

# Sumário

<b>Relatório Consolidado .....</b>	<b>02</b>
<b>Texto Base.....</b>	<b>43</b>
<b>Regimento.....</b>	<b>93</b>
<b>Programação .....</b>	<b>104</b>
<b>Orientações Gerais.....</b>	<b>105</b>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Comissão Organizadora da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre:

**Coordenação Geral:**

Fernando Ritter – Secretário Municipal da Saúde  
Djanira Corrêa da Conceição – Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde

**Coordenação Executiva:**

Livia Lavina e Souza (SMS)  
Mirtha da Rosa Zenker (CMS)

**Subcomissão de Infraestrutura:**

Julio Cesar Conceição de Barros (SMS)  
Gilmar Campos (CMS)

**Subcomissão de Divulgação:**

Anderson Branco Monteiro (CMS)  
Katia Camargo de Oliveira (SMS)

**Subcomissão de Documentação, Registros e Arquivo:**

Leticia Quarti Soares (SMS)  
Susiane Martins Almeida de Oliveira (SMS)  
Liane Terezinha de Araújo (CMS)

**Subcomissão de Temário:**

Heloísa Helena Rousselet Alencar (CMS)  
Ruth Alves de Avila (SMS)

**Subcomissão de Articulação das Pré-Conferências:**

Cassiane Kerkhoff (SMS)  
Joana Olivia Fernandes (CMS)

**Subcomissão de Relatoria:**

Heloísa Helena Rousselet Alencar (CMS)  
Evelise Tarouco da Rocha (SMS)

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

### **Subcomissão de Relatoria da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto**

#### **Alegre:**

Carmen Vera Passos Ferreira (SMS– Gerência Distrital Centro)

Caroline Machado Weber (SMS – Gerência Distrital SCS)

Deise Rocha Réus (SMS – Gerência Distrital GCC)

Deisy Wolff Bordignon (SMS – Gerência Distrital RES)

Elaine Oliveira Soares (SMS)

Evelise Tarouco da Rocha (SMS)

Giovana Woitysiak Negro Dornelles (SMS)

Graziela Martins (SMS – Gerência Distrital PLP)

Graziela Mercio Pereira (SMS– Gerência Distrital NHNI)

Heloísa Helena Rousselet Alencar (CMS)

Janaina de Vargas Silva (SMS – Gerência Distrital NEB)

Juliana Maciel Pinto (SMS)

Kelma Nunes Soares (SMS)

Marisa Martins Altamirano (SMS – Gerência Distrital LENO)

Tatiana de Carvalho De Nardi (SMS)

## INTRODUÇÃO

Este é o Relatório Compilado das oito Pré-Conferências das Gerências Distritais de Porto Alegre, realizadas entre 21 de março e 13 de junho de 2015. Ele foi elaborado incluindo todas as diretrizes e propostas aprovadas, por eixo, na etapa das Pré-Conferências. O objetivo foi apresentá-las de forma não repetitiva, deste modo, nem todas as propostas e diretrizes foram mantidas exatamente como estavam nos painéis, algumas necessitaram ser agregadas e outras complementadas.

Este Relatório é a base para as discussões da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, etapa municipal da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, você poderá visualizar as propostas e diretrizes que elegeu na Pré-Conferência em que participou e identificá-las no Relatório Compilado, bem como acompanhar quais foram os resultados das demais Pré-Conferências.

É importante ressaltar que todas as propostas e diretrizes aprovadas nas Pré-Conferências já são consideradas aprovadas para o município de Porto Alegre, com vistas ao direcionamento do Plano Municipal de Saúde em vigência. Portanto, o que votaremos na 7ª Conferência Municipal de Saúde são as prioridades entre as propostas de âmbito municipal, bem como aquelas que serão, portanto, as propostas que integrarão o Relatório Final a ser encaminhado à 7ª Conferência Estadual de Saúde.

Conforme o Regimento da 7ª Conferência Estadual de Saúde, o debate será tematizado em 9 eixos: I. Situação de saúde e os determinantes econômicos, sociais e ambientais do adoecimento; II. Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; III. Participação social; IV. Valorização do trabalho e da educação em saúde; V. Financiamento do SUS e Relação Público-Privado; VI. Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; VII. Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; VIII. Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; IX. Reformas democráticas e populares do Estado.

Todos os municípios poderão encaminhar até 05 propostas por eixo temático de relevância Regional, Estadual ou Nacional, totalizando até 45 propostas. Assim, entre as propostas mais votadas, as que se aplicarem ao

âmbito Estadual ou Nacional, num limite de 05 propostas por eixo temático, serão encaminhadas à Etapa Estadual.

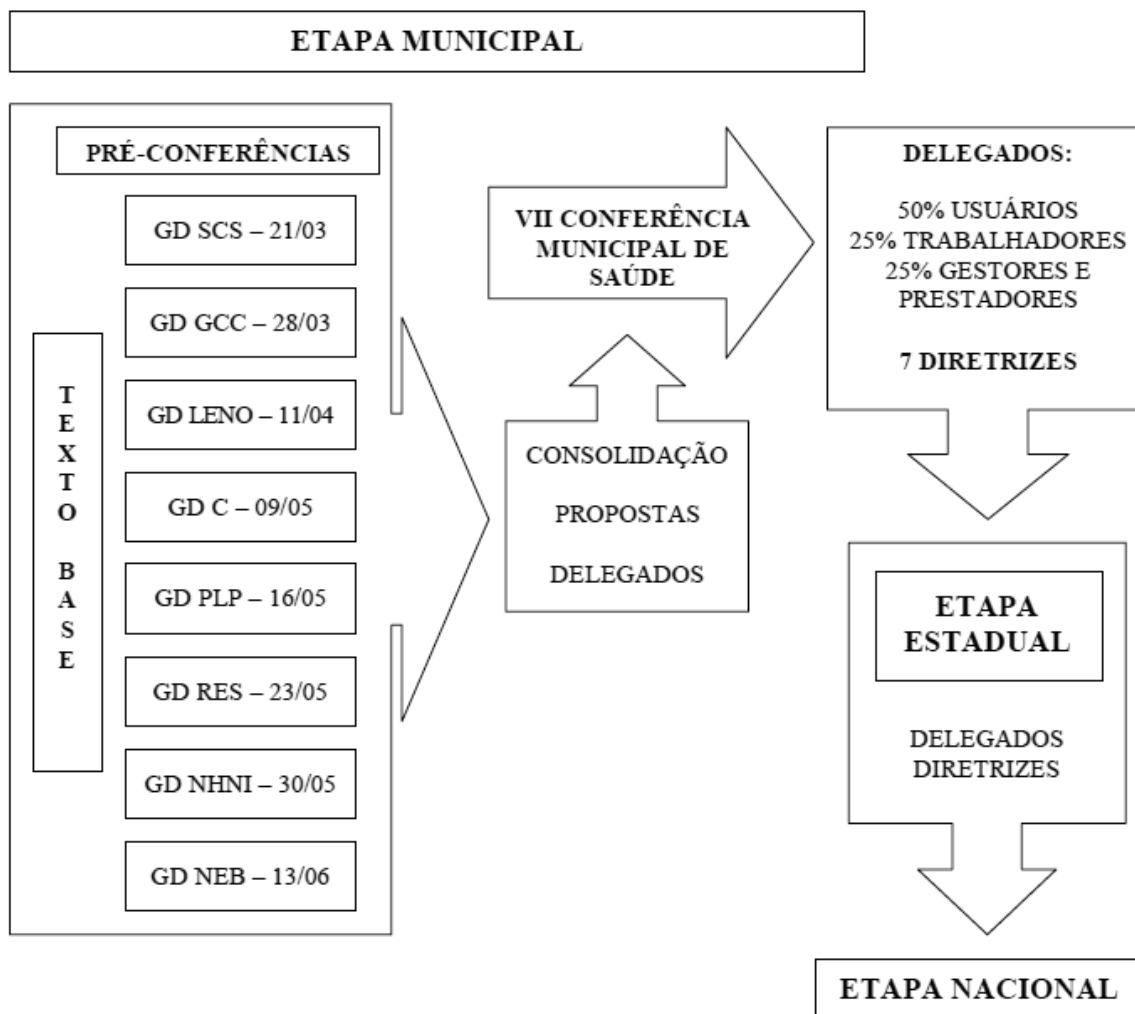
Estes são os critérios gerais que orientarão os participantes delegados da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre. Atente-se ao Relatório Compilado, aos painéis de votação e às discussões sobre os temas.

Boa Conferência!!!

Porto Alegre, Julho de 2015.

## ETAPAS DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

### FLUXOGRAMA



**DIRETRIZES E PROPOSTAS  
COMPILADAS DAS PRÉ-CONFERÊNCIAS**

<b>EIXO 1 - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
<b>1</b>	<b>Fortalecer e garantir a integralidade e equidade com acesso e cuidado de qualidade em toda rede de saúde mental, fortalecendo a reforma psiquiátrica.</b>
A	Implementar projetos que visem à saúde do trabalhador com ênfase em saúde mental.
B	Qualificar os atendimentos em saúde mental na rede de atenção primária, com ampliação do apoio matricial e investimento em serviços como centro de convivência e cultura.
C	Diminuir a medicalização, ampliar formas de acolhimento, de redução de danos e de cuidado e manter o acompanhamento de usuários de saúde mental com alta hospitalar, entendendo a saúde mental como parte integral do indivíduo.
D	Valorização e qualificação das terapias comunitárias, incluindo as práticas integrativas em saúde.
E	Ampliar, fortalecer e implementar a Rede de Atenção Psicossocial: CAPSi, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, oficina de trabalho e renda, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território e Portarias vigentes.
<b>2</b>	<b>Garantir os recursos materiais, de infraestrutura e de profissionais necessários ao atendimento em saúde.</b>
A	Criação de novas unidades de saúde e melhoria das unidades de saúde existentes, respeitando o número de equipamentos de saúde necessários para atendimento à área adstrita.
B	Garantir a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), conforme as normativas do Ministério da Saúde.
<b>3</b>	<b>Investir em tecnologias do âmbito do SUS.</b>
A	Promover a implantação das práticas integrativas em saúde conforme previsto nas políticas nacional e estadual.
B	Implementar o prontuário eletrônico dos usuários utilizando tecnologias como cartão do SUS (cartão nacional de saúde) e o E-SUS.
C	Criar núcleos de incorporação tecnológica em hospitais e secretarias de saúde em âmbito municipal, estadual e nacional, garantindo assento de representação ao controle social.

<b>4</b>	<b>Implementar linhas de cuidado.</b>
A	Implementar com qualidade linhas de cuidado que considerem os ciclos da vida (criança, adolescente, jovem, adulto, idoso) e as especificidades para atenção à saúde aos povos indígenas, quilombolas, comunidades tradicionais, ciganos, população em situação de rua e imigrantes.
B	Garantir a qualidade da gestão compartilhada entre atenção básica e serviços especializados no atendimento de pessoas com HIV/AIDS.
C	Fortalecer programas para saúde das mulheres em sua diversidade, conforme os direitos sexuais e reprodutivos.
D	Garantir o direito assegurado em lei, de acesso ao vale-transporte para fazer tratamento aos usuários do Sistema Único de Saúde que se encontrem em situação de vulnerabilidade social, em especial, indígenas, quilombolas e usuários de saúde mental.
E	Garantir protocolos assistenciais multiprofissionais para a atenção básica.
<b>5</b>	<b>Ampliar o acesso e a qualidade na assistência à saúde do idoso.</b>
A	Criar serviço especializado em saúde do idoso (geriatria, etc).
B	Ampliar sistema de telefonia e percentual de consultas para melhor atendimento aos idosos por telefone.
C	Criar estrutura e fluxo em Porto Alegre de assistência domiciliar para a coleta de exames laboratoriais, atendimento de fisioterapia e fonoaudiologia em domicílio para os idosos.
D	Criar Centro de Referência para o idoso em cada região da cidade de Porto Alegre.
<b>6</b>	<b>Acelerar o processo de implementação dos serviços prestados pelo Hospital Restinga - o projeto social do Hospital Restinga.</b>
A	Fortalecimento do Hospital Restinga.
B	Aumentar as cotas de exames laboratoriais no Hospital Restinga.
C	Regionalização do atendimento de pré-natal e de exames (ecografias etc) no Hospital Restinga.
<b>7</b>	<b>Garantir o princípio da equidade no atendimento específico a Saúde dos Povos Indígenas.</b>
A	Consolidar e fortalecer a equipe multidisciplinar de saúde indígena para atendimento a todos os indígenas em Porto Alegre, bem como a qualificação dos espaços nas unidades de saúde indígena.
B	Garantir que os indígenas recebam atenção diferenciada, respeitando os sistemas tradicionais de saúde, promovendo o diálogo entre a biomedicina (medicina ocidental) e medicina tradicional das etnias indígenas.



C	Garantir o acesso a exames de alta, média e baixa complexidade para os povos indígenas.
D	Garantir o acesso às Práticas Integrativas em Saúde (acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia), valorizando os saberes dos povos indígenas.
E	Garantir atividades do programa de saúde na escola também nas aldeias indígenas com enfoque em ações: alimentação saudável e atividade física.
<b>8</b>	<b>Garantir e fortalecer a atenção integral à população negra com atendimento específico às comunidades quilombolas conforme princípio da equidade.</b>
A	Gerenciar o cuidado da saúde da população negra de maneira transversal nos diferentes níveis, levando em conta gênero e ciclo de vida.
B	Promoção efetiva durante todo o ano, da saúde da população negra e criação de hospital dia para cuidados de doenças falciformes.
C	Que os agentes de saúde das comunidades quilombolas sejam "exclusivos" para a população quilombola (independente do número de domicílios-famílias).
D	Garantir um locus para a política da saúde da população negra nas 3 esferas de gestão (união, estado, município), com recursos humanos, infraestrutura e logística, com atenção especial às comunidades quilombolas.
<b>9</b>	<b>Fortalecer, qualificar e ampliar a rede de Atenção à Saúde básica, média e alta complexidade, garantindo o acesso da população do município de Porto Alegre.</b>
A	Ampliar a oferta aos serviços de reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outros).
B	Definir metas claras para a execução da política nacional de prevenção e controle do câncer no âmbito do SUS.
C	Implantar o SISCAN (sistema de informação do câncer) e divulgar os seus dados.
D	Estabelecer um tempo máximo de espera para consultas especializadas.
E	Manter a continuidade dos tratamentos nos serviços de alta e média complexidade, sem contra referenciar para a Atenção Primária após o diagnóstico.
F	Ampliar e criar serviços de urgência odontológica 24 horas e centros de especialidades odontológicas em todas as regiões do município.
G	Garantir equipe de saúde bucal para todas unidades de saúde.
H	Oferecer o serviço de prótese dentária aos usuários, na atenção básica.
I	Ampliar o horário de atendimento das equipes de Atenção Primária e o número de profissionais das mesmas, com a implantação do terceiro turno em todas as regiões do município para contemplar a população trabalhadora.

J	Garantir que nas unidades de saúde da família com 3 ou mais equipes, 01 equipe atue em turno estendido.
K	Ampliar e integrar as equipes multidisciplinares (Equipes de saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família) à equipe de atenção básica, conforme normativas do ministério da saúde, incluindo o profissional administrativo.
L	Ampliar as equipes de saúde da rede de atenção básica de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, incluindo um profissional administrativo, considerando a estrutura física e o número de usuários por equipe, visando a qualidade do cuidado e garantindo a acessibilidade aos usuários.
M	Completar as Equipes Especializadas para Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA's), conforme equipe mínima exigida.
N	Ampliar as ações de promoção de saúde para a comunidade, incluindo mais ações de saúde para o homem.
O	Desenvolver e reforçar ações e políticas intersetoriais visando a segurança alimentar da população.
P	Implantar Práticas Integrativas em Saúde, com a inserção de prescritores, assegurando o respeito aos diversos saberes em saúde das populações.
R	Ampliar a oferta de atenção especializada, conforme o perfil epidemiológico, de forma regionalizada, regulando o acesso e respeitando essa regionalização.
S	Que se faça a regionalização da saúde no RS para que as pessoas do interior do estado não precisem vir a Porto Alegre.
T	Garantir o atendimento da criança e do adolescente, conforme a Constituição Federal de 1988.

<b>EIXO 2 – Financiamento público e relação público x privado</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
<b>1</b>	<b>Garantir recursos financeiros para as prioridades em saúde e para as políticas dirigidas a públicos específicos.</b>
A	Que o financiamento para a Saúde Mental seja investido prioritariamente no serviço público de saúde e de acordo com a Política Nacional da Reforma Psiquiátrica.
B	Garantir no Plano Municipal de Saúde metas que contemplem a saúde indígena.
C	Garantir a continuidade do Incentivo Estadual a Atenção à Saúde da População Indígena (conforme Portaria Estadual nº41/2013), com repasses mensais.
D	Criar repasses de recursos federais específicos aos municípios para a atenção aos povos indígenas presentes em cidades.

E	Garantir investimento financeiro para atenção integral a saúde do idoso, conforme preconiza o estatuto do idoso da atenção primária, alta complexidade e o programa de atenção domiciliar (PAD).
<b>2</b>	<b>Garantir financiamento público adequado e sustentável para o SUS.</b>
A	Votação urgente pelo Congresso Nacional pelo PLIP "Saúde mais 10" (Projeto de Lei de Iniciativa Popular 321/2013), que garante 10% da receita tributária bruta da união para saúde.
B	Garantir a destinação de 25% dos royalties do Pré-Sal, de forma adicional, para o financiamento do SUS.
C	Mais orçamento para a saúde igual a auditoria da dívida pública.
D	Rejeitar a Emenda Constitucional 86 de 2015 - Orçamento impositivo que destina apenas 10% da renda tributária líquida da união e por emendas parlamentares. Lei 13019 de 2014 que abre a assistência à saúde ao capital estrangeiro, contra o artigo 199 parágrafo 3 da constituição que proíbe a participação do capital estrangeiro e o projeto de emenda constitucional 451 de 2014, de Eduardo Cunha, que obriga os empregadores a garantir serviços assistenciais de saúde afrontando a seguridade social.
E	Taxar as grandes fortunas como forma de justiça tributária e uma das formas de financiamento do SUS.
F	Retorno da cobrança de movimentação financeira atingindo o "andar de cima" poupando a classe média e os pobres de forma integral para a saúde pública.
G	Lutar pela aplicação em ações e serviços públicos de saúde, de no mínimo 12% da arrecadação dos impostos no estado.
H	Entender o financiamento como estratégico para a saúde pública de qualidade com garantia de gestão, regulação e regionalização, formação e capacitação continuada, controle social e desenvolvimento de ciência, tecnologia e inovação em convênios com as universidades públicas, planos de cargos, carreiras e salários com reposição dos trabalhadores, concurso público com vínculo estatutário.
<b>3</b>	<b>Garantir a natureza pública do SUS, com gestão 100% pública, estatal, universal e de qualidade.</b>
A	Cumprir a resolução 09/2013 do Conselho Municipal de Saúde (CMS- que garante que a expansão da rede de atenção primária em saúde seja exclusivamente pública e contrária ao IMESF.
B	Combater o processo de terceirização vinculando o recurso público ao serviço público.
C	Revogar todos os novos modelos de gestão, fundações públicas de direito privado, organizações sociais, OSCIPS e EBSEH.
D	Garantir os 60% de financiamento para o público e 40% para o privado.
E	Eliminar os subsídios públicos para os planos privados de saúde.

<b>4</b>	<b>Redimensionar os recursos aplicados à saúde, ampliando os recursos para atender com qualidade as necessidades na atenção primária e média complexidade.</b>
A	Fixação de uma proporção mínima de divisão de recursos novos por níveis assistenciais.
B	Aumentar e garantir recursos para prevenção e promoção de saúde.
C	Ampliar e garantir os recursos para reforma, construção e manutenção da infraestrutura dos serviços de saúde, respeitando padrões técnicos de construção, assegurando a acessibilidade.
D	Ampliar financiamento público para atingir 100% de cobertura pela APS (Atenção Primária em Saúde).
<b>5</b>	<b>Garantir o controle das verbas da saúde</b>
A	Cumprir a Lei 141 que determina que a verba da saúde seja integralmente depositada no Fundo Municipal de Saúde e seja gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.
B	Criar rubricas para gerenciar as verbas destinadas à saúde, que permitam a administração própria pelo serviço, incluindo a participação da coordenação destes no processo, juntamente com os conselhos locais.
C	Ampliar e aprimorar o portal transparência visando identificar o destino das verbas para a saúde em geral, especificando sua divisão para os serviços.
D	Criar mecanismos que possibilitem a efetiva transparência orçamentária da saúde nas três esferas do governo, isenções fiscais e filantropia.
<b>6</b>	<b>Ampliar o controle da relação público-privado, aperfeiçoando os mecanismos regulatórios de acesso à assistência, controle e avaliação dos serviços de saúde contratualizados com o SUS.</b>
A	Maior transparência nas prestações de contas quanto às compensações fiscais e filantropias.
B	Vincular a transferência de verba pública aos filantrópicos mediante quitação de folha e encargos.
C	Avaliar e concluir o primeiro projeto do PROADI-SUS no RS (Hospital Restinga com sistema integrado de saúde Restinga-Extremo Sul-Porto Alegre) em desenvolvimento em parceria Hospital Moinhos de Vento x SUS.
D	Modificar o modelo de financiamento, não remunerando por procedimento mas por qualidade.
E	Transparência das contas e gastos dos hospitais filantrópicos, garantindo mecanismos de fiscalização das contratualizações do setor público com o setor privado e filantrópico, do início até a prestação de contas, com participação dos mecanismos de controle social e com restrição à prestação de serviços na área de atenção primária.
F	Cumprimento do que é garantido na lei 9961/00 onde as operadoras de plano de saúde devem fazer ressarcimento ao SUS das pessoas que, tendo plano de saúde privado, usam o SUS. E que esse recurso fique no município onde foi

	usado o SUS.
<b>7</b>	<b>Fortalecer a política de assistência farmacêutica sustentável financeiramente e de qualidade.</b>
A	Investimento na contratação de profissional de farmácia para atendimento em atenção básica substituindo técnico de enfermagem e ACS.
B	Repensar a dispensação de medicamentos de maneira progressiva somente através dos serviços públicos de saúde.
C	Fortalecer a produção nacional de medicamentos através dos laboratórios oficiais (públicos) e indústrias nacionais.

<b>EIXO 3 – A participação social e a representatividade do controle social no SUS</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
<b>1</b>	<b>Garantir e investir na ampla divulgação sobre as instâncias de controle social.</b>
A	Divulgar os conselhos locais, observando as determinações legais, fortalecendo o papel dos Conselhos de Saúde através de campanhas anuais de divulgação, comprometendo os meios de comunicação social na divulgação da importância, papel e atividade do Conselho de Saúde.
B	Fortalecer e aprimorar estratégias de comunicação para divulgação dos conselhos locais de saúde na comunidade, garantindo a educação permanente para o controle social.
C	Garantir, por meio da gestão da atenção básica, plena divulgação dos Conselhos de Saúde, incentivando participação máxima dos trabalhadores de saúde.
<b>2</b>	<b>Garantir o direito à informação qualificada para o controle social.</b>
A	Realizar campanha permanente sobre o alcance do SUS e suas realizações com prioridades de recursos financeiros.
B	Divulgar, para sensibilizar, de forma continuada e em linguagem acessível, informações qualificadas à população, sobre os fatores de adoecimento.
C	Publicizar, por meios de amplo acesso os dados constantes dos sistemas informatizados do SUS, contemplados pelo DATASUS, bem como, dos sistemas que venham a lhes substituir.

