



Cuiabá/MT, 23 de janeiro de 2012.

## COTIDIANO / LONGA ESPERA

23.01.12 | 08h22

# Transplantes de rim não são feitos há 2 anos e meio

**Em Mato Grosso, 668 pessoas estão na fila de espera**

A Gazeta



Lucas Aguiar tem 16 anos e também aguarda por um rim

## A GAZETA

Há quase 2 anos e meio sem realizar transplante renal por falta de local credenciado, Mato Grosso conta com uma fila de 668 pacientes aguardando por um rim. Atualmente, o Estado oferece apenas cirurgia para transplantar córneas. Neste segmento, são 147 pessoas à espera de um órgão para voltar a enxergar. Em 2011, 254 pacientes de Mato Grosso fizeram transplante de córnea.

A saúde pública chegou a realizar transplantes de medula óssea, enxerto ósseo e rins. Porém, as duas unidades hospitalares que faziam o atendimento perderam o



credenciamento por não cumprirem determinações do Ministério da Saúde. Segundo a Secretaria de Estado de Saúde (SES), os locais não possuíam alvará sanitário.

Com a deficiência do serviço quem sofre são os pacientes renais, que precisam recorrer a outros estados em busca de tratamento, além de passarem mais tempo dependendo da hemodiálise para sobreviver.

A enfermeira especialista em Nefrologia, Paula Baldrighi, do Centro Nefrológico de Cuiabá, comenta que boa parte dos 250 pacientes de hemodiálise da unidade é carente e não tem meios próprios para custear as viagens até São Paulo, onde há a oportunidade de fazer um transplante.

Ela cita como exemplo o caso de um paciente que nesta semana foi referenciado para o transplante, mas estava com dificuldade para viajar. Muitos chegam a depender de “cota” entre os próprios profissionais do local para realizar as viagens.

Embora a SES arque com as passagens, por meio do Tratamento Fora do Estado (TFD), existem outras despesas naturais do deslocamento, como hospedagem, alimentação do próprio paciente e do acompanhante, que é uma obrigatoriedade. “Se existisse a oferta do serviço aqui seria muito mais fácil. Existem pacientes que precisam fazer hemodiálise quando estão em trânsito de uma cidade para outra e terminam voltando às pressas. Isso não ocorreria com o atendimento aqui”.

Aos 16 anos de idade, o adolescente Lucas Aguiar dos Santos enfrenta as dificuldades da doença e aguarda na fila por um rim. Além dos problemas provocados pela deficiência renal, o jovem comenta que a família não tem condições financeiras para arcar com as viagens até São Paulo, onde deve comparecer a cada 3 meses para exames. “Se eu não precisasse viajar, seria bem melhor. Não teria a preocupação de ir até São Paulo”.

Lucas conta que a doença renal foi descoberta quando ele ainda tinha 1 ano. Em 2011, o problema se agravou e os órgãos pararam de funcionar, tornando obrigatórias as sessões de hemodiálise. Revela ter parado de estudar por não saber como os colegas da escola reagiriam ao cateter no pescoço. “O transplante melhoraria tudo, eu teria uma vida normal, não precisaria fazer hemodiálise. Eu não tenho uma vida normal, vivo indo ao médico, fazendo exame, um monte de coisas que outras pessoas da minha idade não fazem”.

Entre as restrições de alimentos e líquidos, é a fruta carambola que Lucas mais sente vontade de comer. Já para o aposentado Eloisio da Silva, 49, é a água que mais faz falta. “Sinto muita sede, mas posso beber somente um pouco de água”.

Ele descobriu a doença há 4 anos e desde então faz sessões de hemodiálise 3 vezes por semana, 4 horas por dia, como determina todo tratamento de paciente renal. Eloisio também está na fila por um rim, em São Paulo, e também tem dificuldades para realizar as viagens. “Com o tratamento aqui seria muito melhor para quem precisa.



Para viajar é preciso ter dinheiro para pagar hotel e eu não tenho condições. No começo a minha família ajudou, mas meus parentes também não têm condições”.

Eloisio conta que era pedreiro e teve que parar de trabalhar por causa da doença. Hoje, recebe um salário mínimo para arcar com as despesas da família. Conforme a enfermeira Paula, as histórias se repetem entre os pacientes. Ela conta que todos sonham com um rim novo, com a possibilidade de se livrar das sessões de hemodiálise, bem como garantir uma melhor expectativa de vida. A especialista frisa que o transplantado não deixa de ter acompanhamento médico, tomar medicamentos e ter cuidados especiais com a saúde, porém tem ganhos no dia a dia.

Explica que o Cenec tem 30 dias para cadastrar o paciente no Hospital do Rim Hipertensão, em São Paulo, após o início da hemodiálise. “No segundo dia já perguntam se estão na fila. Ficam ansiosos com isso”.

Ela cita que o paciente renal sofre com a agressividade da doença, que termina afetando outras partes do organismo, como a possibilidade de ter uma doença óssea, problema de fraturas, cardíaco, diabetes, hipertensão, risco de acidente vascular cerebral, ganho de peso, anemia. Além das sessões de hemodiálise que terminam sendo um transtorno, há ainda a restrição alimentar. “Tem a limitação física, não podem pegar peso, não podem viajar para qualquer lugar por causa da hemodiálise”.

<http://www.midianews.com.br/?pg=noticias&cat=3&idnot=75430>

Notícias / Cidades

21/01/2012 - 16:45

## Saúde anuncia os classificados para cargos de Agentes do CCZ em VG

*Da Assessoria*

A prefeitura de Várzea Grande por meio da secretaria de Saúde(SMS/VG), divulga a relação nesta tarde (20), dos classificados no processo seletivo para contratação temporária para os cargos de Agente de Saúde Ambiental (ASA) e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

De acordo com a coordenadora do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Valdilene Antônia Santos, 22 candidatas foram aprovadas no processo para Agente de Saúde Ambiental. E, para Agente Comunitário de Saúde foram 11 aprovados.

A seleção dos agentes ambientais atenderá o CCZ nas áreas descobertas dos bairros: Vitória Régia, Manga, Vista Alegre, Sadia Oeste, Alameda, Cristo Rei, Construmat, Unipark, Beira Rio, São Gonçalo, Engordador, Carrapicho, Carlos Gomes, Jardim Alá, Noise Curso, Aurila



Sales, Centro Sul, João Baracat, Nova Era, Jardim Paula I, Julio Domingos, Clovis Vetoratto, Jardim Tarumã II, Novo Mundo, Trevo do Lagarto e Jardim Eldorado.

Já os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuarão no Programa de Saúde da Família nos Bairros: Manaira, Souza Lima, Alameda, Jardim Imperial, Assentamento Rural: Sadia III e Nossa Senhora Aparecida I.

O salário base e remuneração do (ASA), e do (ACS do PSF), serão de R\$714,00 mensais, com jornada de trabalho de 08 horas por dia de segunda a sexta-feira.

“O candidato aprovado deve estar em dia com as obrigações eleitorais; regularizado com o serviço militar; morar na área geográfica do município para a qual se inscreveu; ter aptidão física e mental para o exercício da função, a ser comprovada por exames médicos realizados pela Rede Municipal de Saúde”, destaca Valdilene.

O processo seletivo tem validade de (dois) anos, a contar da data de publicação da homologação, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da Administração Municipal de Várzea Grande.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Saude\\_anuncia\\_os\\_classificados\\_para\\_cargos\\_de\\_Agentes\\_do\\_CCZ\\_em\\_VG&edt=25&id=232354](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Saude_anuncia_os_classificados_para_cargos_de_Agentes_do_CCZ_em_VG&edt=25&id=232354)

Notícias / Ciência & Saúde

23/01/2012 - 10:12

## **Hospital Regional inicia projeto para reduzir perda de alimentos na Unidade de Alimentação**

*Da Assessoria*

A equipe de colaboradores da Unidade de Alimentação e Nutrição, UAN, do Hospital Regional de Rondonópolis Irmã Elza Giovanella – São Camilo – recebeu um treinamento especial para praticar o novo projeto iniciado no setor que visa reduzir a perda de alimentos em estoque.



Por meio de etiquetas padronizadas de cores diferentes, os colaboradores poderão assimilar de imediato os alimentos que estão aptos ao consumo, os que estão próximos da data de vencimento e os que, por ventura, não estiverem mais aptos ao consumo.

São três cores de etiquetas, sendo a Verde a determinante para as mercadorias em boas condições, a Amarela para as mercadorias com prazo igual ou inferior a 30 dias do vencimento e a Vermelha para alimentos inaptos ao consumo.

“Nossa proposta é padronizar cada vez mais nosso setor com metodologias e projetos que assegurem uma alimentação saudável e com medidas eficazes que combatam o desperdício e a perda de mercadorias”, afirma o coordenador do setor, Paulo Sérgio de Carvalho.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Hospital\\_Regional\\_inicia\\_projeto\\_para\\_reduzir\\_perda\\_de\\_alimentos\\_na\\_Unidade\\_de\\_Alimentacao&edt=34&id=232577](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Hospital_Regional_inicia_projeto_para_reduzir_perda_de_alimentos_na_Unidade_de_Alimentacao&edt=34&id=232577)

Notícias / Ciência & Saúde

23/01/2012 - 10:04

## **Alunos de escolas públicas serão examinados por equipes de saúde a partir de março**

*Agência Brasil*

As condições de saúde de 11 milhões de estudantes de escolas públicas brasileiras serão avaliadas por médicos, enfermeiros e dentistas das unidades básicas de Saúde a partir de março.

Os profissionais estarão em 50 mil escolas de 2 mil municípios do país.

“Muitas vezes, um problema de saúde, se não for identificado, pode atrapalhar o rendimento escolar”, disse a presidenta Dilma Rousseff no programa de rádio Café com a Presidenta. Ela acrescentou que o governo deverá ainda envolver os pais no combate à obesidade infantil, problema que afeta um quinto das crianças brasileiras. “Reduzindo a obesidade infantil, vamos prevenir outras doenças que podem ocorrer no futuro, como a hipertensão e o diabetes”, explicou.



Dilma Rousseff destacou também as alterações no programa de vacinação infantil, que ocorrem a partir de agosto. A vacina contra a pólio, conhecida como paralisia infantil, será injetável nas duas primeiras doses para bebês e crianças. “Há 22 anos não registramos nenhum caso de paralisia infantil transmitido no país, mas a pólio ainda existe em 24 países. Como as pessoas viajam de lugar para outro e podem trazer o vírus, precisamos manter nossas crianças protegidas”, destacou Dilma.

Entretanto, a dose oral, com a campanha do Zé Gotinha, irá continuar para manter a proteção de crianças até cinco anos de idade.

Outra alteração no calendário de vacinação se refere à vacina pentavalente. Ela é a soma de duas vacinas já existentes: a da hepatite B e a tetravalente. “Com uma só injeção, a vacina pentavalente vai proteger agora a criança contra cinco doenças: o tétano, a difteria, a coqueluche, a hepatite B e um tipo de meningite grave”, disse. “A combinação das vacinas é boa para a criança, que vai precisar tomar uma injeção a menos, mas também é um avanço no processo de vacinação”, completou.

