

RELATÓRIO FINAL DA II CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MODELO ASSISTENCIAL

1. A constituição de um sistema de saúde pressupõe a adoção de conceitos que delimitem suas bases de organização e funcionamento, e que orientem as decisões a serem tomadas no processo de sua construção.
2. Os conceitos procuram preservar o sistema nos aspectos gerencial, político e financeiro. Para tanto, devemos observar as diretrizes do sistema: universalidade, equidade, democracia, regionalização, hierarquização e acesso à integralidade da atenção com ações de vigilância e assistência à saúde.
3. Além disso, o modelo assistencial em Porto Alegre pressupõe a gestão pública municipal sobre o conjunto dos recursos em saúde, direcionando-os técnica e politicamente em prol dos interesses da cidadania.
4. Concebemos a atenção primária como porta preferencial de entrada para o sistema de saúde, introduzindo o conceito de territorialização sanitária e intersectorial, com ênfase na participação popular, constituindo territórios delimitados para as unidades de saúde de atenção primária
5. A introdução da adscrição da clientela promove a qualificação e padronização do atendimento, respeitando o caráter processual da mesma, definindo etapas e fluxos intermediários às populações não imediatamente adscritas. Prevê o cadastramento de usuários de medicamentos contínuos e revisão da política de dispensação medicamentosa, vinculando-a à adscrição da clientela para garantir a resolutividade do atendimento. A adscrição prevê as seguintes modalidades de oferta de serviços para a população do território: atendimentos agendados, pronto-atendimento e urgências, e referências e contra-referências, e para a população não adscrita, o atendimento de urgências.
6. Estas bases do modelo estabelecem uma gerência global para a rede especializada, além da implantação progressiva das gerências distritais, com função articuladora política e intersectorial, e fazendo a cobertura integral do território municipal. As diretrizes do sistema também prevêem a implantação de centrais de internação, de marcação de consultas e de exames especializados e procedimentos de alto custo.
7. O modelo do SUS não está implantado por ausência de vontade política e desfinanciamento do orçamento da seguridade social promovidos pelo governo Fernando Henrique Cardoso, pela ausência de rede básica organizada, pelo modelo hospitalocêntrico, por ausência de recursos em outros municípios, por uma parcela importante dos recursos humanos despreparados e desmotivados para a implantação da política do SUS.
8. Assim, a população busca atendimento de saúde nos hospitais atrás da resolução de seus problemas. Isto se deve à existência de vazios de cobertura na cidade, falta de adscrição da clientela, demanda excessiva nos serviços, baixa resolutividade, ausência de referência e contra-referência, a rejeição da unidade básica como porta de entrada e a cultura do servidor, valorizando o atendimento especializado e o saber médico.
9. A II CMS reconhece e reforça todas as deliberações até agora tomadas pelo CMS, decidindo pela implantação do PSF.

Com o ingresso de PA na gestão semi-plena, abrem-se possibilidades reais de construção efetiva do SUS na cidade, à luz dos princípios de equidade, integralidade, universalidade, qualidade, complexidade, hierarquia das ações e serviços e controle social.

Neste sentido, o CMS, em função da sua prerrogativa de monitoramento de todas as ações em saúde na cidade, avaliará o PSF, após 6 meses de sua implantação, quanto a (1) integração do programa dentro da gestão semi-plena, (2) a garantia dos direitos dos trabalhadores contratados, (3) a responsabilidade mútua entre as associações intermediadoras do processo e a SMS, (4) ao impacto nos indicadores e condições de saúde da população sob responsabilidade do PSF e (5) ao grau de satisfação da população atendida.

O PSF não deve ser entendido tal qual um sistema paralelo de assistência mas como parte integrante do SUS, devendo ser implantado em áreas definidas pelo CMS. Para isto, o CMS deverá estar articulado com o restante da rede municipalizada sob gerências distritais.

Além disto, o SUS em PA deve propor e implantar, responsável e criativamente, diversas modalidades de equipamentos de saúde, com níveis de complexidade diferenciadas, conforme necessidades definidas pelo perfil epidemiológico da Porto Alegre.

10. Além destes, outros programas visam envolver a sociedade em torno de objetivos e problemas comuns:
 - a) Projeto “Porto Alegre: Nascer Aqui Vale a Pena”, visando a redução da mortalidade infantil e da melhoria da qualidade de vida;
 - b) Projeto Comunidades Seguras, buscando a diminuição da morbimortalidade por causas externas;
 - c) Projeto Integrado para os Fatores de Risco para as Doenças Crônico-Degenerativas;
 - d) Projeto de Análise de Risco de Resíduos Perigosos para a Saúde Humana;
 - e) Introdução de um capítulo de Saúde e Ambiente no II Plano Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saneamento; e,
 - f) Projetos específicos para prevenção e resposta às catástrofes, especialmente as provocadas por riscos tecnológicos (químicos, radiação ionizante e outros).
11. A adoção do Projeto “Para Viver Mais e Melhor em uma Cidade Saudável”, para elaboração do II Plano Municipal de Saúde, com conteúdos, processos, cronogramas e propostas para conclusão até o final de novembro de 1996, conforme documento distribuído na II Conferência Municipal de Saúde.