D	Promover, através dos espaços reservados ao governo nas diversas mídias, maior informação à população sobre os direitos e deveres dos cidadãos, exercício de cidadania bem como sobre o funcionamento do sistema de saúde no Brasil e divulgação da cartilha dos usuários do SUS.
E	Exigir que a temática do controle social seja contemplada no Programa de Saúde na Escola (PSE) e outros programas de saúde.
F	Garantir troca e repasse das informações nas diferentes instâncias de controle social (conselho municipal, distrital e local), sobre os gastos públicos e privados em saúde.
G	Realizar audiências públicas com participação do controle social para debater incorporação de novos medicamentos no SUS.
<b>3</b>	<b>Avaliar as instâncias deliberativas das Conferências e plenárias do Conselho.</b>
A	Exigir maior respeito da gestão e cumprimento em relação às demandas e deliberações do controle social, direcionando, a partir delas, seus investimentos. Quando não houver cumprimento das demandas do controle social, (independentemente do plano de governo atual ou anterior), exigir respostas, em prazos pré- estabelecidos, por parte do gestor.
B	Fiscalizar, reafirmar e garantir a efetivação das diretrizes e propostas mais votadas em todas as conferências de saúde anteriores, no âmbito do controle social, estabelecendo que a efetivação das demandas das Conferências sejam atendidas em um prazo de 4 anos a partir de sua definição.
C	Criar espaço deliberativo nas pré-conferências para avaliação da estrutura organizacional das mesmas, de modo que se criem propostas alternativas e diretrizes e espaços permanentes para acompanhamento e avaliação das propostas aprovadas nas conferências anteriores e divulgar amplamente as realizações efetivadas, a fim de auxiliar as discussões da conferência seguinte.
<b>4</b>	<b>Garantir mecanismos de educação e formação para qualificar o controle social.</b>
A	Garantir a formação e educação permanente para a participação social através das reuniões e instituição dos conselhos locais de saúde, nos atendimentos de saúde e nos equipamentos comunitários como escolas, associações e etc.
B	Implantar e implementar a Política de Educação Permanente para o controle social no SUS nas 3 esferas de governo, reafirmando o CMS no papel de implementar capacitação, fortalecendo a Educação Permanente como ferramenta de participação e pulverizando o conceito do caráter público.
C	Implementar e garantir a formação para a cidadania e vivência de participação social dos alunos através de grêmios, associações, conselhos e movimentos sociais, durante toda a formação educacional, incluindo a discussão da temática "Políticas Públicas" nos currículos escolares.
D	Incluir no currículo de formação profissional da área da saúde Disciplina Sobre Controle Social e exigir a criação de grades curriculares nas instituições de ensino superior com aulas teórico-práticas de participação nos conselhos locais de saúde, para sensibilização e estimulação dos futuros profissionais.

E	Implantar um mecanismo de educação efetiva e continuada para os atores do controle social baseado na interlocução dos usuários da saúde, através de cursos e oficinas com apoio do conselho municipal de saúde, independente da troca de gestão.
<b>5</b>	<b>Fortalecer e qualificar os conselhos de saúde.</b>
A	Reafirmar o controle social, fortalecendo e inserindo mais conselhos locais e distritais, bem como em todos os serviços ofertados por prestadores de saúde, como instância base do controle social, promovendo eventos abertos à comunidade.
B	Fortalecer a articulação entre os espaços da participação social em todas as políticas públicas com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.
C	Garantir a efetiva autonomia política, administrativa e financeira dos Conselhos de Saúde.
D	Exigir espaços físicos adequados e acessíveis para reuniões e ações do controle social, especialmente CMS.
E	Participação social nas reuniões dos conselhos com um modelo informativo, educativo e mais abrangente desde o municipal e o distrital, e que sirva aos Conselhos Locais de Saúde (não padronizado ou fechado, mas dividido em fases ou momentos em que todos possam ser ouvidos e acolhidos).
F	Reconhecer a participação dos trabalhadores nos espaços de controle social como parte do processo de trabalho.
G	Aproximar as ações dos conselhos de saúde à cultura da comunidade, por meio da educação popular em saúde.
H	Promover a inclusão, nos espaços dos Conselhos de Saúde, de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como: mulheres, idosos, população negra, indígenas, LGBT, PCD, situação de rua, campo, etc.
I	Criar estratégias que viabilizem a participação dos usuários no conselho local de saúde com a realização das reuniões em horários que viabilizem a participação dos usuários.
J	Garantir a implementação dos conselhos de saúde dos povos e comunidades tradicionais em todas as instâncias.
K	Universalizar a discussão da intolerância religiosa nos espaços de controle social, juntamente com os trabalhadores e gestores, fortalecendo um estado laico.
L	Promover o empoderamento dos usuários da atenção básica sobre o controle social, através de espaços como sala de espera e rodas de conversa na comunidade, mapeando os diferentes atores.
M	Construir e fortalecer os conselhos locais de saúde e desenvolver um processo de divulgação e incentivo da mobilização social através da criação de um grupo de trabalho (GT), ressaltando a importância da participação e do controle social.
<b>6</b>	<b>Garantir as atribuições e fortalecer as instâncias do controle social.</b>

A	Fortalecer e criar comissões temáticas no CMS, como comissão de atividade física e comissão do idoso.
B	Fomentar e incentivar o controle social junto às câmaras técnicas, nos hospitais públicos com administração privada.
C	Fiscalizar a assistência disponibilizada pelas entidades privadas que prestam serviço ao SUS, avaliando a qualidade e resolutividade, divulgando os resultados.
D	Criar plataforma de avaliação de atendimento recebido na rede SUS para formar indicadores que devem ser utilizados na fiscalização de contratos pelo conselho.
E	Fiscalizar todas as formas de discriminação no atendimento do SUS.

<b>EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
<b>1</b>	<b>Desenvolver uma política de valorização dos trabalhadores do SUS.</b>
A	Implantar o Plano de Carreira, com isonomia salarial nas 3 esferas, no regime estatutário e com dedicação exclusiva, formulado através de amplo debate social.
B	Implantação de Planos de cargo, carreira e salários conforme diretrizes da NOB-RH e da mesa nacional de negociação com garantia de carga horária máxima de 30 horas semanais, independente do regime de trabalho.
C	Criar carreira única da saúde no regime estatutário conforme NOB-RH-SUS, para todos os trabalhadores e jornada máxima de 30 horas semanais, com salário digno que estimule a dedicação exclusiva, respeitando as especificidades de cada categoria.
D	Criar e implantar um plano único de carreira, cargos e salários para todos os trabalhadores do SUS.
E	Implantar o plano de carreiras, cargos e salários do SUS, com isonomia salarial nas três esferas de gestão por regime estatutário.
F	Criar mecanismos que permitam a mobilidade dos trabalhadores do SUS no âmbito regional/intermunicipal/interestadual.
G	Garantir aos trabalhadores, atividades de formação e pesquisa, sem redução de salário.
H	Desvincular a contratação de Recursos Humanos para a área da saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal, sem cedência para outra área de atuação.
I	Garantir incentivo financeiro para a função de coordenação de serviços.



J	Combater o processo de terceirização, privatização e precarização do trabalho, alertando os trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os projetos de lei e emendas constitucionais que tramitam no Congresso Nacional e no Supremo Tribunal Federal.
<b>2</b>	<b>Qualificar a gestão do trabalho no SUS.</b>
A	Fortalecer vínculos de trabalhos efetivos e seguros, contratando através de concursos públicos e incentivando o regime jurídico único.
B	Instituir processos de seleção que garantam ingresso de profissional com perfil para o trabalho do SUS, valorizando questões para além da prova teórica e dando ênfase ao currículo e experiências prévias (residências multiprofissionais e em áreas profissionais da saúde, especialização em saúde coletiva e participação comunitária e controle social).
C	Criar mecanismos em âmbito nacional para o acesso aos cargos através de concursos públicos para todos os profissionais.
D	Implementar uma Política democrática, participativa e colegiada de gestão do trabalho no SUS.
E	Fortalecer os mecanismos de responsabilização de gestores da saúde de todos os níveis, sobre os processos de trabalho em saúde.
F	Democratizar os espaços de gestão dos processos de trabalho e formação em saúde, realizar eleições diretas dos gestores dos serviços de saúde pelos trabalhadores e comunidade, sendo elegíveis os componentes da equipe.
G	Qualificar a gestão do SUS promovendo a formação para a gestão e ocupação dos cargos de gestão por profissionais concursados através de critérios de experiência, competência em saúde pública.
H	Exigir que os gestores/gerentes em todos os níveis hierárquicos tenham formação em gestão na saúde.
I	Criar o cargo administrativo para as Equipes de Saúde da Família (ESF) a fim de que os profissionais de saúde não sejam designados a função administrativa, deixando de atender a população.
J	Diminuir rotatividade de profissionais nas Unidades de Saúde, aumentando o vínculo com os usuários e a qualidade da assistência prestada.
K	Estabelecer critérios e parâmetros adequados à especificidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Endemias (AE) no desenho da carreira, garantido a participação de forma efetiva na sua equipe.
L	Garantir, no critério para seleção de agentes comunitários de saúde, residência mínima de um ano no território, com fiscalização do conselho local/ distrital.
<b>3</b>	<b>Instituir a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde para o SUS.</b>
A	Formar trabalhadores para as funções de tutoria e preceptoria para integração ensino – serviço.
B	Garantir incentivo financeiro para todos os profissionais que recebam alunos e profissionais residentes em formação.

C	Oportunizar a participação do conjunto dos servidores nas atividades educativas dos Programas de Residência.
D	Desenvolver ações sistemáticas de educação permanente em saúde a partir da problematização dos processos de trabalho.
E	Instituir capacitação sobre controle social para conselheiros e trabalhadores.
F	Proporcionar a divulgação e transparência efetiva dos cursos, eventos e capacitações.
G	Desenvolver formação para gerência /gestão do cuidado/linhas de cuidado, incluindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Endemias (AE).
H	Fortalecer a Política Nacional de Humanização, qualificando o profissional de saúde para melhorar o acolhimento e a resolutividade da queixa do usuário.
I	Monitorar a produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e indígena.
J	Exigir que todos os agentes de saúde sejam capacitados na prevenção das doenças prevalentes da população negra.
<b>4</b>	<b>Consolidar a política nacional de formação para o SUS.</b>
A	Ampliar os campos de formação em saúde mental que utilizem práticas coletivas.
B	Ampliar o tempo de estágio curricular no SUS, pactuando a atuação local.
C	Fortalecer a formação em serviço através do aumento de programas de residências multiprofissionais e pela qualificação dos programas existentes.
D	Garantir que as Residências multiprofissionais em saúde sejam reconhecidas como título de pós-graduação voltada para a formação em serviço e, portanto garantir que seja valorizada em concurso público com pontuação superior a pós-graduação <i>latu sensu</i> .
E	Incluir na atribuição dos profissionais da Atenção Básica a preceptoria, além de qualificar e incentivar financeiramente preceptores, tutores e docentes envolvidos com a formação de graduação e Residências Multiprofissionais.
F	Garantir a inclusão da temática da saúde da população negra/gênero nos projetos político-pedagógicos, dos cursos de saúde em todos os níveis de ensino, e todas as categorias de trabalhadores, considerando as diretrizes do SUS e das leis de diretrizes básicas, com recursos e prazos definidos.
G	Criar dispositivo legal que garanta que os profissionais da saúde egressos de universidades públicas ou contemplados com bolsa, dediquem alguns anos de trabalho no SUS.
H	Abordar os conceitos de gerência durante a formação dos profissionais da saúde.
I	Implantar Comitês de Educação Popular em nível municipal na Saúde.
J	Ampliação da Política de integração ensino-serviço-comunidade.

K	Aprovação da Carga Horária Máxima de trabalho para residentes de 44 horas semanais pensando na qualificação da formação e saúde do residente de acordo com deliberação do fórum nacional dos residentes em saúde.
<b>5</b>	<b>Criar a Política Municipal de Saúde e de Segurança do Trabalhador.</b>
A	Instituir uma Política de Promoção à saúde e prevenção de agravos para o trabalhador do SUS, incluindo a sua saúde mental.
B	Adequar todos os serviços de saúde, de acordo com as normas de vigilância sanitária nos aspectos referentes a biossegurança, acessibilidade e com equipe de segurança do trabalho. Que garanta a segurança dos equipamentos e dos profissionais, como forma de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, de acordo com as normas regulamentadoras do trabalho.
C	Incluir as Práticas Integrativas em Saúde orientadas para a saúde do trabalhador.
D	Criar núcleo permanente de segurança e saúde do trabalhador nos serviços de saúde.
E	Instalar postos da Brigada Militar nas Unidades de Pronto Atendimento.
F	Viabilizar o deslocamento e garantir diferencial financeiro aos trabalhadores dos territórios de difícil acesso.
G	Reconhecer e legitimar o residente como trabalhador no âmbito das políticas de saúde do trabalhador.

**DIRETRIZES E PROPOSTAS  
MAIS VOTADAS POR PRÉ-CONFERÊNCIA**

**PRÉ-CONFERÊNCIA CENTRO**

<b>EIXO 1 - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
CENTRO	<b>Garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade</b>
CENTRO	Ampliar a oferta aos serviços de reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outros).
CENTRO	Definir metas claras para a execução da política nacional de prevenção e controle do câncer no âmbito do SUS.
CENTRO	Implantar do SISCAN e divulgar os seus dados total.
CENTRO	<b>Ampliar o acesso e a qualidade na assistência à saúde do idoso</b>
CENTRO	Criar serviço especializado em saúde do idoso (geriatria, etc).
CENTRO	Ampliar sistema de telefonia e percentual de consultas para melhor atendimento aos idosos por telefone.
CENTRO	Criar estrutura e fluxo em Porto Alegre para assistência domiciliar relativos a coleta de exames laboratoriais, atendimento de fisioterapia e fonoaudiologia em domicílio.
CENTRO	<b>Fortalecer a rede de atenção psicossocial</b>
CENTRO	Criar novos serviços como CAPS AD III, SRT, equipe de redução de danos e unidades de acolhimento.
CENTRO	Implementação dos centros de convivência (portaria 346/2010 - Rede de atenção Psicossocial).
CENTRO	Ampliar e adequar os serviços de saúde mental existentes (RAPS e demais legislações).
<b>EIXO 2 – Financiamento público e relação público x privado</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
CENTRO	<b>Garantir recursos financeiros para as prioridades em saúde</b>
CENTRO	Que o financiamento para a Saúde Mental seja investido prioritariamente no serviço público de saúde e de acordo com a Política Nacional da Reforma Psiquiátrica.

CENTRO	Garantir investimento financeiro para atenção integral a saúde do idoso, conforme preconiza o estatuto do idoso da atenção primária, alta complexidade e o programa de atenção domiciliar (PAD).
CENTRO	Ampliar os recursos humanos e o financiamento a atenção primária.
CENTRO	<b>Garantir o Financiamento adequado para o SUS</b>
CENTRO	Votação urgente pelo Congresso Nacional pelo PLIP "Saúde mais 10" (Projeto de Lei de Iniciativa Popular 321/2013 - 10% RTB).
CENTRO	Lutar pela aplicação em ações e serviços públicos de saúde, de no mínimo 12% da arrecadação dos impostos no estado.
CENTRO	25% do Pré-sal para a saúde.
CENTRO	<b>Garantir a natureza pública do SUS</b>
CENTRO	Posicionamento contra: 1- capital estrangeiro na saúde; 2- A PEC da privatização da Saúde; 3- A PEC da terceirização (4330); 4- A PEC 358 - Perdas de recursos para saúde.
CENTRO	Cumprir a resolução 09/2013 do Conselho Municipal de Saúde (CMS) que garante que a expansão da rede de atenção primária em saúde seja exclusivamente pública e de direito privado contrária ao IMESF.
<b>EIXO 3 – A participação social e a representatividade do controle social no SUS</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
CENTRO	<b>Incrementar os conselhos distritais e sociais de saúde</b>
CENTRO	Exigir que todos os agentes de saúde sejam capacitados na prevenção das doenças prevalentes da população negra.
CENTRO	Fiscalizar todas as formas de discriminação no atendimento do SUS.
CENTRO	Divulgar os conselhos locais, observado as determinações legais.
CENTRO	<b>Garantir o direito à informação qualificada</b>
CENTRO	Realizar campanha permanente sobre o alcance do SUS e suas realizações com prioridades de recursos financeiros.
CENTRO	Divulgar, para sensibilizar, de forma continuada e em linguagem acessível, informações qualificadas à população, sobre os fatores de adoecimento.
CENTRO	Publicizar, por meios de amplo acesso os dados constantes dos sistemas informatizados do SUS, como SISCAN, SISPRENATAL, e demais S.I. dos contemplados pelo DATA SUS, bem como, dos sistemas que venham a lhes substituir.

CENTRO	<b>Fortalecer e instrumentalizar os espaços de controle social</b>
CENTRO	Fortalecer e criar comissões temáticas nos CMS, como comissão de atividade física e comissão do idoso.
CENTRO	Instituir os conselhos locais, distritais, municipais como espaço de educação permanente do controle social, para fortalecer o conhecimento dos direitos e deveres dos usuários.
CENTRO	Exigir espaços físicos adequados e acessíveis para reuniões e ações do controle social, especialmente CMS.
<b>EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
CENTRO	<b>Desenvolver uma Política de valorização dos trabalhadores do SUS</b>
CENTRO	Implantar o Plano de Carreira com isonomia salarial nas 3 esferas, no regime estatutário e com dedicação exclusiva, formulado através de amplo debate social.
CENTRO	Desvincular a contratação de Recursos Humanos para a área da saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal, sem cedência para outra área de atuação.
CENTRO	Implementar uma Política democrática, participativa e colegiada de gestão do trabalho no SUS.
CENTRO	<b>Instituir a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde para o SUS</b>
CENTRO	Formar trabalhadores para as funções de tutoria e preceptoria para integração ensino – serviço.
CENTRO	Oportunizar a participação do conjunto dos servidores nas atividades educativas dos Programas de Residência.
CENTRO	Desenvolver ações sistemáticas de educação permanente em saúde a partir da problematização dos processos de trabalho.
CENTRO	<b>Implementar a Política Municipal de Saúde do Trabalhador do SUS</b>
CENTRO	Instituir uma Política de Promoção à saúde e prevenção de agravos para o trabalhador do SUS.
CENTRO	Garantir uma Política de qualificação das condições de trabalho e de segurança do trabalhador.
CENTRO	Incluir as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) orientadas para a saúde do trabalhador.

## PRÉ-CONFERÊNCIA GLÓRIA CRUZEIRO CRISTAL

<b>EIXO 1 - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
GCC	<b>Ampliar e qualificar os serviços de atenção primária</b>
GCC	Garantir equipe de saúde bucal para todas unidades de saúde.
GCC	Abertura das equipes de saúde no terceiro turno, no mínimo uma vez por semana.
GCC	Integrar equipe multidisciplinar à equipe de atenção básica.
GCC	<b>Garantir atendimento específico às comunidades quilombolas e indígenas, materializando o princípio de equidade</b>
GCC	Consolidar a equipe multidisciplinar de saúde indígena para atendimento à todos os indígenas em POA.
GCC	Que o agente de saúde das comunidades quilombolas sejam "exclusivos" para a população quilombola (independente do número de domicílios-famílias).
GCC	Garantir que os indígenas recebam atenção diferenciada, respeitando os sistemas tradicionais de saúde.
GCC	<b>Ampliar e garantir o acesso integral à rede de saúde mental</b>
GCC	Criação e implementação de um consultório de rua por gerência de saúde.
GCC	Implementar projetos que visem à saúde do trabalhador com ênfase em saúde mental.
GCC	Qualificar os atendimentos em saúde mental nas UBS e ESF, com ampliação do apoio matricial.
<b>EIXO 2 – Financiamento público e relação público x privado</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
GCC	<b>Garantir o controle das verbas saúde</b>
GCC	Cumprir a Lei 141 que a verba da saúde seja integralmente depositada no fundo municipal de saúde e ser gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.
GCC	Criar rubricas para gerenciar as verbas destinadas à saúde, que permitam a administração própria pelo serviço, incluindo a participação da coordenação destes no processo, juntamente com os conselhos locais.
GCC	Ampliar e aprimorar o portal transparência visando identificar o destino das verbas para a saúde em geral, especificando sua divisão para os serviços.
GCC	<b>Garantir o financiamento da união para a saúde pública</b>

GCC	Aprovar o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLIP) saúde mais 10 que garante 10% da receita tributária bruta da união para saúde, 10% do pré-sal para a saúde, bem como taxaço dos grandes fortunas pela justiça tributária.
GCC	Entender o financiamento como estratégico para a saúde pública de qualidade com garantia de gestão, regulaco e regionalizaco, formaco e capacitaco continuada, controle social e desenvolvimento de ciência, tecnologia e inovaco em convênios com as universidades públicas, planos de cargos, carreiras e salários com reposição dos trabalhadores, concurso público com vínculo estatutário.
GCC	<b>Posicionar-se contra todos os retrocessos no financiamento do SUS</b>
GCC	Rejeitar a Emenda Constitucional 86 de 2015 - Orçamento impositivo que destina apenas 10% da renda tributária líquida da união e por emendas parlamentares. Lei 13019 de 2014 que abre a assistência à saúde ao capital estrangeiro, contra o artigo 199 parágrafo 3 da constituição que proibe a participação do capital estrangeiro e o projeto de emenda constitucional 451 de 2014, de Eduardo Cunha, que obriga os empregadores a garantir serviços assistenciais de saúde afrontando a seguridade social.
<b>EIXO 3 – A participação social e a representatividade do controle social no SUS</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
GCC	<b>Garantir as atribuições do controle social</b>
GCC	Criar espaços permanentes para acompanhamento e avaliação das propostas aprovadas nas conferências anteriores e divulgar amplamente as realizações efetivadas, a fim de auxiliar as discussões da conferência seguinte.
GCC	Garantir, no critério para seleção de agentes comunitários de saúde, residência mínima de um ano no território, com fiscalização do conselho local/ distrital.
GCC	Universalizar a discussão da intolerância religiosa nos espaços de controle social, juntamente com os trabalhadores e gestores, fortalecendo um estado laico.
GCC	<b>Ampliar a participação da população nos espaços de controle social</b>
GCC	Aproximar as ações dos conselhos de saúde da cultura da comunidade por meio da educação popular em saúde.
GCC	Efetivar a participação do povo indígena no controle social para promover a integralidade na atenção diferenciada à saúde do povo indígena.
GCC	Reconhecer a participação dos trabalhadores nos espaços de controle social como parte do processo de trabalho.
GCC	<b>Divulgar para o que são os espaços de controle social no SUS</b>



GCC	Garantir a inclusão da discussão da temática "Políticas Públicas" nos currículos escolares a fim de estimular a participação social.
GCC	Divulgar os conselhos de saúde através de uma linguagem acessível para população pelos veículos de comunicação e ações dos trabalhadores de saúde.
GCC	Incluir a abordagem do controle social como eixo do programa de saúde na escola.
<b>EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
GCC	<b>Criar o plano de carreira, cargos e salários</b>
GCC	Criar carreira única da saúde no regime estatutário conforme NOB-RH-SUS, para todos os trabalhadores e jornada máxima de 30 horas semanais, com salário digno que estimule a dedicação exclusiva, respeitando as especificidades de cada categoria.
GCC	Garantir a reposição de profissionais em licenças conforme vínculo do servidor.
GCC	Garantir incentivo financeiro para a função de coordenação de serviços.
GCC	<b>Criar a Política Municipal de Saúde e de Segurança do Trabalhador</b>
GCC	Criar núcleo permanente de segurança e saúde do trabalhador nos serviços de saúde.
GCC	Criar e garantir condições de trabalho e ambiente ao usuário adequadas.
GCC	Instalar postos da Brigada Militar nas Unidades de Pronto Atendimento.
GCC	<b>Criar estratégias para que as Instituições de Ensino Superior incluam projetos para trabalhadores, além dos projetos para alunos, nas ações de integração ensino-serviço</b>
GCC	Garantir incentivo financeiro para todos os profissionais que recebam alunos e profissionais residentes em formação.
GCC	Viabilizar a educação permanente de todos os profissionais de saúde na Rede de Atenção à Saúde.
GCC	Proporcionar a divulgação e transparência efetiva dos cursos, eventos e capacitações.