A presidenta lembrou também que a meta do governo é investir R\$ 7,6 bilhões para construir 6 mil escolas de educação infantil até 2014.

[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Alunos de escolas publicas serao examinados por equipes de saude a partir de marco&edt=34&id=232551](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Alunos%20de%20escolas%20publicas%20serao%20examinados%20por%20equipes%20de%20saude%20a%20partir%20de%20marco&edt=34&id=232551)

23/01/2012 - 05h46

## Luta contra o crack sai por até 44 mil ao mês

Adriana Ferraz  
Estado de São Paulo

As opções são variadas e vendidas pela internet. No mercado das clínicas particulares, há modelos de tratamento que mais parecem um spa, com direito a bosque particular, piscina, quadra de tênis e até salão de beleza. A escolha, em muitos casos, não depende só da capacitação dos profissionais, mas de quanto se pode gastar por mês. Há quem pague até R\$ 44 mil por mês por um quarto com frigobar e cama para acompanhante.

Assim como os itens de luxo, os modelos de tratamento também diferem de um endereço para o outro e criam polêmica entre as clínicas.

As instituições comandadas por ex-dependentes, geralmente em sítios com menor infraestrutura, são adeptas da chamada 'laborterapia'. Nela, o paciente ajuda até na limpeza do local.



'Ninguém faz faxina, mas cuida do seu quarto, lava a sua roupa. Isso ajuda a criar responsabilidade. E não é só isso. Aqui, o paciente tem uma rotina de atividades das 8h30 às 21 horas. Aos poucos, aceita o programa e evolui', diz Rogério Gomes, dono da Clínica Atibaia.

Vigilância. A instituição, com capacidade para cem pacientes, promove internações involuntárias 24 horas, ao custo médio de R\$ 1,2 mil. A mensalidade custa R\$ 3 mil. Nos próximos meses, o valor dará direito a uma espécie de 'big brother' online. O dia a dia dos pacientes, que já é filmado, será mostrado à família pela internet, com uma senha.

O atrativo digital é considerado supérfluo entre os pacientes da Maxwell, também em Atibaia. Lá, os parentes podem se 'hospedar' com o dependente. Além de piscina e salão de beleza, há salas de jogos, lanchonete e estúdio de ioga. Logo ganhará um campo de golfe.

'Aqui treinamos as pessoas para a vida. O luxo não pode ter conotação pejorativa. Oferecemos o que nossos pacientes têm lá fora. Não vou colocar ninguém para limpar o chão e fazer a cama. Temos camareiras para isso. Se punição resolvesse, os presidiários seriam santos. Nosso tratamento é médico, com acompanhamento 24 horas', diz o psiquiatra Sabino Ferreira Farias Neto, que fundou a instituição há 35 anos.

Na Maxwell, a punição é outra. Quem deixa de participar das reuniões obrigatórias, como a terapia em grupo matinal, perde regalias. Na prática, isso se traduz na proibição de ir ao salão de beleza ou de participar de saídas acompanhadas. A clínica ficou conhecida em 2000, depois que o cantor Rafael Ilha engoliu uma pilha, uma caneta e três isqueiros durante sua estada no local.

Portas abertas. Do acesso pela Rodovia Régis Bittencourt à entrada da Clínica Monte Rey, em Jucituba, são 8 quilômetros de estrada de terra. No fim, um portão branco, sem cadeado. Entrar e sair da comunidade é opção do paciente, que lá não encontra luxo material, mas uma reserva natural, com bosque e represa. Pelo pacote, paga mensalidade de R\$ 1,2 mil. 'Não aceitamos pacientes involuntários. Nem poderíamos, sem seguranças ou grades. Aqui é preciso aceitar o tratamento', diz o diretor Josino Cardoso Neto, que defende o modelo dos 12 passos, usado por grupos de alcoólicos anônimos (AAs).

Na comunidade, o atendimento médico só ocorre uma vez por semana, quando o psiquiatra visita os pacientes. Na última semana, mais de metade deles era usuária de crack. Índice semelhante ao encontrado pela reportagem na clínica Grand House, em Mairiporã, cujo público é formado essencialmente por jovens de classe média alta.

Em uma chácara adaptada apenas para homens, eles participam de rodas diárias de terapia, oficinas de arte e até aulas de surfe. 'São pacientes exigentes, com alto índice de escolaridade e poder aquisitivo. Pagam R\$ 6 mil por mês e sabem reivindicar atendimento personalizado. É o que oferecemos, com 24 funcionários para 20 pacientes', diz Sérgio Castillo, biólogo e terapeuta.

Em comum a todas as clínicas, uma certeza: nenhum tratamento tem resultado garantido.



Escolha de clínicas não é feito apenas por seus profissionais, mas pelo quanto se pode pagar - nas de alto padrão, luxo inclui de serviço de beleza a campo de golfe  
<http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=401102>

SAÚDE

## A esperança que vem do laboratório

Depois de 40 anos do início do flagelo da dengue no Brasil, uma vacina contra a doença entra enfim na fase final de estudos

**KAMILA**

Da

**ARRUDA**

Reportagem

Somente 40 anos depois de registrada a primeira epidemia de dengue no Brasil é que há esperanças de que uma vacina eficaz e segura possa ser disponibilizada contra uma doença que todos os anos vitima centenas de milhares de pessoas no país. Segundo levantamento do Ministério da Saúde, nos últimos dez anos cerca de 4,5 milhões de pessoas contraíram a doença no Brasil. Destas, 2.195 morreram. Sim, morreram por causa da simples picada de um mosquito. E, por trás disso, por causa da falta de saneamento básico, da falta de limpeza de quintais e terrenos baldios, enfim, por causa do desleixo geral.



“Fumacê”: o barulhento e controverso caminhãozinho foi o que de mais avançado inventaram contra a dengue até aqui

Dado que o desleixo não tem prazo para acabar, a vacina parece ser um caminho mais curto para o combate à dengue. Após anos de estudos, análises e testes, o laboratório Sanofi Pasteur já tem uma vacina em fase de experimento humano. Uma única dose promete combater os quatro tipos de vírus da dengue.

As doses estão sendo aplicadas em voluntários de nove a 16 anos, faixa etária com maior incidência de casos. São moradores de cinco capitais brasileiras, que como Cuiabá possuem índice elevado da doença: Campo Grande, Fortaleza, Goiânia, Natal e Vitória.

As crianças selecionadas e seus pais ou responsáveis legais têm acesso a diversas informações a respeito do estudo e assinam cerca de 40 páginas de documentos com os esclarecimentos sobre a pesquisa.



Após estes certames burocráticos, todos os selecionados passam por avaliação médica para que a equipe se certifique de que elas não estão com nenhum problema de saúde.

O experimento está em andamento desde outubro do ano passado e, a partir dele, a vacina entrou em processo de validação. Uma equipe médica está fazendo todo o acompanhamento dos pacientes. Enquanto eles estiverem em tratamento, qualquer comportamento anormal, como uma febre, será relatado aos médicos pesquisadores.

Dois terços dos voluntários receberam a vacina candidata e os demais receberam doses de placebo, substância que não tem qualquer efeito no corpo. Todos os dados da pesquisa e do experimento serão analisados em conjunto com os de outros países latino-americanos e asiáticos, onde a dengue também virou uma epidemia. Outros testes foram feitos anteriormente e o medicamento tem se mostrado seguro.

A imunização se dá em três doses, que devem ser tomadas de seis em seis meses. Em Campo Grande, por exemplo, 300 crianças já tomaram a primeira dose da vacina e nenhuma apresentou reação ao produto. Neste mês, mais 200 crianças devem ser imunizadas.

Assim como todas as outras vacinas, ela é produzida com o vírus causador da doença, no caso o transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, mas em uma forma atenuada ou morta, capaz de preparar o sistema imunológico do indivíduo. Ao tomar a vacina, o corpo da pessoa passa a ser capaz de reconhecer o vírus e já produziu os anticorpos suficientes para combatê-lo.

Além do Sanofi, outros laboratórios também vêm realizando pesquisas acerca da produção da uma vacina contra a dengue. A Fundação brasileira Oswaldo Cruz é uma delas, e começou recentemente a primeira fase de estudos clínicos.

O presidente e diretor-geral do Sanofi, Oliver Charneil diz estar muito confiante com o término dos estudos. “Hoje, estamos muito entusiasmados por estar na etapa final de desenvolvimento clínico. Estamos confiantes de que seremos os primeiros a obter nos próximos anos uma vacina contra a dengue, que irá atender as necessidades médicas e mudar a vida de milhões de pessoas em todo o mundo”, diz.

Caso as expectativas sejam atendidas e a vacina aprovada neste último teste, o laboratório pretende colocá-la no mercado em 2014.

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=405609>

## **Vacina está sendo testada mundialmente**



Outras pesquisas de vacina contra a dengue já foram feitas no passado, mas provocaram forte reação nos pacientes e por isso não foram consideradas seguras. Por causa disso, os cientistas recorreram à engenharia genética para colocar o material genético do vírus da dengue em outro organismo, de forma a amenizá-lo.

Como a dengue possui quatro tipos de vírus diferentes, numerados de DEN1, DEN2, DEN3 e DEN4, os cientistas trabalham separadamente com cada um deles, e o resultado será uma mistura de quatro vacinas.

Segundo o chefe do programa de combate à dengue da Sanofi Pasteur, doutor Jean Lang, as pesquisas em torno desta vacina vêm sendo feita há mais de dez anos. “O desafio científico em relação a esta vacina foi escolher a abordagem certa contra os quatro sorotipos do vírus da dengue”, diz ele.

Em geral os resultados obtidos foram positivos, já que foi observada uma resposta imunológica contra os quatro sorotipos da doença após as três doses da vacina. O doutor Jean afirma que o objetivo do laboratório é desenvolver uma vacina segura e que seja acessível em todas as regiões do mundo onde a dengue é uma questão de saúde pública, além, é claro, para pessoas que viajam para essas áreas.

Além do Brasil, a última etapa dos estudos clínicos da vacina está em andamento no México, Colômbia, Honduras, Porto Rico, Peru, Filipinas, Vietnã, Cingapura, Austrália e Tailândia. (KA)

<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=405610>

## [Rede Feminista de Saúde posiciona-se contra MP 557](#)

[Paulo Navarro](#)

- Atualizado em 20/01/2012 **Postado em:** [z](#)



Rede divulga em nota razões éticas, técnicas, políticas e conceituais.

Do [Viomundo](#).

## **Posição sobre a Medida Provisória Nº 557 de 26 de dezembro de 2011.**

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”. (FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina).