12. As contribuições programáticas em saúde oriundas dos grupos de trabalho sobre problemas emergentes em saúde pública e grupos temáticos serão publicados e adotados como termos de referência - propostas a serem analisadas e detalhadas no processo de elaboração do II Plano Municipal de Saúde.

13. Ainda, a II Conferência Municipal de Saúde identifica:

- a) A dificuldade de acesso a tratamentos especializados, como implante de próteses;
- b) A existência de cobranças ilegais à pacientes do SUS por parte de alguns profissionais de saúde, de hospitais e por outros serviços integrantes do SUS;
- c) O acesso limitado a cirurgias e anestésias acrescido da existência de corporações restritivas envolvendo oftalmologistas e anestesiológicos;
- d) A demora para realização de exames diagnósticos complementares, retardando o início do tratamento;
- e) O atendimento no HPS para pessoas de cidades do interior, sem reposição dos gastos de Porto Alegre, assim como o não pagamento pelas seguradoras privadas no caso de atendimento de conveniados e segurados a planos de saúde e dos serviços prestados à vítimas de acidentes de trânsito junto ao consórcio de seguradoras, comprometer o financiamento do Sistema de Saúde da Capital;
- f) Que no momento em que a Conferência busca a afirmação do SUS, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre fecha seu atendimento ao SUS e institui a cobrança dos serviços.

14. Com base na identificação dos problemas já descritos, além das propostas já aprovadas, a II Conferência Municipal de Saúde propõe:

- a) O chamamento à responsabilidade do Governo do Estado como gestor de saúde;
- b) O resgate da confiança da população no setor primário de atenção;
- c) Implantar progressivamente o sistema de territorialização com ampla divulgação à população;
- d) Afirmar a territorialização como geradora de organização do sistema e responsabilização pelos serviços;
- e) A atração da clientela deve ser feita a partir da elaboração e implementação de um plano de ações baseado nos problemas e necessidades de saúde da população das áreas, amplamente discutidos e divulgados a partir de programas organizados, priorizando as áreas de vigilância e assistência à saúde da população adscrita;
- g) A garantia de qualidade e de resolutividade nos serviços primários, dotando-os dos recursos financeiros e técnicos necessários;
- h) A reorganização dos centros de formação de recursos humanos, integrando sua política educacional aos princípios do SUS;
- i) A disponibilização de serviços especializados para todos os distritos;
- j) A utilização de dados epidemiológicos para a delimitação de áreas;
- l) A garantia de referência para as áreas de vazios de serviços;
- m) Municipalização de todos os serviços de atenção primária à saúde sob gerência estadual, em especial o Unida de Saúde Murialdo;
- n) A criação de sistemas de informações para a população sobre os serviços existentes no seu território, e onde encontrar a referência;
- o) A implantação dos distritos sanitários;
- p) A maior fiscalização do CMS sobre os serviços conveniados;
- q) A Constituição de serviços com maior complexidade para serem a base da atenção primária, e não apenas as equipes do PSF;
- r) A implementação de políticas criteriosas com relação aos serviços de coleta, transporte e análise clínicas;
- s) A ampliação dos programas de conscientização sobre o uso e armazenamento de medicamentos;
- t) Encaminhar o assunto dos produtos odontológicos e medicamentos ao CMS, e criar parceria com o LAFERGS ou outras entidades, e distritalização imediata do Serviço de Controle de Zoonoses, com enfoque fundamentalmente educativa e preventiva com estratégias de ação junto aos CLS, unidades de saúde e comunidade;
- v) A otimização de parcerias com Universidades para formação a nível de graduação, especialização, mestrado e doutorado em saúde pública, já que se pretende incrementar o ensino e a pesquisa;
- x) O Poder Público Municipal é responsável por exigir dos setores produtivos da cidade um comportamento permanente no sentido da manutenção de condições saudáveis de trabalho e de consumo, coibindo atividades que levem ao aumento de riscos de doença ou morte. Esta experiência se dará através da aplicação rigorosa do Código Municipal de Saúde e de outras legislações complementares;
- z) A utilização de espaços na mídia para promoção à saúde.

15. Finalmente propõe:

- a) A suspensão dos benefícios às entidades filantrópicas que suspenderem o atendimento pelo SUS;
- b) A definição, junto aos vários municípios, sobre o sistema de referência hospitalar à Porto Alegre;
- e) O reforço e ampliação do controle social para as esferas estadual e federal, garantindo a aplicação de verbas para a saúde conforme consta na Constituição Federal;
- f) A valorização do funcionalismo, com educação continuada e planos de carreira e salários e com isonomia salarial nas tres esferas de governo.
- e) Responsabilizar as empresas que trabalhem com radiações ionizantes por danos a terceiros e que empreguem profissionais não capacitados e/ou não credenciados no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia;
- f) Programa específico para prevenção e tratamento da doenças respiratórias, que é uma das principais causas de morbimortalidade em Porto Alegre;