## PRÉ-CONFERÊNCIA NOROESTE HUMAITÁ NAVEGANTES ILHAS

<b>EIXO 1 - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
NHNI	<b>Garantir os recursos materiais, de infraestrutura e de profissionais necessários ao atendimento em saúde</b>
NHNI	Criar o cargo administrativo para as ESF a fim de que os profissionais de saúde não sejam designados a função administrativa, deixando de atender a população.
NHNI	Respeitar o número de equipamentos de saúde necessários para atendimento à área adstrita por equipe e espaço físico adequado.
NHNI	Melhorar a estrutura física das unidades de saúde para qualificar o atendimento em saúde.
NHNI	<b>Qualificação e fortalecimento da atenção básica</b>
NHNI	Ampliar a rede de atenção primária à saúde mental através do investimento em serviços como centro de convivência e cultura e matriciadores para ações de saúde mental nas comunidades locais.
NHNI	Aumentar o número de profissionais da equipe de saúde para qualificar e ampliar o atendimento através da criação do terceiro turno.
NHNI	Implantar práticas integrativas e complementares com a inserção de prescritores, assegurando o respeito aos diversos saberes em saúde das populações.
NHNI	<b>Implementar linhas de cuidado</b>
NHNI	Implementar com qualidade linhas de cuidado que considerem os ciclos da vida (criança, adolescente, jovem, adulto, idoso) e as especificidades para atenção à saúde aos povos indígenas, quilombolas, comunidades tradicionais, ciganos, população em situação de rua e imigrantes.
NHNI	Garantir a qualidade da gestão compartilhada da atenção básica e serviços especializados de atendimento de HIV/AIDS.
<b>EIXO 2 – Financiamento público e relação público x privado</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
NHNI	<b>Garantir financiamento público sustentável para o SUS</b>
NHNI	Taxar as grandes fortunas como uma das formas de financiamento do SUS.
NHNI	Garantir a destinação de 25% dos royalties do Pré-Sal, de forma adicional, para o financiamento do SUS.
NHNI	Aprovar o PLP21 de 2013 (Saúde mais 10).

NHNI	<b>Garantir recursos financeiros públicos suficientes para atender às necessidades na APS e na RAPS com qualidade</b>
NHNI	Garantir recursos para implementação de serviços de saúde mental de acordo com as necessidades da população.
NHNI	Ampliar os recursos para reforma, construção e manutenção da infraestrutura dos serviços de saúde.
NHNI	Ampliar financiamento público para atingir 100% de cobertura pela APS (Atenção Primária em Saúde).
NHNI	<b>Garantir a gestão do SUS 100% pública, estatal, universal e de qualidade</b>
NHNI	Revogar todos os novos modelos de gestão, fundações públicas de direito privado, organizações sociais, OSCIPS e EBSEH.
NHNI	Eliminar os subsídios públicos para os planos privados de saúde.
<b>EIXO 3 – A participação social e a representatividade do controle social no SUS</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
NHNI	<b>Fortalecer o controle social</b>
NHNI	Garantir que os gestores cumpram e executem o que foi deliberado e decidido nos Conselhos e Conferências de Saúde.
NHNI	Garantir a efetiva autonomia política, administrativa e financeira dos Conselhos de Saúde.
NHNI	Implantar e implementar a Política de Educação Permanente para o controle social no SUS nas 3 esferas de governo.
NHNI	<b>Garantir a ampla divulgação dos Conselhos de Saúde e processos de conferências</b>
NHNI	Comprometer os meios de comunicação social na divulgação da importância, papel e atividade do Conselho de Saúde.
NHNI	Fortalecer o papel dos Conselhos de Saúde através de campanhas anuais de divulgação.
NHNI	Garantir, por meio da gestão da atenção básica, plena divulgação dos Conselhos de Saúde, incentivando participação máxima dos trabalhadores de saúde.
NHNI	<b>Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas</b>
NHNI	Fortalecer e efetivar a política de saúde da população negra e da população indígena dentro da atenção básica.
NHNI	Promover a inclusão, nos espaços dos Conselhos de Saúde, de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como: mulheres, idosos, população negra, LGBT, PCD, situação de rua, campo, etc.

<b>EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
NHNI	<b>Valorizar a formação em residências multiprofissionais</b>
NHNI	Priorizar profissionais egressos de residências multiprofissionais no SUS em processos seletivos através da pontuação nas provas de título.
NHNI	Validar a certificação dos programas de residência multiprofissional.
NHNI	Fortalecer a formação em serviço através do aumento de programas de residências multiprofissionais e pela qualificação dos programas existentes.
NHNI	<b>Qualificar a gestão do trabalho</b>
NHNI	Criar e implantar um plano único de carreira, cargos e salários para os trabalhadores do SUS.
NHNI	Exigir que o gestor/gerentes em todos os níveis hierárquicos tenham formação em gestão na saúde.
NHNI	Fortalecer vínculos de trabalhos efetivos e seguros, contratar por concursos públicos e incentivar o regime jurídico único.
NHNI	<b>Fortalecer a saúde do trabalhador</b>
NHNI	Criar a política municipal da saúde do trabalhador.
NHNI	Qualificar a atenção na saúde do trabalhador na rede de Atenção Básica.
NHNI	Fortalecer a competência do SUS na vigilância em saúde do trabalhador, regulamentando a ação fiscalizadora dos ambientes de trabalho públicos e privados.

#### **PRÉ-CONFERÊNCIA NORTE EIXO BALTAZAR**

<b>EIXO 1 - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
NEB	<b>Organizar e qualificar a rede de atenção a saúde</b>
NEB	Garantir a implantação dos núcleos de apoio a saúde da família NASF em todas as regiões do município, observando a relação de número de NASF sem relação ao número de equipes de saúde da família.
NEB	Garantir e fortalecer a implementação dos dispositivos de cuidado em saúde mental em todas as regiões do município de Porto Alegre (lei 10.215 - reforma psiquiátrica).

NEB	Ampliar a oferta de atenção especializada, conforme o perfil epidemiológico, de forma regionalizada e regular o acesso respeitando essa regionalização.
NEB	<b>Ampliar acesso ao atendimento</b>
NEB	Ampliar as equipes de saúde da rede de atenção básica de acordo com o preconizado pela política nacional de atenção básica, considerando a estrutura física e o número de usuários por equipe, visando a qualidade do cuidado e garantindo a acessibilidade aos usuários.
NEB	Fortalecer a política nacional de humanização, para todos os profissionais dos serviços de saúde.
NEB	Garantir que nas unidades de saúde da família com 3 ou mais equipes 01 equipe atue em turno estendido.
NEB	<b>Investir em tecnologias do âmbito do SUS</b>
NEB	Promover a implantação das práticas integrativas e complementares conforme previsto nas políticas nacional e estadual.
NEB	Implementar e implantar o prontuário eletrônico dos usuários utilizando tecnologias como cartão do SUS (cartão nacional de saúde) e ou E-SUS (prontuário eletrônico do usuário).
NEB	Criar núcleos de incorporação tecnológica em hospitais e secretarias de saúde em âmbito municipal, estadual e nacional, garantindo assento de representação ao controle social.
<b>EIXO 2 – Financiamento público e relação público x privado</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
NEB	<b>Garantir 10% da receita tributária bruta para a saúde</b>
NEB	Mais orçamento para a saúde igual a auditoria da dívida pública.
NEB	Se posicionar contra retrocessos de legislações contra o SUS: EC86 (2015) orçamento impositivo (10% receita líquida e emendas parlamentares). Lei 13019/14 abre a assistência a saúde ao capital estrangeiro. Terceirização. PEC 451/2014 obriga empregadores brasileiros a garantir aos empregados serviço de assistência a saúde.
NEB	Retorno da cobrança de movimentação financeira atingindo o "andar de cima" poupando a classe média e os pobres de forma integral para a saúde pública.
NEB	<b>Aperfeiçoar os mecanismos regulatórios de acesso à assistência, controle e avaliação dos serviços de saúde contratualizados com a SMS</b>
NEB	Vincular a transferência de verba pública aos filantrópicos mediante quitação de folha e encargos.
NEB	Modificar o modelo de financiamento, não remunerando por procedimento mas por qualidade.

NEB	Garantia de mecanismos de fiscalização das contratualizações do setor público com o setor privado e filantrópico do início até a prestação de contas, com participação dos mecanismos de controle social e com restrição a prestação de serviços na área de atenção primária.
NEB	<b>Fortalecer a política de assistência farmacêutica sustentável financeiramente e de qualidade</b>
NEB	Investimento na contratação de profissional farmácia para atendimento em atenção básica substituindo técnico de enfermagem e ACS.
NEB	Repensar a dispensação de medicamentos de maneira progressiva somente através dos serviços públicos de saúde.
NEB	Fortalecer a produção nacional de medicamentos através dos laboratórios oficiais (públicos) e indústrias nacionais.
<b>EIXO 3 – A participação social e a representatividade do controle social no SUS</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
NEB	<b>Garantir e respeitar a participação no controle social</b>
NEB	Realizar audiências públicas com participação do controle social para debater incorporação de novos medicamentos no SUS.
NEB	Garantir o atendimento da criança e do adolescente, conforme a Constituição Federal de 1988.
NEB	Garantir a implementação dos conselhos de saúde dos povos e comunidades tradicionais em todas as instâncias.
NEB	<b>Avaliar as instâncias deliberativas das conferências</b>
NEB	Estabelecer que a efetivação das demandas das Conferências sejam atendidas em um prazo de 4 anos a partir de sua definição.
NEB	Criar um espaço deliberativo nas pré-conferências para avaliação da estrutura organizacional das mesmas, de modo que se criem propostas alternativas e diretrizes.
NEB	<b>Fortalecer o Controle Social</b>
NEB	Fortalecer a articulação entre os espaços da participação social em todas as políticas públicas com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.
NEB	Implementar e garantir a vivência de participação social dos alunos através de grêmios, associações, conselhos e movimentos sociais durante sua formação educacional.
NEB	Garantir 100% de instâncias de participação social em todos os serviços do SUS, incentivando a participação dos trabalhadores em horários que viabilize plena participação dos usuários.
<b>EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	

NEB	<b>Qualificar políticas de saúde do trabalhador</b>
NEB	Aprovação da Carga Horária Máxima de trabalho para residentes de 44 horas semanais pensando na qualificação da formação e saúde do residente de acordo com deliberação do fórum nacional dos residentes em saúde.
NEB	Reconhecer e legitimar o residente como trabalhador no âmbito das políticas de saúde do trabalhador.
NEB	Adequar todos os serviços de saúde, de acordo com as normas de vigilância sanitária nos aspectos referentes a biossegurança, acessibilidade e com equipe de segurança do trabalho. Que garanta a segurança dos equipamentos e dos profissionais, como forma de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, de acordo com as normas regulamentadoras do trabalho.
NEB	<b>Qualificar a força de trabalho no SUS</b>
NEB	Implantação de Planos de cargo, carreira e salários conforme diretrizes da NOB-RH e da mesa nacional de negociação com garantia de carga horária máxima de 30 horas semanais, independente do regime de trabalho.
NEB	Valorizar nos concursos públicos o ingresso de egressos de programas de formação pelo trabalho no SUS.
NEB	Fortalecer os mecanismos de responsabilização de gestores da saúde de todos os níveis, sobre os processos de trabalho em saúde.
NEB	<b>Garantir a integração Ensino-serviço-comunidade</b>
NEB	Democratizar os espaços de gestão dos processos de trabalho e formação em saúde, realizar eleições diretas dos gestores dos serviços de saúde pelos trabalhadores e comunidade, sendo elegíveis os componentes da equipe.
NEB	Implantar Comitês de Educação Popular em nível municipal em Saúde.
NEB	Ampliação da Política de integração ensino-serviço-comunidade.

## PRÉ-CONFERÊNCIA LESTE NORDESTE

<b>EIXO 1 - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
LENO	<b>Qualificando a rede para a melhoria do acesso</b>
LENO	Ampliar a equipe mínima, considerando as características e demandas do território e garantir que em todas as equipes de saúde exista profissional administrativo.

LENO	Garantir recursos do SUS para ofertar transporte público para facilitar o acesso a serviços de saúde.
LENO	Instituir horários que contemplem a população trabalhadora, garantindo recursos humanos.
LENO	<b>Garantir a Integralidade e Equidade em Saúde Mental</b>
LENO	Priorizar a Implementação de CAPS AD, bem como o retorno do trabalho de redutores de danos, na abordagem de rua dia e noite.
LENO	Fortalecer e implementar a rede de Atenção em Saúde Mental, (CAPSi, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, Oficina de trabalho e renda, serviço residencial e terapêutico, leitos em hospitais gerais, ambulatório em saúde mental, SAMU), de acordo com a lei da reforma psiquiátrica, em todas as regiões da cidade.
LENO	Ampliação das equipes de saúde mental de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território.
LENO	<b>Qualificação da rede</b>
LENO	Estabelecer um tempo máximo de espera para consultas especializadas.
LENO	Manter a continuidade dos tratamentos nos serviços de alta e média complexidade, sem contra referenciar para a Atenção Primária após o diagnóstico.
LENO	Desenvolver e reforçar ações e políticas intersetoriais visando a segurança alimentar da população.
<b>EIXO 2 – Financiamento público e relação público x privado</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
LENO	<b>Criar mecanismos de fiscalização de vistas do setor privado</b>
LENO	Frear o processo de privatização de saúde e terceirizações de serviços em andamento no Congresso Nacional.
LENO	Maior transparência nas prestações de contas quanto às compensações fiscais e filantropias.
LENO	<b>Ampliar os recursos para a área da saúde na atenção primária e de média complexidade</b>
LENO	Garantir os 60% de financiamento para o público e 40% para o privado.
LENO	Flexibilizar a lei de responsabilidade fiscal para a área da saúde, revisando os limitadores percentuais de gastos com pessoal em relação à receita.
LENO	Fixação de uma proporção mínima de divisão de recursos novos por níveis assistenciais.
LENO	<b>Garantir que a atenção primária seja exclusivamente pública</b>



LENO	Combater o processo de terceirização vinculando o recurso público ao serviço público.
<b>EIXO 3 – A participação social e a representatividade do controle social no SUS</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
LENO	<b>Valorizar o Controle Social</b>
LENO	Garantir na Educação Básica Formação para cidadania.
LENO	Incluir no Currículo de formação profissional da área da saúde Disciplina Sobre Controle Social.
LENO	Desenvolver atividades no PSE de Controle Social.
LENO	<b>Implementar os conselhos de saúde com qualidade</b>
LENO	Garantir a presença do povo negro na constituição dos conselhos.
LENO	Garantir que as reuniões dos conselhos aconteçam em horários que viabilizem a participação dos usuários.
LENO	Garantir a existência dos conselhos locais nas unidades de saúde.
LENO	<b>Qualificar os conselhos de Saúde</b>
LENO	Utilizar meios de comunicação para publicizar exercício de cidadania.
LENO	Reafirmar garantia do CMS no papel de implementar capacitação.
LENO	Fortalecer a Educação Permanente como ferramenta de participação.
<b>EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
LENO	<b>Qualificar a estrutura e condições de trabalho no SUS.</b>
LENO	Garantir a reposição dos trabalhadores em caso de afastamento (férias, LP, LS, aposentadoria...).
LENO	Adequar a estrutura física nas unidades de saúde.
LENO	Garantir RH suficientes para o atendimento à população nos diferentes níveis de atenção.
LENO	<b>Qualificar a formação para o setor saúde.</b>
LENO	Ampliar e fortalecer as ações de integração entre universidade e serviços.
LENO	Ampliar os campos de formação em saúde mental que utilizem práticas coletivas.

LENO	Ampliar o tempo de estágio curricular no SUS, pactuando a atuação local.
LENO	<b>Fortalecer os processos de trabalho na rede de atenção.</b>
LENO	Criar plano de carreira do SUS independente do regime de contratação e categoria profissional.
LENO	Fortalecer a Política Nacional de Humanização.
LENO	Priorizar a Promoção de Saúde.

## PRÉ-CONFERÊNCIA PARTENON LOMBA DO PINHEIRO

<b>EIXO 1 - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
PLP	<b>Qualificar os serviços de Saúde</b>
PLP	Ampliar e criar serviços de urgência odontológica 24 horas e centros de especialidades odontológicas em todas as regiões do município.
PLP	Ampliar o horário de atendimento das equipes de Atenção Primária, com a implantação do terceiro turno em todas as regiões do município.
PLP	Ampliar a multidisciplinaridade das equipes de Atenção Primária (Equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família), incluindo o profissional administrativo.
PLP	<b>Garantir o acesso e cuidado com qualidade em Saúde Mental nos serviços substitutivos, fortalecendo a reforma psiquiátrica</b>
PLP	Ampliar a cobertura dos CAPS e criar novas equipes nas regiões que não tem equipes, leitos de saúde mental em hospitais gerais, residências terapêuticas, oficinas terapêuticas, equipes de redução de danos, centros de convivência e moradias protegidas conforme portaria 330/2000 e outras vigentes.
PLP	Diminuir a medicalização, ampliar formas de acolhimento, de redução de danos e de cuidado e manter o acompanhamento de usuários de saúde mental com alta hospitalar, entendendo a saúde mental como parte integral do indivíduo.
PLP	Valorização e qualificação das terapias comunitárias, incluindo as práticas integrativas.
PLP	<b>Garantir a Atenção Diferenciada a Saúde dos Povos Indígenas</b>
PLP	Consolidar e fortalecer a equipe multidisciplinar de Saúde Indígena de Porto Alegre bem como a qualificação dos espaços nas unidades de saúde

	indígena.
PLP	Respeitar os Sistemas de Saúde Indígena promovendo o diálogo entre a biomedicina (medicina ocidental) e medicina tradicional das etnias indígenas.
PLP	Garantir atividades de Saúde na escola com enfoque em ações: alimentação saudável e atividade física, com programa de saúde na escola, também nas aldeias indígenas.
<b>EIXO 2 – Financiamento público e relação público x privado</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
PLP	<b>Garantir financiamento para as ações de saúde indígena no SUS</b>
PLP	Garantir no Plano Municipal de Saúde metas que contemplem a saúde indígena.
PLP	Garantir a continuidade do Incentivo Estadual a Atenção à Saúde da População Indígena (conforme Portaria Estadual nº41/2013), com repasses mensais.
PLP	Criar repasses de recursos federais específicos aos municípios para a atenção aos povos indígenas presentes em cidades.
PLP	<b>Diminuir rotatividade de profissionais nas Unidades de Saúde, aumentando o vínculo com os usuários e a qualidade da assistência prestada</b>
PLP	Garantir recursos financeiros para criação de um plano de carreira para os profissionais de saúde.
PLP	Regularizar a situação das Fundações Públicas de Direito Privado.
PLP	<b>Redimensionar os recursos aplicados à saúde</b>
PLP	Aumentar e garantir recursos para prevenção e promoção de saúde.
PLP	Garantir recursos para implementação dos terceiros turnos nas unidades de saúde, facilitando o acesso do usuário trabalhador.
PLP	Garantir recursos para a construção e manutenção das unidades de saúde, respeitando padrões técnicos de construção, assegurando a acessibilidade.
<b>EIXO 3 – A participação social e a representatividade do controle social no SUS</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
PLP	<b>Incentivar, qualificar e promover a participação social no SUS</b>
PLP	Efetivar e garantir a educação permanente no controle social através de cursos e oficinas com apoio do conselho municipal de saúde, independente da troca de gestão.

PLP	Exigir que a temática do controle social seja contemplada no programa de saúde na Escola (PSE) e outros programas de saúde.
PLP	Exigir a criação de grades curriculares nas instituições de ensino superior com aulas teóricas-práticas de participação nos conselhos locais de saúde, para sensibilização e estimulação dos futuros profissionais.
PLP	<b>Investir na divulgação do controle social</b>
PLP	Promover o empoderamento dos usuários da atenção básica sobre o controle social, através de espaços como sala de espera e rodas de conversa na comunidade, mapeando os diferentes atores.
PLP	Promover, através dos espaços reservados ao governo nas diversas mídias, maior informação a população sobre os direitos e deveres dos cidadãos, bem como sobre o funcionamento do sistema de saúde no Brasil.
PLP	<b>Fortalecer o Controle Social enquanto instância legítima de representatividade, fiscalização e deliberação na saúde</b>
PLP	Construir e fortalecer os conselhos locais de saúde e desenvolver um processo de divulgação e incentivo da mobilização social através da criação de um grupo de trabalho (GT), ressaltando a importância da participação e do controle social, garantindo a ambiência (local) para sua realização.
PLP	Exigir maior respeito da gestão em relação às demandas e deliberações do controle social, direcionando a partir delas seus investimentos, fazendo cumprir pelos gestores a efetivação das reuniões e dos conselhos locais.
PLP	Fiscalizar a assistência disponibilizada pelas entidades privadas que prestam serviço ao SUS, avaliando a qualidade e resolutividade, divulgando os resultados.
<b>EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
PLP	<b>Qualificar a gestão do SUS</b>
PLP	Implantar o plano de carreiras, cargos e salários do SUS, com isonomia salarial nas três esferas de gestão por regime estatutário.
PLP	Estabelecer contratação exclusivamente via concurso público com ênfase em profissionais em saúde pública. Valorizando residências multiprofissionais, especialização em saúde coletiva e participação comunitária e controle social.
PLP	Qualificar a gestão do SUS promovendo a formação para a gestão e ocupação dos cargos de gestão por profissionais concursados através de critérios de experiência, competência em saúde pública.
PLP	<b>Consolidar a política nacional de formação para o SUS</b>

PLP	Garantir que as Residências multiprofissionais em saúde sejam reconhecidas como título de pós-graduação voltada para a formação em serviço e, portanto garantir que seja valorizada em concurso público com pontuação superior a pós-graduação latu sensu.
PLP	Incluir na atribuição dos profissionais da Atenção Básica a preceptoria, além de qualificar e incentivar financeiramente preceptores, tutores e docentes envolvidos com a formação de graduação e Residências multiprofissionais.
PLP	Implantar o plano de carreiras, cargos e salários do SUS, com isonomia salarial nas três esferas de gestão por regime estatutário.
PLP	<b>Educação Permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde</b>
PLP	Monitorar a produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e indígena.
PLP	Desenvolver habilidade de humanização no atendimento à saúde.
PLP	Instituir capacitação sobre controle social para conselheiros e trabalhadores.

