

**SECRETARIA MUNICIPAL de SAÚDE de PORTO ALEGRE**  
**CONSELHO MUNICIPAL de SAÚDE de PORTO ALEGRE**



**CONFERÊNCIA**  
**MUNICIPAL de SAÚDE**

**26,27 e 28 de setembro de 2003**

**PREFEITO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE:** João Acir Verle  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE:** Sandra Fagundes  
**COORDENADOR DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:** Humberto Scorza  
(até dezembro de 2003)

## **Comissão Organizadora da IV Conferência Municipal de Saúde**

### **Presidente de Honra**

João Verle(Prefeito Municipal de Porto Alegre)

### **Coordenação da Conferência**

Humberto José Scorza(Coordenador do CMS)

Sandra Fagundes(Secretária Municipal de Saúde)

**Articuladores Executivos:** Jane Pilar, Ana Maria Araújo Cirne.

### **Comitê Executivo – Infra Estrutura e Apoio**

**Coordenadora:** Neusa Heinzelmann

**Coordenadores Adjuntos:** Leci Oliveira Gonçalves(CGVS), Ana Lúcia Ribacick(GD Centro), Paula Fiori (CREFITO), Ione Nichele (CLS Noroeste), Deoclides de Almeida(CLS Partenon), Maria Ivone Dill(CLS Leste), Marlene Lima Menezes (ASSECOM), Ewerton Luiz Breyer (Coord. APS), Sirlei de Fátima Cardoso ( Saúde Mental), Anita Marques (CGADTS).

### **Comitê temático, Programação e Relatoria**

**Coordenadora:** Sônia Regina Coradini

**Coordenadores adjuntos:** Marcos Breunig, Maira Machado Bueno, Elen Borba, Maria Juliana Moura, Nei Carvalho, Lilia Maria W. Azzi, Débora Raymundo Melecchi, Mitiyo Shoji Araújo.

**Colaboradores:** Marilene Schmarczek, Mariana Bertol Leal, Márcia Hentzchke, Eliana Aguiar de Carvalho, Rosane Simas Gralha.

**Comissão Organizadora Regional:** Gerencias Distritais e Conselhos Locais – Humaitá, Navegantes, Ilhas, Noroeste, Centro, Leste/Nordeste, Lomba do Pinheiro/Partenon, Glória/Cruzeiro/Cristal, Centro-Sul/Sul, Restinga/Extremo-Sul.

## **Apresentação**

A 4ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre confirmou a trajetória da nossa cidade na concretização dos ideais para a consecução da Democracia Participativa.

Com a posse do Novo Governo Federal, houve determinação política para a antecipação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, sem dúvida, disso resultam alguns atropelos em todos os níveis. No entanto a Comissão Organizadora da Conferência de Porto Alegre, constituída pelo Controle Social conseguiu encaminhar em tempo hábil a realização das Pré-Conferências Distritais / Regionais, com boa mobilização social e qualidade nas discussões.

Conferir, avaliar e reavaliar, os encaminhamentos das Conferências anteriores e ter noção do que se avançou ou não e juntar novas propostas a partir da realidade vigente, foi um trabalho árduo, dando satisfações e frustrações. As resoluções da 4ª Conferência Municipal de Saúde, são indicativas para discussões no Conselho Municipal de Saúde, que é instância deliberativa do Controle Social no SUS, conforme Lei 8142/90.

Creemos que todo este processo, foi construtivo e constituiu-se um referencial para a Política de Saúde Pública em Porto Alegre. Tivemos frustração ao ver nossos encaminhamentos não considerados na etapa Estadual, conforme relato dos Delegados presentes, mas compensa ver que Porto Alegre continua na sua caminhada, difícil, árdua, de concretizar / consolidar o Controle Social, no SUS.

Saúde à todos.

Humberto José Scorza  
Médico Pediatra  
Coordenador do CMS, até Dezembro de 2003.

## Sumário

Introdução.....	5
Apresentação do município.....	6
Síntese das resoluções das I, II e II Conferências Municipais de Saúde.....	10
Gerências Distritais de Saúde.....	18
Resoluções da IV Conferência Municipal de Saúde.....	33
Moções.....	51
Programa.....	53
Regimento Interno.....	54

## **4ª Conferência Municipal de Saúde**

### **A Saúde que Temos e o Sus que Queremos**

A 4ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, realizada de 26 a 28 de setembro de 2003, foi um fato de fundamental importância no contexto político, social e econômico atual e na sua relação com a saúde coletiva, especialmente, por tratar-se de um momento de formulação de políticas de saúde nas três esferas de governo. Nesse sentido, assemelhou-se, guardadas as particularidades, ao contexto da 1ª Conferência Municipal de Saúde. Foram realizadas pré-conferências em todas as regiões da cidade, com a participação de 850 pessoas, que elaboraram propostas para a etapa municipal, a partir da avaliação da implantação do SUS em Porto Alegre, da definição de diretrizes para o seu aprofundamento e da determinação de prioridades para a gestão no próximo período. O tema da Conferência, que elegeu 88 delegados para a etapa estadual, foi "Saúde: um direito de todos e dever do Estado - A Saúde que temos e o SUS que queremos".

## **Apresentando o Município**

O sistema de saúde existente hoje em Porto Alegre é resultado da gestão democrática e da construção coletiva de gestores, trabalhadores, usuários e prestadores do SUS. Com uma população estimada para o ano de 2003 de 1.394.087 habitantes (IBGE), o município é conhecido internacionalmente pela participação popular e pelos indicadores sociais e de saúde.

A população está composta por 10,9 % de crianças na faixa etária de 0-6 anos, 12,5 % na faixa etária de 7-14 anos, 18% de 15-24 anos, 46,8 % de 25 a 59 anos e 11,8% na faixa etária de 60 anos ou mais. Porto Alegre tem cerca de 37 idosos (maiores de 65 anos) para cada grupo de 100 crianças. No Brasil, esta proporção é de cerca de 20 idosos/100 crianças e no RS, de aproximadamente 28 idosos/100 crianças.

Este perfil epidemiológico da cidade deve orientar a organização da rede de atenção à saúde, considerando o aumento da longevidade e as necessidades em saúde em cada ciclo de vida e em cada distrito sanitário de Porto Alegre.

## **Indicadores**

Coeficiente de mortalidade infantil (óbitos de menores de um ano a cada 1.000 nascidos vivos) :

média de 1996 a 2000: **15,48**

ano de 2002: **13,93**

ano de 2003 (dado preliminar): **13,43**

Esperança de vida ao nascer: **70,3** anos

Homens: **66,2** anos

Mulheres: **76,2** anos

Coeficiente de mortalidade materna (óbitos maternos /100.000 nascidos vivos):

Coeficiente de mortalidade materna no ano de 1998: **47,9 (28 casos)**

Coeficiente de mortalidade materna no ano de 1999: **39 (15 casos)**

Coeficiente de mortalidade materna no ano de 2000: **38,33 (14 casos)**

Coeficiente de mortalidade materna no ano de 2001: **33,54 (10 casos)**

Coeficiente de mortalidade materna no ano de 2002: **69,89 (20 casos)**

Coeficiente de mortalidade materna no ano de 2003: **47,2 (12 casos)**

## **Apresentando a Rede de Serviços**

No ano de 1988, existiam 12 serviços de saúde sob gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Em 1996, com a municipalização, este número subiu para 100 serviços, em 1999, para 104 e, em 2002, a rede contava com 134 serviços.

Atualmente o município possui 144 serviços de saúde da rede própria. Entre eles 63 unidades de Saúde da Família, 46 unidades de saúde, seis ambulatórios especializados, 11 centros especializados, seis serviços especializados em odontologia, dois hospitais e quatro pronto-atendimentos. A rede conveniada compreende 22 Unidades Básicas de Saúde, 210 ambulatórios e 21 hospitais. Conta também com uma Central de Marcação de Consultas Especializadas, uma Central de Regulação de Internações e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU, com 13 ambulâncias e sete bases na cidade.

O território do município de Porto Alegre está dividido, para fins de planejamento e organização do sistema de saúde, em 16 distritos sanitários, compatíveis com as 16 regiões do Orçamento Participativo, sendo a gestão regionalizada em oito Gerências Distritais. Em relação a territorialização, está sendo finalizado o processo de definição das áreas de responsabilidade das unidades de Saúde e adscrição da população residente, com cobertura de todo o território da cidade.

## **Trabalhadores do SUS**

Para a implantação de suas estratégias, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em 2003, contou com 5.427 servidores, distribuídos em oito Gerências Distritais e Administração Central, sendo que 70% deste quadro é composto de servidores municipais e 30% de municipalizados (origem estadual e federal).

Compondo a força de trabalho do Sistema Único de Saúde, o município tem equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) com 514 profissionais contratados e prestando serviços nos distritos de Saúde do município, sob a coordenação da SMS. Em sua estrutura de recursos humanos, conta com estagiários de diferentes instituições de ensino em nível de 1º e 2º graus. Com o objetivo de cumprir as atividades relacionadas à Gestão em Saúde no Município, a SMS conta ainda com prestadores de serviço externos credenciados (serviços especializados, hospitais, postos de atenção básica) que atuam sob sua regulação.

Com o objetivo de construir uma cultura institucional que possa responder às necessidades sociais dos usuários deste sistema, diversas atividades vêm sendo desenvolvidas. Foi desencadeado processo de assessoria junto às gerências e equipes de trabalho, realizadas oficinas mensais de inserção dos trabalhadores, realizado curso de Desenvolvimento Gerencial (oferecido a todas chefias da SMS), criado espaço de atendimento funcional de escuta ao trabalhador, realizadas oficinas de acolhimento junto às equipes de saúde, seminários de diferentes temáticas direcionadas às diversas categorias profissionais e descentralização das ações de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS

nos hospitais de Pronto Socorro, Materno-Infantil Presidente Vargas, Pronto-Atendimento Cruzeiro do Sul e Coordenação Geral de Vigilância em Saúde. A SMS também tem firmado acordos de cooperação técnica com instituições formadoras, dando ênfase a contrapartidas voltadas à qualificação dos trabalhadores de saúde.

## **Gestão Participativa**

Os espaços formais de fiscalização e acompanhamento das ações do Poder Público vêm sendo ampliados e estruturados ao longo destes 15 anos de construção do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre. Atualmente, dos 16 distritos sanitários do município, 13 contam com Conselhos Distritais de Saúde funcionando como instâncias regionalizadas do controle social, articuladas com o Conselho Municipal de Saúde. Dos serviços da rede de saúde, 42 estão com Conselho Gestor instalado, um em fase de implantação e dois em fase de reativação.

Além das quatro Conferências Municipais de Saúde realizadas em 1991, 1996, 2000 e 2003, foram realizadas conferências setoriais de Saúde do Trabalhador em 1994 e 2002, de Assistência Farmacêutica em 2003 e de Saúde Mental em 1992, 1996 e 2001. Trimestralmente o gestor de saúde realiza prestação de contas nos Conselhos Distritais de Saúde e para o Conselho Municipal de Saúde e Câmara de Vereadores .

Os recursos financeiros investidos em obras e equipamentos de saúde são definidos nas discussões regionais das prioridades do Orçamento Participativo e na Temática de Saúde do Orçamento Participativo. No ano de 2003, foram concluídas 11 obras, sendo três serviços novos, sete ampliações e/ou reformas e a instalação de dois elevadores no Centro de Saúde Santa Marta., a um custo total de **R\$ 2.442.136,00**.

A Assessoria de Projetos da SMS concluiu, em 2003, a qualificação do processo de execução das obras, criando uma padronização dos projetos para as unidades de saúde, com ampliação da área mínima do projeto-padrão para 180 m<sup>2</sup>, com banheiro próprio para portadores de deficiência, número maior de salas para atendimento, alpendre com bancos, local próprio para expurgo do lixo, projeto básico de mobiliário e instrumental. O projeto também reduz custos de manutenção, por ser em tijolo à vista, dispensando pintura.

Outro ponto importante em relação ao atendimento às demandas de obras do Orçamento Participativo, é o fato de recorrer-se a outras fontes de recursos (PROESF, Ministério da Saúde) para complemento de custos. Com isso qualificou-se algumas obras e garantiu-se a execução de demandas que não tenham sido contempladas com recurso próprio da PMPA.

Para o ano de 2004, estima-se um investimento aproximado de R\$ 4.000.000,00 e a atualização da execução das demandas do OP - os Planos de Investimentos (PI) da Saúde do Orçamento Participativo de Porto Alegre serão todos executados. Ao todo representam investimentos de **R\$ 28.664.700,00** em recursos próprios do município.

## **Financiamento da Saúde**

A Emenda Constitucional nº 29 representa uma das mais expressivas vitórias do SUS. Define a vinculação dos montantes mínimos dos orçamentos municipais e estaduais,

com evolução progressiva de aplicação de percentuais, até o exercício financeiro de 2004. Para o ano de 2002, este percentual foi de 9% para os estados e 10,2% para os municípios, em 2003, de 10% para estados e de 11,8% para municípios, e, para 2004, de 12% para estados e 15% para municípios.