A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – RFS, única articulação nacional de grupos e mulheres feministas, específica para a área da saúde e com assento no Conselho Nacional de Saúde, vem por meio desta apresentar sua posição sobre a Medida Provisória Nº 557 de 26 de dezembro de 2011 que institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, no âmbito da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, coordenada e executada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, com a finalidade de garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção à saúde materna, notadamente nas gestações de risco e autoriza a União a conceder benefício financeiro, altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei no 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos é contrária à presente Medida Provisória – MP por motivos de ordem técnica, ética, política e conceitual.

- Do ponto de vista técnico e operacional a MP é desnecessária, pois já existem Leis, Normas Técnicas, Protocolos e Orientações de Serviço em vigência que contemplam todos os procedimentos de rotina, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, Hospitais e Maternidades, necessários para o atendimento qualificado do pré-natal, parto e puerpério;
- Nos aspectos referentes ao Sistema de Informações já existem diferentes formas de registro para as ações de saúde sobre qualquer usuário (a) do SUS, entre eles, das mulheres gestantes;
- Para a Prevenção da Mortalidade Materna foram elaboradas Estratégias, Pactos, Comitês de Morte Materna (acordadas entre especialistas e representantes da sociedade civil) em todas as esferas do SUS, bastaria que fossem aprimorados com a incorporação de todas as causas e a qualificação da atenção e funcionassem adequadamente;
- Para que as intenções propostas na MP sejam concretizadas o importante é o estímulo, o financiamento e o monitoramento para a efetiva implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Além do mais é importante enfatizar que uma atividade focalizada dificilmente estrutura e organiza uma política baseada em princípios de universalidade e integralidade, não incorpora as questões de gênero e diversidade, e tão pouco considera os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres (um explícito descumprimento dos acordos internacionais firmados por nosso país). Estes são componentes indispensáveis de toda e qualquer política destinada a assegurar o direito das mulheres a uma vida saudável, sem violência e coerção.



- O propósito enfático de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, na realidade, pode ocultar compromissos internacionais firmados sob a égide dos ideários neoliberais contrários e hostis às políticas de Estado universais e democráticas;
- Entendemos que para atingir os ODM é necessário investir, decididamente, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e somente após definir, claramente, as linhas programáticas focalizar a prevenção da morte materna. Isto porque a melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade materna em dois terços até 2015, é o único ODM que não se conseguiu atingir.
- Consideramos que há premente necessidade de retirar a MP para que possa ser revista e reformulada após discussão com o movimento feminista e de mulheres.
- Sabemos que é inevitável, por razões óbvias, que as ações previstas na MP se darão no âmbito do SUS. No Brasil, até onde se sabe, existem duas redes de prestação de assistência à saúde, a Pública e a Privada. Salvo se nos dias de hoje devido à forte influência político-ideológica do pensamento fundamentalista esteja se estruturando alguma rede espiritual (de cunho religioso) que escape ao controle social dos usuários e usuárias do SUS.
- Outra questão preocupante é a criação de Comissões de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento das Gestantes e Puérperas de Risco, no nível local. Comissões desse tipo poderão invadir a privacidade das gestantes, consistindo numa versão, com recorte de gênero, das polícias sanitárias do século XIX.
- Considerando que o país é todo dividido em áreas e territórios devido à Estratégia de Saúde da Família – ESF é possível imaginar que as mulheres que, por qualquer razão faltarem à consulta agendada do pré-natal, no dia seguinte terão sua casa visitada, além de agentes de saúde, por integrantes da mencionada comissão local (Comissão esta provavelmente constituída por pastores evangélicos, pastorais, cabos eleitorais de vereadores, agentes comunitários, clubes de mães, entre outros) fiscalizando porque ela não foi à consulta. Claro que isso é só um exercício virtual sobre possíveis cenários futuros aos quais as gestante brasileiras serão submetidas. Uma situação desumana e eticamente inaceitável.
- É importante salientar que, na prática, a formulação desta MP apresenta a gestação como uma espécie de “doença de notificação compulsória”, como uma epidemia de doença transmissível a ser controlada e não um evento de saúde reprodutiva para o qual devem ser assegurados os cuidados para que seja vivido de forma segura e prazerosa.
- É evidente que essa vigilância e “cuidados” visam refrear e reprimir a possibilidade da gestante optar por um aborto, no entanto, em nenhum momento esta causa determinante de morte materna é referida no texto.
- Outra anomalia e inconstitucionalidade é a inserção no texto da MP da figura do nascituro, admitindo direitos de cidadania a uma expectativa de cidadão. E a cidadã real e existente torna-se refém do serviço de saúde e/ou da polícia.



- Poderíamos, ainda, listar e comentar inúmeras questões que ficaram pouco explícitas e/ou ambíguas. Poderíamos referir o rico histórico das lutas pela saúde da mulher.

Lembrar que essa trajetória nos remete a 1983 quando da elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, a superação da política Materno-Infantil e que agora, para nossa surpresa e desencanto, reaparece num conjunto de iniciativas que encobrem o retrocesso mediante estranhas denominações e um forte cunho policialesco.

- Em decorrência dos questionamentos por nós formulados restam algumas perguntas:

1. Por que alterar a Lei 8080/90, não seria melhor cumprí-la?

2. Por que tantas iniciativas pontuais e restritivas? Não seria melhor formular o Plano Nacional de Saúde, submetê-lo ao Conselho Nacional de Saúde, respeitar e acatar as diretrizes das Conferências como preconizam as Leis nº 8080/90 e nº 8142/90?

Entendemos que esse é o momento de propor que haja um amplo e objetivo diálogo com o Exmo. Senhor Ministro da Saúde e sua equipe para que possamos debater e sugerir medidas viáveis, éticas, administrativas, legais e sócio-sanitárias, compatíveis com a saúde das mulheres e as políticas públicas defendidas pelo conjunto dos movimentos feminista e de mulheres.

Florianópolis (SC), 19 de janeiro de 2012

Assinam:

## **Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**

Secretária Executiva – Clair Castilhos Coelho

Secretária adjunta – Sheila Regina Sabag Kostin – Adjunta

## **Conselho Diretor da Rede Feminista de Saúde**

Maria José (Mazé) Oliveira Araújo e Lilian Marinho – IMAIS (BA)

Karen Lúcia Borges Queiroz – Associação Lésbica Feminista Coturno de Vênus e Fabiana Paranhos – ANIS (DF)

Maria Dirlene Trindade Marques e Eliete Pereira de Paula – Movimento do Graal no Brasil (MG)

Marta Giane Machado Torres e Lilian Carolina de Araujo Santana Forum de Mulheres da Amazônia Paraense -(PA)

Carmen Regina Ribeiro e Vania Muniz Nequer Soares – Espaço Mulher e (PR)



Santinha Tavares dos Santos e Gleyde Selma da Hora (RJ)

Telia Negrão – Coletivo Feminino Plural e Rosmari Castilhos – Ilê Mulher (RS)

Vera Lúcia Fermiano – Casa da Mulher Catarina e Raquel Guisoni – União Brasileira de Mulheres (SC)

Rita Cerqueira de Quadros e Maria Marta Baião Seba – Centro de Informação à Mulher (SP)

## **E mais:**

Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos – Conselheira do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

Alaerte Leandro Martins – Rede de Mulheres Negras do Paraná – membro da Comissão Nacional de Mortalidade Materna

Maria Noelci Teixeira Homero – Maria Mulher – Organização de Mulheres Negras

Maria Luisa Pereira de Oliveira – Membro da Plataforma Dhesca Brasil

<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2012/01/20/rede-feminista-de-saude-posiciona-se-contram-p-557/>

## Saúde oferece duas novas vacinas para crianças

Notícias - Principais

Sex, 20 de Janeiro de 2012 00:00

A partir do segundo semestre, serão introduzidas as vacinas pentavalente e a pólio inativada. A campanha nacional contra pólio, com as gotinhas, será mantida. O Brasil está se preparando para a erradicação mundial da pólio. Neste ano, o país amplia o Calendário Básico de [vacinação](#) da Criança com a introdução da vacina injetável contra pólio, feita com vírus inativado. A nova vacina será utilizada no calendário de rotina, em paralelo com a campanha nacional de [imunização](#), essa realizada com as duas gotinhas da vacina oral. A injetável, no entanto, só será aplicada para as crianças que estão iniciando o calendário de [vacinação](#).

Outra novidade para 2012 será a vacina pentavalente, que reúne em uma só dose a proteção



contra cinco doenças (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenza tipo b e hepatite B). Atualmente, a [imunização](#) para estas doenças é oferecida em duas vacinas separadas.

“Com a inclusão da pentavalente no calendário vacinal vamos reduzir uma picada nas crianças, diminuindo as idas aos postos de saúde”, explicou o ministro Alexandre Padilha. Ele reforçou ainda a participação dos laboratórios públicos na produção de vacinas no país. “O Ministério da Saúde tem como política fortalecer a capacidade nacional de inovação tecnológica de produção, não só em parceria com laboratórios públicos e com setor privado, mas também de atração de parceiros internacionais”, afirmou o ministro.

A introdução da Vacina Inativada Poliomielite (VIP), com vírus inativado, vem ocorrendo em países que já eliminaram a doença. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no entanto, recomenda que os países das Américas continuem utilizando a vacina oral, com vírus atenuado, até a erradicação mundial da poliomielite, o que garante uma proteção de grupo. O vírus ainda circula em 25 países. O Brasil utilizará um esquema sequencial, com as duas vacinas, aproveitando as vantagens de cada uma, mantendo, assim, o país livre da poliomielite. A VIP será aplicada aos dois e aos quatro meses de idade e a vacina oral será utilizada nos reforços, aos seis e aos 15 meses de idade.

O secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, explicou que o Ministério da Saúde está trabalhando para ampliar o número de vacinas combinadas, que reúne a proteção a mais de uma doença em uma mesma apresentação. “Com isso, temos o benefício de melhorar a administração da vacina em crianças com dois ou três anos”, diz.

AGENDA – A VIP será introduzida no calendário básico a partir do segundo semestre desse ano. As campanhas anuais contra poliomielite também serão modificadas a partir de 2012. Na primeira etapa - a ser realizada em 16 de junho - tudo continua como antes: todas as crianças menores de cinco anos receberão uma dose de VOP, independente de terem sido vacinadas anteriormente. Na segunda etapa - que ocorrerá em agosto - todas as crianças menores de cinco anos devem comparecer aos postos de saúde, levando o Cartão de [vacinação](#). A caderneta será avaliada para a atualização das vacinas que estiverem em atraso. Essa segunda etapa será chamada de Campanha Nacional de Multivacinação, possibilitando que o país aumente as coberturas vacinais, atingindo as crianças de forma homogênea, em todos os municípios brasileiros.