## PRÉ-CONFERÊNCIA RESTINGA EXTREMO SUL

<b>EIXO 1 - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
RES	<b>Garantir um olhar diferenciado à saúde dos povos indígenas</b>
RES	Consolidar e fortalecer a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena de Porto Alegre.
RES	Garantir o acesso a exames de alta, média e baixa complexidade para os povos indígenas aos povos indígenas.
RES	Garantir o acesso às práticas integrativas complementares (acupuntura, fisioterapia, fono), valorizando os saberes dos povos indígenas.
RES	<b>Acelerar o processo de implementação dos serviços prestados pelo Hospital de Restinga - o projeto social do Hospital da Restinga</b>
RES	Fortalecimento do Hospital da Restinga.
RES	Aumentar as cotas de exames laboratoriais.
RES	Regionalização do atendimento de pré-natal e de exames (ecografias etc).

RES	<b>Trabalhar na implementação da Política Municipal da Assistência Farmacêutica, encaminhar o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica, enfatizando a necessidade da descentralização da distribuição de medicação</b>
RES	Implantar a Política Municipal da Assistência Farmacêutica.
RES	Aumentar as cotas de exames laboratoriais.
RES	Realizar campanha de conscientização do uso de medicamentos.
<b>EIXO 2 – Financiamento público e relação público x privado</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
RES	<b>Garantir recursos financeiros para política de saúde específica</b>
RES	Criar repasses de recursos federais essenciais aos municípios para a atenção dos povos indígenas presentes em cidades.
RES	Garantir um locus para a política da saúde da população negra nas 3 esferas união, estado, município. Com recursos humanos, infra-estrutura e logística, com atenção especial às comunidades quilombolas.
RES	Garantir nos planos municipais de saúde metas que contemplem a saúde indígena.
RES	<b>Ampliar o controle da relação público-privado</b>
RES	Avaliar e concluir o primeiro projeto do PROADI-SUS no RS (Hospital Restinga com sistema integrado de saúde Restinga-Extremo Sul-Porto Alegre) em desenvolvimento em parceria Hospital Moinhos de Vento x SUS.
RES	Lei de transparência do que é aplicado no fundo municipal de saúde no orçamento do município.
RES	Transparência das contas e gastos dos hospitais filantrópicos.
RES	<b>Incrementar formas de financiamento público a saúde</b>
RES	Implantar um mecanismo de educação efetiva e continuada para os atores do controle social baseado na interlocução dos usuários da saúde.
RES	Seguindo o que é colocado na lei 9961/00 onde as operadoras de plano de saúde faça ressarcimento ao SUS das pessoas que usam esse tendo plano de saúde privado. E que esse recurso fique no município onde foi usado o SUS.
RES	Que se faça a regionalização da saúde no RS para que as pessoas do interior do estado não precisem vir a POA.
<b>EIXO 3 – A participação social e a representatividade do controle social no SUS</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
RES	<b>Exigir e garantir a agilidade na fiscalização do controle social</b>

RES	Exigir respostas, em prazos pré-estabelecidos, por parte do gestor quando não houver cumprimento das demandas do controle social, (independentemente do plano de governo atual ou anterior).
RES	Reafirmar e garantir a efetivação das propostas mais votadas em todas as conferências de saúde anteriores no âmbito do controle social.
RES	Fiscalizar e garantir a efetivação das diretrizes e propostas aprovadas na conferência de saúde.
RES	<b>Estimular e expandir os mecanismos de controle social</b>
RES	Criar plataforma de avaliação de atendimento recebido na rede do SUS para formar indicadores que devem ser utilizados na fiscalização de contratos pelo conselho.
RES	Reafirmar o controle social, fortalecendo e inserindo mais conselhos locais e distritais como instância base do controle social, promovendo eventos abertos à comunidade.
RES	Fomentar e incentivar o controle social junto as câmaras técnicas, nos hospitais públicos com administração privada.
RES	<b>Garantir mecanismos de educação no controle social</b>
RES	Implantar um mecanismo de educação efetiva e continuada para os atores do controle social baseado na interlocução dos usuários da saúde.
RES	Fortalecer e aprimorar estratégias de comunicação para divulgação dos conselhos locais de saúde na comunidade, garantindo a educação permanente para o controle social.
<b>EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
RES	<b>Garantir atenção e direitos dos trabalhadores da saúde</b>
RES	Garantir a criação de plano de carreira único para todos os profissionais do SUS.
RES	Garantir diferencial financeiro aos trabalhadores com difícil acesso aos locais de trabalho.
RES	Instituir uma política municipal para a saúde do trabalhador, incluindo a sua saúde mental.
RES	<b>Reorientar a formação dos profissionais da saúde</b>
RES	Garantir a inclusão da temática da saúde da população negra/gênero nos projetos políticos, pedagógicos, dos cursos de saúde em todos os níveis de ensino, e todas as categorias de trabalhadores, considerando as diretrizes do SUS e das leis de diretrizes básicas, com recursos e prazos definidos.
RES	Criar dispositivo legal que garanta que os profissionais da saúde egressos de universidades públicas ou contemplados com bolsa, dedique alguns anos de trabalho no SUS.

RES	Abordar os conceitos de gerência durante a formação dos profissionais da saúde.
RES	<b>Qualificar a assistência ao usuário</b>
RES	Qualificar o profissional de saúde da atenção básica promovendo um melhor acolhimento e resolubilidade da queixa do usuário as unidades de saúde.
RES	Garantir a implantação dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF).
RES	Garantir protocolos assistenciais multiprofissionais para a atenção básica.

## PRÉ-CONFERÊNCIA SUL CENTRO SUL

<b>EIXO 1 - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
SCS	<b>Fortalecer a atenção básica no município de Porto Alegre</b>
SCS	Oferecer o serviço de prótese dentária aos usuários, na atenção básica.
SCS	Criação de novas unidades de saúde e melhoria das unidades de saúde existentes.
SCS	Ampliar as ações de promoção de saúde para a comunidade, incluindo mais ações de saúde para o homem.
SCS	<b>Fortalecer a atenção integral da saúde da população negra</b>
SCS	Criar o Hospital-Dia para tratamento da doença falciforme.
SCS	Gerenciar o cuidado da saúde da população negra de maneira transversal nos diferentes níveis, levando em conta gênero e ciclo de vida.
SCS	Promoção efetiva durante todo o ano, da saúde da população negra e criação de hospital dia para cuidados de doenças falciformes.
SCS	<b>Fortalecer a resolutividade da Atenção Básica</b>
SCS	Criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's), conforme as normativas do Ministério da Saúde.
SCS	Completar as Equipes dos Espaços para Saúde da Criança e do Adolescente (ESCA's), conforme equipe mínima exigida.
SCS	Criar Centro de Referência para o idoso em cada região da cidade de Porto Alegre.
<b>EIXO 2 – Financiamento público e relação público x privado</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	



SCS	<b>Garantir financiamento para as ações de atenção a saúde a públicos específicos</b>
SCS	Incluir no Plano Municipal de Saúde metas que contemplem a saúde indígena.
SCS	Criar repasses federais específicos ao fundo municipal de saúde para os municípios que tenham povos indígenas e garantir a continuidade do incentivo estadual, bem como o incentivo à atenção da saúde dos povos indígenas e quilombola.
SCS	Garantir o direito assegurado em lei de acesso ao vale-transporte para fazer tratamento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontrem em situação de vulnerabilidade social, em especial, indígenas, quilombolas e usuários de saúde mental.
SCS	<b>Garantir financiamento público para o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de que seja de qualidade para todos</b>
SCS	Garantir a aprovação do projeto saúde +10 (ADI 1923/98 PLP 321/2013), que destina 10% da Receita Bruta do Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde, que está em tramitação no Congresso Nacional.
SCS	Criar mecanismos que possibilitem a efetiva transparência orçamentária da saúde nas três esferas do governo, isenções fiscais e filantropia.
SCS	Combater o processo de terceirização, privatização e precarização do trabalho, alertando os trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os projetos de lei e emendas constitucionais que tramitam no Congresso Nacional e no Supremo Tribunal Federal.
<b>EIXO 3 – A participação social e a representatividade do controle social no SUS</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
SCS	<b>Fortalecer as instâncias do controle social</b>
SCS	Fortalecer a importância da participação dos usuários no conselho local através dos trabalhadores de saúde (agentes comunitários de saúde (ACS), médicos, enfermeiros, técnicos).
SCS	Implantar conselhos locais de saúde em todos os serviços prestadores de saúde com apoio do Conselho Municipal de Saúde e dos usuários.
SCS	Garantir troca e repasse das informações nas diferentes instâncias de controle social (conselho municipal, distrital e local), sobre os gastos públicos e privados em saúde.
SCS	<b>Garantir a divulgação das instâncias de controle social</b>
SCS	Criar estratégias que fomentem a participação dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde (mídias sociais, meios de comunicação).
SCS	Divulgação através da mídia do que são os Conselhos Locais de Saúde, garantindo assim o conhecimento da sociedade sobre onde e como buscar seus direitos de acesso à saúde.

SCS	Pulverizar o conceito do caráter público. O que é público? Trabalhar em sala de espera dos serviços e divulgar os Conselhos Locais de Saúde.
SCS	<b>Expandir a educação e formação para qualificar o controle social</b>
SCS	Garantir a formação e educação permanente para a participação social através das reuniões do Conselho Local de Saúde e atendimentos de saúde.
SCS	Participação social nas reuniões dos conselhos com um modelo informativo, educativo e mais abrangente desde o municipal e o distrital, e que sirva aos Conselhos Locais de Saúde (não padronizado ou fechado, mas dividido em fases ou momentos em que todos possam ser ouvidos e acolhidos).
SCS	Divulgação da cartilha dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a participação social, conscientizando de seus direitos e deveres.
<b>EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde</b>	
<b>Diretrizes e Propostas</b>	
SCS	<b>Constituir a política municipal de educação permanente em saúde</b>
SCS	Formação para gerência /gestão do cuidado/linhas de cuidado, incluindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Endemias (AE).
SCS	Estabelecer critérios e parâmetros adequados à especificidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Endemias (AE) no desenho da carreira, garantido a participação de forma efetiva na sua equipe.
SCS	Instituir processos de seleção que garantam ingresso de profissional com perfil para o trabalho do SUS, valorizando questões para além da prova teórica e dando ênfase ao currículo e experiências prévias.
SCS	<b>Criar carreira no Sistema Único de Saúde (SUS) para trabalhadores de saúde</b>
SCS	Criar mecanismos em âmbito nacional para o acesso aos cargos através de concursos públicos para todos os profissionais.
SCS	Criar mecanismos que permitam a mobilidade dos trabalhadores do SUS no âmbito regional/intermunicipal/interestadual.
SCS	Limitar a carga horária dos trabalhadores em 30 horas/semanal, garantindo as atividades de formação e pesquisa e pesquisa, sem redução de salário.
SCS	<b>Instituir a política de saúde e segurança do trabalhador da saúde</b>
SCS	Regulamentação da saúde, delimitação de tarefas, promoção da qualidade de vida no trabalho, proteção da qualidade de vida no trabalho, proteção da segurança física dos trabalhadores.
SCS	Viabilizar a chegada dos profissionais aos territórios de difícil acesso.
SCS	Adequar os recursos humanos às necessidades dos territórios, incluindo o assistente administrativo.

# Texto Base

## TEXTO-BASE

### APRESENTAÇÃO

O tema definido e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde para a 15ª Conferência Nacional de Saúde remete à nossa memória o contexto histórico em que a nação brasileira se mobilizava pelo fim da ditadura e retorno das práticas democráticas na vida em sociedade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve, portanto, na sua origem conceitual, o clamor social por um Estado de direitos. É a saúde compreendida para muito além da ausência de doenças, incluindo os fatores condicionantes do meio ambiente, trabalho e renda, educação, bem como os determinantes sociais, étnico-culturais e de acesso a bens e serviços. Todos esses fatores definem o direito à saúde como o direito à Vida, portanto, um direito integrante da Seguridade Social e que deve ser assegurado pelo Estado brasileiro.

A proposta deliberada na VIII Conferência e que foi incluída no texto constitucional, traduz a concepção de um sistema para todos, com financiamento público e solidário, de atenção integral e com participação da população, organizado de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, com comando único em cada esfera de gestão.

A implantação do SUS, em todas as suas diretrizes e princípios, após duas décadas, ainda não ocorreu de forma plena. Por se constituir em um projeto de sociedade baseado na solidariedade, cooperação e humanização das relações sociais, este ideal conflita com os interesses de importantes setores econômicos, que vêem na saúde um campo fértil de lucro, acumulação e concentração de riquezas. Portanto, ainda é um desafio constante para todos, gestores, trabalhadores e usuários, a consolidação das conquistas já efetivadas, bem como a implantação do que ainda não se constituiu.

Neste sentido, contextualizar o sistema de saúde em nosso país, Estado e Município, é tarefa necessária no processo de debate desta Conferência, e este texto base tem a pretensão de aproximar todos os participantes à abordagem de cada eixo temático, seus panoramas conceituais, avanços e desafios observados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Brasil.

É preciso que nos debruçemos sobre os desafios do financiamento de um sistema universal que sustenta uma das mais inclusivas políticas públicas existentes em nosso país, perpassando pelo debate urgente sobre a formação e gestão da força de trabalho, que constitui o cerne do modelo de atenção e cuidado que é dispensado à população, onde o acesso e a qualidade ainda são desafios presentes, tanto do ponto de vista da expansão do sistema de saúde, mas também da equidade e possibilidade efetiva de inclusão dos menos favorecidos e socialmente discriminados. O debate a respeito da participação social na saúde, da representatividade nos espaços de controle social instituídos e de sua interlocução com os movimentos sociais também devem merecer nossa reflexão para que o SUS avance na direção de um Sistema Único, Público e de Qualidade.

## **EIXO I – Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas**

A Lei nº 8.080/90, principal norma que trata da saúde, dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A prestação do serviço é gratuita, independentemente de ser o cidadão contribuinte ou não da previdência social.

Como parte da Seguridade Social, esses princípios também são expostos como diretrizes constitucionais da saúde (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) e como alguns dos princípios legais do SUS - universalidade de acesso, integralidade e igualdade na assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, entre outros. A saúde apresenta interface com diversas outras áreas relacionadas à vida e ao desenvolvimento social e, por isso, é uma área com necessidades interdisciplinares e intersetoriais, significando que o cuidado à saúde não pode ser apenas individual (do cidadão), mas uma responsabilidade compartilhada entre indivíduo, que busca por cuidados, e Estado, que tem o dever de ofertar os serviços de saúde, de forma gratuita e a garantir a capacidade de resolução em tempo adequado, conforme as necessidades e problemas de saúde apresentados por cada pessoa. Faz-se necessário, portanto, aprofundar a reflexão e análise sobre as lutas sociais contra as violências e os acidentes, e a favor de temas como o envelhecimento e desenvolvimento infantil com proteção e direito à cidadania, com escolas, moradias e aposentadoria digna.

O SUS foi concebido no texto constitucional como um sistema de acesso universal, isto é, um sistema de saúde público que qualquer cidadão, brasileiro ou não, residente ou de passagem no país, já nascido ou no ventre materno, deve ter garantido o acesso à assistência, de forma integral, sem distinção de raça, credo, gênero, orientação sexual ou condição social. Desta maneira, o acesso aos serviços de saúde é um direito de todos, garantido por lei. Na realidade cotidiana de muitas pessoas esse direito ainda não é uma conquista concreta. É bem verdade que o processo de descentralização, através da municipalização das ações e serviços de saúde, proporcionou a ampliação da rede assistencial. Especialmente na rede de Atenção Primária à Saúde, os serviços foram instalados nos milhares de municípios espalhados pelo país, aproximando as pessoas dos serviços de saúde. Com isso, ampliou-se a oferta de consultas e outros tipos de procedimentos, como vacinas, exames e procedimentos preventivos, curativos, acompanhamentos de rotina, etc.

Este processo de implantação do SUS foi acompanhado pelo debate sobre os Modelos de Atenção. Dentre os já experimentados pelos brasileiros, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi definida como o ideal, estruturador dos cuidados da Atenção Primária à Saúde (APS). Desde então, a cobertura assistencial pela Estratégia Saúde da Família vem

norteando outras políticas de saúde, sendo um importante indicador de acesso ao sistema. Em Porto Alegre, a ESF teve ampliação, desde a última Conferência Municipal de Saúde, de 70 para 206 equipes, aumentando a cobertura de 27% da população para 50%. No PMS 2014-2017, há a previsão de ampliação da cobertura para 60% de toda a população em 2015 e 70% em 2017.

Mesmo com os avanços já alcançados na ampliação quantitativa da rede de Atenção Primária à Saúde e na Estratégia Saúde da Família, ainda há a necessidade de se avançar em qualidade e resolubilidade destes serviços, que também podem ser justificados pelos desafios já exemplificados. Além disso, em alguns locais esse modelo assistencial não conta com a credibilidade da população usuária, que ainda opta pelos serviços de urgência, especialmente nas grandes cidades. Para estes casos, podem ser elencados outros tantos motivos, como as equipes incompletas ou mesmo a não familiaridade da população com a forma de organização do serviço com este modelo de atenção.

Cabe destacar que a atuação territorializada e regionalizada do SUS visa ao estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas pelo MS, na Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Sendo assim, diversos serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde e complexidade atuam sobre os mesmos territórios, revelando a necessidade de fortalecimento da compreensão do trabalho em rede em todas as esferas. A atenção em saúde pressupõe ainda uma rede assistencial integrada e articulada, permitindo a gestão do cuidado por meio dos diversos fluxos e mecanismos de referência e contra-referência. Para isso, pode-se utilizar de tecnologias informatizadas à distância (matriciamento, telemedicina e outros), nos quais os diferentes níveis de complexidade da rede se reconhecem como partes integrantes do todo, e no momento do atendimento, como um prontuário eletrônico do usuário atrelado ao cartão SUS.

Das principais ferramentas integradoras dos pontos de atenção, a regulação dos serviços tem como objetivo qualificar o acesso e realizar a integração entre os pontos da rede em todas as esferas de atenção, ao regular o acesso aos serviços especializados e de urgência. Convergindo com essa visão, entre os anos de 2012 e 2013, a SMS realizou a revisão dos processos de acolhimento na APS, de atendimento às urgências e de regulação de leitos e de exames e consultas especializadas. Mas ainda é necessário revisar os processos de forma integral, não se restringindo aos equipamentos de saúde e esferas de atenção de forma isolada, mas garantindo a transição do cuidado e fortalecendo a coordenação da APS. Para isso, a ampliação da atuação por meio das Linhas de Cuidado<sup>1</sup> é

---

<sup>1</sup> “As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (...) e normatizam todo o processo da condição de saúde ao

uma alternativa ainda em desenvolvimento na SMS. Um dos desafios da SMS para o quadriênio 2014-2017 está na integração entre as esferas de atenção e seus respectivos equipamentos assistenciais.

Nessa reflexão sobre acesso, equidade e integralidade, da necessidade de ampliação e qualificação da Atenção Primária à Saúde até a necessidade de informatização da regulação, de fluxos de atendimentos e estabelecimento de Linhas de Cuidado, é importante reforçar a necessidade de regionalização da capacidade instalada assistencial especializada de média e alta complexidade. O suprimento dessas necessidades poderá garantir o acesso em todos os níveis de complexidade do sistema, o atendimento equânime às demandas de saúde, levando em conta a integralidade para cuidar bem das pessoas.

## **EIXO II – Financiamento público e relação público x privado**

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabeleceu que a Seguridade Social deveria ser custeada por um orçamento próprio: o Orçamento da Seguridade Social (OSS), assegurando o adequado financiamento aos direitos previdenciários, da saúde e da assistência.

De acordo com o documento *Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de saúde – SUS no Brasil*<sup>2</sup>, essas receitas seriam suficientes para garantir a cobertura das despesas da saúde, previdência, trabalho e assistência social, produzindo ainda superávits significativos, tanto em relação à despesa executada por órgão (ministérios) quanto por função. Contudo, a aprovação de emendas constitucionais, desde 1994, permite ao governo desvincular parte das receitas da Seguridade para livre disposição pela área econômica, que, na essência, constituem-se de mecanismos que possibilitam o desvio de recursos do seu destino original constitucionalmente determinado, comprometendo o custeio dessas áreas em nome da geração de superávits primários.

Após inúmeras iniciativas de vincular recursos à Saúde, de modo a garantir um mínimo de recursos à pasta, no ano de 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional 29 (EC/29), que estabeleceu percentuais mínimos de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde para as três esferas de governo, e que só foi regulamentada, através da Lei Complementar nº 141 em 2012.

O SUS, como está proposto na Constituição de 88, de caráter universal e público, previu a participação do setor privado de forma complementar, especialmente nas áreas onde houver insuficiência do setor público. Os avanços conquistados com grandes esforços na implementação do sistema público são também observados na organização do subsetor

---

longo da sua história natural, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença” (FRANCO, C. e FRANCO, T., 2012; MENDES, 2011 citados por BRASIL, 2013, p. 22-13).

<sup>2</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de saúde – SUS no Brasil. Brasília, 2007 (pág.13).

privado, e na sua conquista de legitimidade social<sup>3</sup>. Apenas no ano 2000 é criada, pela Lei Federal nº 9.961, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estabelecendo-se o trabalho de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam assistência suplementar à saúde. Como o sistema de saúde é *único*, se uma pessoa tem seguro de saúde, o mesmo deve ressarcir o SUS sempre que o segurado recebe assistência na rede pública.

Constata-se, entretanto, que o SUS, constitucionalmente definido como universal e integral, tem o setor privado como principal prestador de serviços. Neste quadro, algumas instituições privadas são financiadas e sustentadas pela prestação de serviços ao setor estatal. Além disso, há um segmento de seguradoras e operadoras de planos de saúde fortemente subsidiado pelo Estado, pelos distintos instrumentos de compensação fiscal e filantropia.