Em Porto Alegre a administração municipal já aplica 13% do orçamento do município para investimentos em saúde, desde a Lei Orgânica do Município, de 04/04/90. De 1995 a 2001, o percentual de orçamento municipal gasto em saúde foi de 13% , em 2002, atingiu 14,06% e, em 2003, passou para **18,82%**.

#### **Ações Prioritárias da Secretaria Municipal de Saúde – 2003/2004**

Ao definir as prioridades em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde partiu da necessidade de efetivar o princípio da equidade. Este desafio consiste em investir na oferta de serviços e ações direcionadas a grupos populacionais com acesso limitado, sem reduzir a quantidade ou a qualidade dos serviços e ações aos usuários que já têm este direito garantido. Apesar da ampliação e dos avanços dos serviços e ações no município de Porto Alegre, ainda convivemos com filas de espera e dificuldade de resposta às necessidades sociais em saúde.

Torna-se necessário, portanto, analisar o perfil epidemiológico e as desigualdades no âmbito de cada território, identificando os fatores que contribuem para o reforço desta situação de saúde e para a ausência de ações de intervenção que garantam o atendimento das necessidades imediatas de atenção à saúde dos grupos populacionais em situação de risco. Neste sentido, as ações prioritárias da gestão foram estruturadas em três eixos: o acolhimento na atenção à saúde, linhas de cuidado direto à saúde e saúde é vigilância.

O *acolhimento* é uma nova abordagem na assistência em saúde que muda o funcionamento das unidades, reduz filas e acaba com a distribuição de fichas, assegurando atendimento a todos os usuários que chegam aos serviços. Por esta nova forma de atendimento, o usuário recebe atenção individualizada de acordo com as suas necessidades e a urgência de cada caso. Esse processo envolve toda a equipe de saúde que, de forma integrada e multidisciplinar, presta um atendimento mais ágil e voltado às necessidades sociais, otimizando recursos e qualificando os processos de promoção à saúde, buscando também incidir na qualidade de vida no trabalho. Outra característica do acolhimento é o fortalecimento do vínculo do usuário ao serviço, assegurado pela priorização do atendimento no seu território de domicílio.

O acolhimento está sendo implantado em toda a rede, com o objetivo de ampliar a inclusão social da população na atenção à saúde, garantindo o acesso universal e a efetiva responsabilização dos trabalhadores, humanizando o atendimento e gerando um envolvimento maior da sociedade.

No eixo da *linha de cuidado à saúde*, está incluído o acesso e à atenção integral à saúde da mulher, com ênfase na gestação, parto e pós-parto, à atenção à saúde mental, à atenção à saúde da população de rua, às áreas de oncologia e reabilitação.

*Saúde é vigilância* está direcionada para a prevenção da ocorrência de casos de dengue por meio de vigilância contínua para a redução dos níveis de infestação de *Aedes aegypti*.

A implantação destes três eixos deve garantir a integralidade e a transversalidade da atenção à saúde no sentido de superação das dificuldades ainda existentes na rede de serviços do SUS.

### **Síntese das Resoluções das I, II e III Conferências Municipais de Saúde de Porto Alegre**

No ano de 2003 Porto Alegre realizou sua 4ª Conferência Municipal de Saúde, passados 15 anos de construção, implantação e reafirmação do SUS. Nos sentimos responsáveis enquanto gestores e cidadãos pela avaliação dos avanços e do cumprimento das resoluções das conferências anteriores, bem como da análise crítica das dificuldades e impasses que ainda persistem para garantia do direito à saúde e da qualidade de vida da população. No sentido de podermos acompanhar a evolução das Conferências realizadas em Porto Alegre, apresentamos as resoluções, de forma sintética, das três conferências anteriores, reafirmando compromisso com as instâncias deliberativas e democráticas do SUS.

## Resoluções das Conferências Municipais de Saúde de Porto Alegre

I Conferência Municipal de Saúde 19 a 22 de setembro de 1991	II Conferência Municipal de Saúde 27 a 30 de junho de 1996	III Conferência Municipal de Saúde 11 a 13 de maio de 2000
<b>Gestão e organização da atenção em saúde</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municipalização já, de acordo com o plano Municipal de Saúde discutido e aprovado pela CIMS, solicitando ao Ministério da Saúde a transferência ao Município das estruturas de serviços do INAMPS cedidas ao Estado.</li> <li>• Expandir a rede pública, buscando diminuir a dependência de compra de serviços privados.</li> <li>• Definição e implantação de distritos sanitários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municipalização de todos os serviços de atenção primária à saúde, em especial a Unidade de Saúde Murialdo e comprometimento das unidades básicas do Grupo Hospitalar Conceição com a Política de Saúde Municipal.</li> <li>• Dotar os serviços de atenção primária dos recursos financeiros e técnicos necessários para qualidade e resolutividade .</li> <li>• Implantação do PSF.</li> <li>• Implantar equipamentos de saúde na atenção primária a partir das necessidades pelo perfil epidemiológico e não apenas as equipes do PSF.</li> <li>• Implantação de centrais de internação, de marcação de consultas e de exames especializados e procedimentos de alto custo.</li> <li>• Estabelecimento de gerência para a rede de atenção secundária e Terciária.</li> <li>• Implantação de serviço para tratamento da drogadição, especializado no atendimento à crianças e adolescentes.</li> <li>• Implantação dos distritos sanitários.</li> <li>• Implantação de gerências distritais, com papel articulador político e intersetorial,</li> <li>• Acesso aos serviços especializados para todos os distritos.</li> <li>• Distritalização do Serviço de Controle de Zoonoses,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição da situação do HPV</li> <li>• Municipalização do ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro</li> <li>• Cobertura total e qualificada do município em atenção básica, com equipes multidisciplinares.</li> <li>• Informatizar a rede de serviços.</li> <li>• Aumentar a oferta de exames laboratoriais e de imagem otimizando os serviços próprios do município – CSVC, IAPI, Bom Jesus</li> <li>• Ampliar os serviços ambulatoriais e de hospital-dia para AIDS, Saúde Mental e Obstetrícia;</li> <li>• Descentralizar o atendimento em urgência e emergência;</li> <li>• Implantar serviço de Transporte Social</li> <li>• Estabelecer fluxos de referência e contra-referência, qualificando a rede básica para isto.</li> <li>• Criar as condições adequadas para assistência domiciliar</li> <li>• Capacitar o SAMU para atendimento de emergências em Saúde Mental.</li> <li>• Criar 16 distritos sanitários, compatibilizando seu território com as regiões do OP..</li> <li>• Implantar nos distritos equipes de saúde mental, vigilância sanitária, farmácias básicas e referências de maior complexidade de acordo com as necessidades do território.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar uma Política de Saúde com base em equipes multidisciplinares qualificadas, para a atenção integral às pessoas, de acordo com as necessidades locais e buscando a humanização das relações.</li> <li>• A atenção integral deverá incorporar as políticas de saúde coletiva, mental, oral, ambiental, atendimento dos traumas, urgência e emergência e saúde do trabalhador.</li> <li>• Elaborar uma política de Saúde Mental que substitua progressivamente os hospitais psiquiátricos.</li> <li>• <b>Elaboração de Código Municipal de saúde</b> do município, com participação popular em todas as etapas do processo, isto é, desde a elaboração até sua aplicação.</li> </ul>	<p>com estratégias de ação educativa junto aos CLS, unidades de saúde e comunidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descentralização gradativa da equipe de administração e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde na perspectiva da distritalização.</li> <li>• Implantação da Territorialização – territórios delimitados para as unidades de saúde e adscrição da clientela, com garantia de referência para as áreas de vazios de serviços.</li> <li>• Realizar planejamento dos serviços com participação dos servidores e comunidade.</li> <li>• Atenção Integral à Saúde do Idoso</li> <li>• Atenção Integral à Saúde da Mulher</li> <li>• Redução da mortalidade infantil</li> <li>• Redução da morbimortalidade por causas externas</li> <li>• Prevenção e tratamento de doenças respiratórias</li> <li>• Abordagem dos Fatores de Risco para as Doenças Crônico-Degenerativas</li> <li>• Análise de Risco de Resíduos Perigosos para a Saúde Humana</li> <li>• Prevenção e tratamento de doenças étnicas</li> <li>• Prevenção e Tratamento das Lesões por Esforços Repetitivos</li> <li>• Prevenção e resposta às catástrofes, especialmente as provocadas por riscos tecnológicos (químicos, radiação ionizante e outros)</li> </ul> <p><u>Assistência Farmacêutica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão da política de dispensação medicamentosa e implantação de programas de conscientização sobre o uso e armazenamento de medicamentos.</li> <li>• Cadastro dos usuários de medicamentos contínuos.</li> <li>• Estabelecimento de parceria com o LAFERGS .</li> <li>• Alteração da Terminologia de “Práticas Alternativas” para “Saúde Natural Integral” e a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilizar em cada distrito o atendimento às especialidades e ampliar a oferta, principalmente oftalmologia, ortopedia e neurologia.</li> <li>• Aceleração na implantação das 8 farmácias-pólo.</li> <li>• Indicar Hospital de referência para a Zona Sul.</li> <li>• Criar um serviço de emergência 24 hs na Lomba do Pinheiro e Partenon.</li> <li>• Pronto Atendimento nas regiões sul e extremo-sul nos hospitais Vila Nova e Parque Belém respectivamente.</li> <li>• As US devem trabalhar com população adscrita, com a prática do acolhimento, atendendo à população das áreas de vazios de serviços e garantindo acesso democrático às informações.</li> <li>• Realizar estudo epidemiológico por região.</li> <li>• Articulação intersecretarias na perspectiva de atenção integral.</li> <li>• Priorizar a atenção ao idoso em todos os serviços de Saúde.</li> <li>• Qualificar os programas de atendimento a gestantes e ao recém – nascido.</li> <li>• Oferecer teste anti-HIV e camisinha feminina para todas as gestantes.</li> <li>• Priorizar a atenção à criança em regiões de baixa renda.</li> <li>• Atendimento às vítimas de violência física, mental, emocional, negligência e abuso sexual e suas famílias.</li> <li>• Criar comitês de defesa dos direitos da criança e do adolescente.</li> <li>• Tornar o atendimento odontológico integral.</li> <li>• Ampliar e integrar os serviços de Saúde Mental : um CAIS mental para cada dois distritos; programa de saúde mental para crianças e adolescentes; prevenção e tratamento da dependência química.</li> <li>• Priorizar a política de Saúde do Trabalhador e</li> </ul>
---	---	---

	<p>inclusão dessas terapêuticas no setor público.</p>	<p>implantar um sistema de vigilância à Saúde do Trabalhador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção a Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias.</li> <li>• Ampliação de política para pessoas portadoras de necessidades especiais.</li> </ul> <p><u>Assistência Farmacêutica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular e implantar uma política de assistência farmacêutica com inclusão de projeto sobre plantas medicinais.</li> </ul>
--	---	---