Esquema sequencial da [vacinação](#) contra poliomielite:



Idade	Vacina
2 meses	<b>Vacina Inativada poliomielite - VIP</b>
4 meses	<b>VIP</b>
6 meses	<b>Vacina oral poliomielite (atenuada) - VOP</b>
15 meses	<b>VOP</b>

Confira o calendário completo:

**Pentavalente:** A inclusão da vacina pentavalente no calendário da criança também será feita a partir do segundo semestre de 2012. A pentavalente combina a atual vacina trivalente (difteria, tétano, coqueluche, haemophilus influenza tipo b) com a vacina contra a hepatite B. Ela será produzida em parceria com os laboratórios Fiocruz/Bio-Manguinhos e Instituto Butantan. As crianças serão vacinadas aos dois, aos quatro e aos seis meses de idade.

Com o novo esquema, além da pentavalente, a criança manterá os dois reforços com a vacina DTP (difteria, tétano, coqueluche). O primeiro a partir dos 12 meses e, o segundo reforço, entre 4 e 6 anos. Além disso, os recém-nascidos continuam a receber a primeira dose da vacina hepatite B nas primeiras 12 horas de vida para prevenir a transmissão vertical.

**Heptavalente** - No prazo de quatro anos, o Ministério da Saúde deverá transformar a pentavalente em heptavalente, com a inclusão das vacinas inativada poliomielite e meningite C conjugada. “As vacinas combinadas possuem vários benefícios, entre eles o fato de reunir, em apenas uma injeção, vários componentes imunobiológicos. Além disso, os pais ou responsáveis precisarão ir menos aos postos de [vacinação](#), o que poderá resultar em uma maior cobertura vacinal”, observa o ministro Alexandre Padilha.

A vacina heptavalente será desenvolvida em parceria com laboratórios Fiocruz/Bio-manguinhos, Instituto Butantan e Fundação Ezequiel Dias. A tecnologia envolvida é resultado de um acordo de transferência entre o Ministério da Saúde, por meio da Fiocruz, e o laboratório Sanofi.

**Investimento** - Com a implantação da pentavalente haverá uma economia de R\$ 700 mil ao ano, devido à redução no preço da vacina, além da diminuição do custo de operacionalização



(transporte, armazenamento, seringas e agulhas). No decorrer desse ano, o Ministério da Saúde irá adquirir oito milhões e oitocentas mil doses da pentavalente, a um custo de R\$ 91 milhões. Também serão adquiridas outras oito milhões de doses da Vacina Inativada Poliomielite, ao custo de R\$ 40 milhões. Para a manutenção de estoque estratégico, já foram compradas, em dezembro do ano passado, três milhões de doses da VIP, por R\$ 15 milhões.

Fonte: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/9-principais/111783-saude-oferece-duas-novas-vacinas-para-criancas.html>

## Orçamento para saúde tem seu maior aumento nominal

A variação de R\$ 13,2 bilhões corresponde a aproximadamente 17% acima do montante liberado em 2011 (R\$ 78,5 bilhões), sendo a maior desde 2000.

O Ministério da Saúde assegurou orçamento de R\$ 91,7 bilhões para 2012, o que representa o maior aumento nominal para o setor, desde a aprovação da Emenda 29, em 2000. A variação de R\$ 13,2 bilhões corresponde a aproximadamente 17% acima do montante liberado em 2011 (R\$ 78,5 bilhões). O cálculo definido pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 garantiria aproximadamente R\$ 6 bilhões a mais este ano em relação a 2011.

A base de variação para os gastos do governo federal com a saúde é a soma do que foi investido no ano anterior em Ações e Serviços Públicos de Saúde acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) - crescimento da economia somado à inflação. O cálculo deve retirar despesas com inativos e pagamento de juros. A [Lei 12.595](#), que estima receitas e fixa despesas da União para este ano, foi publicada nesta sexta (20) no Diário Oficial da União (DOU).

Orçamento da Saúde		
Ano	Orçamento (R\$, bilhões)	Varição (R\$, bilhões)
2000	20,7	
2001	26,1	5,4



2002	30,20	4,1
2003	36,50	6,3
2004	40,8	4,3
2005	44,3	3,5
2006	49,5	5,2
2007	54,1	4,6
2008	62,9	8,8
2009	67,4	4,5
2010	78,5	11,1
2011	91,7	13,2

Fonte: <http://www.agenciabrasil.gov.br>

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/111825-orcamento-para-saude-tem-seu-maior-aumento-nominal.html>

## Publicada Lei do Orçamento para 2012

Detalhes

Publicado em Sexta, 20 Janeiro 2012 13:50

Brasília - [O Diário Oficial da União](#) publica na edição de hoje (20) o Orçamento para 2012. A lei aprovada pelo Congresso Nacional no final de dezembro do ano passado foi sancionada ontem (19), sem vetos, pela presidenta Dilma Rousseff.

A lei estima em R\$ 2,257 trilhões a receita da União para o exercício financeiro deste ano. Excluindo-se os gastos com o refinanciamento da dívida – no valor de R\$ 655 bilhões – o total cai para aproximadamente R\$ 1,6 trilhão.

O orçamento para pagamento de pessoal em 2012 chega a R\$ 203,24 bilhões. O valor não contempla nem os reajustes salariais dos servidores nem o aumento real dos benefícios pretendidos pelos aposentados que ganham acima do salário mínimo. A concessão dos reajustes foi um dos pontos controversos da proposta orçamentária. Manifestantes que pediam recursos para os aumentos chegaram a provocar a interrupção de uma reunião da Comissão de Orçamento.

A Lei do Orçamento abrange o orçamento fiscal referente aos poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração pública federal direta e indireta – inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público, no valor de R\$ 959,1 bilhões. Engloba também o orçamento da seguridade social (R\$ 535,7 bilhões), com todas as entidades e órgãos a ela vinculados, além de fundos e fundações, instituídos e mantidos pelo Poder Público.



Edição: Talita Cavalcante

Christina Machado

Repórter da Agência Brasil

<http://www.circuitomt.com.br/editorias/politica/10341-publicada-lei-do-orcamento-para-2012.html>

Brasília, 20 de janeiro de 2012

## CNS inicia 2012 com balanço da saúde em ano anterior

Entre os dias 25 e 26 de janeiro acontece em Brasília a 229ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na primeira reunião do ano os conselheiros vão debater entre outros pontos, o balanço da saúde no ano de 2011. Outros destaques serão a apresentação do Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 30 novembro a 04 de dezembro, e as ações do CNS para 2012.

No segundo dia (26), o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Odorico Monteiro falará sobre o decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei n. 8080/90. Assinado pela presidente Dilma Rousseff, o decreto traz, entre outras novidades a criação do contrato de ação pública, que defini as atribuições e responsabilidades, inclusive financeiras, dos municípios, estados e Governo Federal na prestação de serviços de saúde.

A 229ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde acontece a partir das 9h no Plenário Omilton Visconde no Ministério da Saúde.

A reunião é aberta ao público e poderá ser acompanhada pela internet, em tempo real, no site: [www.conselho.saude.gov.br](http://www.conselho.saude.gov.br).

[Confira a pauta da 229ª R.O.](#)

### Serviço:

#### 229ª Reunião Ordinária

**Data:** 25 e 26 de janeiro de 2012

**Horário:** a partir das 9h

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

[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/20\\_jan\\_cns\\_inicia2012.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/20_jan_cns_inicia2012.html)



Brasília, 20 de janeiro de 2012

## CNS realiza oficina durante Fórum Mundial da Saúde

Marcado para acontecer entre os dias 26 e 27 de janeiro em Porto Alegre, o Fórum Social Mundial da Saúde e Seguridade Social (FSMS) tem como tema: Justiça Social, Direitos Humanos e sustentabilidade ambiental. Como parte dos dois em que acontece o evento, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) promoverá no primeiro dia a oficina: *Desafios para o Controle Social na Seguridade Social*.

O objetivo da atividade é realizar um debate, entre outros pontos, sobre as privatizações e os desafios para a efetivação da participação social nos sistemas de controle social. Participam como painelistas os conselheiros: José Eri Medeiros, Fernanda Lou Sans Magano, Rosângela da Silva Santos e um representante do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). A coordenação da mesa será de Ruth Ribeiro Bittencourt, do CNS.

O FSMS debaterá ainda, de acordo com os organizadores, “as proteções sociais como direito humano fundamental, sendo este último, os direitos humanos, o eixo articulador para a democratização da economia, do estado e da sociedade e como elemento fundante para um desenvolvimento social pleno e em harmonia com o ambiente e como condição para articular a justiça social e ambiental”.

Além dos conselheiros nacionais de saúde citados, também representarão o CNS, os conselheiros: Fernando Luís Eliotério, Gilson Silva, Junéia Martins Batista, Jurema Pinto Werneck, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Ubiratan Cassano Santos, Maria Cristina Pedro Biz, Marisa Furia Silva, Maria Laura de Carvalho Bicca, Eliane Aparecida da Cruz, Julia Maria Santos Roland, Eurídice Ferreira de Almeida. Participam ainda os coordenadores de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Carmem Miranda da Cruz Silva, Livaldo Bento, Lucinete Maria de Melo, Odesson Alves Ferreira, Orany Francisco Araújo Sobrinho.

### **Programação: Desafios para o Controle Social na Seguridade Social**

14h as 14h15- Abertura

14h15 as 16h15- **MESA REDONDA:**

**Palestrantes:** - **CNS:** José Eri Medeiros (Gestores)

Fernanda Lou Sans Magano (Trabalhadores)

Rosângela da Silva Santos (Usuários)

- **CNAS:** representante

**Coordenação:** Ruth Ribeiro Bittencourt – Conselho Nacional de Saúde

16h15 as 18h15 – Debates

18h15 - **Encerramento**



[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/20\\_jan\\_cns\\_oficina.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/20_jan_cns_oficina.html)

## Blog do Cebes

# Crack é usado por miseráveis porque é barato

Publicado em: 20/01/2012 14:02:37

Silveira define o lobby da comunidade terapêutica para drogados junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) como “pesado”, e diz que a ação policial na Cracolândia é simplesmente “política e midiática”.

São Paulo - O grande equívoco da ação policial do governo do Estado de São Paulo e da prefeitura da capital na chamada Cracolândia, o perímetro onde se aglomeram moradores de rua e dependentes de crack na cidade, definiu, de cara, o fracasso da operação: o poder público partiu do princípio de que a droga colocou aqueles usuários em situação de miséria, quando na verdade foi a miséria que os levou à droga. Esse erro de avaliação, segundo o psiquiatra e professor Dartiu Xavier da Silveira, por si só já desqualifica a ação policial.

Professor do Departamento de Psiquiatria e coordenador do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD), Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Silveira há 25 anos orienta pesquisas com usuários de drogas e moradores de rua, normalmente patrocinadas pela Organização das Nações Unidas, e tem sido consultor do Ministério da Saúde na definição do Plano de Combate ao Crack. Nas horas vagas, ele desmistifica os argumentos usados pela prefeitura, município e uma parcela de psiquiatras sobre usuários de drogas.

A primeira contestação é essa: o abandono social vem antes, o crack vem depois. E a política social tem que preceder qualquer ação junto a essa comunidade, inclusive a médica.