- g) Os avanços terapêuticos geralmente chegam com muito atraso ao setor público. Na área de saúde integral/natural, existem diversas práticas aceitas pela população, reconhecidas cientificamente, de baixo custo, com visão integral de saúde, mas que ainda se inserem no setor público como práticas marginais. Neste sentido, o grupo temático que discutiu o tema “Práticas Alternativas”, propôs a inclusão dessas terapêuticas no setor público, a divulgação, atividades de formação e de informação, de pesquisa e intercâmbio, contando para isto com a participação de recursos públicos. Propomos também a alteração da terminologia de “Práticas Alternativas” para “Saúde Natural Integral”. Como estratégia de implementação foi criada uma comissão interdisciplinar, interinstitucional e com representação da comunidade;
- h) A criação de um programa específico para doenças étnicas com alocação de recursos para pesquisa, tratamento em todas as fases da doença e recursos humanos especializados para atuação neste programa;
- i) A implantação de serviço para tratamento da drogadição, especializado no atendimento à crianças e adolescentes;
- j) Programa de “Atenção Integral à Saúde do Idoso”
- k) Criação de um “Programa Integrado de Prevenção e Tratamento das Lesões por Esforços Repetitivos”, promovendo formação profissional, informação à população, diagnóstico, tratamento, fiscalização e pesquisa;
- l) Projeto para efetivar a aplicação, na integralidade do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

CIDADE SAUDÁVEL

O projeto Cidade Saudável parte de uma concepção ampliada de saúde que depende da qualidade do ambiente social, físico e econômico, e da equidade no acesso às oportunidades que a cidade proporciona, através da participação ativa da cidadania nas decisões das prioridades políticas. Afirmar a saúde como o resultado da qualidade de vida.

PROBLEMAS

- Falta de articulação entre os setores a serem envolvidos no projeto Cidade Saudável;
- Pequena divulgação do projeto Cidade Saudável;
- Falta de informação da população sobre os projetos institucionais da Prefeitura;
- Carência de políticas sociais;
- Falta de moradia;
- Falta de educação ambiental
- Invasões de áreas e moradias em local de risco;
- Deficiência de saneamento básico;
- Uso excessivo do transporte individual;
- Subemprego e desemprego;
- Falta de qualificação profissional e adequação ao mercado de trabalho;
- Carência de ações educativas com metodologia adequada às necessidades de informação, envolvimento e comprometimento da população;
- Falta de acesso à mídia para divulgação de ações educativas e de atividades realizadas na cidade;
- Uso indevido de substâncias psicoativas;
- Falta de creches
- Dificuldade de organização no estabelecimento de vínculo adequado com a cultura e as necessidades da comunidade;

Violência urbana (criminal e institucional)

PROPOSTAS

1.
 - Estruturar o modelo de Cidade Saudável, respeitando as raízes históricas e culturais da população;
 - Desenvolver o projeto Cidade Saudável em caráter coletivo e continuado;
 - Garantir um trabalho conjunto entre secretarias e população;
 - Promover seminário intersecretorial de discussão sobre projeto Cidade Saudável;
 - Constituição de uma logomarca e mensagem do projeto;
 - Integrar eventos para que não aconteçam de forma isolada;
2.
 - Informação sobre acesso e uso dos serviços e secretarias da Prefeitura;
 - Comprometer as outras secretarias para que se façam representar no Conselho Municipal de Saúde;
 - Ampliar políticas para idosos na sociedade;
 - Ampliar e integrar os diversos órgãos municipais em ações conjuntas na educação ambiental;
 - Garantir que as decisões de cada CLS sejam reconhecidas pelas diversas secretarias do governo municipal;

Melhorar a comunicação no interior da esfera municipal;
3.
 - Planejar ações voltadas para situações de riscos à saúde;
 - Organizar treinamentos da população para situações emergenciais e catástrofes;
 - Elaboração de um capítulo de saúde e ambiente como parte do II Plano Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saneamento;
 - Reduzir a mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida na infância (“Projeto Vale a Pena Nascer em Porto Alegre”);
 - Garantir Políticas de Saúde Mental no âmbito do II PMS