Além disso, existem outras formas de "transferências" ao setor privado/filantrópico, de recursos oriundos dos cofres públicos, como investimentos em estrutura e equipamentos, na medida em que a rede privada concorre em iguais ou até melhores condições que a pública para a utilização de verbas orçamentárias de programas governamentais ou de emendas parlamentares. A nova *Lei da Filantropia* (Lei nº 12.101/2009) dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. Estas são concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social, com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, criando mecanismos de participação para que ofertem serviços de assistência à saúde aos usuários do SUS. As instituições recebem isenção de impostos e contribuições sociais para executarem ações de *apoio institucional* ao Sistema Único de Saúde.

Tudo isso resultou em um modelo absolutamente peculiar, no qual há uma imbricação do estatal e do privado nos principais elementos estruturantes do sistema: desde a oferta, utilização de serviços de saúde, do financiamento e dos subsídios ou compensação fiscal que se dão entre o Estado e o setor privado no âmbito do setor saúde.<sup>4</sup> Isso impõe desafios ao SUS, no sentido de fortalecer o efetivo controle público sobre as ações realizadas pelos serviços filantrópicos, de modo a garantir a correta utilização dos recursos e da aplicação dos mesmos, em prol das políticas públicas e do atendimento às necessidades em saúde.

<sup>3</sup> FEWERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta pela consolidação do SUS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.18, set-dez 2005, Rio de Janeiro, RJ, p.489-506.

<sup>4</sup> SANTOS, Isabela Soares. UGÁ, Maria Alicia Dominguez. PORTO, Silvia Marta. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Texto O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Disponível em <http://www.abresbrasil.org.br/pdf/26.pdf>.



### **EIXO III – A participação social e a representatividade do controle social no SUS**

As expressões "participação social" e "cidadania" que constam de diversos documentos, programas governamentais, textos e notas nos meios de comunicação, especialmente nos últimos 30 anos, tem caracterizado o processo de redemocratização do Brasil, inscrevendo estes atributos no texto constitucional como elemento fundante de novas relações entre o Estado e a sociedade. Neste sentido, a ideia principal que surge neste contexto é a da "partilha" do poder, com a inclusão da população nos processos de tomada de decisão na esfera política e isso se destaca especialmente no campo das políticas sociais, onde a saúde desponta de forma pioneira. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, que abriu as portas do debate para a participação popular, foi um marco desse movimento de mudanças.

Entretanto, diversos autores pontuam que a participação social sempre existiu na vida política brasileira e nossa história é rica de exemplos de mobilização e luta do povo por seus direitos. Por outro lado, a estrutura autoritária e excludente que caracteriza o modelo político e econômico ainda vigente em nosso país, tem na desigualdade econômica, na miséria, na fome aspectos bem visíveis deste modelo, que separa e segrega as pessoas por critérios de classe, raça e gênero.

Nesse contexto, a partir do processo de redemocratização, a noção de cidadania remete à necessidade de se identificar um conjunto de direitos que foram conquistados no texto constitucional e que ampliam e transformam esse conceito, na medida em que se pode falar de uma "nova cidadania", onde os sujeitos exigem o direito a ter direitos.<sup>5</sup>

A partir da Constituição de 1988 o Brasil consolida o modelo de compartilhamento da gestão das políticas públicas entre Estado e sociedade, onde são exemplos as áreas da assistência social, da criança e adolescente, da educação e da saúde, em que a participação da população no planejamento, controle e fiscalização das respectivas políticas públicas pretende garantir mais democracia e transparência na alocação e na distribuição dos recursos públicos. A inovação implantada no Brasil para operar um modelo de gestão pública participativa se constituiu essencialmente através dos conselhos e das conferências, que devem servir de instrumentos de manifestação, participação e representação da sociedade na esfera pública, mas também para serem espaços que alinhem, na formulação das políticas públicas, as demandas que surgem da sociedade. Isso é o controle social.

Em relação à saúde pública, a participação da sociedade e a efetivação do controle social foram colocadas como elementos centrais na estruturação do SUS. Inclusive, foram os próprios atores sociais organizados que exerceram influência na constituinte e, posteriormente, na regulamentação da Constituição, para que fossem assegurados os instrumentos e mecanismos necessários à participação e ao exercício do controle social.

---

<sup>5</sup> DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 103-115.

Contudo, passados já mais de vinte e cinco anos de funcionamento deste modelo, surgem uma série de questionamentos sobre os limites e as possibilidades do controle social no SUS. Será que a participação democratizou e tornou mais transparente a gestão da saúde pública na saúde? Será que a participação contribuiu para uma construção mais plena da cidadania, inclusive educando para a presença da cidadania na esfera pública? Será que a participação realmente possibilitou a ampliação do acesso ao direito à saúde?

Na condição de espaços permanentes de controle social, os Conselhos de Saúde devem ser tratados com atenção particular tanto de parte da sociedade como de parte do Estado. Capilarizar a rede de controle social, através da ampliação de Conselhos Locais de Saúde, bem como a sua permeabilidade aos movimentos sociais, traduzindo e trazendo para si as demandas oriundas das comunidades, é um desafio permanente. Na condição de espaços extraordinários de controle social, as conferências de saúde não precisam ser realizadas somente levando em conta a participação da comunidade sobre as políticas gerais de saúde. Devem ser fortalecidas as conferências temáticas e específicas (saúde da mulher, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde da população negra, etc.) a fim de proporcionar a construção de políticas específicas mais eficazes por meio da participação de segmentos estratificados da sociedade que podem contribuir significativamente na consolidação das políticas públicas. Ampliar a discussão de temas específicos em saúde, por meio de conferências temáticas, reforça a diversidade das demandas da população e, ao mesmo tempo, convoca a articulação das políticas públicas na direção da integralidade do cuidado.

Os espaços de controle social, com a efetiva participação da população na condução das políticas públicas de saúde são, portanto, espaços democráticos que reafirmam a consolidação de um SUS universal, equânime, eficaz e construtor de cidadania.

#### **EIXO 4 – Gestão do trabalho e da educação na saúde**

Os processos de formação e produção de conhecimento ganharam centralidade cada vez maior em praticamente todas as áreas de atuação da saúde. A interface entre educação/produção de conhecimentos com os processos de trabalho não aparece apenas na trajetória de cada profissional, mas também através da articulação cada vez mais intensiva entre processos de formação, trabalho e de gestão no próprio cotidiano da atenção em saúde. Esta situação é acentuada por diversas razões. Primeiro, pelo afastamento existente entre a orientação da formação dos profissionais da saúde e as reais necessidades do SUS (a formação não está dirigida à saúde pública, por isso não prioriza a atenção primária). Segundo, pela precariedade da formação dos profissionais da saúde para o exercício das tarefas de gestão do trabalho na lógica da saúde coletiva, pois a formação é predominantemente técnica, sem preparação para as tarefas de gerenciamento.

O trabalho no campo da saúde se caracteriza por ser uma área na qual os conflitos decorrentes das relações de trabalho são ainda mais acentuados em decorrência dos desgastes e tensões presentes cotidianamente nos serviços de saúde, seja pela insuficiência de recursos para atender ao conjunto das necessidades das pessoas que buscam atendimento nos serviços da rede – o que expõe os trabalhadores ao descontentamento da população – seja pelo despreparo para o gerenciamento das relações de trabalho.

A reversão destes problemas exige a constituição de uma Política de Educação Permanente, com base na Portaria nº 198/2004, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta política deve atender aos requisitos citados na NOB/RH-SUS, buscando conquistar relações integradas entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas). A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir da problematização das questões enfrentadas na realidade. Leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem e confere sentido aos atos produzidos na atenção em saúde. A produção de sentido para o trabalho realizado potencializa a interface entre os saberes e os fazeres em saúde.

No que se refere à interface com os espaços acadêmicos, podemos destacar o investimento intensivo na integração ensino-serviço, através dos programas de reorientação curricular na formação dos profissionais da saúde e da aproximação da formação aos campos de prática (PRÓ-SAÚDES; PETs-SAÚDE; Residências Multi-Profissionais; expansão das disciplinas teórico-práticas, dos estágios e da produção científica na saúde coletiva; etc.), objetivando que os futuros profissionais estejam habilitados a responder às reais necessidades do SUS. As questões acima mencionadas redirecionam a política de gestão do trabalho e da educação na saúde pelos princípios e diretrizes do SUS, na construção de Linhas de Cuidado em saúde, passando a trabalhar com a ideia de rede, que articula serviços e recursos nos diversos níveis de complexidade.

Outro desafio fundamental à gestão do SUS está relacionado ao conjunto de questões, cada vez mais complexas, que envolvem as relações de trabalho no interior dos diversos setores e serviços onde se desenvolvem as atribuições e competências do Sistema de Saúde. A complexidade deste desafio decorre da própria estrutura tripartite do SUS, na qual a gestão do sistema é compartilhada nas três esferas de governo, perpassada pelos desafios do financiamento e dos modelos de atenção predominantes, em que a saúde ainda é abordada pelo foco da doença, das especialidades médicas, do consumo de tecnologias de alto custo.



## Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde

### APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde<sup>1</sup>, deliberou pela realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS) em 2015 com o tema “**Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro**”. Uma temática que incorpora diferentes significados. *Saúde pública* como direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização. *Saúde pública de qualidade*, visando à superação das desigualdades, entre diferentes populações e regiões, à organização e à humanização nos serviços de saúde de modo a atender as necessidades dos usuários e ampliar o acesso. *Cuidar bem das pessoas* mediante a realização e a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a transformação das práticas de saúde, bem como a superação de iniquidades que afetam de forma diferenciada a população brasileira, a exemplo do racismo, sexismo e intolerância às diversidades; reafirmando, assim, a saúde como direito fundamental do povo brasileiro, pilar estruturante da cidadania e do desenvolvimento da nação.

O Conselho Nacional de Saúde também reafirma o papel das conferências como processo político-mobilizador de caráter reflexivo, avaliativo e propositivo<sup>2</sup> não devendo ser visto meramente como um evento. Diante disso, na 15ª Conferência Nacional de Saúde, o CNS propõe incentivar o princípio da paridade de gênero, sem comprometer a paridade entre os segmentos; superar as barreiras de acessibilidade às pessoas com deficiência; e

<sup>1</sup> Instância máxima de deliberação do SUS, Lei nº 8.142, de 28/12/1990.

<sup>2</sup> Lei nº 8.142, de 28/12/1990.

garantir acesso humanizado. Recomenda também a participação de movimentos sociais e populares não institucionalizados, conforme estabelece o Regimento da 15ª CNS<sup>3</sup>.

O ano de 2015 será marcado pela realização de 14 conferências nacionais setoriais e temáticas, que mobilizarão mais de dois milhões de pessoas<sup>4</sup>. Dentre diferentes perspectivas e diversos desafios, destacamos o de aproximar a agenda reivindicatória da sociedade à agenda dos governos eleitos.

O ambiente político-social em que acontecerão essas conferências é desafiador. O país enfrenta uma crise econômica e política que favorece propostas conservadoras e antidemocráticas, as quais colocam em risco os pilares do Estado de Direito e os avanços políticos e sociais das últimas décadas. O momento exige o compromisso efetivo do Estado, dos governos e da sociedade na defesa da democracia e da cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das principais conquistas sociais, fruto da luta do povo brasileiro. Um balanço dos últimos 27 anos evidencia o quanto a situação de saúde da população brasileira melhorou após a criação do SUS. Contudo, problemas econômicos, políticos e sociais ainda não equacionados colocam em risco a sua consolidação. Ao mesmo tempo, o sistema tem sofrido ataques de setores conservadores e do mercado visando a sua destruição. Por isso, a defesa do Sistema Único de Saúde exige ação política firme e articulada. É preciso impedir a desconstitucionalização do SUS!

Como resultado, espera-se ampliar a representação dos sujeitos participantes; melhorar a organização e o formato das etapas deliberativas; reduzir e qualificar o número de deliberações; e, estrategicamente, aprovar prioridades dentre as diretrizes e ações que possam influenciar e incidir na formulação dos Planos de Saúde e Planos Plurianuais dos governos eleitos para o período 2016-2019.

As prioridades aprovadas na 15ª CNS, que comporão a agenda dos próximos quatro anos e definirão o campo de atuação do controle social na saúde, deverão ser monitoradas em todas as instâncias de gestão. Vale ressaltar que, por meio das conferências de saúde, a população pode promover mudanças e melhorar o Sistema Único de Saúde, a começar pela realidade local.

Diante do exposto, o presente Documento Orientador pretende auxiliar a reflexão e o debate dos temas da 15ª Conferência Nacional de Saúde, com a possibilidade de que novos documentos sejam apensados a este. Aqui estão consolidadas as produções e posicionamentos do Conselho Nacional de Saúde acerca dos Eixos Temáticos da 15ª CNS e de temas prioritários que fazem parte da conjuntura da saúde no Brasil, fundamentados

---

<sup>3</sup> Resolução nº 500/2015.

<sup>4</sup> Fonte: Secretaria Geral da Presidência da República.

em Recomendações, Resoluções, Manifestos e Notas Públicas aprovadas pelo colegiado do CNS.

O documento também oferece, em cada Eixo Temático, algumas perguntas problematizadoras que podem nortear os debates nas conferências livres, rodas de conversa, grupos de discussão e nas etapas deliberativas municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional.

Leia, reflita, debata, critique.

Traga sua voz e suas propostas para a 15ª CNS.

Pleno do Conselho Nacional de Saúde  
Brasília, 15 de maio de 2015.

## **EIXO TEMÁTICO TRANSVERSAL**

### **Reformas Democráticas e Populares do Estado**

A Carta Constitucional reconhece a saúde como direito fundamental, definindo-a como resultante de políticas sociais e econômicas. Portanto, não há como discutir saúde sem considerar seus determinantes sociais. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde reconhece que o Brasil, na última década, apesar das crises enfrentadas pelo capitalismo internacional, conseguiu melhorar indicadores sociais, com crescimento econômico e melhor distribuição de renda e pleno emprego.

A adoção de políticas públicas de redução das desigualdades favoreceu a diminuição da pobreza<sup>5</sup>, o aumento real do salário mínimo e do poder de compra da população, e a menor taxa de desemprego registrada na série histórica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essas mudanças impactaram na qualidade de vida e nos indicadores de saúde, em especial na queda da desnutrição e da mortalidade infantil e no aumento da esperança de vida.

Sabemos que o país ainda não alcançou o patamar de qualidade de vida desejável para toda sua população, muito menos foram superadas todas as questões sociais que historicamente deram origem e mantêm as mais diversas e diferentes formas de desigualdade, discriminação e injustiça social. Além disso, algumas das recentes conquistas encontram-se sob forte ameaça devido à crise econômica mundial, agravada por crises políticas. Essa conjuntura favorece a imposição de interesses externos com a intenção de manter a ordem hegemônica do capitalismo globalizado.

Para melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde, o Brasil necessita continuar construindo um projeto de desenvolvimento que assegure: a soberania nacional; a democratização do sistema político e dos meios de comunicação social; o crescimento econômico integrado ao desenvolvimento nacional; o emprego e o combate às desigualdades de renda; a manutenção dos direitos sociais conquistados com financiamento que garanta a sustentabilidade das políticas de proteção social; maior poder de regulação do Estado sobre o capital privado e os direitos sociais; investimentos em habitação, saneamento e transporte público; a preservação do ambiente e o manejo sustentável dos recursos naturais; a produção de alimentos saudáveis, e o acesso

---

<sup>5</sup> Entre 2001 e 2012, a população em situação de extrema pobreza no Brasil reduziu-se de 14% para 3,5%, respectivamente. Fonte: Indicadores e Dados Básicos do Brasil (IDB).

universal a serviços públicos de qualidade de saúde, educação, previdência e assistência social.

Avançar na reforma sanitária e superar o abismo entre o direito formal e o direito real são deveres do Estado que não podem mais ser postergados. Isso exige estabelecer uma agenda de mobilização e de defesa do SUS que unifique o povo e impulse os governos, em torno de bandeiras como as apresentadas a seguir:

- **Reforma Política** – que busque o fortalecimento da democracia representativa, com controle social do processo eleitoral, financiamento público das campanhas eleitorais e combate à compra e venda de votos. Uma reforma política que amplie a participação social nas decisões políticas, mediante plebiscitos, referendos e preferência na tramitação de projetos de lei de iniciativa popular. O CNS também ressalta a urgência no julgamento pelo Supremo Tribunal Federal da ADIN que proíbe o financiamento de campanha eleitoral por empresas;
- **Reforma Tributária** – que coloque o Brasil na direção dos países que alcançaram sistemas tributários mais justos, os quais determinam a quem tem mais patrimônio e mais riqueza o pagamento de mais impostos;
- **Reforma do Poder Judiciário** – que aumente a transparência no funcionamento das instâncias judiciárias, mediante incremento de audiências públicas, prioridade na garantia de direitos coletivos em contraponto aos direitos individuais, além de outras medidas de justiça social;
- **Democratização dos meios de comunicação** – que reafirme o caráter público e a melhoria da regulação democrática das redes de internet, televisão, rádio e jornais;
- **Enfrentamento das desigualdades e iniquidades na saúde, em defesa dos princípios constitucionais do SUS;**
- **Repúdio** à PEC nº 171/1993, que reduz a maioria penal;
- **Repúdio** à PEC nº 12/2015, que propõe a alteração da redação do parágrafo único do art. 1º da Constituição Federal, cuja determinação indica que todo o poder da República emana do povo, para declarar que todo o poder emana de Deus; e



- **Repúdio** às Medidas Provisórias n<sup>os</sup> 664/2014 e 665/2014, que suprimem direitos previdenciários e trabalhistas.

## **EIXOS TEMÁTICOS**

### **I - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade**

Passados 27 anos da institucionalização do SUS, reconhecem-se importantes esforços na organização do sistema no país. Sabe-se, contudo, que ainda são muitos os reclamos sociais em razão da insuficiência dos serviços, da garantia de qualidade no atendimento e de muitos outros problemas que exigem urgentes respostas dos agentes públicos.

Dentre os avanços, estão: a valorização da atenção básica, por intermédio da Estratégia de Saúde da Família, dos Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias; os Serviços de Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu e Unidades de Pronto Atendimento – Upas); o Programa Mais Médicos; a assistência farmacêutica; a assistência odontológica (Equipes de Saúde Bucal), as vigilâncias em saúde, entre outras. A redução dos índices de mortalidade infantil, o enfrentamento de endemias e epidemias (febre amarela, cólera, tuberculose, hanseníase e Aids) e a cobertura do Programa Nacional de Imunizações também demarcam essas mudanças.

Vale lembrar que a saúde decorre também de moradia digna, transporte, segurança, alimentação de boa qualidade e em quantidade suficiente, saneamento básico, serviços públicos de qualidade, processos pacíficos de intermediação e resolução de conflitos e relações ambientais sustentáveis. Depende ainda de um ambiente social fundado no respeito aos direitos humanos de mulheres e homens em todas as fases da vida, na valorização da cooperação e da solidariedade, no respeito à diversidade sociocultural e étnico-racial, na superação do racismo, e no respeito à diversidade sexual e de gênero. Ou seja, a construção da saúde perpassa o conjunto de políticas públicas e somente se efetivará com a articulação de todos os setores de governo e da sociedade.

Em virtude disso, há imperiosa necessidade de dar espaço para demandas e agendas dos grupos sociais mais vulnerabilizados e socialmente marginalizados, como a população em situação de rua, as prostitutas, as populações dos assentamentos rurais e urbanos, o povo que vive nos acampamentos e assentamentos ciganos. Assim também as

distinções entre usuários baseada na renda e condição social, mas também permeada por outros fatores sociais e econômicos, como gênero, etnia, orientação sexual, deficiências, patologias, credos, acesso a informação, localização geográfica. Esses e outros sujeitos sociais, que vivem à margem do sistema de cidadania formal, necessitam ter o seu direito à saúde reconhecido por todas e todos e garantido pelo Estado. Sendo assim, as distinções fundadas nessa estratificação precisam ser superadas e as necessidades específicas de saúde dessas Usuárias e Usuários devem deixar de ser ocultas e ganhar visibilidade.

Os desafios políticos relacionados à promoção e proteção da saúde são da mesma natureza dos desafios da atenção, porém com algumas particularidades. A principal delas é o fato de que muitas das políticas de promoção e proteção possuem uma trajetória própria, algumas inclusive são anteriores ao próprio SUS (PNI, SISLAB, FUNASA etc.), outras ainda embrionárias.

É preciso considerar que o Brasil tem dimensões continentais e é o único país com mais de 100 milhões de habitantes a oferecer um sistema universal de saúde com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, banco de sangue, transplantes de órgãos e campanhas de vacinação. Por isso, é fundamental desconstruir a prática de segregação que costuma delimitar os debates técnicos e políticos na saúde.

É preciso avaliar e refletir, a partir da comunidade, sobre como se dá o acesso à saúde e sobre a qualidade do serviço prestado. Faz-se necessário melhorar a distribuição desigual dos equipamentos de saúde no país, sobretudo quando se observam as desigualdades regionais e do espaço rural em relação ao urbano. Essas disparidades são fortemente demarcadas nas regiões Norte e Nordeste.

**No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre o *Direito à Saúde e a Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade* as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:**

**a) Diretrizes/Objetivos:**

- Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas;

- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS;
- Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde;
- Aprimorar o marco regulatório da vigilância sanitária, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde.

**b) Propostas:**

- Conhecer as necessidades de saúde da população para garantia adequada de serviços e ações de forma integral e humanizada, com qualidade, em tempo oportuno e equidade no atendimento;
- Combater toda forma de violência, de racismo institucional e social, de discriminação de gênero, diversidade sexual, geracional ou de condição de vida, que venha a comprometer o acesso;
- Avançar na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e as práticas e saberes em saúde das populações tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde;
- Lutar pela efetiva implementação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, contrapondo-se ao uso dos organismos geneticamente modificados e à desregulamentação da utilização de agrotóxicos no país;
- Apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, garantindo mais investimentos financeiros e de pessoal no âmbito dos municípios;
- Defender os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres sobre sua saúde e sua vida, visando: redução da violência sexual e doméstica, diminuição da mortalidade materna, planejamento reprodutivo, atendimento em situação de aborto, saúde das

- mulheres jovens/lésbicas/negras/rurais/indígenas/com deficiências e patologias, e inclusão da abordagem de gênero na formação dos profissionais de saúde;
- Fortalecer o cuidado da saúde nos serviços básicos e especializados, valorizando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e as reabilitações para reduzir as mortes evitáveis e qualificar as condições de vida das pessoas;
  - Estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde articulando outras políticas como reforma urbana, segurança, transporte, acesso à terra e à água, e segurança alimentar e nutricional, entre outras relacionadas às perspectivas de impactos no desenvolvimento regional e na determinação social da saúde;
  - Garantir a atenção diferenciada à saúde aos povos indígenas, quilombolas, ciganos e comunidades tradicionais, aprimorando ações de atenção básica e saneamento, observando e respeitando as suas práticas de saúde;
  - Denunciar a falsa proposta de Cobertura Universal de Saúde, que não produz cobertura a todos e sim pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população.

**Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho *Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade*:**

- 1. A população do município/estado/Distrito Federal conhece os direitos de usuárias e usuários do SUS?**
- 2. Como a população avalia o acesso e a qualidade dos serviços e ações de saúde ofertados no município/estado/Distrito Federal?**
- 3. Que propostas podem melhorar a qualidade da saúde no município/estado/Distrito Federal?**
- 4. Que caminhos (diretrizes) devem ser trilhados para garantir o direito à saúde com ampliação do acesso e qualidade dos serviços?**
- 5. Que propostas devem ser priorizadas?**

## II - Participação e Controle Social

São várias as formas de participação social, que vão desde as institucionalizadas no âmbito da administração pública, como os conselhos e as conferências, até as organizadas de forma legítima e livre por grupos, entidades e movimentos sociais.

Participação e controle social na saúde significam a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na formulação, na execução, no monitoramento, no controle e na avaliação das políticas e programas de saúde, conforme estabelece a Lei n.º 8.142/1990.

Existem atualmente 5.597 conselhos municipais, estaduais e distrital de saúde, compostos por trabalhadores da saúde, usuários, gestores e prestadores de serviço. Entretanto, a conjuntura requer o resgate desses espaços como instrumentos vivos de gestão participativa capazes de cumprir com suas atribuições legais e políticas, fortalecendo sua autonomia deliberativa, estrutura e representação perante o Estado e a sociedade.

As conferências de saúde têm sido espaços importantes de avaliação, formulação e proposição no campo da política de saúde. No entanto, para que se tornem ainda mais representativas, é importante que incluam novos atores sociais, ainda que não estejam organizados formalmente. É necessário também que a aprovação de diretrizes e propostas nesses espaços de participação sejam amplamente divulgadas para que se transformem em agenda de toda a sociedade em defesa do SUS.

Lembramos, ainda, que a Política Nacional de Participação Social, não foi reconhecida pelo Congresso Nacional como necessária ao fortalecimento da democracia brasileira. O que representa um grave retrocesso ao processo de fortalecimento dos espaços de participação e controle social.

**No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre *Participação e Controle Social* as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:**

**a) Diretrizes/Objetivos:**

- Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã;
- Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.

**b) Propostas:**

- Promover a inclusão nos espaços dos conselhos de saúde de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra e quilombola, LGBT, população em situação de rua, pessoas com deficiências;
- Fortalecer a elaboração de orçamentos participativos em todas as esferas do SUS;
- Respeitar a competência legal, a autonomia e o caráter deliberativo dos conselhos de saúde na formulação de políticas e na fiscalização das três esferas de governo;
- Comprometer e responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS pela oferta de estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que os conselhos de saúde possam exercer plenamente suas funções cumprindo com suas atribuições definidas em lei;
- Fortalecer os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como efetivos espaços de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, visando avançar na construção do Subsistema de Saúde Indígena do SUS;
- Fortalecer a participação dos movimentos e organizações indígenas nos conselhos distritais de saúde indígena e avançar na articulação destes com os demais conselhos de saúde;
- Refletir e propor estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções das conferências;
- Implantar e implementar a Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, mediante apoio político e financeiro aos planos de trabalho nas instâncias nacional, estadual, municipal e do Distrito Federal.

**Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho *Participação e Controle Social*:**

- 1. O que é necessário para fortalecer a atuação dos conselhos de saúde de seu Município/Estado/Distrito Federal?**
- 2. Que pautas e ações podem ser articuladas com outros conselhos de políticas públicas?**
- 3. Que ferramentas de mobilização social podem ser utilizadas para o fortalecimento da Participação e Controle Social no seu Município/Estado/Distrito Federal?**

### **III - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde**

O Brasil possui hoje um contingente aproximado de três milhões de trabalhadores e trabalhadoras atuando no setor saúde. Esse número pode ser ainda maior se considerarmos, além das categorias profissionais de saúde já regulamentadas, as novas profissões que reivindicam reconhecimento.

A inserção dos profissionais de saúde no setor tem sido regida por diferentes regimes de contratação. Nas últimas décadas, constata-se um galopante crescimento da terceirização no setor público da saúde. O resultado tem sido a precarização das condições de trabalho, com aumento das situações de risco, do número de acidentes e do aparecimento de doenças, em decorrência do desrespeito às normas de saúde e segurança, dos baixos níveis salariais, da ampliação da jornada de trabalho, do crescimento da rotatividade e do descumprimento de direitos trabalhistas.

As consequências negativas dessa modalidade de contratação para a classe trabalhadora brasileira levaram o Conselho Nacional de Saúde a se manifestar contra a proposta de regulamentação da terceirização contida no Projeto de Lei nº 4.330/2004 que tramita no Congresso Nacional. O CNS manifestou-se, ainda, a favor da definição de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho para o SUS que defenda a implantação de planos de cargos, salários e carreiras para todas as profissões de saúde, com o objetivo de superar as desigualdades no acesso à atenção à saúde em todos os municípios, em especial nas áreas urbanas e rurais de difícil provimento, e regulamentar a ordenação da formação de profissionais de saúde. A formação deve ser objeto permanente de aperfeiçoamento, garantindo-se, assim, capacidade técnica, responsabilidade ética e compromisso social com ampla vivência no SUS.

Após 12 anos de mobilização contra a aprovação da Lei n.º 12.842/2013 (Lei do Ato Médico), o modelo de equipe multi e interdisciplinar saiu vitorioso com os vetos da presidenta da República ao texto aprovado no Legislativo. Essa conquista fortaleceu a luta pela desconcentração de poder nas equipes de saúde e em favor da democratização do conhecimento.

**No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre *Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde* as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:**

**a) Diretriz/Objetivo:**

- Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.

**b) Propostas:**

- Combater a precarização das relações de trabalho, evitando a transferência ou terceirização de serviços públicos para o setor privado;
- Propor políticas de gestão do trabalho e de educação que estimulem a fixação dos profissionais, fortaleçam a carreira pública, valorizem o trabalho e atendam às necessidades de saúde da população;
- Avançar na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do Sistema Único de Saúde, comprometendo todos os níveis de gestão;
- Assegurar ambientes de trabalho saudáveis e promotores do bem-estar dos usuários e das usuárias, dos trabalhadores e das trabalhadoras e dos estudantes;
- Garantir a aplicação de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) na educação, contemplando os ambientes de aprendizagem e as práticas nos serviços do SUS;
- Garantir que as políticas de cotas étnico-raciais nas universidades públicas ampliem o acesso às profissões de saúde;



- Regular a formação de profissionais de saúde em consonância com as necessidades de saúde da população com ênfase na atenção básica, reconhecendo as especificidades dos povos tradicionais, comunidades rurais, ribeirinhos, etc.;
- Ampliar a participação social na formulação e na implantação das políticas de educação, na área da saúde, com garantia da qualidade e expansão de vagas nas escolas públicas de todos os níveis educacionais, incluindo as residências em saúde;
- Regular, acompanhar e controlar as reestruturações curriculares das profissões da área da saúde articuladas com a regulação e a fiscalização da qualidade de criação de novos cursos, em acordo com as necessidades de saúde da população e do SUS;
- Firmar o compromisso de solucionar em dez anos, de forma definitiva, as pendências relacionadas aos recursos humanos do SUS;
- Garantir a manutenção dos vetos presidenciais à Lei do Ato Médico;
- Flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) quanto ao limite de gasto com pessoal na área da saúde e investir em carreira pública para os servidores;
- Investir em carreira pública para os servidores, realizando concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com plano de carreira para contratação de profissionais de saúde para o SUS, abolindo todas as formas de precarização do trabalho;
- Combater o PL nº 4.330/2004, que permite a terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, rompendo todos os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros.

**Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho *Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde*:**

1. **Que ações os Conselhos de Saúde vem desenvolvendo em apoio à luta das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde pela melhoria das condições de trabalho no setor?**
2. **Que medidas a gestão têm adotado no que se refere à formação, ao provimento e à fixação dos profissionais de saúde no município/estado/Distrito Federal?**

#### **IV - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado**

Decorridos 27 anos do advento do Sistema Único de Saúde, o poder público (União, estados, Distrito Federal e municípios) responde apenas por 44% dos gastos em saúde no Brasil, enquanto 56% são gastos privados (planos de saúde, compras de medicamentos, entre outros). Isso significa que ainda hoje o financiamento público é insuficiente para efetivar a garantia do direito à saúde.

O financiamento do SUS deve ser garantido por todos os entes federativos (União, estados, Distrito Federal e municípios). Consta-se, entretanto, nos últimos anos, um aumento significativo da participação dos municípios, que vêm aplicando, em média, 22% do orçamento – acima do piso estabelecido de 15%; Por outro lado, os estados aplicam os 12% constitucionais. Já a União vem cumprindo, sistematicamente, a regra atual, que é do valor aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB. Nesse sentido, tem aplicado valores equivalentes, apenas, ao mínimo constitucional exigido.

Uma breve retrospectiva histórica permite demonstrar com clareza o subfinanciamento crônico da saúde. Em 1993, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 169 definia que 30% da seguridade social e 10% das receitas de cada esfera de governo fossem destinados para a saúde. A matéria não foi aprovada. Passados sete anos, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 com valores inferiores aos originalmente pensados e mantendo o orçamento federal insuficiente diante das necessidades dos SUS. Com a EC nº 29/2000, o governo federal diminuiu proporcionalmente sua participação no financiamento do SUS e aumentou a dos estados e municípios.

Desde os anos 2000, defende-se a aplicação de um mínimo de 10% das receitas correntes brutas (RCB) federais na área da saúde. Essa proposta, no entanto, não foi incorporada na Lei Complementar n.º 141/2012, o que motivou a apresentação de novos pleitos.

O Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Saúde + 10) foi lançado, em março de 2012, após uma histórica reunião com ampla participação de diversas entidades representativas da sociedade brasileira. O Movimento teve por objetivo coletar assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegurasse o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira, alterando a

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Em 5 de agosto de 2013, mais de 2,2 milhões de assinaturas apoiando o projeto de lei foram entregues ao Congresso Nacional.

As Casas Legislativas, no entanto, decidiram colocar em tramitação a PEC nº 358/2013 que originalmente visava impor no orçamento as emendas parlamentares, destinando 50% destas para o financiamento da saúde. A proposta aprovada como Emenda Constitucional nº 86/2015, que trata do orçamento impositivo, revogou o dispositivo legal que estabelecia a destinação para a saúde de 25% dos recursos adquiridos pela exploração do Pré-Sal. Além disso, escalonou em cinco anos o alcance do percentual de 15% dos recursos da União, iniciando com uma aplicação de 13,2% a partir de 2016.

Recentemente, o Conselho Nacional de Saúde alertou para os efeitos danosos que podem trazer a aplicabilidade da EC n.º 86/2015 por entender que se trata de uma tentativa de petrificação do subfinanciamento da saúde, inserindo na Constituição Federal regras que colocam as obrigações da União em patamares inferiores ao da legislação vigente.

Considerando a atual conjuntura de queda do ritmo da arrecadação federal e o escalonamento gradual do percentual das receitas correntes líquidas (iniciando com 13,2% em 2016), as interpretações sobre os efeitos destas novas regras são contraditórias. Algumas análises acreditam que haverá ampliação de recursos a partir do primeiro ano, tendo em vista que o percentual se refere ao mínimo a ser aplicado e que, por não incidir sobre o orçamento do ano seguinte – o que acontece com a regra vigente até 2015 –, permite aplicação acima do mínimo em função das necessidades do Plano Plurianual (PPA). Outras avaliações, no entanto, sinalizam a possibilidade de redução do financiamento, inclusive pela vigência da execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares.

A agenda de mobilização em busca do financiamento adequado para a saúde precisa continuar. Sem dúvida, essa bandeira é a que reúne os mais amplos setores da sociedade e tem em si o maior potencial de agregar forças políticas e sociais na defesa do SUS. Por sua característica ampla, plural, popular e suprapartidária, o Movimento Saúde+10 permanece na luta pelo comprometimento de 10% das receitas correntes brutas da União ou valor equivalente para a saúde; em busca de novas fontes de financiamento para o SUS – taxaço das grandes fortunas, revisão das renúncias fiscais, Justiça Tributária; e em defesa do financiamento prioritariamente a ações e serviços públicos de natureza pública.

## **Relação Público-Privado**

O Conselho Nacional de Saúde considera que o setor privado que atua na saúde, em especial por meio dos seguros e planos de saúde, desempenha um serviço de relevância pública (art. 197 da Constituição Federal) e, por isso, deve ser objeto de maior intervenção do poder público, cabendo a este regular o setor, bem como definir diretrizes tanto para a política quanto para ações específicas.

Esta é uma das razões que levou o CNS a se posicionar contra o artigo 142 da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que permite a participação direta e indireta de empresas ou capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil. A citada lei, além de estimular o consumo individual de planos privados como meio de acesso aos serviços de saúde, rompe com os preceitos constitucionais do acesso universal à saúde, como direito de todos e dever do Estado, e da participação do setor privado na condição de complementar ao público.

Vale ressaltar que o mercado de planos e seguros de saúde ganhou importância econômica e poder político nos últimos anos. Somente em 2013, a saúde suplementar movimentou cerca de R\$ 110,8 bilhões no atendimento de 25% da população. Pelo fato de serem doadoras de campanhas eleitorais, essas empresas passaram a ter forte influência no Congresso Nacional. Um reflexo disso está na aprovação pelo Senado Federal, após indicação do Poder Executivo, de pessoas ligadas a empresas de planos de saúde para compor a diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Outro aspecto importante a ser observado é que a legislação prevê o ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde das despesas decorrentes do atendimento de clientes de planos privados e seguros de saúde em unidades públicas. No entanto, ainda que a prática do ressarcimento tenha aumentado nos últimos anos, os valores devolvidos ao SUS ainda não alcançaram o patamar devido.

A renúncia fiscal da União em favor de pessoas físicas e jurídicas que mantêm contratos com empresas de planos e seguros de saúde deve ser vista sob a ótica da ética pública e justiça social, não podendo continuar a reproduzir as desigualdades sociais que ela encerra. Segundo dados extraídos do Anexo IV.11 do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2016 da União, a renúncia de receita referente às despesas médicas atingirão R\$ 12,2 bilhões no próximo ano. Estímulo importante para a manutenção e aprofundamento das desigualdades sociais.

Dentro da mesma lógica que acaba por reforçar as desigualdades sociais, o poder público financia planos de saúde exclusivos para servidores e agentes públicos dos três poderes da República.

Nesse contexto, impõe-se uma questão ética e de justiça social: É justo que 75% da população que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde contribua com o fomento de empresas privadas que têm como objetivo o lucro?

A existência da “dupla porta” no SUS, ao dar preferência àqueles que possuem planos e seguros privados de saúde, rompe com o atendimento universal e igualitário, segregando as pessoas na assistência à saúde e aumentando a lucratividade das empresas.

**No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre *Financiamento do SUS e Relação Público-Privado*, as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:**

**a) Diretrizes/Objetivos:**

- Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos;
- Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário.

**b) Propostas:**

- Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do Estado, destinando 10% das receitas correntes brutas da União ou equivalente; assegurando financiamento estável com definição de novas fontes de financiamento; e priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos;
- Acabar com a Desvinculação das Receitas da União (DRU) para o orçamento da seguridade social, em especial para o setor da saúde;
- Melhorar o padrão de gasto, observar os critérios de rateio dos recursos da União para os estados e dos estados para os municípios na forma da LC nº 141/2012;
- Defender a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar;

- Defender a suspensão do efeito da lei que autoriza a entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde;
- Eliminar o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde e, ao mesmo tempo, apoiar o PL nº 251/2005 que amplia a possibilidade de gastos com pessoal para o setor saúde (Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, abril de 2015);
- Regular de forma compatível com o bem protegido – a saúde humana – o setor privado que atua na área da saúde, enfrentando temas relevantes como as coberturas contratadas; o reajuste de preços dos planos e seguros; os conteúdos essenciais dos contratos; os subsídios públicos; a proibição, com penalização, de práticas como a “dupla porta”; a relação dos entes federativos com os hospitais universitários; a vedação da existência de planos de saúde para servidores e agentes públicos pagos com recursos públicos;
- Posicionar-se contrário aos efeitos da EC nº 86/2015, por possibilitar a redução do financiamento da saúde pela União;
- Defender o fim dos subsídios públicos e da renúncia fiscal aos planos privados de saúde;
- Revogar o art. 142 da Lei nº 13.016/2015, que permite a entrada do capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde;
- Posicionar-se contrário à PEC nº 451/2014, que pretende tornar obrigatória a garantia de plano de saúde para o trabalhador do mercado formal;
- Apoiar a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar os planos de saúde.

**Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho *Financiamento do SUS e Relação Público-Privado*:**

- 1. Como as responsabilidades atribuídas pela Lei n.º 141/2012 à gestão do SUS e aos Conselhos de Saúde têm sido cumpridas no município/estado/Distrito Federal?**
- 2. Que lutas e propostas pelo financiamento do SUS têm sido organizadas e realizadas em no município/estado/Distrito Federal?**

## V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

No Brasil, historicamente, o modelo de atenção à saúde centrado na assistência médico-hospitalar tem sua origem no antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que garantia aos trabalhadores e trabalhadoras apenas serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares. Esse modelo se firmou, ao longo dos anos, como base de sustentação do padrão de desenvolvimento econômico, social e ambiental.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, a atenção básica passou a ser tida como principal porta de entrada, ou seja, desempenhando papel de ordenadora dos serviços e do cuidado. Essa definição, todavia, precisa deixar de ser meramente formal e tornar-se realidade no dia a dia, para que possa promover as necessárias mudanças na organização do sistema. As redes de atenção à saúde somente surtirão efeito se a atenção básica for organizada a partir das necessidades da comunidade e não como reflexo de ofertas baseadas em interesses econômicos e políticos setoriais.

O grande desafio é garantir o acesso da população a serviços de qualidade, de forma equitativa e em tempo adequado às necessidades de saúde.

São aspectos relevantes para a organização e o funcionamento do SUS os determinantes sociais; a atenção básica como ordenadora dos serviços e cuidados; a Estratégia da Saúde da Família; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); o Programa Mais Médicos; e a assistência farmacêutica.

A predominância do modelo assistencial médico hospitalar, mais privado do que público, nos moldes dos anos 1970-1990, precisa deixar de existir. Ressalta-se que esse modelo consome quase 70% do recurso financeiro da saúde pública no Brasil. É preciso também eliminar a lógica vertical dos programas que não dialogam com as equipes de atenção básica, pois promovem a fragmentação do cuidado e fragilizam o princípio da atenção integral.

Faz-se necessário ainda considerar que cerca de 70% dos municípios brasileiros são de pequeno porte e, por isso, a região e a rede são aspectos relevantes na organização do sistema para a garantia da integralidade da assistência à saúde e melhoria da gestão pública.

Dentre as dificuldades que os estados e os municípios enfrentam estão os limites com gasto de pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). A intensificação da terceirização na saúde tem sido justificada, dentre outros motivos, por essas dificuldades. Entretanto, a via da terceirização dos serviços cria distorções salariais,

fraciona o sistema, comprometendo a sua visão sistêmica e impedindo a melhoria da atuação de equipes multiprofissionais, com prejuízo para a população e o SUS, além de ser um mecanismo facilitador do desvio de finalidade e da corrupção.

**No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre *Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde*, as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:**

**a) Diretrizes/Objetivos:**

- Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral;
- Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação;
- Qualificar a produção do cuidado, com a participação ativa do usuário e o protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras;
- Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável;
- Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.

**b) Propostas:**

- Entender e defender que o SUS é essencialmente interfederativo e que requer gestão compartilhada na região de saúde, devendo ser adotado o contrato organizativo de ação pública, previsto no Decreto nº 7.508/2011, como o ajuste jurídico-sanitário das responsabilidades dos entes na região de saúde, o qual respeita as especificidades regionais e garante segurança jurídica no cumprimento das responsabilidades de cada um para com o sistema;
- Fortalecer o setor e a gestão pública da saúde;



- Considerar o trabalho em saúde a partir da perspectiva de equipe multiprofissional e interdisciplinar, na qual os saberes devem ser compartilhados na construção de projetos e intervenções junto ao indivíduo e à comunidade;
- Superar as dificuldades jurídicas do SUS em relação à administração pública, que necessita ser menos burocrática, mais ágil e precisa dispor de melhor definição dos modelos jurídicos de gestão pública, sendo mais permeável ao controle social;
- Transferir recursos de acordo com os critérios de rateio da LC nº 141/2012 e adotar mecanismos que diminuam a interferência federal na administração pública municipal e estadual e do Distrito Federal, além de melhorar os mecanismos de transparência da informação;
- Fortalecer a região de saúde como elemento para a integralidade da assistência à saúde em razão das interdependências federativas;
- Organizar as redes de saúde de modo que atendam à mudança no perfil demográfico e epidemiológico da sociedade;
- Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais;
- Ampliar a implantação da atenção básica para atingir 80% da população brasileira, fortalecendo-a como ordenadora do sistema;
- Alterar a Lei de Responsabilidade Fiscal referente ao limite de gastos com pessoal da área da saúde.

**Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho *Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde*:**

1. **Que modelo jurídico de gestão do SUS tem sido adotado no município/estado/Distrito Federal?**
2. **Qual o posicionamento e que ações são desenvolvidas pelo Conselho de Saúde do município/estado/Distrito Federal frente a este problema/desafio?**
3. **A forma como o SUS está organizado atende às necessidades de saúde da população do município/estado/Distrito Federal?**
4. **Que ações e serviços atenderiam melhor?**

## **VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS**

O Conselho Nacional de Saúde entende que a garantia do direito universal, integral e equitativo à saúde depende da ampliação do poder redistributivo do Estado democrático. Os interesses de acumulação do capital próprios do pensamento neoliberal, fortemente presente e atuante no Congresso Nacional, nas mídias comerciais, nos poderes Judiciário e Executivo, devem ser combatidos por não respeitarem os direitos sociais consagrados na Constituição Federal. Esses atores constroem uma campanha cotidiana nos meios de comunicação de massa para assegurar a privatização e a redução dos direitos sociais e trabalhistas.

O Sistema Único de Saúde oferece atendimento a todos os brasileiros, com 100% de cobertura na vigilância em saúde, sendo que 75% da população dependente única e exclusivamente do Sistema para suas necessidades em saúde. Defender o direito universal à saúde é tarefa cotidiana, pois demanda enfrentamento dos porta-vozes ideológicos que divulgam pautas com intuito de desconstruir o SUS. É necessário divulgar os sucessos desse modelo que incomoda a muitos por demonstrar que é possível a existência de um sistema público de saúde no país. O Sistema Único de Saúde sempre estará em construção e sempre terá adversários.

Informação em saúde é um componente estratégico para a construção e organização do SUS. Atualmente, contamos com diversos sistemas de informação que consolidam dados e orientam as decisões na gestão em saúde. Trazer essas informações para o cotidiano da sociedade brasileira é um desafio que se une ao fortalecimento da participação e do controle social. Todavia, persiste o quadro de fragmentação das informações em saúde e a necessidade da implantação de sistemas informatizados que integrem as bases de dados, a exemplo do Cartão Nacional de Saúde.

