidade do serviço prestado. Fundamentalmente, uma nova fonte de financiamento permitiria ajudar a diminuir essa distorção, já que os recursos iriam para o SUS, que atende, em sua maioria, as populações mais pobres e mais pessoas que a rede privada.

Além disso, faria aumentar a parcela de dinheiro público usado em Saúde como um todo — de acordo com o IBGE, hoje, 57,4% vem dos brasileiros e o restante do setor público. E não dá simplesmente para retardar os necessários investimentos em outros setores importantes ao crescimento do país.

Vencer a hipocrisia passa também por saber que o subfinanciamento do SUS contrasta com o que pagamos em juros. Em 2009, enquanto os juros drenavam 45% do orçamento geral da União, o SUS recebia 4%. Isso significa 11 vezes mais de dinheiro destinado aos juros, amortizações e refinanciamento da dívida pública do que o montante utilizado em Saúde pública!

Algumas propostas interessantes já foram apresentadas, como ampliar a taxaço das grandes fortunas para financiar a Saúde, num modelo que seria elogiável também por fazer mais justiça tributária. Outro caminho é impostos mais pesados sobre cigarros e bebidas. Há ainda a proposta de fixar um percentual do orçamento para a Saúde, que traria consigo o problema da indexação orçamentária.

Finalmente, não dá para pensar em avanço em Saúde sem regulamentarmos a Emenda Constitucional 29, que vai discriminar o que pode ou não ser considerado gasto na área, diminuindo a margem de manobra para “maquiagens” por Estados e municípios.



Definitivamente, se não enfrentarmos essas questões sem hipocrisia e sem senso de justiça social, não chegaremos, em uma década, no nível de desenvolvimento que buscamos, com avanços na rede física de Saúde pública e na qualidade de seus serviços.

3.3 DISCURSO E PRÁTICA NOS GASTOS COM SAÚDE – GLOBO – 29-11-2011

Com a inclusão, na Constituição de 1988, do direito de todo brasileiro ser atendido pelo sistema público de saúde, a sociedade, representada pelos constituintes, demonstrou grande senso de justiça social, mas criou para si um enorme problema, o de como financiar um gasto gigantesco protegido pela Carta.

Como não faz sentido debater o direito já adquirido, inamovível, discute-se o financiamento do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, uma gigantesca máquina com capilaridade em estados e municípios, sorvedora de bilhões.

Não seria diferente, pois os custos do setor de saúde costumam crescer acima da inflação, muito devido aos pesados investimentos em tecnologia, em novos remédios e equipamentos. E numa sociedade com grandes desequilíbrios sociais, a pressão dos gastos seria grande de qualquer forma. Assim tem sido desde sempre, com parlamentares ligados à atividade e lideranças setoriais com a reivindicação eterna de mais verbas.

A discussão sobre as finanças do **SUS** reacende com a proximidade da votação da regulamentação da **Emenda 29**, aprovada em 2000 para fixar de forma mais clara a vinculação de recursos federais, estaduais e municipais à Saúde.

Os gastos federais realizados na última década, divulgados ontem pelo GLOBO, ilustram este cabo de guerra entre os defensores de mais dinheiro para o **SUS** e aqueles que consideram sensato melhorar a deficiente gestão do sistema, para depois se saber se recursos adicionais são de fato necessários.

As estatísticas, expressas em percentual do PIB, mostram como o discurso político pode ser enganoso: com exceção de 2001, 2004 e 2009, houve queda relativa dos gastos, de um ano para outro. Em 2010, o 1,66% de PIB destinado à Saúde chegou a ser inferior ao 1,76% de 2000. Todo o discurso, no caso do governo Lula, a favor da CPMF, de temor com o “subfinanciamento” do **SUS**, não se materializou em ações. Tanto que o 1,66% do PIB gasto com o **SUS** no último dos seus oito anos de gestão é o mesmo índice de 2003, o primeiro do governo. No período, a arrecadação subiu bastante em termos reais, mas a Saúde não foi tratada com a prioridade com que costuma ser destacada nos discursos.

Caso exemplar aconteceu com o fim da CPMF, em 2007, quando o governo temeu por um “caos” em emergências e ambulatórios públicos, pois R\$40 bilhões foram suprimidos, com a decisão do Senado, do Orçamento de 2008. Mas a arrecadação repôs os recursos em seis meses – sem impedir a campanha pela volta do “imposto do cheque”, hoje apenas adormecida.



Os números da reportagem comprovam que a grande prioridade do governo é o assistencialismo de uma maneira geral, dono de grossas fatias do PIB, acima de 10%, se incluímos a Previdência. Um debate a se travar é sobre este desencontro entre palavras de governantes e a vida real. A sensatez aconselha a se aperfeiçoar a gestão no **SUS**, algo que, afinal, começa a ser feito, por meio de consultorias e com a recente criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, para gerir hospitais públicos federais e universitários, ao largo do regime estatutário esclerosante.