4.
 - Ampliar e divulgar as ações da integração social dos meninos de rua a sociedade
 - Dirigir as ações de atenção à família (drogadição, alcoolismo e maus-tratos);
 - Implementar “Programa Intersetorial de Prevenção à Prostituição” dirigido tanto à faixa etária infanto-juvenil quanto à adulta;
 - Promover financiamento de habitação popular;
 - Implementar políticas de reintegração fundiária e políticas firmes do Município para áreas de risco ocupadas;
 - Garantir saneamento básico à população de Porto Alegre e fiscalizar a instalação das estações de tratamento de esgotos dos novos projetos de condomínios na cidade, tais quais os da área agrícola;
 - Ampliar as melhorias de qualidade dos transportes coletivos;
 - Promover política de geração de emprego, e criação de pólos industriais e comerciais para absorção de trabalhadores em bairros como o exemplo da Restinga, com destinação de áreas e projetos de implantação com estudos de Impacto Ambiental;
 - Promover curso de qualificação profissional de acordo com o mercado de trabalho e oficinas profissionalizantes nos bairros;
 - Aumentar o número de creches;
 - Desenvolver ações de proteção civil;
 - Implementar políticas públicas de controle da violência urbana com redução da morbimortalidade por acidentes (“Projeto Comunidades Seguras”);
 - Identificar sinais de violência sofridos por pessoas em instituições e causados pela própria instituição, mediante ações intersetoriais;
5.
 - Discutir as propostas e ações nos foruns já existentes nos distritos e nos territórios e assessorar aqueles onde não existe mobilização
 - Estimular projetos de parceria das diversas esferas públicas e iniciativa privada com controle social
 - Facilitar o envolvimento da comunidade na gestão do serviço;
 - Garantir acesso permanente à mídia audiovisual e impressa para divulgação de atividades e ações educativas na cidade
6.
 - Formar Equipes de Vigilância em Saúde multidisciplinares e intersetoriais com participação da comunidade para atuar nos distritos sanitários, com o envolvimento dos demais setores da Prefeitura. A Participação da comunidade no controle das ações de vigilância deve se dar através dos Conselhos realmente Locais e Distritais de Saúde;
 - Intensificar o trabalho intersindical (Sindppd, Semapi, Sindiágua, Sintel) nas ações junto aos fóruns constituídos no Município;
 - Fortalecer os vínculos com as universidades promovendo a articulação intersetorial;
 - Promover educação em saúde comprometida com a realidade local;
 - Dirigir ações educativas quanto as responsabilidades sociais;
 - Ações educativas sobre cultura local estimulando a participação popular
 - Incluir nas ações coletivas de saúde escolar a contribuição da noção de determinação do processo saúde-doença e de controle social do sistema de saúde para que perpassse o currículo escolar, e que a escola desenvolva princípios de convivência social, num caráter de intensificação da cidadania.
 - Oferecer serviços de saúde com capacidade de acolhimento adequado e efetivo aos usuários dos serviços públicos, não subtraindo a população de rua;
 - Gerar e utilizar dados de mortalidade interferindo nas condições de vida das áreas de maior risco;
 - Qualificar o quadro de pessoal das unidades de saúde para desenvolverem ações com caráter educativo e de vigilância em saúde;
 - Ampliar a qualidade e capacidade dos serviços de saúde;
 - Desenvolver mobilização popular e institucional pela imediata aprovação do Código de Saúde de Porto Alegre pela Câmara Municipal

MODELO DE GESTÃO

PROPOSTAS

- Exigir a rapidez na liberação dos recursos federais para a semi-plena de Porto Alegre;
- Alertar os usuários quanto ao processo e ao tempo necessário para atingir-se um outro patamar de qualidade nos serviços municipalizados;
- Divulgação de propostas de mudança do modelo de gestão que visam a melhoria do atendimento em função da futura gerência municipal;
- Exigir o repasse permanente de recursos financeiros para o Município por parte do Governo do Estado no mínimo no mesmo nível do que era gasto antes da semi-plena para o funcionamento dos serviços de saúde municipalizados em Porto Alegre com recursos humanos, reformas, manutenção e consumo;
- Efetivação da referência e contra-referência ;
- Implantação progressiva de gerências distritais, cobrindo todo o território da cidade, com papel articulador político e intersetorial, apontando para a autonomia da gestão. As Gerências distritais devem ser progressivamente constituídas por equipes interdisciplinares compatíveis com as necessidades integrais de gerenciamento do distrito. Tal definição deve se dar junto ao CMS, comunidade e trabalhadores de saúde de cada distrito;
- Estabelecimento de gerência global para a rede de atenção secundária e terciária;
- Implementação dos Conselhos Distritais de Saúde rediscutindo a atual divisão distrital levando em conta a forma de organização da população e a organização dos serviços de saúde da área, conforme características a serem definidas no II PMS;
- Articulação sistemática entre os Conselhos Locais e Distritais garantindo o CMS como instância máxima de deliberações de políticas de saúde da cidade;
- Ampliação das atividades de Regulação do SUS:
 - Consolidar as ações de controle, avaliação e auditoria, propondo a criação do Sistema Municipal de Auditoria em Saúde;
 - Implantar as Centrais de Internações, Marcação de Consultas e Exames Especializadas e Procedimentos de Alto Custo;
- Efetivação da aplicação dos instrumentos de convênio/contrato para a prestação de serviços de saúde para o conjunto dos serviços não municipais/municipalizados, privados ou não;
- Estabelecimento de centros de custo com o acompanhamento do custo médio por paciente e por procedimento objetivando a racionalização dos recursos;
- Procurar obter garantias de compensação junto ao gestor estadual de saúde pelas perdas de funcionários ocasionadas pelo PDV nas unidades de saúde que estão sendo municipalizadas;
- Denúncia à ausência de proposta programática em saúde do governo estadual, somente instituindo ações verticais paliativas com total inorganicidade dos serviços;
- Denúncia do desinvestimento e da distribuição de recursos esparsos com mero objetivo propagandístico e eleitoral pelo Governo do Estado.
- Garantir o planejamento conjunto dos serviços com os servidores e comunidade, tendo como objeto a saúde do usuário dos serviços;
- Garantir a avaliação dos serviços de saúde com elaboração de indicadores de saúde específicos.