Outras desmistificações vêm a tiracolo. O crack é droga pesada, concorda ele, mas o dependente da droga tem as mesmas chances de cair no vício do que um usuário de álcool, por exemplo. “Em qualquer droga existem os usuários ocasionais e os dependentes”, diz o médico. Inclusive no caso do crack. O tratamento por internação compulsória de qualquer uma – álcool, cocaína etc – situa-se na ordem de 2%, ou seja, 98% dos usuários internados compulsoriamente, inclusive os de crack, não conseguem manter abstinência. O tratamento ambulatorial garante a maior taxa de sucesso, de 35% a 40% dos usuários tratados. Isso também vale para os usuários de crack.

Daí, outra mistificação é derrubada pelo médico: não se joga simplesmente fora os outros 60% a 65% que não vão conseguir se manter abstinentes. Do ponto de vista da saúde pública, é um ganho se o usuário se beneficiar de uma política de redução dos riscos. “O usuário não



vai parar, mas pode reduzir o uso e até estudar ou trabalhar”, afirma. Isso vale também para o viciado em crack.

Por que o crack e não outra droga? Porque a população miserável só pode comprar o crack. Existem usuários de classe média, concorda Silveira, mas crack, pobreza e população em situação de rua são situações que convergem. “A gente sempre tem essa noção de que a rua é um espaço horrível, e é mesmo, mas em muitos casos a situação da família é tão agressiva que é um alívio para a criança estar fora de casa.”

Com todas essas evidências de que o problema da Cracolândia é fundamentalmente social, Silveira apenas consegue atribuir ações policiais na área e a defesa intransigente que políticos e profissionais de saúde fazem da internação compulsória como ligadas a “causas menos nobres”. Que envolvem também interesses econômicos de alguns médicos.

**CARTA MAIOR:** Como o crack pode deixar de ser tratado como um caso de polícia para tornar-se política pública?

**DARTIU XAVIER DA SILVEIRA:** Essa ação (policial) na Cracolândia começou com um equívoco básico, que é atribuir aquela situação à presença da droga. É como se a droga tivesse colocado aquelas pessoas em situação de miséria, e isso não é verdade. Todos os estudos feitos com população de rua mostram que, na realidade, o que leva essas pessoas ao crack é a exclusão social, a falta de acesso à educação, saúde e moradia, ou seja, a privação da própria cidadania e identidade. Isto, sim, é um fator de risco para a droga. A droga vem porque tem um prato cheio para florescer. A droga é consequência, não é causa disso.

**CARTA MAIOR:** Então, essa história de que o crack está atingindo as famílias de classe média no geral é uma bobagem?

**SILVEIRA:** Ela atinge também a classe média, mas não com a gravidade com que atinge as pessoas mais pobres, porque a situação delas é grave do ponto de vista social, não apenas do ponto de vista do consumo da droga. É uma população mais vulnerável. E por que é o crack? Porque é a droga mais barata para essa população mais miserável. Se fosse na Europa não seria o crack. As populações excluídas da Europa do Leste também abusam, mas de heroína ou de álcool, porque lá crack seria muito caro. Mas essa é a situação que se vê no mundo inteiro entre as populações excluídas. O abuso de drogas é igual, só que a droga usada é a mais barata. Por conta desse equívoco básico, existe esse discurso que diaboliza o crack, faz da droga a causa de tudo.

**CARTA MAIOR:** A política social, então, deve preceder qualquer outro tipo de política?

**SILVEIRA:** Exatamente. Existe outro dado alarmante, e as pessoas se esquecem disso, que é um dado epidemiológico. As pesquisas mostram: pode pegar qualquer droga, lícita ou ilícita – álcool, cocaína, qualquer substância. Existem sempre os usuários ocasionais e as pessoas que são dependentes. E isso ocorre também com o crack. Até para drogas pesadas existem usuários ocasionais. Do ponto de vista médico, as pesquisas são direcionadas para entender



isso: por que, por exemplo, pessoas conseguem beber socialmente e outras viram alcoólatras. Por que tem gente que consegue cheirar cocaína esporadicamente e tem gente que é dependente? As respostas são muito parecidas. O que vai diferenciar um usuário ocasional de um dependente são outros fatores que não têm nada a ver com a droga: se a pessoa tem outro problema psíquico associado, como depressão e ansiedade, e começa a usar o álcool e a cocaína para resolver problemas, ou situações de muito stress... Numa situação como a das pessoas que vivem na Cracolândia, ser morador de rua já é, por si só, uma situação de risco.

**CARTA MAIOR:** No caso de criança é uma situação de abandono completo? Não dá para imaginar uma criança com grande problema psíquico ou stress em condições minimamente normais, não é?

**SILVEIRA:** Sim, é uma situação de abandono completo. O stress que estou falando é de forma geral, que afeta também a classe média. Na situação da Cracolândia, o abandono é fundamentalmente a situação de risco. Têm crianças de classe média que abusam de algumas drogas também, mas elas normalmente vêm de famílias muito desestruturadas, têm pais muito agressivos. Esse não é um 'privilegio' da classe desfavorecida. Mas numa situação extrema de crianças de rua, o risco é altíssimo, porque essa criança é privada de tudo.

**CARTA MAIOR:** Como é a família de uma criança de rua e usuária de droga? Ela tem alguma possibilidade de reatar laços afetivos?

**SILVEIRA:** Algumas famílias têm condições, e quanto a gente identifica essa possibilidade, faz a intermediação. Outras famílias, não. A gente tem sempre essa noção de que a rua é um espaço horrível – e é mesmo horrível morar na rua – mas em muitos casos a situação da família é tão agressiva que ir para a rua é um alívio para a criança. Por exemplo, muitas crianças vão para a rua porque não aguentam o abuso sexual dentro de casa, por parte do pai, ou do irmão mais velho. Ir para a rua pode ser uma progressão positiva, pode representar escapar de uma situação muito inóspita de vida. Tem uma situação até emblemática, relatada em um trabalho que fizemos com adolescentes de rua. Identificamos vários adolescentes usando drogas. A uma delas, a gente perguntou: por que você usa droga, o que você está procurando na droga? A resposta dela foi um tapa na cara da gente. Ela virou e disse: 'olha, tio (veja você, uma cabecinha de criança, me chamando de tio), eu nem gosto muito do efeito da droga, mas o problema é que para eu sobreviver na rua eu preciso me prostituir, e para eu suportar uma relação sexual com um adulto só sob o efeito de droga.' Agora, como dizer que a droga é um problema na vida dessa menina? A droga é uma forma de solução, para ela conseguir sobreviver. A droga já é consequência de uma situação de prostituição que ela foi obrigada a encarar por omissão do Estado, da sociedade como um todo. O depoimento dessa menina torna todas essas justificativas para as ações feitas na Cracolândia uma hipocrisia, uma total falta de sensibilidade para reconhecer o fenômeno.

**CARTA MAIOR:** Outro mito do crack é que é a droga definitiva, que é impossível livrar-se dela. Isso é verdade?



SILVEIRA: É um mito completo. Ela não é uma droga pior que heroína, que a cocaína, em termos de grau de dependência. É difícil sair? É, mas é difícil como qualquer droga. O crack não é pior.

CARTA MAIOR: Então, para essa população, a questão é muito mais uma política social do que médica.

SILVEIRA: Exatamente. Por isso que os trabalhos mais bem-sucedidos são os feitos in loco, por meio de educadores de rua, desses agentes de saúde. Não são médicos que vão fazer uma consulta médica na rua. A gente chama de consultório de rua mas não é um consultório. A equipe vai investigar o que está acontecendo caso a caso, se a pessoa está com falta do quê, de lugar para morar, ou o problema é o relacionamento com a família, ou o problema é assédio de algum tipo, por parte de alguém. É uma coisa mais social, mesmo.

CARTA MAIOR: É um encaminhamento de assistência social e os profissionais de saúde só entram quando for o caso para aquela pessoa?

SILVEIRA: Frequentemente os aspectos psicológicos são muito relevantes, porque essas crianças estão psicologicamente abaladas – não apenas elas, aliás, mas os jovens, os moradores de rua em geral. Mas a intervenção médica, mesmo nesses casos – e não estou desqualificando a importância dela – não é primordial.

CARTA MAIOR: Então a intervenção médica é só para casos extremos.

SILVEIRA: Exatamente.

CARTA MAIOR: E desde que não seja internação compulsória?

SILVEIRA: Desde que não seja compulsória. As experiências de internação compulsória são simplesmente um fracasso. As taxas de insucesso chegam a 98%. Na hora que você interna compulsoriamente uma pessoa, ela não vai ter acesso à droga porque está em isolamento social. Nessa condição, é fácil para um dependente se manter abstinente. Na hora que sair de lá e voltar para os problemas da vida, no entanto, essa pessoa recai. 98% recaem. Isso, sem questionar que o governo não tem equipamento para fazer internação compulsória de todo mundo. As internações são feitas geralmente em verdadeiros depósitos de drogados. Parecem mais um campo de concentração do que uma estrutura hospitalar.

CARTA MAIOR: E é tudo privatizado, não é?

SILVEIRA: E a privatização não melhorou nada essa situação. Os hospitais psiquiátricos privados têm um custo baixíssimo. A economia é feita com a contratação de pessoal. Não existem equipes adequadas para tratar esses dependentes. É um trabalho muito porco, de segunda categoria.

CARTA MAIOR: Esse atendimento privado se misturou muito com religião?



SILVEIRA: Sim, e isso não é bom. Eu não tenho nada contra religião, não é uma questão de princípio, mas o que se vê são diversos grupos religiosos montando o que eles chamam de “comunidades terapêuticas” que partem do princípio de que só a intenção e a conversão religiosa são fator de cura. A maioria dos casos não tem bom resultado. E por quê? Porque a gente sabe que o melhor tipo de tratamento para a dependência química é feito por uma equipe multidisciplinar. A grande maioria das comunidades terapêuticas não tem equipes para trabalhar com dependentes.

CARTA MAIOR: O relatório do Conselho Federal de Medicina sobre as clínicas de tratamento para drogados é impressionante.

SILVEIRA: O relatório é dramático. E é verdadeiro. No relatório tem até denúncias de abuso, espancamento, maus-tratos a pacientes, ou seja, não são pessoas minimamente capacitadas para darem conta do problema que estão lidando com os usuários nesses lugares.

CARTA MAIOR: Isso acaba sendo a reintrodução do manicômio, mas para dependente químico?

SILVEIRA: Exatamente. A Lei Antimanicomial vai por água abaixo, porque o sistema manicomial está voltando sob a justificativa de que a droga demanda uma intervenção urgente. E isso não é verdade.

CARTA MAIOR: Isso está sendo um motivo de discórdia grande dentro da sua área de especialidade? Não faz muito tempo, a luta pela Lei Antimanicomial foi abraçada como uma luta pelos Direitos Humanos.