É necessário ainda fortalecer as ouvidorias em saúde e os conselhos de saúde. Fundamental também constituir canais de diálogo e exposição das ações exitosas do sistema público de saúde brasileiro.

**No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre *Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS*, as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:**

### **a) Diretrizes/Objetivos:**

- Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS;
- Valorizar o SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação.

**b) Propostas:**

- Estabelecer uma política de comunicação para o SUS com o objetivo de manter a população constantemente informada;
- Criar mecanismos para divulgação dessas informações a partir de canais de TV com sinal aberto e emissoras rádio, além das mídias e redes sociais que permitam a interação entre a população e o sistema de saúde;
- Garantir que a publicidade de utilidade pública também atue na defesa e divulgação do SUS e da saúde como direito de todos e dever do estado;
- Estimular produções audiovisuais a partir do olhar das usuárias e usuários do SUS, a fim de contribuir para a construção de uma imagem do SUS como direito e patrimônio do povo brasileiro.
- Trabalhar conteúdos que enfatizem a necessidade de valorizar o SUS como política de Estado e a saúde como direito de todos e dever do Estado.

**Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho *Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS*:**

1. **Como o município/estados/Distrito Federal pode articular a imprensa local para ser disseminador e divulgador positivo do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim reverter a imagem ruim propagada pelas grandes mídias?**
2. **Como utilizar o Programa de Inclusão Digital (PID) como meio para a concretização das políticas de saúde e sua fiscalização local?**
3. **Como ajudar a construir uma rede nacional de troca de informações, que fomenta as redes locais de comunicação entre os apoiadores do SUS e mais especificamente o Conselho Municipal de Saúde/Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal?**
4. **Que estratégias podem ser utilizadas para a comunicação pós-conferência, de modo a acompanhar a efetivação das propostas da 15ª CNS nos planos municipal, estadual, do Distrito Federal e nacional?**

## VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS

Saúde também se faz com ciência e recursos tecnológicos, que evoluem e significam parcela considerável do investimento no Sistema Único de Saúde. O tema da tecnologia e inovação em saúde muitas vezes é desconhecido e negligenciado, sendo apenas veiculado sob a ótica do consumo de serviços e insumos, o que desencadeia desinformação e reivindicações sem lastro técnico-científico, aumentando a judicialização da saúde.

O Brasil tem investido no desenvolvimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva nacional para o fortalecimento do SUS. Não são poucas as políticas nacionais de ciência, tecnologia e inovação em saúde, assistência farmacêutica e incentivo à pesquisa formuladas e implementadas nas últimas décadas.

Essa é, sem dúvida, uma prioridade na consolidação do sistema público de saúde universal que tem relação direta com o modelo de desenvolvimento econômico e social. A segurança do Sistema Único de Saúde depende de uma política industrial e de desenvolvimento econômico voltada para a soberania nacional e para a garantia de acesso a bens, conhecimentos e serviços de saúde por toda a população.

Há pouco mais de dez anos, com a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos no Ministério da Saúde e a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, foi possível consolidar vários componentes da assistência farmacêutica, a exemplo dos programas Farmácia Popular e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; da qualificação da gestão por meio do Programa Horus; e das parcerias com o setor privado (PDP – Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo).

Outro importante avanço na saúde do povo brasileiro foi a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei nº 13.021/2014 que muda o conceito de farmácia no Brasil. Assim, as farmácias que até então eram tidas como simples estabelecimentos comerciais foram transformadas em locais de prestação de serviços de saúde, consolidando a assistência farmacêutica como direito. O desafio agora é reunir forças para que na regulamentação da lei prevaleçam os princípios e diretrizes do SUS e o desenvolvimento desse setor econômico.

No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre *Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS*, as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:

**a) Diretriz/Objetivo:**

- Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde.

**b) Propostas:**

- Defender uma política industrial, de ciência, tecnologia e inovação em saúde, que promova a produção nacional de insumos (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde) indispensáveis ao atendimento adequado às necessidades de saúde da população;
- Defender que as tecnologias de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde fortaleçam a autonomia das pessoas e reduzam o risco de doenças e agravos provocados pela própria atenção à saúde, garantindo que o direito à assistência farmacêutica se amplie e seja efetivo no Brasil;
- Regular o mercado de produtos e serviços de saúde, incluindo a indústria de medicamentos e outros insumos e as operadoras de planos e seguros privados de saúde, de modo a assegurar a primazia do interesse público;
- Fortalecer o complexo industrial produtivo da saúde e a assistência farmacêutica, no sentido de impactar na redução do déficit da balança comercial para a importação de medicamentos e na promoção e incorporação de novas tecnologias ao SUS, favorecendo a ampliação do acesso a produtos e insumos pela população, consolidando a soberania, e promovendo o desenvolvimento da plataforma tecnológica do país, da pesquisa e da inovação;
- Aprovar a reforma da Lei de Patentes Brasileiras para inclusão e fortalecimento das medidas de proteção e exclusão de medidas prejudiciais à saúde (acordo de comércio internacional conhecido como *Trips Plus*), tendo em vista manutenção de conquistas da sociedade civil e a viabilidade da assistência farmacêutica no SUS.

**Pergunta geradora para o Grupo de Trabalho *Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS*:**

1. **Que ações são necessárias no município/estado/Distrito Federal sobre *Ciência, Tecnologia e Inovação* para que o SUS atenda melhor as necessidades de saúde da população?**

## REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução n.º 401, de 18 de agosto de 2011**, que disciplina a especialidade profissional de Fisioterapia na Saúde da Mulher. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/site/index.php/home/resolucoes-coffito/480-resolucao-n-401-2011-disciplina-a-especialidade-profissional-de-fisioterapia-na-saude-da-mulher-e-da-outras-providencias.html>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Agenda Propositiva do Conselho Nacional de Saúde para as Eleições 2014**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2014/docs/07jul\\_24\\_agenda\\_eleicoes.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/docs/07jul_24_agenda_eleicoes.pdf).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Balço dos 25 Anos do SUS**. Relatório da Oficina com Comissões Permanentes e Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde, novembro de 2014. S/R.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde**, novembro de 2009. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/relatorio/26\\_jan\\_relatorio\\_final\\_site.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/relatorio/26_jan_relatorio_final_site.pdf)

CEBES. Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania. Disponível em: [http://cebes.org.br/2015/04/tese-do-cebes-para-a-15a-conferencia-nacional-de-saude/acesso\\_03/05/2015](http://cebes.org.br/2015/04/tese-do-cebes-para-a-15a-conferencia-nacional-de-saude/acesso_03/05/2015).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares**, abril de 2015. Disponível em: [http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fultimas\\_noticias%2F2015%2Fdocs%2F04abr15\\_Manifesto\\_19Plenaria.docx&ei=EAVWVbTQDsrdASz84CIBQ&usq=AFQjCNGGaEGqAORu6VEe0VxrNWTKx9OTJg&bvm=bv.93564037,d.cWc](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fultimas_noticias%2F2015%2Fdocs%2F04abr15_Manifesto_19Plenaria.docx&ei=EAVWVbTQDsrdASz84CIBQ&usq=AFQjCNGGaEGqAORu6VEe0VxrNWTKx9OTJg&bvm=bv.93564037,d.cWc).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Moção de Apoio CNS n.º 007, de 08 de maio de 2014**, que trata da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoos\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoos_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Moção de Apoio CNS n.º 008, de 17 de julho de 2014**, que trata da Política Nacional de Participação Social. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoos\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoos_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Moção de Apoio CNS nº 12, de 07 de agosto de 2013**, que trata da Medida Provisória nº 621/2013, a qual institui o Programa Mais Médicos. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Moção de Repúdio CNS nº 008, de 09 de junho de 2011, que trata da criação das organizações sociais na saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Moção de Repúdio CNS nº 010, de 11 de julho de 2013**, que trata do PL nº 4.330/2004, o qual regulamenta a terceirização no setor público e privado. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Moção de Repúdio CNS nº 013, de 13 de setembro de 2012**, que trata da EBSEH. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Moção CNS nº 15, de 06 de outubro de 2011**, que trata da criação da EBSEH. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoes_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº10 de 11 de agosto de 2011**, que trata da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco\\_11.htm](http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_11.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº 017, de 07 de agosto de 2013**, que estabelece prioridades para o Projeto de Lei Orçamentária Anual 2014 da União, do Ministério da Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco\\_13.htm](http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_13.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº 15, de 07 de agosto de 2013**, que trata do apoio ao Programa Mais Médico e dá outras providências. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco\\_13.htm](http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_13.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº 006, de 06 de novembro de 2014**, que recomenda ao Congresso Nacional a não aprovação das PECs nºs 358 e 359/2013, que propõem 15% das receitas correntes líquidas da União como aplicação mínima para ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco\\_14.htm](http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_14.htm).



MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº 002, de 09 de abril de 2015**, que recomenda à presidenta da República, dentre outras medidas, a suplementação orçamentária do Ministério da Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº 004, de 09 de abril de 2015**, que trata da inconstitucionalidade da entrada do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº 003, de 09 de abril de 2015**, que estabelece prioridades para o Projeto de Lei Orçamentária Anual 2016 da União, do Ministério da Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº 001, de 28 de janeiro de 2015**, que sugere a revogação das Medidas Provisórias nºs 664 e 665, de 2014, nos aspectos que ferem direitos constitucionais dos cidadãos. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco\\_15.htm](http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_15.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº 003, de 09 de abril de 2015**, que sugere o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2016 da União. <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2015/Reco003.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação CNS nº 006, de 09 de abril de 2015**, que sugere a rejeição pelo Senado Federal do Projeto de Lei nº 4.330/2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2015/Reco006.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 463, de 12 dezembro de 2012**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_12.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2015-2018** (Ainda em construção).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos 1948**. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL.  
**Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf).



**cebes**

*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

**TESE PARA A  
15a CONFERÊNCIA NACIONAL  
DE SAÚDE**

**SAÚDE NÃO É NEGÓCIO NEM MERCADORIA,  
É DIREITO DE CIDADANIA**

## TESE DO CEBES PARA A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

O Brasil, na última década, apesar das crises enfrentadas pelo capitalismo internacional, conseguiu manter o crescimento com distribuição de renda, melhorou o consumo e alcançou o pleno-emprego. Entretanto, atualmente vive uma crise econômica – acrescida de crise política decorrente das contradições internas – ampliada por interesses externos, que se impõem com a intenção de manter a ordem hegemônica do capitalismo planetário.

No plano internacional a rearticulação das forças de mercado – liderada pelos EUA, que buscam manter a sua hegemonia e perpetuar o modelo capitalista predatório e concentrador de riqueza -, tem colocado de joelhos governos de vários países e deixado marcas de destruição nessas nações. Na América Latina, a sua principal estratégia é desestabilizar os governos progressistas e derrotar as experiências que recolocaram em cena projetos de sociedades solidárias, justas, fraternas e igualitárias, as quais emergiram em oposição ao fracassado experimento neoliberal que acirrou as desigualdades e deixou uma multidão de miseráveis vagando pelo continente.

Este mundo unipolar, porém, está sendo colocado em xeque com a busca de alternativas internacionais multipolares, como o pacto sul-americano e a criação do BRICS (bloco econômico composto por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) que, em setembro de 2014, criou duas instituições que dão significado e impulsionam mudanças na ordem mundial: o New Development Bank (NDB) e o Contingent Reserve Agreement (CRA). Estas instituições guardam características similares, mas com volume maior de recursos que o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que foram e continuam sendo instituições-chave para a hegemonia norte-americana.

A presença do Brasil no BRICS abre espaço para novas cooperações nos campos econômico, educativo, científico e tecnológico que podem repercutir positivamente no campo da saúde, especialmente para a independência na produção de medicamentos e insumos para a saúde. Deve ainda ser considerada a possibilidade

de novos rumos na articulação política entre os países que compõem o Bloco e as relações norte-sul, particularmente em consonância com políticas de proteção social voltadas para a preservação de direitos.

Essas iniciativas, aliadas ao desencantamento em relação ao neoliberalismo após as intervenções em países da zona do euro nas crises econômicas de 2008 e 2009, particularmente no que se refere à ruptura da proteção social e às perdas dos direitos sociais da classe trabalhadora, indicam possibilidades de mudanças na dinâmica internacional e devem ser analisadas e consideradas no debate interno.

Em nosso País, o projeto de desenvolvimento com distribuição de renda realizou conquistas que, ainda que insuficientes, não podem ser desconsideradas. A saída de enorme contingente de pessoas da miséria, o aumento real do salário mínimo e a menor taxa de desemprego registrada na série histórica do IBGE são mudanças que tiveram influência sobre os determinantes sociais da saúde, impactaram a qualidade de vida e mudaram indicadores de saúde como a queda da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida. Apesar dessas conquistas, o Brasil precisa avançar, pois continua sendo um dos países mais desiguais do mundo.

Hoje se observa uma insatisfação da população com os políticos e a agudização da crise política institucional e de representação. Também está claro o esgotamento do projeto de desenvolvimento baseado no crescimento econômico com distribuição de renda, que reduziu a pobreza e permitiu a ampliação do consumo com base em amplas desonerações sobre produtos, sem que isso significasse efetiva mobilidade social.

Esse projeto, focalizado no enfrentamento das urgências das desigualdades sociais não contribuiu para o alargamento da consciência de cidadania, está esgotado e se revela inviável diante de baixo crescimento econômico; sem dúvida precisa ser revisto. Entretanto, discordamos radicalmente quanto a solução por meio de ajustes neoliberais que dilapidam os direitos sociais, penalizam os mais pobres, deixando intacta a acumulação capitalista. Estes ajustes e esta economia política mercantilista não nos servem!

Está posto o desafio para a construção de uma nova hegemonia na sociedade e no interior do Estado brasileiro, que impulse um projeto de desenvolvimento capaz

de enfrentar o problema estrutural da desigualdade social, comprometido com a preservação do meio ambiente e que compreenda os recursos naturais como bem da humanidade e não como mercadoria; que priorize a produção de alimentos saudáveis; que ofereça serviços públicos de saúde e educação relevantes para o bem-estar e que construa uma sociedade solidária, justa, fraterna e igualitária onde todos possam viver de forma digna. Nesta perspectiva, o combate ao capitalismo e a defesa do socialismo devem ser pauta política e horizonte de todos os movimentos sociais comprometidos com um mundo melhor.

De imediato o País precisa promover mudanças profundas, entre as quais destacam-se as mudanças na política e no sistema político. A reforma política deve propiciar a radicalização da democracia com a participação efetiva dos cidadãos e acabar com o financiamento empresarial das campanhas – mecanismo de captura da política pelo poder econômico – no qual prevalecem os interesses dos grupos financiadores em detrimento dos interesses coletivos da população.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira sustentou no seu ideário um projeto civilizatório com amplas mudanças nos valores societários em relação à vida e ao planeta. Esse projeto, ainda a ser construído, está fundado nas bases de uma sociedade solidária e democrática, com a defesa do **direito universal à saúde como direito de cidadania**. O direito à saúde é um direito social que deve ser garantido pelo Estado, por meio de políticas econômicas, sociais e culturais, tal como conquistado na Constituição Federal de 1988, sendo incompatível com propostas nas quais a saúde é tratada como negócio ou mercadoria.

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu referendado por uma inédita mobilização social, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que buscava tecer as bases de um projeto de País, pautado na justiça, na igualdade e nos direitos sociais. O SUS teve e tem por objetivo melhorar a saúde da população, cuidar de todos de forma integral com a qualidade e a complexidade que os problemas requerem e a população merece; adotou a participação social promovendo a democracia participativa como fundamento para a sua gestão.

Nestes 27 anos o SUS avançou e acumulou conquistas, especialmente se considerarmos a situação da saúde no período de sua criação. Entretanto, estamos muito distantes da situação ideal, os avanços alcançados não podem mascarar os problemas intrínsecos do SUS e nem aqueles extrínsecos, oriundos de setores da sociedade que boicotam a sua consolidação.

Para o Cebes, o SUS não é um sistema de saúde que possa sobreviver e se consolidar com políticas orientadas pelo projeto liberal, que não mede esforços em desconstruí-lo, que alimenta os interesses da indústria médica globalizada e transforma a saúde em puro mercado. O momento é crítico e a sobrevivência do SUS exige mudanças profundas na ordem econômica, política e social brasileira; exige, também, o compromisso efetivo do Estado, dos governos e da sociedade na sua defesa. Para que a saúde seja um direito de todos, assumida como um bem da sociedade, é necessário um novo acordo em nome do interesse público, que recomponha os princípios e as orientações constitucionais, os quais devem ser assegurados pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

A luta por direitos sociais e em particular o direito à saúde deve ter como pressuposto a luta por um Estado democrático participativo, com justiça social e equidade. Os interesses de mercado avançam pelo mundo por meio de estratégias potentes. No continente latino-americano são travados embates importantes entre o mercado e os Estados em relação à saúde, e a resistência do SUS brasileiro é representativa para o ideário dos movimentos por saúde nestes países. O Brasil deve assumir compromissos e responsabilidades com os demais países latino-americanos, pois os avanços que conquistamos no campo da saúde inspiram as lutas pelo direito à saúde em países deste continente.

A voracidade do capital não tem limites, mercantilizou todos os aspectos da vida. Na saúde, transformou o cuidado em um negócio lucrativo; medicaliza a vida e a sociedade, induzindo o consumo de medicamentos e procedimentos médicos; explora os trabalhadores da saúde à exaustão e pratica estelionato vendendo planos privados de saúde que não atendem às necessidades das pessoas quando elas mais precisam, ou seja, nas situações de doenças graves e na velhice.



Para garantir os seus lucros, o mercado usa recursos públicos que são canalizados especialmente por meio de subsídios fiscais como a dedução de 100% no Imposto de Renda (IR) devido dos gastos com serviços privados realizados pelo contribuinte. Desse modo, os brasileiros que têm renda para gastar no mercado da saúde são incentivados à este consumo, com consequências negativas para a saúde pública, pois essa dedução diminui o montante de recursos arrecadados e, conseqüentemente, reduz a parcela que iria para o SUS. Ao fim e ao cabo, a grande maioria da população que não tem recursos para gastar com saúde privada e que paga impostos financia indiretamente os gastos privados com saúde de uma parcela minoritária da sociedade.

Do IR, as pessoas físicas podem deduzir os gastos com planos de saúde, médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, entre outros. Não há teto para o abatimento de gastos com saúde (renúncia fiscal), diferentemente do que acontece com a educação, cujo limite de dedução é de R\$ 3.375,83. A renúncia fiscal se aplica também aos empregadores que fornecem assistência à saúde a seus funcionários, considerando este gasto como “despesa operacional” e abatendo do lucro tributável. Ainda há as desonerações fiscais para a indústria farmacêutica, hospitais filantrópicos, subsídios diretos por meio de incentivos fiscais e desonerações, além de subsídios a funcionários públicos, cujos planos de saúde são pagos com recursos públicos.

Em 2011, a renúncia fiscal na saúde foi de R\$ 15,8 bilhões, sendo R\$ 7,7 bilhões apenas de planos de saúde. Neste mesmo ano, o lucro líquido das operadoras de planos privados de saúde foi de R\$ 4,9 bilhões, ou seja, mais da metade dos lucros dessas empresas foram decorrentes de renúncia fiscal. No nosso entendimento, quem quer plano de saúde deve pagar – integralmente – por ele, evitando iniquidades. A desoneração fiscal na área da saúde deve ser eliminada e os recursos devem ser aplicados no SUS para melhorar a qualidade e garantir universalidade e integralidade de acesso.

**Dinheiro do povo não pode ser privatizado, deve ser usado em serviços para todo o povo, promovendo justiça e igualdade social.**

Os direitos sociais, para serem garantidos pelas políticas sociais, custam caro. A 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) deve deixar claro quem deve pagar os custos das políticas sociais que garantem direitos. Para isso, esse debate deve começar nas conferências municipais, estaduais, plenárias e em todos os espaços de debate sobre a saúde. O financiamento das políticas sociais não pode penalizar ainda mais as classes trabalhadoras que, proporcionalmente, já pagam mais impostos.

A conjuntura exige uma ação política firme e articulada de todos os que defendem o SUS e o direito à saúde, sob o risco de termos o primeiro momento de retrocesso nos direitos positivos garantidos constitucionalmente desde a redemocratização do País. Diante dessa conjuntura defendemos as seguintes propostas:

- 1) Avançar no desenvolvimento social, com progressivo aumento do gasto federal com políticas sociais de saúde, educação e assistência social;
- 2) Realizar auditoria da dívida pública e aumentar o investimento como alavanca para o crescimento econômico, reduzindo juros e não cedendo às pressões cambiais e de balanço de pagamentos;
- 3) Realizar reforma política que aprofunde e aperfeiçoe a democracia participativa, com o estabelecimento de novas regras institucionais que garantam a ampliação da participação democrática e o fim do financiamento empresarial das campanhas eleitorais e da interferência do poder econômico na política;
- 4) Realizar reforma tributária que coloque o Brasil na direção dos países que alcançaram sistemas tributários mais justos ao reduzir a tributação sobre o consumo e concentrá-la no patrimônio e na renda. Para isso é necessário: melhorar a distribuição das alíquotas do IR para pessoa física com faixas mais altas e aumento da faixa de isenção; reduzir a tributação indireta sobre o consumo; aumentar a tributação sobre a acumulação; aumentar o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR) dos grandes latifúndios; reduzir as taxas que incidem diretamente sobre o setor produtivo

(Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)); acabar com a isenção dos lucros e dividendos e com a dedução dos juros sobre o capital próprio e aliviar a carga tributária dos trabalhadores com imposto progressivo;

5) Democratizar a mídia para garantir o direito à informação e reduzir o poder de filtro que preserva interesses de grupos específicos de proprietários, além de expandir alternativas aos meios de comunicação;

6) Enfrentar as desigualdades e iniquidades na saúde e consolidar o SUS constitucional. Para isso é necessário:

- Acabar com os subsídios dos planos privados de saúde por meio de estratégia progressiva, inicialmente instituindo um limite de valor de gastos com saúde, que podem ser dedutíveis do IR como no caso da educação; não financiar planos privados para servidores públicos com recursos públicos; proibir anulação ou perdão das dívidas dos planos com o Estado; proibir subsídios diretos aos planos e não promover incentivos aos planos privados individuais.
- Aplicar os recursos decorrentes dos subsídios em especial na atenção primária (Estratégia Saúde da Família, promoção e prevenção à saúde) e na média complexidade (atenção especializada com profissionais e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico adequados).
- Taxar as grandes fortunas para aplicar os recursos na saúde. As 15 maiores fortunas brasileiras são de grandes empresas que exercem monopólio da comunicação, como a Rede Globo e Grupo Abril, do agronegócio e de bancos como o Safra, o Itaú e o Bradesco. Essa arrecadação corresponde à quase totalidade do volume de recursos que o governo vai arrecadar com as últimas mudanças na tributação.
- Impedir retrocessos no direito à saúde. Barrar projetos em curso no Congresso Nacional que atuam contra o SUS, a exemplo do Projeto de Emenda Constitucional nº 451, de autoria de Eduardo Cunha, que pretende alterar a

Constituição e tornar planos privados obrigatórios aos trabalhadores empregados.