Antes de se pensar em criar impostos para o **SUS**, é preciso tornar a Saúde de fato prioritária para o governo. As estatísticas comprovam que até agora, no lulopetismo, não o foi.

3.4 GOVERNO SÓ ACEITA VOTAR SE TIVER CERTEZA DE VITÓRIA – GLOBO 29/11/2011

Líder no Senado diz que mais provável é votação só em 2012. BRASÍLIA. O governo aceita pôr em votação a **Emenda 29**, mas somente quando tiver segurança de que a base aliada aprovará no Senado o texto aprovado pela Câmara. Esse texto mantém o atual nível de investimento da União no setor.

- Vamos começar a discutir hoje (ontem) a nossa estratégia de ação. Mas vou fazer tudo para que possamos votar a **Emenda 29** ainda este ano – adiantou o senador Humberto Costa, que foi ministro da Saúde no governo Lula.

O líder do governo no Senado, Romero Jucá (PMDB-RR), porém, disse achar difícil que a regulamentação da **Emenda 29** entre na pauta de prioridades do Planalto neste fim de ano. Ele admite que os líderes da base aliada ainda não concluíram o levantamento junto às suas respectivas bancadas – para ver se o governo não corre o risco de ver o texto original da proposta aprovado.

- O mais provável é que fique para o próximo ano – confirmou Jucá.

Frente da Saúde calcula ter 39 de 41 votos necessários

Surpresos com as declarações de vários governistas a favor da retomada do texto original da regulamentação da **Emenda 29**, a oposição deverá insistir hoje para que a proposta seja submetida a votos antes da emenda constitucional que prorroga a Desvinculação das Receitas da União (DRU) até 2015. Algumas estimativas de representantes da **Frente Parlamentar da Saúde** indicam que pelo menos 39 senadores já teriam se comprometido em aprovar o texto de Tião Viana. Para ser aprovado, esse texto precisa de 41 votos. (Adriana Vasconcelos)

BOA SEMANA

Gilson Carvalho – Médico Pediatra e de Saúde Pública – carvalhogilson@uol.com.br

O autor adota a política do copyleft em seus textos disponíveis no site: www.idisa.org.br



<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/12/06/domingueira-financiamento-da-saude/>

Jandira Feghali: Taxar 997 milionários levantaria R\$ 10 bi para a saúde pública

[gabrielecfeitas](#)

- Atualizado em 06/12/2011 **Postado em:** [Equipe do Blog, z](#)



“Vamos servir a 200 milhões de brasileiros com uma contribuição de fato em quem concentra patrimônio no Brasil”, diz Jandira.

enviado por Mario Lobato

por Luiz Carlos Azenha no [Vi o Mundo](#)

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados deve apreciar nesta quarta-feira, 7 de dezembro, o parecer da relatora Jandira Feghali (PCdoB-RJ) sobre o Projeto de Lei Complementar 48/11, de autoria do deputado Dr. Aluizio (PV-RJ), que trata da Contribuição Social das Grandes Fortunas.

Um imposto sobre as fortunas está previsto no inciso VII do artigo 153 da Constituição de 1988, nunca regulamentado.

A relatora pretende transformar o imposto em contribuição, permitindo assim que o dinheiro arrecadado seja vinculado a um tipo específico de gasto: o financiamento da saúde pública.

O imposto incidiria sobre 38.095 contribuintes, aqueles que têm patrimônio superior a 4 milhões de reais. As alíquotas teriam variação de 0,40% a 2,1%.

A relatora Jandira Feghali disse que, ao analisar os dados obtidos junto ao Fisco, constatou o tremendo grau de concentração de riqueza no Brasil: pelos cálculos da deputada, a



contribuição arrecadaria 10 bilhões de reais taxando apenas os brasileiros com patrimônio superior a 100 milhões de reais, ou seja, 997 pessoas.

Considerando os dados de 2009, a contribuição levantaria 14 bilhões de reais.

“Vamos servir a 200 milhões de brasileiros com uma contribuição de fato em quem concentra patrimônio no Brasil”, diz Jandira.

Ela argumenta que taxar fortunas não é nenhuma novidade. O imposto existe na França para quem tem patrimônio superior a 600 mil euros, segundo ela.

Jandira também lembrou do milionário estadunidense que pediu para ser taxado. Ela se refere ao investidor Warren Buffett. De fato, nos Estados Unidos, existe até mesmo um grupo, chamado [Patriotic Millionaires](#), que lidera uma campanha pela taxaço de no mínimo 39,6% para quem tem renda superior a 1 milhão de dólares anuais. Uma pesquisa do Spectrum Group, publicada pelo **Wall Street Journal**, descobriu que 68% dos milionários entrevistados defendem aumento de imposto para os mais ricos.