### Controle social

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a participação popular, fortalecendo as CLIS e CIMS, garantindo seu poder decisório.</li> <li>• O planejamento das ações de Saúde deve ser descentralizado – discutido nos serviços de saúde, entre os servidores e com a população, nas CLIS e nas associações de moradores. Constituir conselhos gestores junto às Unidades de Saúde Públicas e privadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de informação sobre os serviços a partir da Municipalização, em todos os meios de comunicação.</li> <li>• Fornecimento de infra-estrutura para os Conselhos Distritais e Municipal.</li> <li>• Implantação dos “Conselhos Gestores Locais” e “Conselhos Gestores Distritais” para planejar, avaliar e controlar a saúde daquele território.</li> <li>• Articulação entre os Conselhos Locais e Distritais garantindo o CMS como instância máxima de deliberação.</li> <li>• Integrar a Temática de Saúde do Orçamento Participativo à dinâmica do CMS e introduzir as demandas de investimentos e custeio de saúde no Orçamento Participativo.</li> <li>• Estabelecer no início de cada ano calendário de discussão das prioridades de saúde nas regiões do OP.</li> <li>• Racionalização dos Fóruns de participação através da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar os meios de comunicação para informar a população dos seus direitos.</li> <li>• Adequação da estrutura dos conselhos para função de fiscalização.</li> <li>• Instituir política de formação de conselheiros.</li> <li>• Transformar os Conselhos Locais de Saúde em Conselhos Distritais de Saúde;</li> <li>• Estender os Conselhos gestores a todos os serviços de Saúde.</li> <li>• Articulação com o gestor estadual para co-gestão do Centro de Saúde Murialdo e Centro Humanístico VIDA</li> <li>• Plenária temática própria para a saúde e para a assistência social</li> <li>• Realização de capacitações conjuntas e Seminário de integração de Conselheiros de saúde e OP</li> <li>• Integração de agendas dos conselhos de saúde e reuniões regionais do OP</li> </ul>
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiscalização, pela CIMS e pelas CLIS, das verbas do SUS.</li> <li>• Acesso da população às informações orçamentárias e fiscalização dos gastos.</li> <li>• Criar um Fórum permanente de saúde para mobilização pública, para se opor às medidas privatizantes.</li> </ul>	<p>interinstitucionalidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendar organização de seminário sobre saúde, habitação e outras áreas e as relações entre os Conselhos com as Temáticas e com o OP.</li> <li>• Elaboração de modelos oficiais de prestação de contas de execução financeira.</li> <li>• Maior fiscalização do CMS sobre os serviços conveniados.</li> <li>• CMS 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmembrar o Conselho Local de Saúde da região restinga/extremo sul</li> <li>• Criar comissão de fiscalização, com participação do setor de auditoria da SMS</li> <li>• Prestação de contas - dados epidemiológicos, administrativos e financeiros dos serviços de saúde aos conselhos</li> <li>• Tornar públicos os contratos entre gestor e prestadores de serviços</li> <li>• Propor que os Projetos de lei, referentes à Saúde, a serem votados na câmara de Vereadores passem pela apreciação do CMS;</li> <li>• Realizar Conferência Municipal de Assistência Farmacêutica.</li> <li>• Realizar Conferência Municipal de Saúde Mental.</li> <li>• Realizar Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador.</li> </ul>
<b>Trabalhadores de saúde</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação do quadro de trabalhadores, com ingresso por concurso público e com uma política salarial de isonomia em um plano de carreira único.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de novos cargos frente ao aumento do número de serviços e realização de concurso público com especificidade para o trabalho em saúde pública.</li> <li>• Plano de carreira na saúde – valorização da atualização técnica dos trabalhadores, da participação em programas de desenvolvimento continuado e da produtividade das ações desenvolvidas pelas equipes e processo de avaliação periódica.</li> <li>• Política de desenvolvimento de trabalhadores em</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratação de profissionais através de concurso público em todos os níveis, inclusive para PSF.</li> <li>• Plano de carreira, isonomia salarial.</li> <li>• Incluir fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na rede básica</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investir na área de Desenvolvimento dos Trabalhadores, qualificando o gerenciamento do setor e investindo em formação.</li> <li>• Convocação pela CIMS e ou SMSSS de um Fórum sobre formação de trabalhadores em saúde.</li> <li>• Democratização da gestão com eleições diretas para a escolha de direções.</li> </ul>	<p>saúde, que atenda as necessidades do Modelo Assistencial e do Modelo de Gestão.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerenciamento e redistribuição de pessoal.</li> <li>• Regularização de situações funcionais desviantes.</li> <li>• Reestruturação e valorização de FG.</li> <li>• Reorganização dos centros de formação de RH.</li> <li>• Parcerias com Universidades para capacitação dos trabalhadores da rede e formação de profissionais para a saúde pública, com estágios curriculares na rede pública de saúde.</li> <li>• Capacitação para a área de saúde do trabalhador e criação de serviços de proteção à saúde dos trabalhadores públicos e privados.</li> <li>• Gestão participativa envolvendo os funcionários na discussão dos serviços.</li> <li>• Criação de Comissão Temática de Recursos Humanos junto ao CMS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificar os profissionais para o atendimento humanizado e na implementação das políticas da SMS.</li> <li>• Projeto de lei com redução da carga horária para 30 horas semanais sem redução do salário.</li> <li>• Implantar política de saúde para os trabalhadores da SMS.</li> <li>• Investir em formação, valorizando a saúde geral comunitária, integrando os serviços com as universidades.</li> <li>• Participação dos trabalhadores na elaboração das políticas de saúde.</li> <li>• Eleição direta de chefias.</li> </ul> <p>Instalar mesa de negociação sobre o plano de cargos e salários dos profissionais de saúde.</p>
<b>Financiamento e regulação</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituição efetiva dos fundos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.</li> <li>• Alocar no Município 10% dos recursos orçamentários ao setor Saúde.</li> <li>• Implementar processo de avaliação da qualidade dos serviços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Criar um sistema de cobrança das loterias.</li> <li>• Ampliação das atividades de Regulação do SUS e aplicação dos instrumentos de convênio/contrato para a prestação de serviços de saúde.</li> <li>• Estabelecimento de centros de custo com o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar uma Câmara de Compensação, ressarcindo ao FMS de Porto Alegre o excedente de atendimento à população do interior.</li> <li>• Aumentar a tributação sobre propaganda de cigarros e bebidas (ISSQN), destinando valor para tratamento de dependentes químicos</li> <li>• Buscar formas alternativas para captação de recursos para a saúde.</li> <li>• Refazer os contratos com os prestadores privados de serviços de saúde.</li> <li>• Garantir, nos contratos com os prestadores, a</li> </ul>

	<p>acompanhamento do custo médio por paciente e por procedimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação de políticas criteriosas com relação aos serviços de coleta, transporte e análise clínicas.</li> <li>• Realizar a avaliação dos serviços com elaboração de indicadores de saúde específicos.</li> <li>• Retirada de benefícios às entidades filantrópicas que suspenderem o atendimento pelo SUS.</li> <li>• Construção de normas hospitalares, que incluam a participação dos trabalhadores, usuários e gestores na avaliação do processo de atendimento e tratamento.</li> </ul>	<p>ampliação da disponibilidade de consultas em áreas identificadas como estranguladas (ortopedia, neurologia e oftalmologia).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efetivar câmara de compensação de AIH.</li> <li>• Implementar central de regulação de leitos.</li> <li>• Estabelecer critérios para encaminhamentos da rede básica para especialidades.</li> </ul>
--	---	--

<p><b>I Conferência Municipal de Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de <b>Código Municipal de saúde</b> do município, com participação popular em todas as etapas do processo, isto é, desde a elaboração até sua aplicação.</li> </ul>	<p><b>II Conferência Municipal de Saúde</b></p> <p><b>INTERSETORIALIDADE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver mobilização popular e institucional pela imediata aprovação do <b>Código de Saúde de Porto Alegre</b> pela Câmara Municipal.</li> <li>• Comprometer as outras secretarias para que se façam representar no Conselho Municipal de Saúde.</li> <li>• Ampliar políticas para idosos na sociedade.</li> <li>• Garantir que as decisões de cada CLS sejam reconhecidas pelas diversas secretarias do governo municipal.</li> <li>• Ampliar e divulgar as ações da integração social dos meninos de rua à sociedade.</li> <li>• Dirigir as ações de atenção à família (drogadição, alcoolismo e maus-tratos).</li> <li>• Implementar “Programa Intersetorial de Prevenção à Prostituição” .</li> <li>• 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.</li> <li>• Qualificar o Quadro de pessoal das unidades de saúde para desenvolverem ações com caráter educativo e de vigilância em saúde.</li> </ul> <p><b>REGIÃO METROPOLITANA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção de um plano mínimo de ações para organização de um sistema metropolitano de saúde.</li> <li>• Criação de sistema de referência e contra-referência para a região.</li> <li>• Inserção da região metropolitana no fluxo de funcionamento das Centrais de Regulação.</li> <li>• Criação de serviços de urgência/emergência de referência que funcionem também como consultoria, para orientar sobre os atendimentos.</li> <li>• Extensão da abrangência da Regulação Médica do SAMU para a região metropolitana, conveniando com outros municípios.</li> <li>• Definir o perfil que se quer dos médicos/serviços e o pagamento justo.</li> </ul>	<p><b>III Conferência Municipal de Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperação mútua entre os municípios da região metropolitana – consórcio.</li> </ul>
--	---	--



## GERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

**CENTRO**

**SUL / CENTRO SUL**

**PARTENON / LOMBA**

**GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL**

**NOROESTE / HUMAITÁ / NAVEGANTES / ILHAS**

**LESTE / NORDESTE**

**NORTE / EIXO-BALTAZAR**

**RESTINGA / EXTREMO-SUL**

Gerência Distrital de Saúde da Região

Centro

A Região Centro da cidade é constituída pelos bairros Floresta, Centro, Auxiliadora, Moinhos de Vento, Independência, Bom Fim, Rio Branco, Mont Serrat, Bela Vista, Farroupilha, Santana, Petrópolis, Santa Cecília, Jardim Botânico, Praia de Belas, Cidade Baixa, Menino Deus e Azenha, agregando 267.087 habitantes, que se constitui em 19,6 % da população total da cidade. Caracteristicamente na Região Centro temos o predomínio de pessoas acima de 60 anos, compondo 19% da população da região. A rede pública municipal de saúde da região é composta por sete serviços de saúde, sendo dois centros de saúde, uma unidade básica de saúde e quatro serviços especializados. São eles: CS Santa Marta, CS Modelo US Santa Cecília, Cais Mental Centro, Casa Harmonia, Pensão Pública Protegida Nova Vida e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. A região conta também com os hospitais de Pronto Socorro e o Materno-Infantil Presidente Vargas. Outros 11 estabelecimentos hospitalares públicos e privados estão situados na região: Instituto de Cardiologia, Hospital Fêmeina, Hospital Petrópolis, Complexo Hospitalar Santa Casa, Hospital São Lucas, Hospital de Clínicas, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Ernesto Dornelles, Hospital Mãe de Deus, Hospital Militar, Hospital Moinhos de Vento. Além destes, também situa-se na região o Ambulatório de Dermatologia Sanitária, da Secretaria Estadual de Saúde e uma vasta rede conveniada de laboratório e serviços.

A Centro é a região da cidade onde se concentra a maior rede de trabalho e serviços, recebendo diariamente uma grande quantidade de trabalhadores de toda as regiões da cidade e região metropolitana. Localizadas no Centro temos, ainda, 20 vilas e ocupações irregulares, onde residem cerca de 1.500 famílias.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>GD CENTRO</b>	<b>CS MODELO</b>	<b>CS SANTA MARTA</b>	<b>US SANTA CECÍLIA</b>
< 1 ano	2143	1138	909	85
< 5 anos	10845	5693	4548	426
5 a 10 anos	13281	7116	5685	533
11 a 20 anos	35690	19072	15237	1429
21 a 29 anos	43613	23199	18535	1738
30 a 59 anos	111460	59350	47419	4448
> 60 anos	50695	27042	21606	2026
total	267087	142326	113716	10667
Pop fem > 14 a	116.720	60.694	51.356	4.670
Pop mas > 45 a				
Nº gestantes est./ano	4540	2419	1933	126

Serviços que compõe a GD Centro:

### **Centro de Saúde Santa Marta**

O CS Santa Marta, localizado no bairro Centro, abrange uma população de 114.094 habitantes. É constituído por uma ambulatório básico e vários serviços especializados: Ambulatório de Especialidades, Ambulatório Pró-Jovem, Equipe de Saúde Mental da Criança e Adolescente, NASCA Centro, Centro de Apoio Diagnóstico, Núcleo de Ostromizados, Farmácia e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Dentre esses, o Ambulatório de Especialidades oferece consultas para Porto Alegre e todo o Estado nas especialidade de Cardiologia, Cirurgia Geral e Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Geriatria, Urologia e Nutrição.

### **Centro de Saúde Modelo**

CS Modelo localiza-se no bairro Santana e abrange uma população de 142.326 habitantes. Além da oferta de serviços em atenção básica, este centro oferece consultas especializado nas áreas de Homeopatia, Acupuntura, Neurologia, Tisiolgoia, Cardiologia e Saúde Mental, além de farmácia básica , de controlados e homeopática.

### **Unidade de Saúde Santa Cecília**

Unidade básica localizada no bairro Santa Cecília, atualmente sediada junto ao Colégio Santa Cecília ( escola católica). Está em fase de projeto a nova sede para a unidade. Atende a uma clientela predominantemente idosa e não necessariamente carente. Está sob responsabilidade de 10.667 habitantes.

### **Centro de Atenção Integral à Saúde - CAIS Mental Centro**

Serviço especializado para usuários em sofrimento psíquico grave, voltado à atenção interdisciplinar, com atendimento diário. Oferece, além do atendimento de ambulatório clínico, a abordagem de rua, oficinas terapêuticas e oficina de geração de renda.

### **Oficina de Geração de Renda**

Serviço que objetiva a reinserção social através do trabalho aos usuários da Saúde Mental e Saúde do Trabalhador.

## **Pensão Pública Protegida Nova Vida**

Moradia protegida temporária para pessoas acometidas de sofrimento psíquico com dificuldades de convívio familiar e social com perspectiva de reinserção na comunidade. Uma das principais atividades é o trabalho da Equipe Itinerante, composta pelos próprios servidores da Pensão, que visa ao acompanhamento dos usuários externos e da Casa de Transição.

## **Casa Harmonia**

Serviço que objetiva a atenção especializada a crianças e adolescentes moradores de rua ou em situação de rua.

## **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST**

Serviço de referência em saúde do trabalhador, responsável por assistência em acidente do trabalho e doença ocupacional e vigilância aos ambientes de trabalho. Foi assinado convênio com a SES, no sentido de transformar o Centro em referência para a região metropolitana.

## **Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente - NASCA**

Atenção integral à criança e ao adolescente em idade escolar, através da promoção e prevenção em saúde e da integração com as escolas, de forma territorializada. É responsável por 210 escolas públicas da região.

### **Indicadores:**

Os indicadores de mortalidade geral para a Região Centro têm comportamento semelhante ao restante da cidade:

### **Mortalidade geral:**

#### **Centro - 2003**

1º - Doenças do aparelho circulatório;

2º - Tumores;

3º - Doenças do aparelho respiratório;

4º - Doenças infecto-contagiosas; e

5º - Causas externas.