FINANCIAMENTO

Os percalços do financiamento do setor não podem ser ignorados ao analisarmos as dificuldades de instalação do SUS. O governo Federal vem reduzindo progressivamente suas inversões em saúde e educação, seguindo os ditames do FMI e do Banco Mundial, provocando a privatização branca do sistema de saúde na medida em que obriga parcelas da população que tem algum recurso a buscar os seguros privados de saúde, os quais não cobrem as necessidades quando se apresenta situação de atenção onerosa e continuada, desaguando este atendimento no sistema público.

PROPOSTAS:

- Que se cumpra a Lei viabilizando o SUS;
- As contribuições sociais deverão ser utilizadas somente para a seguridade social: Assistência Social; saúde e Previdência Social;
- Regulamentação do artigo 35 da Lei 8080/90 para orientação dos repasses das verbas públicas;
- Revisão e adequação da tabela de custos das ações de vigilância e de assistência à saúde do SUS em relação ao setor público e quando da contratação complementar do setor privado, ser o parâmetro referencial para pagamento;
- Os Governos Federal, Estadual e Municipal devem apresentar mensalmente ao CMS respectivo o fluxo de caixa diário de entrada de receitas fiscais e de contribuições sociais por tipo de receita e o fluxo diário de caixa (receita e despesa) aos Gestores (Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde), e cumpram a Lei 8689/93, Lei da Extinção do INAMPS, com apresentação trimestral ao CMS respectivo do Plano de Aplicação e Prestação de Contas dos recursos da saúde;
- Que os gastos para a saúde sejam repassados para assistência, promoção, prevenção e reabilitação no atendimento universal e integral a toda a população determinando que as verbas para saneamento sejam asseguradas no restante do orçamento geral, conforme a lei 8080/90
- Acabar com a concessão de parcelamento de contribuições sociais. Fim da redução ou isenção das multas referentes a prazos superiores a 48 meses das contribuições sociais e impostos. Fim das isenções fiscais e combate sistemático a sonegação.
- Os meios de comunicação devem ser acionados;
- Mobilização junto ao Congresso Nacional pela não privatização do Seguro de Acidente de Trabalho;
- Adequação da tabela do SUS: da não remuneração da doença e sim da saúde, utilizando indicadores epidemiológicos e demográficos;
- Apoio e mobilização para aprovação ao projeto de emenda constitucional do Deputado Eduardo Jorge e Waldir Pires exigindo o mínimo de 10% das receitas fiscais dos municípios, estados e União para a saúde e 30% de da contribuições sociais da seguridade social;
- Denúncia contra a política de ajuste financeiro, estado mínimo e privatizações do governo Britto, desmontando os serviços essenciais e desinvestindo em políticas públicas;
- Pela rejeição à CPMF;
- Atualização da Lei 4320/64 para que haja transparência no sistema de registros contábeis públicos.;
- Mobilização nacional para pressionar o governo federal na liberação imediata de recursos para a saúde, provindos do Fundo de Estabilização Fiscal;
- Os planos privados de saúde , os seguros-saúde, e cooperativas médicas tem que ser discutidos e fiscalizados pelo Conselho Nacional de Saúde. Deve ser regulado por lei o funcionamento dos planos de saúde garantindo atenção integral e elaborando proposta de legislação que estabelecendo percentuais a serem repassados ao SUS (Fundo de Saúde), como já acontece com o seguro de acidente de trabalho e seguro de acidentes no trânsito;
- Fim da dedução das despesas com saúde no de Imposto de Renda para atendimento privado, pressionando para que os recursos arrecadados sejam destinados ao SUS;
- Ampla divulgação à Norma Operacional Básica - NOB/SUS 96;
- Denúncia contra a política neoliberal do governo FHC, destacando os efeitos sociais perversos da redução dos investimentos em políticas sociais, desemprego e a recessão;
- Denúncia do conceito de estado mínimo que transparece da política governamental federal e estadual, exigindo a utilização dos recursos do falecido Fundo Social de Emergência, hoje Fundo de Estabilização Fiscal, utilizado pelo PROER, auxiliando os bancos em apuros;
- Exigir o cumprimento da LCPMF, os recursos deverão ser retirados do Fundo de Estabilização Fiscal;
- Pressionar pelos recursos correspondentes a plena instalação do PSF,PACS,IVHE, através de negociação conjunta do governo municipal e estadual com o governo federal;

- Denunciar a intenção do Governo Federal em transformar as entidades de serviço social, tais quais hospitais, no caso específico do HPV, centros de pesquisa, universidades e o próprio sistema de previdência em organizações sociais, isto é, fundações de direito privado ou entidades públicas não estatais.
- Constituir emenda popular à Constituição Estadual para gravar 10% do orçamento estadual para a saúde;
- Exigir o cumprimento da LDO que aprovou 10% para a saúde no orçamento estadual e questionar legalmente o governador, pressionando o Ministério Público para dar consequência às queixas-crimes; organizar a mobilização em nível estadual;
- Encaminhamento ao Ministério Público de ação judicial para o cumprimento da Lei que destina 10% da LDO para a saúde em nível estadual;
- HPS:
 - O CMS se posiciona pela reedição da luta por recursos estaduais ao município de Porto Alegre em contrapartida aos gastos do HPS com cidadãos do interior (em percentual de 40%), agora estendida à luta por recursos aos demais municípios-pólo do estado em função do atendimento que realizam em seus serviços de referência regional, aos cidadãos de outros municípios;
 - Sejam repassados recursos fiscais do orçamento do Estado do RS, conforme artigo 35 da Lei 8080/90.
- Elaboração de modelos oficiais de prestação de contas de execução financeira, para o sistema municipal de saúde.
- Ampliar o volume de recursos financeiros do SUS na cidade, através da extinção do repasse de recursos do orçamento público municipal para a manutenção de entidade privada de assistência à saúde dos servidores municipais (AFM), em consonância com a Lei Orgânica do Município de Porto Alegre (artigo 23).
- Criar no Município um sistema de cobrança das loterias em geral e das loterias instantâneas conhecidas por “raspadinhas”, por não haver cobrança ou se ter ciência da arrecadação total dessas loterias não podemos ter uma noção correta quanto deveria ser repassado para a saúde do Município