SILVEIRA: E a lei foi um ganho muito importante. Só vou abrir parênteses nessa questão: eu não sou contra a internação, eu interno meus pacientes, mas apenas quando eles precisam. Eu não interno por questão social, ou porque a família está me pressionando, ou porque não se aguenta o paciente em casa. Os abusos que se cometiam nessas internações, isso acho intolerável, se internava muito mais do que era necessário. Hoje em dia se interna ainda, é importante ter espaços de internação, mas é para casos excepcionais, não para a regra. É para surto psicótico ou risco de suicídio. Ponto. Não tem outra aplicação.

CARTA MAIOR: Dos programas que estão sendo anunciados por município, Estados e União, tem algum que não assume essa orientação da internação compulsória?

SILVEIRA: Os programas de intervenção mais eficazes para dependentes são os que adotam o modelo ambulatorial, onde o paciente aprende a se manter abstinente convivendo em sociedade, com a ajuda de uma equipe multidisciplinar. Essa proposta estaria plenamente contemplada nas orientações do Ministério da Saúde e dentro da filosofia do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), e existe um número mínimo de CAPS para fazer esse trabalho. O problema, no entanto, são as equipes dos CAPS – falta gente e falta gente bem treinada. Existem exceções, é lógico, como o da Água Funda, um modelo que deu muito certo. Porque não é desumano.



CARTA MAIOR: Ainda assim os resultados são melhores do que a internação compulsória?

SILVEIRA: Em regra, os melhores resultados, em relação à dependência química, giram em torno de 35% a 40%, contra os 2% da internação compulsória. Os que sobram, de 60% a 65%, no entanto, não podem ser apenas considerados um fracasso e pronto. O que nós aprendemos nos últimos anos é que mesmo as pessoas que não conseguem ficar em abstinência podem se beneficiar de política de redução de danos. Esse usuário pode não vai ficar completamente abstinente, não vai parar, mas vai se drogar com uma frequência menor, em circunstâncias de menos risco. Do ponto de vista da saúde pública, é um avanço se esse usuário for mantido em condições de estudar, trabalhar, levar uma vida normal.

CARTA MAIOR: A internação ajuda a desintoxicação inicial, ao menos?

SILVEIRA: A desintoxicação não precisa ser feita na internação, e se as pessoas forem internadas, o ideal é que não ultrapasse os 90 dias. Para a grande maioria das pessoas, é possível fazer a desintoxicação com medicamentos que tiram a crise de abstinência. Elas podem levar vida normal. Isso já é possível com o avanço da medicina. Os CAPS-AD (específicos para dependentes de álcool e drogas) têm esse tipo de medicação, mas poucas equipes capacitadas a administrá-las.

CARTA MAIOR: Se as diferenças de resultado são tão grandes, por que ainda se defende a internação?

SILVEIRA: As causas para defesa da internação não são nada nobres. Em primeiro lugar, acho que a ação feita na Cracolândia foi uma mera ação política e midiática. Para uma população menos informada, a impressão que se tem, numa ação policial como essa, é que o poder público está desempenhando muito bem suas funções. A grande maioria das pessoas que defende a internação compulsória ou é despreparada, ou é de médicos que têm interesses econômicos nisso. Como o SUS (Sistema Único de Saúde) não tem leitos para atender uma demanda dessa, vai ter que contratar leitos de hospitais particulares. E isso interessa a muitos médicos.

CARTA MAIOR: O lobby das clínicas é pesado, então?

SILVEIRA: A atual gestão do Ministério da Saúde é muito séria e está tentando fazer o melhor possível, mas enfrenta uma série de problemas. O pior deles é, de fato, o grande lobby da comunidade terapêutica para drogados junto ao SUS. O Ministério está sendo obrigado a engolir goela abaixo essas pressões, em prejuízo de seu próprio projeto, que é muito mais eficiente.

<http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2122&idSubCategoria=56>



## **Datafolha: 44% dos brasileiros acham exagerado o número de ministérios**

Postado dia 23 de janeiro de 2012 às 11:00

Pesquisa Datafolha divulgada nesta segunda (23) revela que 44% dos brasileiros considera exagerado o número atual de 38 ministérios. O levantamento diz ainda que 29% afirmaram que ele é adequado, 15% o acham insuficiente e 11% não souberam responder. Entre os que acham a quantidade de ministérios acima do necessário, a taxa sobe dez pontos percentuais entre os mais velhos (45-59 anos), 11 pontos entre os mais ricos (com renda familiar superior a dez salários mínimos) e 19 pontos entre os mais escolarizados (que fizeram curso superior). Segundo a pesquisa, a taxa é também mais alta no Sudeste do Brasil, região onde metade dos entrevistados acha que há ministérios demais. Sobre aqueles que consideraram adequado o número de pastas, o índice é maior nas regiões Norte e Centro-Oeste, assim como entre os jovens de 16 a 24 anos. Com informações do Blog do Cláudio Humberto

<http://matogrossomais.com.br/?p=14679>

2012 - 27 - 604 - DOMINGUEIRA - LEI COMPLEMENTAR 141- REG-EC

**UMA DOMINGUEIRA MUITO ANTECIPADA PARA APRESENTAR A NOVA LEI COMPLEMENTAR DA SAÚDE APROVADA NO SENADO EM 6/12/2012, SANCIONADA PELA PRESIDENTE DILMA EM 13/1/2012 E PUBLICADA NO DOU NO DIA DE HOJE 16/1/2012**

**PÁGINA 1 E ÚNICA:**

**COMENTÁRIOS À LEI COMPLEMENTAR 141 DE 13-1-2012 QUE REGULAMENTA A EC-29 E AOS VETOS AO PROJETO APROVADO NO SENADO**

**Gilson Carvalho<sup>[1]</sup>**

**SÍNTESE:**

**OS CIDADÃOS FORAM MUITO LESADOS NA CÂMARA, MAIS AINDA NO SENADO QUE SE CONTRADISSE, DESAPROVANDO O QUE ELE PRÓPRIO JÁ TINHA APROVADO E AGORA GRANDE PARTE DOS VETOS DA PRESIDENTE DILMA, ACABA DE ENTERRAR A PROPOSTA DE LEI COMPLEMENTAR DE REGULAMENTAÇÃO DA EC-29.**



O CONGRESSO NACIONAL decreta:	
CAPÍTULO I	
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	
Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:	
I – o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;	
II – percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;	
III – critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;	
IV – normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.	
CAPÍTULO II	
DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	
Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:	<b>COMENTÁRIO – GC: PARA SER CONSIDERADO AÇÃO E SERVIÇO DE SAÚDE DEVE ATENDER OS PRINCÍPIOS DA 8080,7 – INTEGRALIDADE, UNIVERSALIDADE, IGUALDADE, INTERSETORIALIDADE ETC.</b>  <b>JÁ CLARO NA 8080... AQUI REPETE</b>
I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;	<b>COMENTÁRIO – GC: EXPLICITA QUE SÓ SE PODE GASTAR COM SERVIÇOS DE ACESSO UNIVERSAL... MAIS UM</b>



	<b>ARGUMENTO CONTRA A DUPLA PORTA E SERVIÇOS DE SAÚDE PRÓPRIOS DE SERVIDORES PÚBLICOS</b>
II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e	<b>COMENTÁRIO – GC.: JÁ CLARO NA 8080 QUE COLOCA O PLANO COMO CENTRAL PARA O USO DO DINHEIRO</b>
III – sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.	<b>COMENTÁRIO – GC.: UM REFORÇO NA IDÉIA DE QUE NÃO SE PODE GASTAR DINHEIRO DA SAÚDE EM CONDICIONANTES E DETERMINANTES COM O REFORÇO EXPLÍCITO DE QUE NÃO PODEM SER INCLUÍDOS, MESMO SE MELHORAREM AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO. UM ASSUNTO EXTREMAMENTE POLÊMICO QUANDO A SAÚDE SOFRE TODO TIPO DE ASSÉDIO PARA INVESTIR EM ÁREAS QUE NÃO A SUA SOB O ARGUMENTO DE QUE MELHORAM AS CONDIÇÕES DE SAÚDE: EDUCAÇÃO, SANEAMENTO, DESPORTO, MEIO AMBIENTE ETC.</b>
Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos <i>nocaput</i> , as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.	<b>COMENTÁRIO – GC.: REFORÇA O TEXTO DA CF-ADCT-77,3 DE QUE TODOS OS RECURSOS DEVAM ESTAR DENTRO DO FUNDO DE SAÚDE. VALE PARA A UNIÃO QUE NÃO MANTÉM O DINHEIRO NO FUNDO DE SAÚDE, MAS APENAS A CONTABILIDADE; VALE PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS QUE NÃO PASSAM AO FUNDO DE SAÚDE SEUS RECURSOS PRÓPRIOS. DISPENSÁVEL ESTE TEXTO POR JÁ ESTAR NA CF;</b>
Art. 3º Observadas as disposições do	<b>COMENTÁRIO – GC.: MOSTRA MAIS</b>



<p>art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:</p>	<p><b>UM VEZ A DESNECESSIDADE DESTES ARTIGOS CONSIDERANDO QUE JÁ ESTAVA CLARO EM DISPOSITIVOS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS.</b></p>
<p>I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC.: USOU O TERMO VIGILÂNCIA À SAÚDE PELA PRIMEIRA VEZ EM UMA LEI, MAS REDUZINDO-A A APENAS DUAS DE CINCO DE SUAS ÁREAS.</b></p>
<p>II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC.: JÁ CLARO NA CF E NA 8080</b></p>
<p>III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC.: NOVIDADE EXPLICITADA.</b></p>
<p>IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC.: JÁ NA CF E 8080</b></p>
<p>V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC.: JÁ NA CF E 8080</b></p>
<p>VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC.: UMA AÇÃO JÁ DESENVOLVIDA PELO MS PRINCIPALMENTE FUNASA E QUE AGORA DEVERÁ TER A APROVAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE.</b></p>



VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;	<b>COMENTÁRIO – GC.: A SAÚDE VAI CUIDAR DE TODAS AS AÇÕES DE SANEAMENTO DE COMUNIDADES INDÍGENAS E QUILOMBOLAS?</b>
VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;	<b>COMENTÁRIO – GC.: QUESTÃO PERIGOSA POIS NESTA DE CONTROLE DE VETORES CABEM INÚMERAS AÇÕES EM ÁREAS DIVERSAS DA SAÚDE;</b>
IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;	<b>COMENTÁRIO – GC.:SEMPRE ENTENDIDO ASSIM PELA SAÚDE MAS NÃO PELOS ÓRGÃOS DE CONTROLE EXTERNO E INTERNO QUE INTERPRETAM DIFERENTE.</b>
X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;	<b>COMENTÁRIO – GC.: SERÁ QUE ESTE ARTIGO PORÁ FIM A QUESTÃO DE PAGAMENTO DE ENCARGOS SOCIAIS COM RECURSOS DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS DO SUS?</b>
XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e	<b>COMENTÁRIO – GC.:SEMPRE ENTENDIDO ASSIM PELA SAÚDE MAS NÃO PELOS ÓRGÃOS DE CONTROLE INTERNO E EXTERNO QUE JULGAVAM QUE ESTAS DESPESAS NÃO ERAM DE SAÚDE.</b>
XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.	<b>COMENTÁRIO – GC.: IDEM PARA ATIVIDADES DE GESTÃO SEMPRE DA SAÚDE E NÃO ENTENDIDA PELO CONTROLE INTERNO E EXTERNO.</b>
Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:	<b>COMENTÁRIO – GC.:O QUE NÃO SERÁ CONSIDERADO DESPESA DE SAÚDE = A MAIORIA JÁ PREVISTA NO ARTIGO 3 DA 8080 COMO CONDICIONANTE E DETERMINANTE.</b>
I – pagamento de aposentadorias e	<b>COMENTÁRIO – GC.: JÁ CLARÍSSIMO</b>