#### **Porto Alegre - 2003**

1º - Doenças do aparelho circulatório;

2º - Tumores;

3º - Doenças do aparelho circulatório;

4º - Causas externas; e

5º - Doenças intecto-contagiosas.

## Gerência Distrital de Saúde da Região Glória/ Cruzeiro/ Cristal.

A região Glória, Cruzeiro, Cristal situa-se na zona sul da cidade de Porto Alegre, possuindo uma população de 145.158 habitantes (IBGE, 2000), se considerada a divisão administrativa do Orçamento Participativo, assim distribuída:

Região Glória: 43.819 habitantes

Região Cruzeiro: 70.573 habitantes

Região Cristal: 30.766 habitantes.

Na prática, porém, a Gerência Distrital Glória, Cruzeiro e Cristal (GD GCC) da SMS, devido a critério administrativo de capacidade instalada de serviços, assumiu a responsabilidade pela saúde de 149.942 habitantes que perfazem 11,4% da população de Porto Alegre.

Cerca de 40 % da população da região vive em vilas irregulares (DEMHAB, 1999), assim distribuída: região Cruzeiro - 40 vilas irregulares; região Glória – 11 e região Cristal – 15).

Os primeiros serviços de saúde começaram a ser instalados, nesta região, no início da década de 70, vinculados às três esferas de governo.

Atualmente a rede pública de serviços de saúde da região é composta por um Centro de Saúde que, por sua vez, constitui-se de 13 serviços, entre os quais um pronto-atendimento e serviços que são referência para toda cidade: COAS, SAE, Laboratório Municipal, Centro de Reabilitação e Ambulatório de Especialidades. Além do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, a região dispõe de nove unidades de saúde e 10 unidades de Programa de Saúde da Família. Esta rede própria possui um total de 1.058 funcionários, dos quais 314 atuam na rede básica.

Entre os serviços conveniados ao SUS, que situam-se na região, encontram-se: Hospital Parque Belém, Hospital Divina Providência, Laboratório UNILAB e Clínica Carlos Barbosa. Destaca-se também a parceria com o Hospital Mãe de Deus que mantém uma equipe, em convênio com a SMS, na Unidade de Saúde Vila Gaúcha.

O controle social sobre os serviços públicos sempre foi fortemente exercido pelas lideranças e associações da região, em número de 148, agrupadas através da União de Vilas da Grande Cruzeiro, União Santa Teresa, Conselho Popular da Glória e Conselho do Cristal. Esse controle é exercido pelas diversas instâncias do movimento popular, pelos fóruns do Orçamento Participativo e, no caso da saúde, pelo Conselho Distrital de Saúde, que existe desde o ano de 1980.

O Conselho Distrital de Saúde, ainda denominado de Conselho Local, por sua extraordinária história de lutas, trouxe inúmeras conquistas para a região e para a cidade. Entre elas merece destaque a municipalização, ocorrida em 1988, do serviço de emergência existente no PAM3 - Posto de Assistência Médica da Vila dos Comerciantes, originalmente vinculado ao governo federal (INAMPS) e posteriormente estadualizado. Ainda na década de 80, em uma oportunidade, os membros do Conselho Local realizaram visita surpresa, acompanhados da imprensa, para denunciar a existência de ambulâncias públicas, em condição de uso, paradas num depósito da Secretaria de Saúde do estado, enquanto a população sofria pela falta desses veículos para remoção aos hospitais. Foi decisiva também a articulação da então denominada CLIS IV (Comissão Local Interinstitucional de Saúde da região IV) para que, em 1995, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) não permitisse a aprovação de proposta do governo municipal quanto ao estabelecimento de um convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, através do qual, esta instituição contrataria os recursos humanos que viriam a atuar no futuro Centro de Saúde

Bom Jesus, que acabou sendo criado em 1996 com recursos totalmente públicos. Aquela perspectiva foi interpretada como um ameaça aos interesses públicos e à efetiva consolidação do SUS na cidade, por tratar-se de entidade privado-filantrópica. A CLIS IV, posteriormente denominada CLS IV sempre esteve representada e atuando fortemente na Comissão de Fiscalização do CMS, encarregada de fazer o controle sobre prestadores públicos e privados conveniados ao SUS. Muitas foram as oportunidades em que os membros deste Conselho exerceram efetivamente sua cidadania e o controle social preconizado pelo SUS. Este papel continua sendo exercido, apesar das dificuldades atuais decorrentes dos inúmeros fóruns em que a população vem sendo chamada a atuar. A efetiva integração entre técnicos e usuários permite a saudável discussão e influência positiva sobre a política de saúde local.

Atualmente a região dispõe de um Conselho Gestor implantado na U.S. Belém Velho e de uma Câmara Técnica no Hospital Parque Belém.

## Gerência Distrital de Saúde da Região Leste/Nordeste

Região Leste: Pop. 117.981 hab.

Região Nordeste: Pop. 29.850

### **Organização da Atenção à Saúde**

Implantação de quatro equipes do Programa de Saúde da Família e uma Unidade de Saúde;

Referência regionalizada para odontologia e nutrição;

Territorialização das Unidades Básicas de Saúde

Realização de interconsultas entre equipe de Saúde Mental e Nasca;

Participação das Unidades de Saúde do GHC e do Campus aproximado da PUC nas reuniões semanais do Colegiado Distrital.

Participação atuante da Gerência Distrital na elaboração da Política de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde;

### **Intersetorialidades**

Os serviços de saúde participam de Rede Integrada da Criança e do Adolescente das Regiões Leste/Nordeste;

Participação das Unidades de Saúde nos Comitês Regionais do Programa “Fome Zero” da Região Leste e Timbaúva;

Adesão das Unidades da Saúde da Gerência Distrital ao Programa Programa de Execução de Medidas Sócio Educativas.

## **Trabalho na Saúde**

Capacitação de auxiliares de enfermagem para a realização da vacina BCG;

Capacitação de médicos para inserção de DIU;

Consultoria em Saúde Mental;

Capacitação da Atenção Básica para uso de psicofármacos.

## **Gestão Participativa**

Participação efetiva da Gerência e Serviços de Saúde nas reuniões dos Conselhos Distritais;

Participação dos Serviços de Saúde nos Conselhos Locais:

Conselhos Locais Implantados: US Chácara da Fumaça, PSF Safira, PSF JD Carvalho e PSF Milta Rodrigues.

Em fase de implantação: US Vila Jardim.

## **Gerência Distrital de Saúde da Região Noroeste- Humaitá/ Navegantes e Ilhas**

A Gerência Distrital Noroeste/ Navegantes/Humaitá/Ilhas foi criada em junho de 2002, completando assim o processo de descentralização gerencial na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. O território de abrangência é formado pela Região 1, Navegantes/Humaitá/Ilhas, e Região 2, Noroeste, do Orçamento Participativo.

A população total do território, segundo dados do censo 2000, é de 180.896 pessoas, sendo que 50.063 delas pertencem a região Navegantes/Humaitá/Ilhas e 130.803 a região Noroeste. A gerência distrital apresenta acentuado contraste quando comparamos os indicadores de vulnerabilidade. A região Noroeste, com uma população em torno de 131.000 habitantes, possui 7.800 pessoas em situação de vulnerabilidade, representando 5,94% do total. Já a região Navegantes, Humaitá e Ilhas, de uma população de 50.063 habitantes, 53%, ou seja, 26.700 hb estão em situação de vulnerabilidade.

Neste território, no que concerne a atenção primária à saúde estão localizadas as Unidades com gerenciamento direto da SMS:

### **Região Humaitá/ Navegantes/ Ilhas:**

- Ilha da Pintada, situada no bairro Arquipélago;
- Ilha dos Marinheiros, situada no bairro Arquipélago;
- CS Navegantes, situado no bairro Navegantes;
- UBS Vila Farrapos, situada no bairro Vila Farrapos;
- UBS Diretor Pestana, situada no bairro Humaitá.

**Região Noroeste:**

- CS IAPI, situado no bairro IAPI;
- PSF Nazaré, situado no bairro Parque São Sebastião, Vila Nazaré;
- Vila Ipiranga, situada no bairro Vila Ipiranga.

**E sob a responsabilidade da Gerência de Saúde Comunitária do GHC, as Unidades:**

- Santíssima Trindade, situada no bairro São João ( Vila Dique );
- Vila Floresta, situada no bairro Vila Floresta;
- Jardim Itu, situada no bairro Jardim Itu;
- Nossa Senhora da Conceição, situada no bairro Cristo Redentor.

Das oito Unidades sob gerência direta da SMS, cinco contam com Conselho Local de Saúde (anteriormente chamado de Conselho Gestor ) instalado e atuante, e das quatro Unidades vinculadas ao GHC, três têm conselho implantado. No âmbito da Gerência Distrital, estão instalados e atuantes dois Conselhos Distritais de Saúde.

O CD Noroeste realiza reuniões mensais no Centro de Saúde IAPI. No final de 2003, foi eleita a nova coordenação, tendo como proposta principal implantar conselhos locais em todas as unidades de saúde da região. Para facilitar este processo, o grupo está organizando um seminário voltado à comunidade desta região com objetivo de esclarecer sobre: o que é, quem compõe e quais as atribuições de um conselho local.

No CD Navegantes/ Humaitá/Ilhas, as reuniões, com periodicidade quinzenal, estão programadas para terem local de realização alternado entre o CS Navegantes e outra localização acordada com a comunidade. O objetivo é propiciar uma maior participação da população nas reuniões. Esta organização foi implantada no ano de 2003 como resposta a uma avaliação sobre o funcionamento do Conselho e definida como estratégia para aproximar as discussões das comunidades, que, muitas vezes, estão centradas em suas peculiaridades microrregionais.

## Gerência Distrital de Saúde da Região Norte / Eixo Baltazar

A região Eixo Baltazar é constituída pelo Bairro Passo das Pedras e por uma parte do Bairro Rubem Berta. Possui 90.552 habitantes, destes, 42.501 são homens (46,93% do total) e 48.051 são mulheres (53,06% do total). A região Norte é constituída pelo Bairro Sarandi e por outra parte do Bairro Rubem Berta. Possui 90.932 habitantes, destes, 43.712 são homens (48,07% do total) e 47.220 são mulheres (51,92% do total).

A região Eixo Baltazar apresenta muitas áreas vazias, condição que predispõem às ocupações irregulares e reassentamentos. Os próprios dados do IBGE, em algumas áreas da região, não são compatíveis com a realidade atual, uma vez que, após o censo de 2000, já ocorreram várias ocupações, como é o caso das Vilas Amazônia, Laranjeiras, Santa Clara, Dom Pedro II, Beco dos Coqueiros, Passo das Pedras II, Unidos, as quais abrigam, continuamente, novos ocupantes, e de reassentamentos regulares como são os casos do Loteamento Santa Maria e do Conjunto Residencial Costa e Silva, que seguem recebendo novos moradores de áreas de risco de outras regiões. As ocupações irregulares trazem agravos na área da Saúde, especialmente no que se refere às precárias condições de qualidade de vida, com moradias insalubres, saneamento básico inexistente ou deficitário, abastecimento de água irregular, o que predispõem ao adoecimento. Além disso, esse

processo interfere na criação e organização de referências na rede de serviços básicos de saúde, pois estas áreas extrapolam a capacidade instalada das unidades de Atenção Primária da Região, que estão organizadas e planejadas para dar conta de uma determinada população.

Apenas uma média de 55,0% das famílias da região Eixo Baltazar reside em domicílios próprios quitados, enquanto que 45,0% vivem em condições instáveis em relação à moradia. Considerando as famílias que se apresentam na condição de aquisição da casa própria este índice sobe para 81,65%, situação melhor do que a de várias regiões da cidade e da média do município. Na Região Norte, uma média de 56,41% das famílias reside em domicílios próprios quitados, enquanto que mais de 40,0% vivem em condições instáveis em relação à moradia. Considerando as famílias que se apresentam na condição de aquisição da casa própria, este índice sobe para 75,89%, situação igualmente melhor do que várias regiões da cidade e da média do município. Conhecendo a realidade de moradia da região entretanto, sabemos que muitas famílias, embora possuam domicílio próprio, vivem em condições extremamente insalubres e inadequadas.

Estima-se que 3,31% dos domicílios da região Eixo Baltazar e 4,42% dos domicílios da Norte abrigam sete ou mais moradores. Comparadas às demais regiões, a Eixo Baltazar é a 4ª e a Norte a 8ª em relação aos melhores indicadores.

As regiões Eixo Baltazar e Norte apresentam-se na 4ª (5,69% de pessoas não alfabetizadas) e na 9ª posições (7,58% de pessoas não alfabetizadas), respectivamente, em relação aos menores índices de analfabetismo para a cidade.