CONTROLE SOCIAL

A participação popular nas definições da política de saúde consolida o exercício da cidadania que a população de Porto Alegre conquistou com ousadia e criatividade, melhorando sua qualidade de vida. A população pode influir no destino e na priorização de recursos públicos investidos na saúde, propor políticas e programas e fiscalizar a qualidade do usuário, o trabalhador e o gestor.

PROBLEMAS:

- Constituição de número excessivo de fóruns de participação popular, dispondo dos representantes da comunidade a seu bel-prazer, sem condições de infraestrutura básica, dificultando a comunicação entre as diferentes instâncias e com a conseqüente baixa resolutividade.
- Monopolização dos espaços por interesses particulares, por vezes corporativos.
- As políticas governamentais federal e estadual são paternalistas e manipuladoras, o direito à saúde se transforma em “ação caridosa” por parte dos governantes, das instituições e dos trabalhadores de saúde.
- Redução da participação popular e de entidades do Conselho Municipal de Saúde sem mecanismos de intervenção na atual lei do Conselho.
- Excessiva veiculação do SUS que não funciona e, em contrapartida, uma exaltação aos planos de saúde.

PROPOSTAS:

- Racionalização dos Fóruns de participação através da interinstitucionalidade; fornecimento de infraestrutura para os Conselhos Distritais e Municipais.
- Agilizar o planejamento estratégico para o Conselho Municipal já desenvolvido em 1995; tornar resolutivos os Fóruns de Participação; rediscutir o regimento interno para os conselhos locais, distritais e municipais.
- Promover Seminários de Participação Comunitária.
- Divulgação dos direitos dos usuários através de cartilha informativa.
- Implantação dos “Conselhos Gestores Locais” e “Conselhos Gestores Distritais” para planejar, avaliar e controlar a saúde daquele território, com papel político e não apenas técnico-administrativo, com representação dos usuários, dos trabalhadores da saúde e do Gestor, na proporção de acordo com a lei vigente.
- O CMS e os Conselhos Distritais de Saúde (hoje CLS) avaliarão a legislação existente sobre o CMS em Porto Alegre e elaborarão propostas de seu aperfeiçoamento, o que será amplamente divulgado, discutido nos CLS e posteriormente em seminário específico para deliberação no CMS.
- Garantia de ampla informação da implementação dos serviços a partir da Municipalização, em todos os meios de comunicação, em forma de cartilha, panfleto, jornal, rádio e televisão, principalmente no que diz respeito à qualificação dos serviços municipalizados, o qual que será um processo lento;
- Controle social nas universidades e escolas técnicas de saúde, interferindo na formação dos profissionais de saúde.
- Recuperação e ampliação dos centros formadores de recursos humanos e integração de sua política educacional e dos seus serviços (público e privado) ao SUS;
- Integrar a Temática de Saúde do Orçamento Participativo à dinâmica do CMS e introduzir de forma sistemática as demandas de investimentos e custeio de saúde no Orçamento Participativo.
- Recomendar organização de seminário sobre saúde, habitação e outras áreas e as relações entre os diversos Conselhos com as Temáticas e com o próprio OP, visando buscar o aperfeiçoamento do processo de participação.
- Movimento dos Conselhos Locais de Saúde no sentido de abrir espaço no programa “Cidade Viva”, para divulgar programas de promoção a saúde.
- Prestação de conta das Instituições que prestam serviços em saúde conforme legislação pertinente.
- A discussão da mudança da lei do CMS deve ser promovida pelo CMS, pois necessita-se de subsídios suficientes para a compreensão dessa mudança.
- Garantir que as unidades básicas de saúde do Grupo Hospitalar Conceição estejam comprometidas com a Política de Saúde Municipal.
- Estabelecer no início de cada ano um calendário de discussão das prioridades de saúde nas regiões do OP.
- Incentivar a discussão do SUS em todos os espaços de cidadania.

- Trabalhar novas gerações no sentido de criar consciência de participação popular e incentivos às lideranças.

RECURSOS HUMANOS PARA O SUS

Um dos grandes desafios que se apresenta neste novo momento é a construção de uma política de recursos humanos, que responda às diretrizes do SUS e às necessidades provindas do processo de municipalização.