<p>pensões, inclusive dos servidores da saúde;</p>	<p><b>NA CF QUANDO AS ÁREAS DE PREVIDÊNCIA, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL, ESTÃO BEM DISTINTAS NA SEGURIDADE SOCIAL ART.194-195 E NÃO SE PODE COLOCAR DINHEIRO DE UMA ÁREA EM OUTRA</b></p>
<p>II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC:.. TIRA QUALQUER POSSIBILIDADE DE PAGAMENTO COM DINHEIRO DA SAÚDE DE PESSOAL EM FUNÇÃO EM OUTRAS SECRETARIAS, NO LEGISLATIVO E OUTROS LOCAIS (SITUAÇÃO COMUM E AGORA VEDADO EXPLICITAMENTE).</b></p>
<p>III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC:..MAIS UM ARGUMENTO CONTRA DUPLA PORTA E CONTRA PAGAMENTO PELO SUS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PRÓPRIO DE SERVIDORES</b></p>
<p>IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC:..MAIS UM ARGUMENTO PARA ESTANCAR ESTA SANGRIA NOS RECURSOS DA SAÚDE: ALIMENTAÇÃO DE DOENTES É DA SAÚDE E ALIMENTAÇÃO SOCIAL NÃO É DA SAÚDE.</b></p>
<p>V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC:..REAFIRMA O QUE JÁ ESTÁ NA LEI 8080; NÃO FINANCIAR SERVIÇOS TARIFADOS</b> <b>Art.32 § 3º</b> As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).</p>



VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;	<b>COMENTÁRIO – GC: SEMPRE ASSIM ENTENDIDO PELA SAÚDE E MUITAS VEZES INDEVIDAMENTE USADO PELAS ADMINISTRAÇÕES</b>
VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;	<b>COMENTÁRIO – GC: PERIGOSO: NÃO SE PODE TRANSFERIR OS RECURSOS PARA OUTROS FAZEREM MAS NA VERDADE NEM PARA REALIZAR PELO PRÓPRIO PÚBLICO AS AÇÕES DE MEIO AMBIENTE PRINCIPALMENTE AS FALSAMENTE ALEGADAS COMO DE CONTROLE DE VETORES.</b>
VIII – ações de assistência social;	<b>COMENTÁRIO – GC: PREVISTO NA CF COMO ASSISTÊNCIA SOCIAL DISTINTA DA SAÚDE NA SEGURIDADE SOCIAL. SÓ FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL LIGADAS À SAÚDE E ADMINISTRADAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>
IX – obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e	<b>COMENTÁRIO – GC: VEDADO: ASFALTO NA FRENTE DA UNIDADE DE SAÚDE; PONTE PARA PASSAR AMBULÂNCIA ETC.</b>
X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.	<b>COMENTÁRIO – GC: AQUI SE REFERE DIRETAMENTE AOS RECURSOS DO FUNDO DE COMBATE À POBREZA QUE SÓ PODEM SER UTILIZADOS NA SAÚDE COMO UM RECURSO A MAIS E NÃO PARA ATINGIR O MÍNIMO;</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE</b>	



## Seção I

### Dos Recursos Mínimos

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

**COMENTÁRIO – GC.: REPETE O VIGENTE HOJE – A GRANDE DERROTA DOS ÚLTIMOS OITO ANOS.**

**CLAREOU DE ONDE VEM A BASE PARA SE CALCULAR A VARIAÇÃO DO PIB. UMA DERROTA DE ÚLTIMA HORA POIS HAVIA AQUI UM TEXTO MELHOR, COM MAIOR CLAREZA DE FORMA DE CÁLCULO.**

~~§ 1º Na hipótese de revisão do valor nominal do PIB que implique alteração do montante a que se refere o caput, créditos adicionais deverão promover os ajustes correspondentes, nos termos do § 8º do art. 165 da Constituição Federal.~~

**PERDA!!!**

**COMENTÁRIO – GC.: CLAREOU AINDA QUE NÃO TENHA SE FIXADO AS ALTERAÇÕES CONHECIDAS ATÉ QUE ÉPOCA. O ENTEDIMENTO HOJE SERIA DA CORREÇÃO DAS ALTERAÇÕES CONHECIDAS ATÉ O FINAL DO EXERCÍCIO EM EXECUÇÃO.**

#### **Razões do veto Razões dos vetos**

“O Produto Interno Bruto apurado a cada ano passa por revisões periódicas nos anos seguintes, conforme metodologia específica, de modo que a necessidade de constante alteração nos valores a serem destinados à saúde pela União pode gerar instabilidade na gestão fiscal e orçamentária.”



<p>§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata <i>ocaput</i> não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC.:CLAREOU.</b></p>
<p><del>§ 3º O montante total correspondente ao produto da arrecadação da contribuição de que trata o inciso II do art. 1º será destinado, exclusivamente, a ações e serviços públicos de saúde.</del></p>	<p><b>OK. FAZ SENTIDO O VETO.</b></p> <p><b>COMENTÁRIO – GC.:SEM SENTIDO COM A NÃO APROVAÇÃO DA CSS</b></p> <p><b><u>Razão ds veto</u></b></p> <p>“Os dispositivos se referem à aplicação da Contribuição Social para a Saúde – CSS, cuja criação foi retirada do projeto durante a tramitação, e às regras de aplicação progressiva para os Estados e Municípios com término previsto para 2011, carecendo, assim, de qualquer efeito prático quando da promulgação da Lei.”</p>
<p><del>§ 4º Para fins do disposto neste artigo, serão consideradas as despesas empenhadas com quaisquer receitas correntes, com execução das receitas provenientes da Contribuição Social para a Saúde (CSS), que serão consideradas recursos adicionais aos definidos no <i>caput</i>, e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, previsto na Constituição Federal.</del></p>	<p><b>OK. FAZ SENTIDO O VETO.</b></p> <p><b>COMENTÁRIO – GC.:</b></p> <p><b><u>Razão do veto</u></b></p> <p>“Os dispositivos se referem à aplicação da Contribuição Social para a Saúde – CSS, cuja criação foi retirada do projeto durante a tramitação, e às regras de aplicação</p>



	<p>progressiva para os Estados e Municípios com término previsto para 2011, carecendo, assim, de qualquer efeito prático quando da promulgação da Lei.”</p>
<p><del>§ 5º O valor desvinculado da Contribuição Social para a Saúde (CSS), na forma prevista no art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, será integralmente repassado ao Fundo Nacional de Saúde no mês subsequente ao do registro da receita no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI).</del></p>	<p><b>OK. FAZ SENTIDO O VETO.</b></p> <p><b>COMENTÁRIO – GC:.</b></p> <p><b><u>Razão do veto</u></b></p> <p>“Os dispositivos se referem à aplicação da Contribuição Social para a Saúde – CSS, cuja criação foi retirada do projeto durante a tramitação, e às regras de aplicação progressiva para os Estados e Municípios com término previsto para 2011, carecendo, assim, de qualquer efeito prático quando da promulgação da Lei.”</p>
<p>Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II <i>docaput</i> do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC: MANTIDO O MESMO PARÂMETRO ANTERIOR CONSTANTE DA EC-29 DE 2000.</b></p>
<p><del>Parágrafo único. Os Estados e o Distrito Federal que, no ano anterior ao da vigência desta Lei Complementar, tiverem aplicado percentual inferior ao</del></p>	<p><b>OK. FAZ SENTIDO O VETO MAS É INÓCUO POIS ESGOTOU-SE O PRAZO EM 2011 PARA CUMPRIR OS</b></p>



~~especificado no caput, considerando-se o disposto nos arts. 2º, 3º e 4º, deverão elevar gradualmente o montante aplicado, para que atinjam os percentuais mínimos no exercício financeiro de 2011, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, 1/4 (um quarto) por ano.~~

## **MÍNIMOS.**

**COMENTÁRIO – GC.: VERGONHA: ANISTIA PARA ESTADOS QUE DESCUMPRIAM A LEI... ENTRETANTO, COMO A LEI DEMOROU A SER APROVADA, NÃO SE APLICARÁ POIS O PRAZO DE TOLERÂNCIA TERMINOU EM 2011. PORTANTO EM 2011 E 2012 ESTADOS SÃO OBRIGADOS AO MÍNIMO DE 12%.**

### **Razão do veto**

“Os dispositivos se referem à aplicação da Contribuição Social para a Saúde – CSS, cuja criação foi retirada do projeto durante a tramitação, e às regras de aplicação progressiva para os Estados e Municípios com término previsto para 2011, carecendo, assim, de qualquer efeito prático quando da promulgação da Lei.”

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

**COMENTÁRIO – GC.: MANTIDO O MESMO PARÂMETRO ANTERIOR CONSTANTE DA EC-29 DE 2000.**



~~Parágrafo único. Os Municípios e o Distrito Federal que, no ano anterior ao da vigência desta Lei Complementar, tiverem aplicado percentual inferior ao especificado no caput, considerando-se o disposto nos arts. 2º, 3º e 4º, deverão elevar gradualmente o montante aplicado, para que atinjam os percentuais mínimos no exercício financeiro de 2011, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, 1/4 (um quarto) por ano.~~

**OK. FAZ SENTIDO O VETO MAS É INÓCUO POIS ESGOTOU-SE O PRAZO EM 2011 PARA CUMPRIR OS MÍNIMOS.**

**COMENTÁRIO – GC.: VERGONHA: ANISTIA PARA MUNICÍPIOS QUE DESCUMPRIAM A LEI... ENTRETANDO COMO A LEI DEMOROU A SER APROVADA, NÃO SE APLICARÁ POIS O PRAZO DE TOLERÂNCIA TERMINOU EM 2011. EM 2011 E 2012 OS MUNICÍPIOS CONTINUAM COM A OBRIGAÇÃO DE ALOCAR NO MÍNIMO 15% DE SUAS RECEITAS PARA A SAÚDE.**

#### Razão do veto

“Os dispositivos se referem à aplicação da Contribuição Social para a Saúde – CSS, cuja criação foi retirada do projeto durante a tramitação, e às regras de aplicação progressiva para os Estados e Municípios com término previsto para 2011, carecendo, assim, de qualquer efeito prático quando da promulgação da Lei.”