A região Eixo Baltazar é a 6ª (com R\$ 872,91) e a Norte a 4ª (com R\$ 632,86), em menor média de renda mensal dos responsáveis por domicílio. A Eixo Baltazar possui uma média de 5,98% e a Norte uma média de 7,10% dos responsáveis por domicílios que não possuem renda. Na região Eixo Baltazar, a média de renda mensal de 36,61% dos responsáveis por domicílio é de até três salários mínimos, sendo que, destes, 8,03% recebem menos do que um e 28,57% entre um a três. Na região Norte, a média de renda mensal de 47,88% dos responsáveis por domicílios é de até três salários mínimos, sendo que destes 11,27% recebem menos do que um e 34,35% entre um a três.

As regiões Eixo Baltazar e Norte estão nas 3ª e 7ª posições, respectivamente, em relação aos melhores índices quanto ao abastecimento de água, com 98,17% e 96,12%, respectivamente, dos domicílios particulares com pelo menos um cômodo com água canalizada.

Em relação ao esgotamento sanitário ligado à rede geral de esgoto ou pluvial, as regiões Eixo Baltazar e Norte estão na 3 e 6ª posição, respectivamente, em relação aos mais baixos índices, com apenas 16,37% e 29,08%, respectivamente, dos domicílios particulares permanentes. Elas possuem as mais altas médias, 76,70% e 59,81%, respectivamente, de fossa séptica em relação às demais regiões da cidade, sendo que este é o meio principal de esgotamento sanitário de ambas. A maior parte dos domicílios, o equivalente a 79,27%, da Eixo Baltazar, possui apenas um banheiro. A maior parte dos domicílios da Norte, o equivalente a 79,78%, possui apenas um banheiro.

As regiões Eixo Baltazar e Norte estão nas 7ª e 11ª posições, respectivamente, em relação as melhores médias de coleta de lixo por serviço de limpeza, com 96,37% e 95,64% dos domicílios, respectivamente; nas 6ª e 14ª posições, respectivamente, em relação aos menores índices quanto à proporção de lixo queimado (0,36% e 1,61% respectivamente); nas 4ª e 6ª posições, respectivamente, entre os piores indicadores para lixo jogado em terreno baldio e rios com 0,80% e 0,70% dos domicílios, respectivamente.

Embora a Região Eixo Baltazar presente, no geral, indicadores sociais de melhor qualidade de vida do que a Norte é importante salientar que a última apresenta

maior homogeneidade no todo do seu território, enquanto que primeira apresenta variações muito significativas entre as suas micro-áreas. Muito embora as Regiões Norte e Eixo Baltazar apresentem médias intermediárias de qualidade de vida, quando comparadas às demais regiões da cidade, se observarmos as diferenças internas constata-se que algumas comunidades, como por ex. Beco dos Coqueiros, Passo das Pedras II, Vila Amazônia, Vila Unidos (Eixo Baltazar), Vila Vitória da Conquista, Minuano, Asa Branca, Ipê São Borja, Fraternidade (Região Norte) apresentam indicadores sociais equivalentes às regiões com maior vulnerabilidade social. Encontramos, em algumas destas comunidades, índices de 18% de analfabetismo, 14% de domicílios sem banheiro, 50% de esgotamento sanitário em fossa rudimentar, vala, rio. . .

O território da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar é composto por micro-áreas com perfis de morbi-mortalidade diferenciados e específicos, em decorrência das próprias condições de vida. A expectativa de vida muda significativamente entre as diferentes micro-áreas, bem como as causas de adoecimento e morte. Nos territórios das unidades de Saúde dos PSFs Passo das Pedras II e, principalmente, Beco dos Coqueiros e Asa Branca ocorre um alto índice de mortes por homicídios. No Beco dos Coqueiros, as pessoas morrem cedo. Existem menos idosos e mais crianças do que a média do município. Especialmente nos territórios das unidades Nova Brasília, São Borja, Beco dos Coqueiros, Planalto, Jenor Jarros e Asa Branca, o índice de natalidade é bem maior, enquanto que os territórios das unidades Assis Brasil, Passo das Pedras, São Cristóvão, Nova Gleba apresentam um alto nº de idosos. Por isso, precisamos que os serviços de saúde estejam atentos à composição etária e as decorrentes necessidades em saúde dos grupos humanos do seu território.

A mortalidade infantil por afecções do período perinatal aumentaram em 2001 em comparação a 1998, na cidade, e, principalmente nas regiões da GDS, representando 70,6%, na Eixo Baltazar e 54,5%, na Norte, o que significa que, o maior índice de mortalidade infantil está concentrado entre a 21ª semana de Gestação e os primeiros 27 dias de vida. Isto é um alerta para a qualificação da atenção à gestação e aos cuidados com o RN, principalmente nos primeiros dias de vida, com vista à redução da mortalidade infantil. As doenças do aparelho respiratório, na GD, apresentam decréscimo. Na região Norte passou de 2ª para 3ª causa de morte e na Eixo Baltazar, já não aparecia em 1998 e segue não aparecendo como uma das maiores causas de mortes em crianças de até um ano de vida. As anomalias congênitas são a 2ª causa de morte infantil nas duas regiões.

A prematuridade e o baixo peso estão relacionadas às afecções do período perinatal, responsáveis por 70,6% , na Região Eixo Baltazar, e 54,5%, na Norte. O território da GDS Norte / Eixo Baltazar, em relação aos recém-nascidos prematuros, apresenta média histórica em torno da mesma média do município. Entretanto o Bairro Passo das Pedras tem apresentado, nos últimos anos, indicadores de maior risco em relação a prematuridade dos recém-nascidos do território. Não dispomos de dados, por Bairro, em 2001, entretanto observou-se, nas regiões, os maiores índices dos últimos anos, principalmente na Eixo Baltazar (composta pelo Bairro Passo das Pedras e por parte do Rubem Berta) equivalente ao maior índice regional de RNs prematuros e bastante acima da média da cidade. O Bairro Passo das Pedras também apresenta indicadores de alto risco em relação aos recém-nascidos de baixo peso. Suas médias, nos últimos anos estão bastante acima das da Região da GDS, de Porto Alegre e da maior média regional. Em 2001, as Regiões da GDS apresentaram os maiores índices, dos últimos anos, de RNs com baixo peso. Na Região Eixo Baltazar, aproxima-se ao maior índice regional, sendo maior que a média do município.

Os coeficientes de mortalidade infantil das regiões Norte/Eixo Baltazar, considerados os últimos anos, são altos e estão acima dos índices para a cidade. Embora

tenha havido redução nos coeficientes de mortalidade, os índices das regiões se mantêm acima da média da cidade, com exceção da Eixo Baltazar, no ano de 1997. Nesse sentido, não foi possível alterar as posições da GDS em relação aos indicadores das demais regiões. Entretanto, nos anos de 2000 e 2001, os índices de mortalidade infantil das regiões Norte e Eixo Baltazar, além de diminuírem em relação aos anos anteriores, também apresentam variação para menor em relação aos índices do município.

Coeficiente de mortalidade infantil das regiões Norte / Eixo Baltazar

ANO	NORTE	EIXO	MÉDIA DA GDS NORTE/EIXO BALTAZAR	PORTO ALEGRE	MELHOR ÍNDICE	PIOR ÍNDICE
1997	16,0	12,8	14,40	15,68	5,9 (Extremo Sul)	27,7(Nav./Hum./Ilhas)
1998	19,5	17,6	18,55	16,25	7,2 (Extremo Sul)	27,4 (Nordeste)
1999	13,7	13,5	13,60	12,19	3,5 (Extremo Sul)	19,2 (Nav./Hum./Ilhas)
2000	12,5	12,6	12,55	14,8	8,0 (Cristal)	24,2 (Restinga)
2001	12,5	12,6	12,55	14,19%	8,0 (Cristal)	24,2 (Restinga)
2002				13,93%		

Se considerarmos os bairros que compõem o território da Gerência Distrital, observamos altas variações nos índices de mortalidade entre os mesmos. O Bairro Sarandi apresenta diminuição gradativa nos índices de mortalidade, de 1996 a 2000, enquanto que os Bairros Rubem Berta e Passo das Pedras apresentam um aumento significativo nos índices, especialmente em 1999, quando os índices de mortalidade no município foram os menores dos últimos anos.

Coeficientes de mortalidade Infantil da GDS Norte / Eixo Baltazar por Bairro.

Bairro/Região	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
Sarandi	13,2	12,9	15,3	9,2	10,6
Rubem Berta	5,2	12,5	16,7	13,1	11,5
Passo das Pedras	9,5	13,5	17,0	28,0	
Região Norte		16,0	19,5	13,7	12,5
Região Eixo Baltazar		12,8	17,6	13,5	12,6
Média GDS Norte / Eixo Baltazar		14,4	18,55	13,6	12,55
<b>Porto Alegre</b>	<b>18,43</b>	<b>15,68</b>	<b>16,25</b>	<b>12,19</b>	<b>14,8</b>

A mortalidade materna nos territórios da GDS diminuiu 75% de 1998 para 2001, enquanto na cidade houve uma redução de 50%. Em 1998 tivemos duas mortes maternas em cada uma das regiões. Em 2001 não tivemos nenhuma morte na Norte e uma morte na Eixo Baltazar.

No ano de 2001, as causas externas foram a 3ª causa de mortalidade geral, na Região Norte e a 5ª causa, na Eixo Baltazar. As causas externas foram a 3ª causa de mortalidade nas duas Regiões, na faixa etária dos cinco aos 14 anos; sendo a 1ª causa, na Norte, na faixa etária dos 15 aos 49 anos e, na Eixo Baltazar, a 1ª causa entre 15 a 19 anos e 2ª causa entre 20 a 49 anos. Os maiores índices de mortalidade por causas externas estão

na faixa etária entre a adolescência e adulto jovem. As principais causas são os homicídios e os acidentes de trânsito. Na Região Norte 50% das mortes por causas externas ocorreram por homicídio. Na Eixo Baltazar, esta proporção é ainda maior, representando 64,7%, sendo que o suicídio é a 3ª maior causa externa de mortalidade na região. Além da alta mortalidade por homicídio, identifica-se, ainda, na região, um alto índice de sobrevivência com seqüelas, em decorrência de agressões com uso de arma.

As doenças do aparelho respiratório, foram, em 2001, a 4ª causa de maior mortalidade geral na Região Norte e a 3ª causa na Eixo Baltazar. Na Norte foi a 2ª causa de maior mortalidade infantil em 1998 e a 3ª causa, em 2001. Na Eixo Baltazar, no ano de 2001, foi a 1ª causa de mortalidade em crianças menores de cinco anos e na faixa etária de cinco aos 14 anos. Foi a 5ª causa de mortalidade entre 20 a 49 anos e a 3ª na faixa acima dos 50 anos, em ambas as regiões.

As doenças do aparelho circulatório são a 1ª causa de mortalidade geral, em Porto Alegre, bem como nas regiões Norte e Eixo Baltazar. No Brasil, 27% do total de mortes ocorrem em função das doenças do aparelho circulatório. A hipertensão está relacionada à 1ª causa de mortalidade das Regiões da GDS e do município. Conforme dados do Ministério da Saúde, 25,0% dos casos de insuficiência renal, 80,0% dos casos de AVC e 60,0% dos casos e infarto do miocárdio estão relacionados à hipertensão. Estima-se para o território uma média de 21.648 hipertensos e 15.875 diabéticos.

As neoplasias são a 2ª causa de mortalidade geral, no município, desde 1980. Dados de 1998 e 2001, mostram que, também, nas regiões da GDS, as neoplasias são a 2ª causa de maior mortalidade geral.

## Gerência Distrital de Saúde da Região Partenon / Lomba do Pinheiro

A saúde e a doença são determinadas socialmente, conforme as condições de vida de cada cidadão e cidadã, em cada comunidade onde vivem. Cidadãos e cidadãs que vivem em situação de fragilidade e vulnerabilidades sociais estão mais predispostos ao adoecimento.

Indicadores sociais como desenvolvimento econômico, regularização fundiária, saneamento básico, limpeza urbana, educação, organização comunitária, entre outros, são determinantes da qualidade de vida e saúde dos moradores, tanto do Partenon quanto da Lomba do Pinheiro.

A Gerência de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro é constituída por sete bairros, cinco na região do Partenon e dois na região da Lomba do Pinheiro. A Região do Partenon conta com 120.682 habitantes e a da Lomba do Pinheiro com 58.031 habitantes, conforme censo de 2000. A Região do Partenon constitui-se por uma população mais madura (63%), enquanto a da Lomba, por uma mais jovem (43,5% menores de 22 anos).

Tem sido uma constante os reassentamentos, as ocupações irregulares e instalações de cooperativas habitacionais na Região da Lomba, além da ocupação desordenada e irregular nos morros e margens de arroios no Partenon.

Observa-se um elevado número de desempregados e subempregados, alto índice de analfabetismo e semi-alfabetizados e, alto índice de mulheres chefes de família nas áreas mais vulneráveis das duas regiões, o que remete a uma estreita relação com a mortalidade infantil.

A mortalidade infantil por anomalias congênitas e doenças infecciosas destaca-se em relação à cidade, o que constitui-se em alerta para a qualificação da atenção ao pré-natal e aos cuidados do recém-nascido e da criança no seu primeiro ano de vida.

Por outro lado, a mortalidade na infância (1-4 anos) por causas externas destaca-se consideravelmente em relação ao município, onde precárias condições sócio-econômicas ampliam a predisposição de pais, parentes e cuidadores às situações de injúrias (maus tratos, acidentes e negligência) contra as crianças.