A CSGF brasileira não trata de renda, mas de patrimônio acumulado.

Se você tem um Fusca paga 4% do valor em IPVA, mas a posse de um avião particular, de um helicóptero ou iate não é taxada, argumenta a deputada comunista.

Jandira diz que, pelos cálculos do ministro da Saúde Alexandre Padilha, a pasta precisa de um reforço de orçamento de 45 bilhões de reais por ano para dar conta das necessidades do setor. A contribuição dos milionários cobriria uma parte razoável disso.

Fiz duas provocações à deputada: 1) Os milionários brasileiros têm um poder político considerável e, como disse Garrincha sobre a tática infalível do técnico Vicente Feola para derrotar os russos, só falta combinar com o adversário; 2) O argumento clássico dos conservadores é de que, ao taxar os mais ricos, eles perdem o incentivo para produzir as riquezas que, eventualmente, se espalham por toda a sociedade (a famosa economia do **trickle-down**, do ex-presidente dos Estados Unidos Ronald Reagan, segundo a qual as migalhas que caem lá de cima acabam nos alimentando).

<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/12/06/jandira-feghali-taxar-997-milionarios-levantaria-r-10-bi-para-a-saude-publica/>

[Projeto de lei cria guia de saúde pública municipal](#)

TWEET
DETALHES

PUBLICADO EM SEGUNDA, 05 DEZEMBRO 2011 13:30

A Prefeitura de Cuiabá deverá criar, distribuir e atualizar, sempre que necessário, um guia de saúde informando sobre os serviços oferecidos pelas unidades de saúde da Capital. É o que



está previsto no projeto de lei da vereadora Lueci Ramos (PSDB), em tramitação na Câmara de Cuiabá.

Conforme a matéria, O guia deverá ser distribuído e oferecido à população, gratuitamente, nas unidades de saúde e postos de atendimento, policlínicas e pronto socorro, além de estar disponível no site da prefeitura.

Na cartilha deverão conter as seguintes informações: relação das unidades básicas de saúde e endereços; horário de funcionamento e do plantão diário; especialidades médicas, com identificação dos recursos humanos para aquela entidade; especificação dos exames laboratoriais oferecidos; tipos de vacinas oferecidas; médico disponível em cada unidade e relação dos hospitais conveniados com o SUS, dentre outros.

Segundo a vereadora, o projeto busca apresentar soluções ao Poder Executivo para os problemas que afligem a sociedade cuiabana na área da saúde. “Com as instruções desta cartilha, os usuários do SUS saberão quais são os locais certos para cada tipo de serviço oferecido pelas unidades de saúde”, justifica Lueci Ramos.

Andréia Cruz

Assessoria de Imprensa

<http://www.circuitomt.com.br/editorias/politica/8609-projeto-de-lei-cria-guia-de-saude-publica-municipal.html>

6/12/2011 - 09:00

MUTIRÕES

Cuiabá planeja mutirões para reduzir o risco de epidemia de dengue

Cidade está entre as três capitais em situação de risco de epidemia. Cidade também lidera o ranking de infestação do Centro-Oeste

CRÉDITO: ILUSTRATIVA



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social



Infestação por *Aedes aegypti* (Liraa).

Cuiabá (MT) está entre as três capitais brasileiras em situação de risco de epidemia de dengue. A cidade também é a que apresenta o maior número de infestação na região Centro-Oeste. Os dados foram divulgados nesta segunda-feira (5) pelo Ministério da Saúde e constam no Levantamento Rápido de

De acordo com a coordenadora do Centro de Controle de Zoonoses de Cuiabá (CCZ), Alessandra Carvalho, há um mês estão sendo feitos mutirões nos bairros com maior Índice de Infestação Predial (IIP) na capital.

Para tentar diminuir os altos índices de infestação, os mutirões já passaram por alguns dos bairros mais populosos de Cuiabá, como alguns da região do CPA. A capital de Mato Grosso apresenta o maior Índice de Infestação Predial da região Centro-Oeste, com um percentual de infestação de 4,3% - número superior ao limite aceito pelo Ministério que é de até 1%. O Liraa não identifica os casos de dengue no país, mas mostra em quais cidades há mais focos do mosquito transmissor.

Ainda segundo a coordenadora do CCZ, a capital já conseguiu, a partir dos mutirões, reduzir neste ano quase 75% do número de casos de dengue em relação ao ano passado, quando o 42 mil pessoas ficaram doentes. Os mutirões consistem em inspeções sanitárias nas residências dos moradores da capital. Cuiabá tem um total de pouco mais de 231 mil imóveis. De acordo com o último levantamento feito pelo CCZ, pelo menos 75% dos focos



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

Saúde em Foco



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-MT
Participação e Controle Social

de dengue foram encontrados dentro de caixas d'água e cisternas que ficam no chão.

<http://www.expressomt.com.br/noticia.asp?cod=171005&codDep=3>