- Garantir maior financiamento público com o fim da Desoneração das Receitas da União (DRU) para o setor da saúde; flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para a contratação de trabalhadores da saúde (investindo no quadro de servidores próprios da saúde e diminuindo a contratação de Organizações Sociais) e investir 10% da Receita Corrente Bruta da União na saúde pública.
- Consolidar o SUS como um sistema único e universal, com financiamento estatal estável e gestão pública que garanta a oferta de serviços e cuidados integrais e de qualidade.
- Denunciar e repudiar a falsa proposta de Cobertura Universal de Saúde, que não produz cobertura a todos, mas pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população.

O Cebes finaliza esta Tese para a 15ª CNS, reafirmando que não haverá “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas” sem a consolidação do SUS e com um sistema de saúde pautado pelo mercado e orientado pela oferta privada de serviços, como têm preconizado e insinuado setores da sociedade e do próprio Estado que defendem um projeto de desenvolvimento liberal.

Com a intenção de contribuir para esse debate, em momento de extremo risco de retrocessos em relação ao direito à saúde e ao SUS, o CEBES apresenta esta tese e conclama os movimentos sociais, usuários, trabalhadores, gestores e os grupos mobilizados para o processo da 15ª CNS a se unirem em defesa do SUS e debaterem politicamente o projeto de saúde que está em curso e aquele que queremos para o Brasil.

**O Cebes vive! Viva o Cebes, a democracia participativa e o SUS!**

# Regimento

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**REGIMENTO DA 7ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE\***

**CAPÍTULO I**  
**DO OBJETIVO DA CONFERÊNCIA**

**Art. 1º.** A 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, convocada pelo Secretário Municipal de Saúde através da Portaria nº 1218/2014, publicada no Diário Oficial de Porto Alegre em 22 de dezembro de 2014, realizar-se-á nesta capital e será promovida pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde.

**Art. 2º.** Em consonância à 15ª Conferência Nacional de Saúde, a 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre reproduzirá seus objetivos na esfera local do SUS, sendo eles:

I - Impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde com garantias de equidade e políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal e nas Leis n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990;

II - Avaliar a situação de saúde e o desenvolvimento do SUS e propor diretrizes para ampliar as condições de acesso à saúde, o acolhimento e a qualidade da atenção integral, como Direito do Povo Brasileiro;

III - Fortalecer o Controle Social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

**CAPÍTULO II**  
**DO TEMA**

**Art. 3º.** A 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, como foro municipal aberto de debates sobre as Políticas de Saúde, e em consonância com as etapas Estadual e Federal da 15ª Conferência Nacional de Saúde, terá como tema central “Saúde Pública de Qualidade para atender bem as pessoas. Direito do Povo Brasileiro”, composto pelos seguintes eixos:

I - Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas;

II - Financiamento público e a relação público x privado;

III - A participação social e a representatividade do controle social no SUS;

IV - Gestão do trabalho e da educação na saúde.

### **CAPÍTULO III DA REALIZAÇÃO**

**Art. 4º.** A 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre contará com uma Comissão Organizadora coordenada pelo Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre e pela Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, instituída com responsabilidades entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

**Art. 5º.** A 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre realizar-se-á nos dias 10, 11 e 12 de julho de 2015, em Porto Alegre, RS.

**Art. 6º.** A 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre será precedida por 8 (oito) Pré-Conferências, 01 (uma) por território de cada Gerência Distrital, objetivando garantir a participação de toda a população do município de Porto Alegre.

**§1º.** Cada Pré-Conferência contará com uma Comissão Organizadora Regional.

**§2º.** As Pré-Conferências realizar-se-ão entre os meses de março e junho de 2015.

**§ 3º.** Informações sobre os locais de realização das Pré-Conferências integrarão o material de divulgação do evento.

**§ 4º.** A definição dos participantes da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, em cada Pré-Conferência, será realizada após a votação das diretrizes e propostas, verificada a participação mínima de 75%, conforme previsto no §2º do Art.17º.

### **CAPÍTULO IV DAS INSCRIÇÕES**

**Art. 7º.** Poderão inscrever-se para participar das Pré-Conferências e da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre todos os munícipes e trabalhadores em Porto Alegre maiores de 16 (dezesseis) anos interessados em participar da Conferência, incluindo membros de associações, sindicatos, organizações não-governamentais, instituições públicas e privadas e de demais segmentos do Estado do Rio Grande do Sul com sede em Porto Alegre.

**§ 1º.** Os inscritos nas Pré-Conferências serão classificados como: Participante, com direito à voz e voto, e Ouvinte, com direito à voz.

**§ 2º.** Os inscritos na 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre serão classificados como: Participante, com direito à voz e voto; Palestrante e Ouvinte, com direito à voz.

**Art. 8º.** As inscrições prévias serão realizadas via site [www.portoalegre.rs.gov.br/conferenciasaude](http://www.portoalegre.rs.gov.br/conferenciasaude), até às 22 horas do dia que antecede cada uma das Pré-Conferências.

§ 1º. Cada pessoa (CPF) poderá inscrever-se como Participante em apenas uma Pré-Conferência.

§ 2º. Os inscritos como Participantes para as Pré-Conferências terão direito à voz e voto e estarão automaticamente inscritos na 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, como Participantes, desde que atendam o disposto no § 2º do Art.17.

§ 3º. Cada inscrito deverá informar a que segmento pertence: se usuário, trabalhador, gestor ou prestador. Identificado equívoco por parte do inscrito na escolha do segmento no momento da inscrição, caberá à Comissão Organizadora direcioná-lo ao segmento pertinente, comunicando-o.

**Art. 9º.** Os Participantes que não fizerem inscrição prévia pelo site poderão se inscrever no local das Pré-Conferências, das 13 às 14 horas, respeitando-se a capacidade do local.

**Art. 10.** Os Ouvintes somente poderão se inscrever no local das Pré-Conferências, das 14 às 15 horas, respeitando-se a capacidade do local.

**Art. 11.** Após o término das 8 (oito) Pré-Conferências serão abertas as inscrições para Ouvintes da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre no site [www.portoalegre.rs.gov.br/conferenciasaude](http://www.portoalegre.rs.gov.br/conferenciasaude), respeitando-se a capacidade do local.

## **CAPITULO V DAS PRÉ-CONFERÊNCIAS**

**Art. 12.** As Pré-Conferências serão organizadas pelas Gerências Distritais de Saúde e Conselhos Distritais de Saúde, por intermédio das Comissões Organizadoras Regionais, coordenadas pela Comissão Organizadora da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

**Parágrafo Único.** As Pré-Conferências terão o objetivo de construir e eleger as diretrizes e propostas que serão consolidadas para serem votadas na 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

**Art. 13.** Os temas abordados durante as Pré-Conferências deverão ser os mesmos definidos para a 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre organizados, elaborados e divulgados pela Comissão Organizadora.

**Art. 14.** As Pré-Conferências serão compostas pelas seguintes etapas:

I - Inscrição dos participantes;

II - Inscrição dos ouvintes;

III - Abertura oficial;

IV - Apresentação da metodologia de trabalho e apresentação dos temas da Conferência;



V - Desenvolvimento dos trabalhos em grupo;

VI - Apresentação dos trabalhos dos grupos;

VII - Votação das diretrizes e propostas;

VIII - Entrega dos certificados e confirmação da participação na 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre;

IX - Apresentação dos resultados;

X - Encerramento.

**Art. 15.** Os grupos de trabalho nas Pré-Conferências serão compostos por eixo temático de livre participação aos inscritos, bem como serão conduzidos por um Facilitador, um Apoiador e um Relator previamente orientados pela Comissão Organizadora e terão as seguintes responsabilidades:

I - Debater os temas e definir as diretrizes e propostas que serão apresentadas e submetidas à votação dos participantes da Pré-Conferência;

II - Elaborar o relatório de diretrizes e propostas do grupo a ser entregue à Comissão Organizadora da Pré-Conferência.

**Parágrafo Único.** Cada inscrito deverá participar em 01 (um) grupo de trabalho, optando por até 02 (duas) preferências de eixos temáticos da Pré-Conferência, no momento da inscrição.

**Art. 16.** A Comissão Organizadora Regional deverá encaminhar relatório contendo as diretrizes e propostas da Pré-Conferência à Comissão Organizadora da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre em até 3 (três) dias úteis após o final do evento.

**Parágrafo Único.** A Comissão Organizadora da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre publicará Relatório Consolidado das Pré-Conferências no site da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre e o distribuirá nas pastas dos Participantes da Conferência Municipal.

**Art. 17.** Os certificados das Pré-Conferências serão entregues ao final dos trabalhos e, em casos extraordinários, poderão ser retirados posteriormente nas sedes das respectivas Gerências Distritais de Saúde.

**§ 1º.** Os percentuais de presença para certificação são:

I - Presença na abertura equivale a 25%;

II - Presença integral nos trabalhos de grupos equivale a 50%;

III - Presença no momento de votação das diretrizes e propostas equivale a 25%.

§ 2º. Os Participantes deverão ter, no mínimo, 75% de presença registrada nas Pré-Conferências para certificação e confirmação de inscrição como participantes, que deverá ser confirmada ao final do evento.

§ 3º. A participação dos inscritos nos trabalhos em grupos, será permitida com uma tolerância de até 20 minutos do início desta etapa dos trabalhos.

§ 4º. Não será fornecido certificado aos Ouvintes das Pré-Conferências.

## **CAPÍTULO VI**

### **DA 7ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Art. 18.** A normatização dos trabalhos obedecerá ao Regulamento, a ser aprovado na Plenária de Abertura da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

**Art. 19.** Somente os participantes, certificados a partir das Pré-Conferências, poderão votar no conjunto de diretrizes e propostas encaminhadas à 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre dispostas para votação.

**Art. 20.** A programação oficial prevista para a 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre inclui painéis de discussão, debates e votação das diretrizes e propostas encaminhadas pelas Pré-Conferências, eleição dos Delegados para a etapa estadual e votação das moções.

**Art. 21.** As moções deverão ser aprovadas na Plenária Final e entregues à Coordenação da Conferência até 4 (quatro) horas antes do início da Plenária Final do dia 12 (doze) de julho, para que sejam apreciados e aprovados, não cabendo defesa nem contestações.

§ 1º. As moções deverão ser apresentadas, por escrito, em um único formulário, específico a ser solicitado à Coordenação da Conferência.

§ 2º. Serão aceitas as moções assinadas por, no mínimo, 5% do total de participantes da Conferência.

**Art. 22.** Os participantes deverão ter, no mínimo, 75% de presença registrada na 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre para certificação, bem como para garantir a confirmação da inscrição como candidato a Delegado da 7ª Conferência Estadual de Saúde.

§ 1º Os certificados da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre serão disponibilizados para impressão no site [www.portoalegre.rs.gov.br/conferenciasaude](http://www.portoalegre.rs.gov.br/conferenciasaude).

## **CAPÍTULO VII**

### **DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS**

**Art. 23.** É considerada instância deliberativa da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre a Plenária da Conferência, composta pela Abertura, Votação das diretrizes e propostas, Eleição dos delegados para a etapa estadual e Plenária Final.

§ 1º. A Plenária de Abertura da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre terá como objetivo aprovar o regulamento da mesma e contará com uma mesa paritária entre coordenação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, cujos componentes serão indicados pela Comissão Organizadora.

§ 2º. O processo de votação das diretrizes e propostas do Relatório Consolidado da Etapa das Pré-Conferências será realizado durante a 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, das 10 h às 18 h do dia 11 de julho e das 08h30 às 10h30 do dia 12 de julho de 2015.

§ 3º. A eleição dos delegados para a etapa estadual será no dia 12 de julho de 2015.

§ 4º. A Plenária Final ocorrerá das 13h30 às 16h30, no dia 12 de julho de 2015 e terá como objetivos aprovar as moções apresentadas até a Conferência, homologar as diretrizes e propostas votadas e divulgar os nomes dos delegados eleitos para a etapa estadual.

## **CAPÍTULO VIII**

### **DA ELEIÇÃO DOS DELEGADOS À 7ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE**

**Art. 24.** A composição da delegação para a etapa Estadual obedecerá ao critério da paridade entre Usuários (50%), Gestores Públicos e Prestadores de Serviços (25%) e Trabalhadores em Saúde (25%).

**Art. 25.** O número de Delegados eleitos na etapa municipal para a etapa estadual seguirá o Regimento da 7ª Conferência Estadual de Saúde.

§ 1º. A escolha dos Delegados Municipais para delegação da 7ª Conferência Estadual de Saúde será através de votação entre os segmentos.

§ 2º. O sistema de votação utilizará urnas eletrônicas cedidas pelo Tribunal Regional Eleitoral.

**Art. 26.** Os delegados eleitos à 7ª Conferência Estadual de Saúde deverão se comprometer a representar o resultado das deliberações da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

## **CAPÍTULO IX**

### **DA COMISSÃO ORGANIZADORA**

**Art. 27.** Cabe à Comissão Organizadora dimensionar e executar as atividades necessárias à efetivação plena do evento, conteúdo temático e metodologia de trabalho, bem como delegar funções ou solicitar apoio a pessoas vinculadas ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Conselhos e Gerências Distritais de Saúde ou a demais órgãos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para a organização de todas as etapas da Conferência.

**Art. 28.** A Comissão Organizadora da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre será composta pela Coordenação Geral, Coordenação Executiva, Subcomissão de Infraestrutura, Subcomissão de

Divulgação, Subcomissão de Documentação, Registros e Arquivo, Subcomissão de Articulação das Pré-Conferências, Subcomissão de Relatoria, Subcomissão do Temário.

**Parágrafo único.** Todos os colaboradores na organização do evento receberão certificados de participação.

**Art. 29.** As Subcomissões terão as seguintes atribuições gerais:

I - Subcomissão de Infraestrutura:

- a) Levantamento da necessidade de espaço para a realização da Conferência, observando o acesso das pessoas idosas e pessoas com deficiência;
- b) Elaborar projeto para contratação de infraestrutura de equipamentos, recursos humanos, alimentação, e materiais para a Conferência e preparatórias;
- c) Providenciar transporte, passagens aéreas, diárias, hospedagem e o que mais se tornar necessário para possibilitar a participação de palestrantes e/ou convidados para a Conferência e preparatórias;
- d) Acompanhamento e fiscalização da disposição de materiais e de equipamentos nas Pré-Conferências, bem como datas e horários dos eventos;
- e) Acompanhamento dos eventos, bem como da montagem e desmontagem da infraestrutura;
- f) Captação de parceiros.

II - Divulgação:

- a) Atividades referentes à divulgação da Conferência e das preparatórias, como: criação do logotipo; elaboração, levantamento e acompanhamento da produção das peças gráficas e da elaboração do *site*; confecção e divulgação de notícias para boletim on-line da SMS, site e imprensa; elaboração de rede eletrônica de divulgação para distribuição do material de divulgação.

III - Subcomissão de Documentação, Registros e Arquivo:

- a) Elaboração e publicidade dos aspectos legais e normas de organização e funcionamento (regulamento e regimento) da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, incluindo as Pré-Conferências;
- b) Definição dos formatos dos registros para o processo de inscrições, bem como monitoramento e arquivamento dos mesmos;
- c) Organização do documento final, com as deliberações da Conferência, em parceria com a Subcomissão de Relatoria.

IV - Subcomissão de Relatoria:

- a) Definir formas de compilação e disponibilização das relatorias;
- b) Organizar o pessoal de apoio, relatores das Pré-Conferências nas regiões distritais, para fazer as relatorias e auxiliar na sistematização, digitação e finalização dos cadernos para o debate na Conferência;
- c) Disponibilizar as relatorias aos participantes da Conferência – nas pastas, junto ao material de apoio;
- d) Confeccionar as relatorias dos painéis e da Plenária Final.

V - Subcomissão de Temário:

- a) Articulação entre os diversos segmentos da SMS e do Controle Social, com vistas à elaboração ou disponibilização de textos de apoio coerentes com a realidade do sistema de saúde de Porto Alegre e que serão utilizados nas Pré-Conferências;
- b) Definir metodologia a ser empregada nos debates das Pré-Conferências e da Conferência, definida em caderno metodológico orientador;
- c) Agregar profissionais de saúde, estudiosos e pessoas com reconhecida apropriação sobre os temas elencados para participar dos painéis temáticos e da Conferência Magna da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

VI - Subcomissão de Articulação das Pré-Conferências:

- a) Mobilizar e articular as oito Gerências Distritais de Saúde e respectivos Conselhos Distritais de Saúde, em relação às Pré-Conferências, às demais Subcomissões da Comissão Organizadora da 7ª Conferência Municipal de Saúde e em relação às definições de data, horário, previsão de público, local e infraestrutura necessária.

**Art. 30.** As Comissões Organizadoras Regionais serão compostas por subcomissões de Infraestrutura; Divulgação; Documentação, Registros e Arquivo; Articulação e Relatoria.

## CAPÍTULO X DA INFRAESTRUTURA E RECURSOS FINANCEIROS

**Art. 31.** É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre garantir a infraestrutura para a concretização da Conferência.

**Art. 32.** Os recursos financeiros para a realização da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre e Pré-Conferências que a antecedem serão advindos do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e/ou outras fontes patrocinadoras públicas e filantrópicas.

## CAPÍTULO XI

### DISPOSIÇÕES FINAIS

**Art. 33.** Os certificados serão conferidos conforme segue:

I - Nas Pré-Conferências:

- a) Participante, desde que atenda o disposto no § 2º do Art. 17;
- b) Relator, Facilitador e Apoiador nos trabalhos de grupo;
- c) Membro da Comissão Organizadora Regional;
- d) Colaborador na Organização do evento.

II - Na 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre:

- a) Participante, desde que atenda o disposto no Art. 22;
- b) Ouvinte;
- c) Palestrante;
- d) Membro da Comissão Organizadora;
- e) Colaborador na Organização do evento.

**Parágrafo Único.** Um mesmo participante poderá receber mais de um certificado, conforme as formas de participação nas Pré-Conferências e Conferência.

**Art. 34.** O Relatório, aprovado na Plenária Final da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, será encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

**Art. 35.** Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora, cabendo recurso ao plenário do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Porto Alegre, 05 de fevereiro de 2015.

## **PROGRAMAÇÃO 7ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **10.07.2015**

17h30min – Credenciamento  
19h – Apresentação cultural  
19h30min – Solenidade de abertura  
20h15min - Conferência Magna - Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas – direito do povo brasileiro – Valdevir Both  
20h30min – Conclusão do credenciamento  
21h – Encerramento

### **11.07.2015**

08h30min – Plenária de abertura – Aprovação do Regulamento  
10h – Início de votação das diretrizes e propostas  
10h – Painel Temático: Acesso, equidade e integralidade para cuidar bem das pessoas – Luiz Cecílio, Fátima Ali, Maria Leticia O. Garcia  
11h – Momento Saúde  
11h15min - Debate  
12h – Intervalo almoço  
13h30min – Apresentação cultural  
14h – Painel Temático: Financiamento público e relação público x privado – Carlos Ocke , Ana Paula Carvalho, Roger Rosa  
15h – Momento Saúde  
15h15min - Debate  
16h – Intervalo lanche  
16h30min – Painel Temático: A participação social e a representatividade do controle social no SUS – Soraia Cortes, Marcelo Sgarbossa, Djanira Conceição  
17h30min – Momento Saúde  
17h45 min - Debate  
18h30min – Encerramento da votação das diretrizes e propostas no 2º dia  
18h30min – Articulação dos segmentos para a apresentação dos seus candidatos a delegado (por segmento)  
19h15min – Encerramento

### **12.07.2015**

08h30min – Início de votação das diretrizes e propostas  
08h30min – Painel Temático: Gestão do trabalho e da educação na saúde – Ricardo Ceccim, Fernando Ritter, Mirtha Zenker  
09h – Início do período de votação de delegados para a 7ª Conferência Estadual de Saúde  
09h30min– Momento Saúde  
09h45min – Debate  
09h45min – Encerramento do prazo para encaminhamento de moções  
10h45min – Encerramento da votação das diretrizes e propostas  
10h45min – Encerramento do período de votação de delegados para a 7ª Conferência Estadual de Saúde  
12h – Intervalo almoço  
13h30min – Plenária Final  
16h15min – Intervalo lanche  
16h45min – Encerramento

**7ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE**



**ORIENTAÇÕES GERAIS**

**1 – CRACHÁ**

- Seu CRACHÁ é de uso INDIVIDUAL e garante o RECEBIMENTO DO CERTIFICADO.
- Seu CRACHÁ deve ser CARIMBADO a cada TURNO de participação:

11/07 – MANHÃ: das 8:30h às 10:00h

TARDE: das 13:00h às 14:00h

12/07 – MANHÃ: das 8:30h às 9:00h

TARDE: das 13:00h às 14:00h

- Cuide de CARIMBAR O VERSO DE SEU CRACHÁ A CADA TURNO de participação na conferência.
- Lembre de ENTREGAR SEU CRACHÁ ao FINAL DA CONFERÊNCIA (Encerramento) no local de credenciamento.

**2 – VALES LANCHES**

- Cuide seu VALE LANCHE, pois ele NÃO SERÁ SUBSTITUÍDO.
- Os VALES LANCHES serão entregues no setor de CREDENCIAMENTO mediante sua assinatura na Lista de Presenças. Serão entregues 2 VALES LANCHES:
  - 1 VALE LANCHE para 11/07 à tarde
  - 1 VALE LANCHE para 12/07 à tarde
- O VALE LANCHE dará direito ao recebimento de UM LANCHE INBOX, contendo 1 sanduíche, 1 suco e 1 fruta.

**3 – ADESIVOS PARA VOTAÇÃO**

- Cuide da sua cartela de adesivos, ela é de uso individual e NÃO SERÁ SUBSTITUÍDA.
- A cartela será entregue no setor de CREDENCIAMENTO mediante assinatura na Lista de Presenças. Será entregue 01 cartela com 20 adesivos para cada participante.
- Utilize os adesivos para votar nas propostas expostas nos painéis de votação. Confira o horário de início e término da votação:
  - 11/04/2015: das 10H às 18H30min
  - 12/07/2015: das 08H30min às 10H45min
- Ao lado de cada painel haverá apoiadores da equipe de RELATORIA para auxiliá-lo se necessário. Em caso de dúvida, solicite ajuda.



#### 4 – CERTIFICADOS

- Lembre que o DIREITO AO RECEBIMENTO DO CERTIFICADO exige 75% de participação no evento, o que significa a necessidade de haver NO MÍNIMO 3 CARIMBOS NA ENTREGA DE SEU CRACHÁ.
- A impressão do certificado acontecerá pelo acesso ao site da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre ([www2.portoalegre.rs.gov.br/conferenciasaude](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/conferenciasaude)).

#### 5 – FORMULÁRIO DE MOÇÕES

- O formulário para Moções poderá ser retirado no setor de Credenciamento a partir do sábado (11/07/2015).