Os maiores índices de mortalidade por causas externas concentram-se na adolescência e no adulto jovem (destacando-se a Região do Partenon, em relação à cidade e à Lomba do Pinheiro): acidentes de trânsito, homicídios e suicídios são as principais causas, já que este grupo humano apresenta-se como o de maior vulnerabilidade para o uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas.

As doenças do aparelho circulatório, neoplasias e as doenças do aparelho respiratório são as três principais causas de mortalidade geral em Porto Alegre, bem como nas Regiões do Partenon e Lomba do Pinheiro.

## Gerência Distrital de Saúde da Região Restinga/Extremo-Sul

O território de responsabilidade desta Gerência de Saúde compreende quase um terço da área da Capital, constituída pelas regiões do Orçamento Participativo que lhe dão nome, ou seja, Restinga – um grande bairro – e Extremo-Sul, uma região de outros sete bairros. Mescla realidades de grandes vazios demográficos com a de áreas superpovoadas; realidades de favelas, miserabilidade social, verdadeiros “amontoamentos humanos” com outras de níveis sócio-econômicos semelhantes aos de primeiro-mundo. Concentram-se também nesta região as propriedades rurais de Porto Alegre, o que dá ares de vida interiorana com uma cultura agrária, oferecendo uma qualidade de vida oposta àquela de aglomerados urbanos. Esta situação exige a responsabilidade de interagir e ser gestor de saúde em um cenário onde convivem realidades sociais tão diversas com características urbanas e rurais, com todas as suas dicotomias, tanto no que se refere aos entornos positivos quanto aos negativos e suas conseqüências.

Para oferecer acesso e acolhimento em saúde, o território conta com quatro postos de Saúde da Família, quatro unidades de saúde, além do Pronto-Atendimento da Restinga, atualmente conveniado com a Universidade Luterana do Brasil. Em todos estes serviços foi realizada intensa discussão com a participação da gerência visando à elaboração de propostas sobre o Controle Social do SUS e a constituição dos Conselhos Locais de Saúde. A GDS integra os Conselhos Distritais de Saúde da Restinga e do Extremo-Sul, fazendo-se presente em todas as reuniões. Atualmente vivencia-se um momento de dificuldades no que diz respeito à organicidade dos conselhos locais. Este esforço tem como objetivo debater a construção de propostas locais de saúde que considerem a realidade e as diversidades presentes no território.

Os indicadores de saúde apresentam enormes diferenças dentro deste território, constituindo um mosaico, colocando “ilhas” ricas e outras paupérrimas dentro de uma população de terceiro mundo. Constata-se clara separação entre as duas regiões, Restinga e Extremo-Sul, obviamente explicada nas diferenças entre elas, que vem desde sua gênese. A Restinga, por exemplo, foi criada para servir de local de despejo das famílias “retiradas” da

área onde, na década de sessenta, foi iniciada a construção da primeira perimetral. As famílias transferidas para a Restinga possuíam baixo nível sócio-econômico num país, na época, mergulhado em uma ditadura militar. Estas famílias foram “reassentadas” a vários quilômetros do perímetro central como estratégia de diminuir a visibilidade desta população e dos problemas sociais ligados a ela.

A região Extremo-Sul, por outro lado, foi constituída por famílias de realidade agro-pastoril, com construção de uma cultura de protagonismo e inclusão, gerando indicadores sociais que a colocam em um patamar bem melhor, em todos os níveis. O melhor exemplo disso são os indicadores que medem a distribuição da mortalidade proporcional em 2001, que pela ordem de causas de doenças com maior incidência apareciam as do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e, em quarto lugar as causas externas. Na Restinga a realidade é diferente, sendo que as causas externas aparecem já em segundo lugar, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório, que lideram em praticamente todo o planeta. Nos anos de 1999, 2000 e 2001, por exemplo, ocorreram 90 homicídios na Restinga, enquanto que, em todo o Extremo-Sul, 18. Isto, por si só já diferencia uma região com indicadores coerentes com os do município onde se situa, com outra, compatível apenas com países em guerra, em função dos índices de mortalidade por causas externas, principalmente no sexo masculino e na faixa dos 20 anos.

Quanto aos demais indicadores, o território apresenta particularidades, mas de uma maneira geral características semelhantes ao resto da cidade.

## Gerência Distrital de Saúde Sul/Centro-Sul

O território de responsabilidade desta Gerência de Saúde apresenta uma população de 177.962 habitantes, segundo o censo IBGE 2000.

Formada por dois distritos sanitários, Sul e Centro Sul, correspondentes a duas regiões do O.P., a Região apresenta certa homogeneidade quanto aos indicadores sociais, de saúde e de índice de desenvolvimento humano. Entretanto, ao analisarmos este território quanto as suas peculiaridades, constatamos que pode ser um perfeito representante do Terceiro Mundo, constituindo um mosaico em suas microáreas, apresentando comunidades e famílias de poder aquisitivo e qualidade de vida semelhantes as de países como a França, Itália ou mesmo a Alemanha; e outras, com realidades só comparadas aos países pobres da África, com suas carências e situação de miséria social. Vale destacar o fato de que estas realidades, severamente dicotomizadas entre si, apresentam facetas de contato direto, onde convivem, ou melhor, coexistem seres humanos completos de saúde, qualidade de vida e protagonismo social com aqueles que, por ter sido negado acesso às oportunidades, são os totalmente excluídos da sociedade.

Mergulhada neste Cenário, e para dar conta de responder às necessidades sociais em saúde desta região, a GD conta com 16 serviços de saúde – 10 USs e 6 PSFs -, além de se situar dentro destas fronteiras, o Hospital Vila Nova.

Os indicadores de saúde não destoam de forma significativa do restante da cidade, de maneira que as proposições, avaliações e implementações propostas para o município de Porto Alegre estão muito próximas daquelas propostas para esta GD.

Em relação ao Controle Social do SUS, o Conselho Distrital é atuante e orgânico. Foram realizadas, em todos os serviços e suas áreas de atuação, reuniões preparatórias entre a GD, os trabalhadores do SUS e a comunidade, com vistas a constituição dos Conselhos Locais de Saúde dos territórios dos Serviços, com ampla discussão sobre as Leis 8080 e 8142, contudo, enfrentamos um momento de grandes

dificuldades no campo da mobilização da sociedade, fazendo com que em vários momentos seja necessário recomeçar...

Importante destacar que a partir do ano passado, por orientação do gabinete do prefeito de POA, iniciou-se em todos os CARs, o planejamento Estratégico Situacional, como forma de tornar o serviço público mais ágil, resolutivo e comprometido como PMPA. Esta estratégia, além de aprofundar a responsabilidade e os laços entre as diferentes secretarias, tornou o Poder Público mais presente e mais parceiro com as comunidades, inaugurando um novo momento da construção da sociedade que almejamos, a partir do fortalecimento da Democracia Participativa.

## **RESOLUÇÕES DA IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE PORTO ALEGRE**

### **I – O DIREITO À SAÚDE**

1. Incentivar a participação da população nos conselhos locais de saúde e outros conselhos, garantindo a fiscalização nos serviços da rede pública e privada para a qualificação no atendimento. Constituir espaços de discussão nas comunidades sobre os desafios de construção do SUS, que não dependam de formalidades ou estejam inseridos em espaços de conferência.
2. Acabar com a discriminação dos usuários nos hospitais conveniados/contratados, no que se refere a: condutas técnicas (diferenças de condutas entre os pacientes do SUS, pacientes privados e de convênios), separação de espaços (ala do SUS, ala de convênios) e estabelecer condições mínimas de instalações para o atendimento dos pacientes do SUS.
3. Implantar o Observatório Social centralizado e ampliado (intersetorial - saúde, educação, segurança pública, assistência social e transporte), com publicação mensal dos informes de indicadores de fragilidades sociais. Discussão, com pauta fixa, sobre os indicadores no Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais para a criação da consciência do direito sobre as reais necessidades sociais em saúde da população (perfil epidemiológico, evolução e diagnóstico de patologias).
4. Garantir o acesso do usuário a consultas, exames, procedimentos e deslocamento para fisioterapia, por meio da melhoria do transporte, em especial do coletivo.
5. Assegurar o financiamento necessário ao SUS para assim garantir o Direito à Saúde.
6. Garantir o acolhimento e assegurar a saúde do idoso, construindo uma cidade protetora, inclusive com arquitetura compatível, conforme o estatuto do idoso.
7. Garantir a acessibilidade nos diferentes ambientes sociais, principalmente nos serviços de saúde, no que se refere à edificação, comunicação e sinalização, incluindo a revisão do planejamento dos serviços de urgência/ emergência.
8. Garantir o direito à saúde de forma ampliada, através de ações intersetoriais, envolvendo os setores: saúde, trabalho, meio ambiente, previdência e assistência social.
9. Realizar a II Conferência Municipal DST/AIDS no ano de 2004.

### **II- O TRABALHO NA SAÚDE**

10. Garantir que a formação profissional seja prioridade em todo o sistema de saúde, favorecendo a realização de trabalho efetivamente adequado às especificidades e necessidades do SUS.
11. Estender o compromisso do cumprimento das diretrizes e princípios do SUS da gestão das políticas de saúde às instituições de formação em saúde.
12. Responsabilizar e envolver os gestores das diversas esferas de governo e dos diferentes setores (Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia) através de uma articulação coordenada de modo a incidir na política de formação e qualificação dos profissionais de saúde, com vistas à adequação da formação ao perfil de trabalho requerido pelo SUS.
13. Encaminhar à 4ª Conferência Estadual de Saúde/RS e à 12ª Conferência Nacional de Saúde a proposta de que as responsabilidades da formação dos profissionais de saúde devem ser pactuadas entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC), havendo a necessidade de intercâmbio técnico entre as diversas instâncias de gestão.

14. Definir o perfil profissional necessário para o trabalho na saúde coletiva, adequando a qualificação e formação continuada a uma visão ampliada de saúde, à compreensão de necessidades sociais em saúde, bem como à aquisição de competências adequadas ao modelo assistencial.
15. Garantir que a definição e readequação dos currículos dos cursos de formação de profissionais de saúde, bem como a deliberação sobre a criação de novos cursos ocorram mediante a participação do Controle Social, bem como sua deliberação ocorra a partir de propostas oriundas destas instâncias, segundo os princípios do SUS e com base nos debates e acúmulos já existentes, capacitando os futuros profissionais para atuar nos distintos níveis de complexidade do sistema.
16. Fortalecer a co-participação das universidades no processo de gestão do SUS, com o comprometimento de reordenar os currículos dos cursos da saúde segundo as necessidades de trabalho do SUS, de forma que contemplem atividades multiprofissionais e interdisciplinares, assumindo compromissos de metas com suas cidades e regiões de inserção.
17. Incluir nos currículos de formação de profissionais de saúde, educação e assistência social o conceito de Redução de Danos.
18. Promover a capacitação permanente de trabalhadores e aprofundar o trabalho em equipe multidisciplinar, com vistas às competências de proposição e inovação em ações intersetoriais de modo a potencializar o uso de diversos recursos disponíveis nos serviços, e condição básica para o trabalho de acordo com os princípios do SUS.
19. Incluir o controle social na gestão das instituições de formação da área da saúde bem como nos conselhos profissionais.
20. Rever a política de criação de cursos de tecnólogos.
21. Garantir um percentual mínimo de investimento na educação em saúde nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, possibilitando um adequado financiamento para pesquisa e formulação de uma “política de formação para os profissionais do SUS”.
22. Criar mecanismos de incentivo financeiro que fortaleçam a organização de processos de educação permanente para os trabalhadores do SUS, adequando-os à sua inserção profissional e às necessidades do SUS, contemplando as diferenças étnicas e raciais, assim como os dados epidemiológicos e outros indicadores.
23. Determinar que quaisquer serviços de saúde que desenvolvam processos de educação permanente de trabalhadores ou estejam ligados à formação profissional, recebam estímulos financeiros, desconcentrando-se a exclusividade de incentivos como o FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa) aos Hospitais Universitários de Ensino.
24. Constituir um sistema de regulação pelo SUS, em nível estadual e nacional, da distribuição de bolsas e programas de residências segundo a formulação de política específica, incluídas as necessidades dos municípios, apresentando uma proposta de destinação das vagas de acordo com as necessidades epidemiológicas para as especialidades correspondentes, superando a atual auto-regulação corporativa.
25. Definir uma política para as especializações em serviço (residências), rearticulando a inserção de residentes nos serviços de acordo com os princípios e prioridades do SUS.
26. Investir na formação docente na área da saúde dentro dos princípios do SUS.
27. Incluir os componentes éticos e humanísticos inerentes à profissão de saúde, na formação profissional e aos programas de educação permanente, investindo não apenas em formação técnica continuada, mas adequando-a à especificidade do trabalho no SUS.
28. Qualificar e ampliar parcerias com instituições científicas para o desenvolvimento de programas de capacitação e gestão do trabalho em saúde resolutivos e eficientes.
29. Definir uma política para a realização de estágios curriculares nos serviços através de atividades que atendam às necessidades da população e que possibilitem aprendizados significativos à compreensão do modelo assistencial.