PROPOSTAS

Quanto à Capacitação

- Adequação do currículo de todas as áreas técnicas e de nível médio em saúde para que contemplem a concepção de atenção integral que sustenta a construção do SUS;
- Estímulo às experiências curriculares baseadas no apoio ao movimento popular e aliada à concepção de saúde coletiva com estágios curriculares na rede pública de saúde;
- Constituição de uma comissão setorial de formação de recursos humanos com a representação do CMS, CES, universidades e entidades estudantis que proponha o compromisso das universidades com o SUS, estímulo à pesquisa continuada e constituição de campos de estágio que estreitem as trocas e interações universidade-serviços;
- Integração dos órgãos formadores de trabalhadores em saúde com o CMS;
- Criar e ampliar os espaços de representação popular e sindical nas universidades com vistas ao controle social;
- Seminário para discussão com vistas à criação da Universidade Pública, com metodologia em trabalho comunitário social;
- Aproveitamento da estrutura do Sistema Cooperado de Saúde para processo de educação continuada;
- Capacitar RH mediante educação continuada integrada com os diferentes níveis de profissionais (abordagem interdisciplinar);
- Trabalhar com os municipalizados o seu processo de capacitação;
- Capacitação gerencial em parceria com as universidades;
- Educação continuada como um processo de aperfeiçoamento profissional na produção e satisfação no trabalho;
- Capacitação para a área de saúde do trabalhador e criação de serviços de proteção à saúde dos trabalhadores públicos e privados;
- Consultoria e assessoria para serviços especializados;
- Capacitação gerencial e de equipes nos serviços de emergência;
- Investir na qualificação dos profissionais da área de saúde e afins quanto a relação entre profissional e usuário/família/comunidade;
- Os currículos escolares devem contribuir para a formação de um novo perfil de prestação de serviços de saúde ampliando a compreensão de direito à saúde como qualidade de vida e de atenção integral, valorizando as contribuições da área das ciências humanas;
- Política de desenvolvimento de trabalhadores em saúde, que atenda as necessidades do Modelo Assistencial e do Modelo de Gestão;

Quanto à Carência de RH

- Melhor gerenciamento - O gestor deve assumir o compromisso e mudança de postura para atender com qualidade e seriedade;
- Concurso público com maior especificidade para o trabalho em saúde pública, apontando a necessidade de ampliação de pessoal para os serviços básicos, especializados e principalmente na área de saúde mental
- Criação de novos cargos frente ao aumento do número de serviços;
- Valorização e remuneração adequada dos trabalhadores em saúde.

Quanto às Questões de Compatibilização no Gerenciamento de Pessoal do SUS

- Regularização de situações funcionais desviantes;
- Articulação de gerenciamento das várias instâncias para exercício funcional;
- Compromisso formal pelo município, com as outras esferas, para manter os direitos dos municipalizados em relação aos seus vínculos originais;
- Criação de um modelo de gerenciamento próprio para a saúde municipal;
- Garantia de condições de trabalho como qualidade de vida para os trabalhadores;

- Gestão participativa envolvendo os funcionários em serviço;
- Gerenciamento e redistribuição de pessoal;
- Seminário de integração entre servidores municipais e municipalizados que contemple a valorização dos saberes e discussão do processo de trabalho;
- Plano de carreira na saúde, que contemple valorização da atualização técnica dos trabalhadores, da participação em programas de desenvolvimento continuado e valorização da produtividade das ações desenvolvidas pelas equipes (multiprofissionais) de saúde, bem como reveja um processo de avaliação periódica;
- Reestruturação e valorização de FG;
- Difusão e clareza do processo de municipalização e demais programas junto aos trabalhadores e comunidade;
- Reorganização das ações de administração e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde na perspectiva da distritalização, apontando para a descentralização gradativa da equipe de administração e desenvolvimento com o fim de fazer frente de forma resolutiva às demandas locais dos distritos;

Quanto à Participação Popular:

- Informação sobre a bipartite, função e papel, e sua relação com o CES;
- Construção de normas de funcionamento hospitalares, que incluam a participação dos trabalhadores, usuários e gestores na avaliação do processo de atendimento e tratamento.

Quanto à Estabilidade no Serviço Público:

- Garantia de todos os direitos inclusive no que se refere a jornada de trabalho já garantidas em lei;
- Reafirmar ingresso através de concurso público;

Quanto à Institucionalização da Relação entre Aparelho Formador e Prestadores de Serviço/Gestores do SUS:

- Criação de Câmara Técnica de Recursos Humanos junto a Comissão Intergestores Bipartite/RS;
- Criação de Comissão Temática de Recursos Humanos junto ao CMS;
- Criação de Comissão Temática de Recursos Humanos junto ao CES.

SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA

A partir da entrada de Porto Alegre na Gestão Incipiente em 94, delineou-se a necessidade de uma articulação integrada e integradora com os municípios componentes da região metropolitana, caracteristicamente clientes da rede de saúde de Porto Alegre, a ela ocorrendo sem organização, garantia de atendimento e referência. Com a semi-plena, a possibilidade de organização torna-se uma realidade palpável e próxima, que busca na cooperação intermunicipal a implantação efetiva e ampla do Sistema Único de Saúde. A falta de um projeto estadual para a saúde exige do Gestor Municipal a iniciativa de estimular uma política de parcerias e cooperação entre os municípios do interior, em especial os da região metropolitana.