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

**COMENTÁRIO – GC.: MANTIDO O MESMO PARÂMETRO ANTERIOR CONSTANTE DA EC-29 DE 2000.**

Art. 9º Está compreendida na base de

**COMENTÁRIO – GC.: UM AVANÇO**



cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

**PARA GARANTIR A BASE FIXA EVITANDO-SE A EVASÃO DA BASE POR VÁRIOS ESTRATAGEMAS USADOS PRINCIPALMENTE POR ESTADOS. APLICAM-SE À BASE OS 12 E 15% RESPECTIVAMENTE REFERENTE À DÍVIDA ATIVA, JUROS DE MORA E MULTAS.**

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

**COMENTÁRIO – GC.: MELHOR DEFINIDO**

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

**COMENTÁRIO – GC.: SE LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS FALAREM DE PERCENTUAIS MAIORES QUE OS DA EC-29 DEVEM PREVALECER OS DAS LEIS LOCAIS.**

## Seção II

### Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

**COMENTÁRIO – GC.: PARECE QUE AINDA PERMANECE A CONFUSÃO POIS O MF E O FNS ENTENDEM QUE NÃO PRECISA TRANSFERIR O DINHEIRO NOMINALMENTE, MAS APENAS CONTABILMENTE. CONSEQUENTEMENTE, TODO O RESULTADO DA APLICAÇÃO,**



	<b>COBRADO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS, CONTINUA NÃO SENDO ATRIBUÍDA AO MINISTÉRIO DA SAÚDE!!!</b>
<p><del>Art. 13. Os recursos de que trata esta Lei Complementar, enquanto não empregados na sua finalidade, deverão ser aplicados em conta vinculada mantida em instituição financeira oficial, nos termos do § 3º do art. 164 da Constituição Federal, sob a responsabilidade do gestor de saúde e de acordo com a legislação específica em vigor.</del></p>	<p><b>PERDA!!! MAIS UMA VEZ: OS RIGORES PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS E AS FACILIDADES PARA A UNIÃO.</b></p> <p><b>COMENTÁRIO – GC:. ASSIM TEM SIDO COBRADO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS, MAS NUNCA APLICADO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGORA SERÁ?</b></p> <p><b><u>Razão do veto</u></b></p> <p>“As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”</p>
<p>VETADO -</p> <p><del>§ 1º As receitas financeiras decorrentes das aplicações referidas no caput deverão ser utilizadas em ações e serviços públicos de saúde, não sendo consideradas, no entanto, para fins de apuração dos recursos mínimos</del></p>	<p><b>PERDA!!! MAIS UMA VEZ: OS RIGORES PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS E AS FACILIDADES PARA A UNIÃO.</b></p> <p><b>COMENTÁRIO – GC:. CLAREOU QUE NÃO SERÃO COMPUTADOS DENTRO DOS MÍNIMOS AS RECEITAS DE APLICAÇÃO FINANCEIRA</b></p>



previstos nesta Lei Complementar.

### Razão do veto

“As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

**COMENTÁRIO – GC: JÁ ASSIM.**

~~§ 3º Para fim do previsto *nocaput*, serão mantidas, separadamente, contas bancárias para o gerenciamento dos seguintes recursos, provenientes:~~

**PERDA!!!**

**COMENTÁRIO – GC: MUDANÇA NAS ATUAIS CAIXINHAS E BLOCOS – UFA!!!**

### Razão do veto

“As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”



# Clipping Saúde em Foco



I — da aplicação dos percentuais mínimos vinculados às ações e serviços públicos de saúde, na forma prevista nos arts. 6º a 8º, em conta única;	<b>PERDA!!!</b> <b>COMENTÁRIO – GC:. RECURSOS PRÓPRIOS NUMA CONTA.</b>
II — das transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde;	<b>PERDA!!!</b> <b>COMENTÁRIO – GC:. TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS NUMA ÚNICA CONTA. INACREDITÁVEL!</b>
III — de repasses de outros entes da Federação;	<b>PERDA!!!</b> <b>COMENTÁRIO – GC:. RECURSOS DE OUTROS ENTES (ESTADOS E OUTROS MUNICÍPIOS)</b>
IV — de operações de crédito internas e externas vinculadas à saúde; e	<b>PERDA!!!</b> <b>COMENTÁRIO – GC:. OPERAÇÕES DE CRÉDITO</b>
V — de outras receitas destinadas à saúde.	<b>PERDA!!!</b> <b>COMENTÁRIO – GC:.OUTRAS RECEITAS DA SAÚDE</b>
§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.	<b>COMENTÁRIO – GC:.ORIENTAÇÃO JÁ AGORA GERAL PARA TODAS AS ÁREAS DE GOVERNO.</b>
Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade	<b>COMENTÁRIO – GC:.AQUI AINDA NÃO FICA CLARA A SITUAÇÃO DOS FUNDOS DE SAÚDE: UNIDADE ORÇAMENTÁRIA E GESTORA. NA PRÁTICA COMO FICARÁ PARA A</b>



orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

~~Art. 15. Os recursos provenientes de taxas, tarifas ou multas arrecadados por entidades próprias da área da saúde que integram a administração direta ou indireta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelas respectivas entidades, não sendo considerados, no entanto, para fim de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.~~

**RECEITA? SERÁ AINDA O 120.1 DE FUNDOS CONTÁBEIS? MAIS UMA BATALHA A SER TRAVADA.**

**PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!!  
PERDA!!!**

**ABENÇOA-SE A UNIÃO E APERTA O CERCO SOBRE ESTADOS E MUNICÍPIOS QUE TÊM QUE CONTRIBUIR SOBRE PERCENTUAL DA RECEITA... E AS TAXAS JÁ CORREM POR FORA.**

**COMENTÁRIO – GC:. O QUE SEMPRE ENTENDI E QUE O MINISTÉRIO DA SAÚDE SEMPRE NEGOU. VAMOS TER MAIS ALGUNS RECURSOS FEDERAIS POIS AQUELES PROVENIENTES DE TAXAS E OUTROS NÃO SERÃO COMPUTADOS NAS BASES MÍNIMAS DE GASTOS COM SAÚDE. SERÃO RECURSOS A MAIS: RECEITA DE TAXAS E MULTAS, DE VENDA DE MEDICAMENTOS (FIOCRUZ – FARMÁCIA POPULAR ETC). CABE UMA GRANDE POLÊMICA: O RECURSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO QUE É RECEITA PRÓPRIA E SEMPRE FOI INCLUÍDO PARA COMPLETAR OS MÍNIMOS.**

### Razão do veto

“O dispositivo trata de maneira idêntica institutos jurídicos tributários distintos,



# Clipping Saúde em Foco



	regrados por leis específicas.”
<p>Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.</p>	<p><b>COMENTÁRIO – GC:.. TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO AGORA NUMA LEI COMPLEMENTAR E DE CLAREZA MERIDIANA.</b></p>
<p><del>§ 1º O montante correspondente ao percentual incidente sobre o produto da arrecadação direta dos impostos pelos entes da Federação, inclusive os previstos no inciso I do art. 157 e no inciso I do art. 158 da Constituição Federal, será repassado ao respectivo Fundo de Saúde até o 10º (décimo) dia do mês subsequente.</del></p>	<p><b>PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!!</b></p> <p><b>COMENTÁRIO – GC:.. DATA DE TRANSFERÊNCIA; LAMENTAVELMENTE AQUILO QUE ESTAVA DIRETA E AUTOMATICAMENTE AGORA TERÁ O PRAZO DILATADO ATÉ O 10º DIA DO MÊS SEGUINTE.</b></p> <p><b><u>Razão do veto</u></b></p> <p>“As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”</p>
<p><del>§ 2º Os recursos correspondentes ao montante e aos percentuais incidentes sobre as transferências intergovernamentais previstas nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal serão repassados ao Fundo de Saúde na mesma data em</del></p>	<p><b>PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!!</b></p> <p><b>PERDA!!!</b></p> <p><b>COMENTÁRIO – GC:..TRANSFERÊNCIAS</b></p>



~~que forem realizadas as respectivas transferências, podendo os Estados, o Distrito Federal e os Municípios optar, de forma expressa, pela modalidade automática de repasse à conta do Fundo.~~

**CONSTITUCIONAIS AO CHEGAREM AO ENTE (ESTADO E MUNICÍPIO) DEVERÃO SER REPASSADAS AO FUNDO DE SAÚDE NA MESMA DATA. PODE-SE OPTAR PELA MODALIDADE AUTOMÁTICA DE REPASSE À CONTA DO FUNDO.**

**Razão do veto**

“As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”

~~§ 3º As instituições financeiras referidas no § 3º do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.~~

**COMENTÁRIO – GC.: CLAREOU.**

~~§ 4º Os recursos de que trata esta Lei Complementar serão recolhidos e movimentados até sua destinação final com gastos em ações e serviços públicos de saúde em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial, na forma do § 3º do art. 164 da Constituição Federal.~~

**PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!!**

**COMENTÁRIO – GC.: JÁ CLARO COMO ACIMA.**

**Razão do veto**



“As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”

## Seção III

### Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

**COMENTÁRIO – GC.: MAIS ALGUNS CRITÉRIOS QUE AGORA SERÃO ACRESCIDOS AQUELES DO 35:**

**NECESSIDADES DE SAÚDE**

**DIMENSÃO SOCIO-ECONÔMICA. ESPACIAL E CAPACIDADE DE OFERTA DE SERVIÇOS.**

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: NÃO HÁ MAIS ORBIGAÇÃO DE QUE 50% SEJA TRANSFERIDO PELO CRITÉRIO PER CAPITA.**

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

**COMENTÁRIO – GC.: MAIS PAPEL IMPORTANTE AO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE? UMA TAREFA HERCÚLEA NUNCA ANTES PRATICADA. CONSEGUIRÁ?**

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a

**COMENTÁRIO – GC.: CLAREOU A QUESTÃO DE INVESTIMENTOS QUE TEM FICADO MUITO POR CONTA DE EMENDAS PARLAMENTARES OU DE TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS**



reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

**OU POR ORDEM DE PLEITO. AGORA A BASE É A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES.**

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do *caput* do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

**COMENTÁRIO – GC: INFORMAÇÃO SOBRE MONTANTE DE RECURSOS PREVISTOS? AVANÇO.**

**VOLTA A QUESTÃO DO TERMO DE COMPROMISSO ENTRE UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS??? OU PODERÁ SER ENTENDIDO COMO COAPS?**

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, dest

[http://www.idisa.org.br/site/documento\\_6945\\_0\\_2012---27---604---domingueira---lei-complementar-141--reg-ec.html](http://www.idisa.org.br/site/documento_6945_0_2012---27---604---domingueira---lei-complementar-141--reg-ec.html)