30. Revisar os convênios entre as Universidades e a Secretaria Municipal da Saúde, concernentes às atividades de estágio e/ou pesquisa curriculares nos seus serviços assistenciais e/ou espaços de gestão, no sentido de que estas atividades prevejam retorno e/ou contrapartidas de registro do incremento técnico desenvolvido ou conhecimento produzido, em benefício direto do serviço sede de sua experiência.
31. Manter projetos que oportunizem estágios para estudantes de graduação, de caráter interdisciplinar e voltados à saúde coletiva, em parceria com as três esferas de governo, como Estágios de Vivências/VER-SUS.
32. Orientar os cursos de extensão e de especialização em saúde, promovidos pelas Universidades, para a capacitação dos profissionais que já atuam na rede do SUS, com a finalidade de aumentar a resolutividade dos diferentes níveis de complexidade do sistema, com ênfase para o nível básico.
33. Criar parceria entre gestores municipais e instituições de ensino para a capacitação dos profissionais de saúde já atuantes na rede com vistas à implantação PROESF.
34. Estabelecer uma política clara de recursos humanos que oriente contratações vinculadas às necessidades da população, priorizando especialidades com maior estrangulamento na rede, e que garanta a reposição dos recursos humanos que saem do sistema.
35. Readequar a relação da equipe de saúde com a população atendida de acordo com critérios de equidade e prioridade, com vistas ao alcance do atendimento humanizado e integral, de acordo com a demanda e complexidade local, garantindo a resolutividade e demonstrando ao usuário a boa prática de atendimento.
36. Exigir a recomposição das equipes de PSF e/ou outras Unidades de Atenção Primária à Saúde com implementação de diversidade de categorias profissionais, favorecendo a integralidade da atenção à saúde.
37. Redefinir e ampliar os investimentos da política de capacitação para os trabalhadores em saúde, com a participação direta dos mesmos no estabelecimento de critérios e de prioridades.
38. Reforçar junto aos trabalhadores da saúde e à sociedade, a concepção de saúde determinada socialmente pelas condições de qualidade de vida.
39. Melhorar a resolutividade da rede de atenção à saúde, com ênfase na atenção básica, qualificando os profissionais em programas de educação permanente.
40. Elaborar e manter atualizados rotinas e protocolos e capacitar os profissionais, qualificando a gestão de recursos humanos no SUS tendo por objetivo a humanização do atendimento.
41. Criar mecanismos de estímulo ao trabalhador de saúde para que este produza conhecimento a partir de sua experiência/vivência, valorizando o trabalhador de acordo com a sua capacidade técnica, considerando a sua especificidade profissional sem prejuízo da polivalência necessária ao atendimento em saúde.
42. Criar programa de facilitadores internos através da identificação de profissionais do quadro próprio do SUS com perfil para desenvolver projetos de capacitação e qualificação dos trabalhadores, usando recursos próprios da instituição e reduzindo custos com a contratação de assessorias externas.
43. Capacitar profissionais de educação comunitária para detecção precoce e educação para o auto-exame de câncer de mama (e outros como, por exemplo, o câncer de boca).
44. Capacitar profissionais de saúde para o reconhecimento de uso e efeitos dos chás e fitoterápicos.
45. Promover capacitação dos profissionais de saúde da rede de atenção primária para diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de Anemia Falciforme, Doença Celíaca e Fenilcetonúria.
46. Qualificar os trabalhadores em saúde, em especial os de saúde mental, para o atendimento e tratamento de vítimas de violência doméstica, sexual e urbana, em todas

- unidades básicas de saúde, inclusive com a presença de psicólogos nas equipes. Reforçar a importância da capacitação destes profissionais para a atenção integral à saúde mental.
47. Investir em projetos que melhorem a relação dos trabalhadores com os usuários e que aproximem os trabalhadores de cada território com as respectivas comunidades locais, capacitando-os de modo a respeitarem as diferenças culturais dos usuários do sistema de saúde.
  48. Adequar a linguagem das equipes de saúde às condições sociais de vida das pessoas do território de sua responsabilidade.
  49. Capacitar os médicos na interpretação de exames diagnósticos (ecografias e radiologias), com propósitos de diminuir erros médicos.
  50. Providenciar a contratação ou capacitação de profissionais para operacionalizar equipamentos (ex. ecógrafo).
  51. Reestruturar os programas de inserção sobre responsabilidade dos gestores, garantindo o acolhimento a todo trabalhador do SUS, com o conhecimento das políticas de saúde, normas e diretrizes do serviço público.
  52. Criar regulamentação específica de maneira que os profissionais formados em universidades federais em cursos como especialização, mestrado e doutorado, dêem retorno aos serviços públicos, uma vez que foram beneficiados com recursos públicos.
  53. Criar mecanismos de compromisso dos trabalhadores com a instituição, através da contrapartida para a devolução dos investimentos em capacitação.
  54. Garantir que trabalhadores capacitados pela Secretaria Municipal de Saúde exerçam as funções para as quais foram capacitados.
  55. Comprometer as universidades com vistas à implementação da Reforma Psiquiátrica.
  56. Encaminhar ao Congresso Nacional posição das Conferências contra a regulamentação dos atos profissionais.
  57. Propor que os limites profissionais sejam estabelecidos pelas equipes, com as comunidades e com aprovação nos Conselhos distritais e/ou municipais de saúde.
  58. Criar planos de carreira, garantindo isonomia de salários, direitos e carga horária para todos os trabalhadores de saúde do SUS, independente da esfera de governo, de acordo com o estabelecido na Constituição Federal, Lei Federal 8.142/90 e das deliberações da 3ª Conferência Municipal de Saúde e da complexidade, formação e responsabilidade.
  59. Garantir a manutenção da mesa de negociação do SUS e da comissão para a formação do PCCV (Plano de Carreiras, Cargos e Vencimentos).
  60. Garantir o preenchimento de cargos em comissão na rede pública de saúde, considerando também a competência técnica.
  61. Diminuir o número de “cargos de confiança” com o aproveitamento dos funcionários concursados, de acordo com a capacidade técnica para cargos de chefia.
  62. Adequar os instrumentos de avaliação dos concursos e programas de educação continuada de forma que estejam direcionados à área de atuação, garantindo que os profissionais tenham afinidade com o trabalho.
  63. Reestruturar a política de inserção da PMPA e a criação de uma política de inserção na SMS, valorizando os profissionais de acordo com sua capacidade técnica.
  64. Promover eleições gerais e diretas de acordo com a capacidade técnica e disponibilidade para os cargos de chefia, estabelecendo um modelo gerencial democrático e participativo em todas as instâncias do SUS com vistas a melhorias das relações interpessoais, tanto nas equipes, quanto entre as equipes com as respectivas chefias.
  65. Acabar com a terceirização de servidores da saúde.
  66. Reforçar a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) junto aos dependentes químicos, promovendo a capacitação continuada dos ACS.
  67. Ampliar o nº de profissionais e de serviços, garantindo a diretriz de fortalecimento de equipes multidisciplinares.

68. Melhorar a gestão de pessoas do SUS, pois o processo de municipalização deixou em aberto a questão da gestão dos trabalhadores. Efetivar a regularização dos vínculos empregatícios para todos os trabalhadores do SUS, pois há diferenças entre os trabalhadores conforme seu vínculo (federal, estadual ou municipal).
69. Planejar adequadamente o sistema de substituição para todos os profissionais em férias e licenças, pois muitas vezes os serviços ficam descobertos, ocasionando sobrecarga de trabalho para quem fica.
70. Criar comissão para controle de custos, discutindo com os servidores os princípios da Gestão Pública e suas implicações. Rever o corte de verbas na saúde quando isso implica diminuição ou falta de medicamentos básicos e ausência de contratação de servidores especializados.
71. Realizar parceria Município-Estado para garantia de segurança dos locais de trabalho, garantindo a integridade física e patrimonial dos trabalhadores.
72. Estabelecer um cronograma que preveja a redução gradativa da precariedade das condições de trabalho dos profissionais de saúde, pois muitas vezes a estrutura é insuficiente para se trabalhar adequadamente.
73. Estabelecer um modelo democrático e participativo em todas as instâncias do SUS, valorizando os profissionais com uma política adequada de RH, além da formação de fórum de servidores em nível de gerências e secretaria para discussão dos processos e condições de trabalho na área da saúde, proporcionando redução do sofrimento psíquico dos trabalhadores pela falta de espaço em suas manifestações. Além disso, estimular projetos de “cuidados aos cuidadores”.
74. Disponibilizar apoio psicológico para os trabalhadores de saúde.
75. Realizar reuniões sistemáticas de servidores, promovendo mecanismos de valorização e reconhecimento do trabalho para os destaques positivos; ampliar os mecanismos de democratização da gestão do processo de trabalho e buscar o vínculo com os usuários.
76. Defender/ referendar os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador como uma importante estratégia política de atendimento ao trabalhador.
77. Criar, na Câmara de Vereadores, remuneração adicional para risco de vida e difícil acesso para os trabalhadores que realizam trabalho externo.
78. Garantir ao trabalhador de saúde, das três esferas de Governo, a criação de uma política de assistência integral à saúde do trabalhador tanto nos níveis preventivos quanto curativos e de reabilitação (assistências médicas, psicológicas, odontológicas, entre outros, inclusive lazer).
79. Melhorar as condições de trabalho, com atendimento integral aos servidores, com planos de saúde do trabalhador, com reestruturação da COPAST, aplicação das normas regulamentadoras referentes à saúde do servidor, desburocratização da perícia médica, garantindo a prestação de serviços com ética e biossegurança, além de facilitar o acesso.
80. Revisar o plano de atenção à saúde do trabalhador e servidor público das três esferas de Governo. Executar o Plano Municipal Saúde Trabalhador. Realizar a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.
81. Garantir, na organização do processo de trabalho das equipes de saúde, espaços de reflexão sobre sua prática de trabalho e valorizar estes espaços como produtividade da equipe.
82. Executar imediatamente a regulamentação pelo governo federal das ações de vigilância em saúde do trabalhador pelo SUS, especificamente da vigilância em ambientes de trabalho, garantindo na integralidade o disposto na NOST/SUS e nos Códigos Municipais/ Estaduais de Saúde.
83. Efetuar vigilância em saúde dos serviços públicos, através da avaliação permanente destes locais (equipamentos, materiais, instalações, infra-estrutura), com acompanhamento das condições de trabalho.

84. Aumentar a capacidade física de algumas Unidades de Saúde para propiciar melhores condições de trabalho.
85. Propor que as equipes do PSF (Programa Saúde da Família) e US (Unidades Básicas de Saúde) tenham melhor formação e apoio multidisciplinar para referência (médico+enfermeiro+odontólogo+três técnicos científicos definidos pelo perfil epidemiológico da região, além dos profissionais de nível médio e ampliação a critério da necessidade local), objetivando qualificar as ações de prevenção à saúde da população, favorecendo a integralidade da atenção.
86. Garantir política salarial para trabalhadores públicos que assegurem condições de vida e de integralidade da saúde (alimentação, transporte, moradia e educação).
87. Respeitar a ação dos conselhos de classe profissional desde que não ultrapasse a sua competência.
88. Implementar um processo de desburocratização dos serviços.
89. Garantir atendimento dos casos agudos nas unidades de saúde e a presença de todos os profissionais da equipe em tempo integral de funcionamento dos serviços.
90. Valorizar e qualificar a realização da anamnese e exame físico no trabalho clínico.

### **III- INTERSETORIALIDADE**

91. Estimular e fortalecer as ações intersetoriais realizando trabalho em rede intra e intersecretarias, com vistas à superação de situações de risco em saúde, decorrentes de indicadores de vulnerabilidade social como o analfabetismo, a baixa renda familiar, as precárias condições de saneamento e de coleta de lixo, com diretrizes claras e viáveis, investigando e implementando novas técnicas de relações entre os setores afins à saúde.
92. Promover ações visando conscientizar a população de que a intersectorialidade só se concretiza com políticas públicas integradas de habitação, educação, empregos, distribuição de renda, lazer e não apenas inserindo-se a atenção básica nas prioridades, mas qualificando também a atenção secundária e terciária.
93. Trabalhar a questão da Segurança Alimentar como proposta de prevenção em saúde de forma intersectorial.
94. Viabilizar a implantação do Programa Fome Zero às famílias com vínculo na atenção básica do seu território, através de parceria com a sociedade organizada e outras secretarias municipais, garantindo avaliação e o acompanhamento do risco nutricional.
95. Propor parcerias e integração com outros serviços em todas as esferas de gestão. Aumentar e melhorar a articulação das ações dos diversos serviços e esferas de governo, em conjunto com os movimentos sociais, trabalhando em rede.
96. Conscientizar que as ações de saúde exclusivamente não podem resolver os problemas que as determinam ou a alteração de demanda. As soluções requerem uma política de intersectorialidade, como por exemplo a construção de redes de atendimento, inclusive como já está proposto na Secretaria de Saúde de Porto Alegre.
97. Reforçar e fortalecer o papel dos Centros Administrativos Regionais na promoção de espaços sistemáticos e periódicos de participação popular com vistas a desenvolver um trabalho em rede intra e entre secretarias para a inclusão de pessoas, gerando respostas intersectoriais efetivas às necessidades sociais de território.
98. Articular a rede de ações entre o Estado e a comunidade, com serviços de diversas naturezas, estudando as necessidades destas comunidades e respondendo às mesmas de forma planejada, priorizando ações voltadas para os maiores fatores de risco.
99. Integrar as ações de Saúde com as ações de Assistência Social como política do executivo, através da instalação no mesmo espaço físico das equipes de saúde como forma de interação intersectorial para maior resolutividade às demandas da população.