PROBLEMAS:

- Falta estrutura que fixe o indivíduo em sua comunidade, provocando busca de atendimento em Porto Alegre para todos os tipos de problemas, independente de sua complexidade;
- Não há interesse de muitas autoridades de saúde dos outros municípios da região em se comprometerem com o atendimento dos casos de baixa complexidade ou de estabelecer um fluxo de referência e contra-referência;
- Os municípios próximos a Porto Alegre, em sua maioria, não estão em nenhuma forma de municipalização, sendo que a gerência do atendimento prestado não se dá em nível local (municipal), com as seguintes consequências:
 - Falta de um sistema de triagem para procedimentos especializados;
 - Má qualidade do atendimento médico prestado nos ambulatórios;
 - Prioridade no atendimento à doença em detrimento das ações de promoção à saúde;
 - Número reduzido de leitos de UTI principalmente na região metropolitana, sendo que esta situação se reflete na permanente superlotação do HPS, comprometendo a qualidade do serviço prestado e sobrecarregando os trabalhadores de saúde bem como superlotando outros hospitais e serviços de urgência não hospitalares;
- Atendimento na área de urgência/emergências:
 - Encaminhamento de pacientes sem prévio contato e muitas vezes sem necessidade de atendimento em serviços mais complexos;
 - Serviços não públicos de saúde diminuindo seu atendimento;
 - Crise na área de saúde mental pela redução de atendimento no Hospital Psiquiátrico São Pedro;
 - Inexistência de transporte adequado para pacientes da área de saúde mental em situação de risco;
 - Situação ambiental que interfere em todos os municípios: contaminação do Rio Gravataí, riscos de acidentes industriais, como exemplos de problemas que afetam o conjunto da região metropolitana;
- Falta de medicamentos
- Investimento muito baixo do governo estadual (1,7%), além do descumprimento da LDO;
- Controle social muito frágil caracterizando a ausência da participação da sociedade civil organizada na intervenção em saúde na região metropolitana;

PROPOSTAS

- Efetivação e formalização da Câmara de Compensação de AIH em conjunto com a DRS;
- Regulação da contrapartida financeira;
- Apoio a moção de repúdio à venda do Hospital Psiquiátrico São Pedro e à Tese da Associação de Funcionários do Hospital São Pedro (publicada no caderno de teses da conferência, pg. 49);
- Incentivar para que existam investimentos na região metropolitana na área de saneamento e meio ambiente;
- Criação de sistema de referência e contra-referência para a região:
 - Encaminhamento de pacientes atendidos em centros de maior complexidade, por exemplo para os PSF, nos casos de atenção primária;
 - Criação de serviços de referência que funcionassem também como consultoria, para orientar sobre os atendimentos de urgência/emergência e seu destino mais adequado;
 - Incentivos à criação de centros de atendimento com níveis de menor complexidade nos municípios da região;
 - Organizar o fluxo de referência e contra-referência nos casos de urgência e emergência com os municípios de origem;
 - Definir um perfil de atendimento que se quer dos médicos/serviços e o pagamento justo para isto;

- Incentivar e pressionar a criação de serviços de urgência/emergência e UTI de menor complexidade na região metropolitana, direcionando os casos mais complexos para Porto Alegre;
- Criação de mecanismo de estímulo à criação/ abertura de novos leitos de UTI e emergência;
- Definição de um teto de financiamento para os atendimentos da região metropolitana feitos em Porto Alegre, que fosse sendo repassado para os outros municípios à medida que forem se estruturando para o atendimento da sua população;
- Ação conjunta entre as Secretarias de Educação e Saúde no sentido de promover a educação da população sobre promoção em saúde;
- Campanha de esclarecimento à população sobre o conceito de urgência/emergência;
- Criação de uma política metropolitana de medicamentos (aquisição, distribuição, produção e dispensação);
- Criação de um consórcio intermunicipal para a definição de política e de operação de medicamentos;
- Apoio à criação de instâncias regionais de discussão:
 - Comissão Bipartite Metropolitana;
 - Conselho Regional de Saúde dos municípios da região, nos moldes da Lei 8142;
 - Redefinição da organização do Estado em relação à região, principalmente quanto à composição da 1ª DRS e Delegacia da Região Metropolitana;
- Propostas para o Encontro Metropolitano:
 - Criação de uma agenda ou forum para discussão sobre urgência/emergência;
 - Discutir o nível de complexidade de UTIs necessárias para a região, considerando o investimento;
- Construção de um plano mínimo de ações conjuntas visando subsidiar as bases para um sistema metropolitano de saúde;
- Inserção da região metropolitana no fluxo de funcionamento das Centrais de Regulação (central de internações, de marcação de consultas e exames especializados e de procedimentos de alto custo);
- Extensão da abrangência da Regulação Médica do SAMU para a região metropolitana, conveniando com outros municípios;
- Atuação da SMS no sentido de incentivar a municipalização no municípios da região.
- Necessidade de organizar e regular o transporte de pacientes entre os hospitais e entre os municípios para que sejam acompanhados sempre por profissional de saúde com a formação adequada à gravidade do caso.