100. Fortalecer os fóruns de discussão de políticas intersetoriais, através dos conselhos municipais e gestores, garantindo a participação efetiva dos trabalhadores em saúde e demais segmentos.
101. Planejar e executar as ações em saúde em conjunto com o total dos atores sociais e os setores institucionais e comunitários.
102. Dar viabilidade às trocas de experiências entre equipes multiprofissionais, aprofundando na prática a interdisciplinariedade, transdisciplinariedade e intersetorialidade, visando construir um melhor relacionamento, ampliar a utilização de recursos disponíveis e melhor articular os diversos saberes.
103. Estabelecer ações intersetoriais de assistência que também signifiquem melhoria e qualificação das informações que constam nos laudos periciais.
104. Estimular a atuação conjunta dos serviços de saúde com as ONGs (Organizações Não-Governamentais) para implementação das políticas de saúde pública. Integrar voluntários de ONG's e da sociedade civil organizada para fazer parte de projetos de esclarecimentos visando a ações de detecção e prevenção de doenças na população/comunidade.
105. Implementar serviços integrados que atendam Crianças e Adolescentes.
106. Garantir a acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência (PPDs) e com necessidades especiais aos diferentes locais públicos, através de rampas, principalmente em ambulatórios, salas de aulas e de eventos e em sanitários.
107. Garantir a integralidade de atenção aos PPDs, a partir da política de inclusão que contemple as questões psicossociais e não somente as que dizem respeito ao acesso físico e da comunicação.
108. Ampliar o Programa de Redução de Danos nos serviços de saúde.
109. Utilizar recursos da Prefeitura através de remanejamento intersecretarias.
110. Propor a presença da Guarda Municipal nas Unidades e postos com problemas de segurança.
111. Propor que as Secretarias Municipal de Transportes e a de Saúde (SMS) integrem mais os seus projetos, de modo a favorecer e viabilizar o acesso dos usuários aos locais de tratamento.
112. Levar a discussão do transporte para o Legislativo com objetivo de implementação de novos itinerários de transporte público.
113. Realizar “blitz” de saúde com a participação da comunidade, EPTC e Brigada Militar, fornecendo orientação sobre álcool / direção/ saúde.
114. Implementar uma política ambiental com geração de emprego e renda, promovendo a inclusão social.
115. Reaproveitar pneus velhos em acostamentos para diminuir acidentes e nunca queimá-los.
116. Articular o Ministério da Saúde com o Ministério de Ciência e Tecnologia, de modo a rever as tecnologias que podem ser produzidas no País e a otimização dos recursos externos, caso necessário.
117. Realizar a fiscalização de atividades irregulares com orientação/conscientização aos trabalhadores sobre os riscos à saúde associados ao lixo.
118. Instituir um instrumento formal de referência e contra-referência intersetorial para garantir que a atenção em saúde seja realizada de acordo com o princípio constitucional da integralidade das ações em saúde.
119. Capacitar profissional em cada serviço para entender a linguagem de sinais (LIBRAS).
120. Estender o conceito da área de abrangência aos demais aparelhos sociais (escolas, delegacias...) iniciando um movimento de compatibilização e unificação das áreas, permitindo uma atuação conjunta dos aparelhos e uma responsabilização dos incluídos sociais das áreas, reforçando os CARS.

#### **IV- CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

121. Incentivar produção científica intersetorial voltada à identificação de evidências condicionantes ou determinantes das alterações da qualidade de vida, incluindo a definição de diretrizes para todos os serviços que compõem a Rede de Atenção.
122. Utilizar a tecnologia da informatização e do conhecimento produzido nesta área, de modo a facilitar o acesso e o melhor atendimento à população, preservando o sigilo e respeitando a relação profissional-usuário.
123. Avaliar tecnologicamente e de forma crítica a incorporação de produtos e processos, por gestores, prestadores e profissionais dos serviços no âmbito do SUS, com melhor relação custo-efetividade.
124. Avaliar, incorporar e utilizar os avanços biotecnológicos no setor saúde, com ênfase na análise, gerenciamento e monitoramento da biossegurança, considerando as implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa.
125. Fortalecer as instâncias intersetoriais, interministeriais e das agências reguladoras, como é o caso da ANVISA e suas Câmaras Técnicas na avaliação da incorporação e disseminação de novas tecnologias em saúde, envolvendo equipamentos e medicamentos, visando ao acesso universal, equânime e ao uso racional das mesmos.
126. Investir e incentivar a criação de parcerias para a ampliação de conhecimentos e incorporação de tecnologias “leves” e “duras”, melhorando a capacitação dos trabalhadores da saúde em aspectos como a relação profissional/usuário e incorporando a educação permanente nos Serviços.
127. Instalar Câmaras Técnicas com a participação de representantes dos usuários, com garantia de composição multiprofissional, que definam, com base em evidências, quais medicamentos, testes e procedimentos devem ser providos e em que circunstâncias, segundo protocolos estabelecidos por consenso.
128. Constituir Comissões de Ética nas Secretarias Municipais de Saúde.
129. Investir na produção tecnológica nacional pública de saúde e no fortalecimento de uma rede de laboratórios públicos de saúde.
130. Empregar os recursos da Ciência e da Tecnologia de forma a garantir a inclusão social.
131. Comprometer as Universidades com a pesquisa no âmbito dos interesses e prioridades do SUS, de modo que seus projetos de avanços tecnológicos e de conhecimento qualifiquem o Sistema de Saúde brasileiro.
132. Incrementar a produção de medicamentos fitoterápicos com recursos nacionais, ao invés de vendê-los para o exterior.
133. Importar os sais para a produção de medicamentos.
134. Criar sistema de controle de qualidade dos exames e dos atendimentos dos prestadores de serviços próprios e dos contratados.

#### **V- ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE**

135. Definir a política Municipal de atenção integral aos dependentes químicos, inclusive retaguarda de internações, bem como capacitar os profissionais da rede básica para o acolhimento.
136. Consolidar a política de redução de danos para a cidade, garantindo maior abrangência das ações de prevenção e promoção da saúde com relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas, de forma integrada com outras instâncias governamentais e não-governamentais.

137. Descriminalização do uso de drogas.
138. Garantir que as políticas públicas implementadas pelos gestores na área de prevenção e tratamentos em Saúde Mental tenham a participação efetiva do governo em nível municipal, estadual e federal e da sociedade civil.
139. Ampliar o atendimento a usuários moradores de rua, adictos em drogas, álcool e outras dependências químicas por equipes especializadas nesta área de atuação.
140. Ampliar o número de CAPS no município, construir CAPS 24 horas com cobertura para dependentes químicos e implantar serviços que atendam crianças e adolescentes na área de saúde mental.
141. Abrir espaços para grupos de auto-ajuda, incluindo os alcóolicos e narcóticos anônimos, dentre outros.
142. Rever junto a Câmara Técnica do Hospital Parque Belém, bem como de outros hospitais, o número de leitos para atendimento de dependência química pelo SUS.
143. Dar continuidade e priorizar a construção da rede de atenção substitutiva em Saúde Mental, com referência para cada região do OP, contemplando a integralidade de ações desde a atenção básica, nas unidades de saúde e PSF até serviços de maior complexidade (equipes de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial para a infância, a adolescência, o adulto, e o uso álcool/drogas; ampliação de moradias protegidas e de geração de renda), reduzindo a necessidade de manicômios.
144. Redefinir o papel dos prontos-atendimentos e da equipe mínima em saúde mental e promover qualificação dos trabalhadores para o acolhimento na área.
145. Promover a inclusão da atenção em Saúde Mental nos serviços de urgências, PAs e atendimentos pré-hospitalar, garantindo o transporte, quando necessário, criando leitos em hospitais gerais, incluindo os atendimentos já prestados pelo SAMU.
146. Implantar trabalho específico na área de Saúde Mental às vítimas de violência doméstica.
147. Aprofundar a discussão com toda a cidadania sobre o acesso atual à rede de Saúde Mental municipal.
148. Criar grupo de trabalho com participação paritária da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde para verificar os atendimentos no CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
149. Criar uma equipe de Saúde Mental para a região Partenon e ampliar a equipe da Lomba do Pinheiro.
150. Implantação de equipe de Saúde Mental (Multidisciplinar) para referência da Atenção Primária, na abrangência da Gerência Distrital de Saúde Norte / Eixo Baltazar, instalando CAPS junto ao Centro Vida.
151. Qualificar a gestão dos serviços como um todo com regulação e capacitar formalmente as coordenações de Unidades/PSFs para o gerenciamento, hoje incipiente (Ex: Projeto GERUS).
152. Flexibilizar a organização do PSF em Porto Alegre, com implementação de diversidade de categorias profissionais, favorecendo a integralidade da atenção em saúde, considerando as experiências já existentes.
153. Implantação de serviços próprios regionalizados para realização de exames e procedimentos, otimizando as coletas nas Unidades Sanitárias e PSFs por profissional da área, aumentando, para isto, os recursos humanos e informatizando o atendimento.
154. Investir na ampliação da oferta de atendimento em saúde bucal, com a contratação de profissionais e ampliação das equipes existentes, estendendo a todos os serviços (US e PSF).
155. Reforçar a importância de haver melhores condições e habilidades para se realizar uma adequada anamnese nos atendimentos clínicos. Otimizar a capacidade instalada de todos os recursos humanos, respeitando no SUS um número de consultas preconizados que

permita garantir a sustentabilidade do sistema, o vínculo e a resolutividade das necessidades sociais dos usuários.

156. Planejar a aplicação de novos recursos a partir de necessidades levantadas pelos serviços, da avaliação da adequação de implementação de programas em cada território, bem como da valorização do grau de satisfação sobre o atendimento nas UBSs, encaminhando providências que levem em consideração um conjunto mais amplo de fatores e os usuários.

157. Prover as unidades assistenciais de recursos materiais e humanos suficientes às necessidades, com maior agilidade de consertos e planejamento eficaz de compras.

158. Qualificar e valorizar o gerenciamento das Unidade de Atenção Primária, construir instrumentos de avaliação dos serviços por indicadores.

159. Reavaliar a estrutura da atenção básica na Região das “Moradas da Hípica”.

160. Garantir que a proposta do PROESF seja amplamente discutida com os trabalhadores, revendo a composição da equipe, com vista à inclusão de outras categorias, conforme necessidade de cada território.

161. Rever a regionalização das policlínicas previstas no PROESF, de maneira a facilitar o acesso às respectivas especialidades.

162. Implementar na integralidade as Centrais de Regulação (Central de Consultas e Exames, e de Internação), racionalizando os agendamentos de consultas e exames especializados, considerando tempo, patologia e local de moradia dos usuários.

163. Ampliar a capacidade instalada do SAMU a partir das necessidades sociais em saúde da população, ampliando os critérios de atendimento, incluindo portadores de sofrimento psíquico, e intensificando a capacitação dos profissionais.

164. Implantar uma base do SAMU na região Centro Sul/Sul, na esquina Juca Batista com Estrada da Serraria, em terreno próprio da Prefeitura.

165. Resolver a precariedade de atendimento nos serviço de emergência de todos os hospitais vinculados ao SUS em especial quanto ao espaço físico, com freqüentes superlotações, falta de privacidade dos pacientes, falta de informações e /ou imprecisas, restrição de acesso dos responsáveis, longa permanência com agravamento do quadro ou morte, permanência em bancos, cadeiras, macas inadequadas e a não observância dos princípios de direito das crianças e adolescentes, idosos e pessoas deficientes e do código de defesa do consumidor.

166. Ampliar imediatamente para 24h o funcionamento no PA Lomba do Pinheiro.

167. Criar um serviço de pronto-atendimento para a Região Partenon.

168. Garantir o atendimento de urgência e emergência 24h, no atual posto ULBRA-Restinga (pelo município ou parceria).

169. Criação de uma comissão, a partir da Secretaria Municipal de Saúde, para avaliar a viabilidade de aumento do número de exames realizados pelos laboratórios municipais visando à ampliação de oferta, observando as áreas geográficas. Esta comissão terá a incumbência de analisar tecnicamente as condições para implementação e estabelecer os requisitos técnicos e a infra-estrutura necessária, com representação dos laboratórios, das unidades de saúde municipais, gerência de regulação dos serviços de saúde e do gabinete da Secretaria Municipal.

170. Rever a missão dos hospitais em Porto Alegre a fim de contemplar as necessidades municipais e/ou regionais, de maneira a ampliar as vagas do SUS nas instituições conveniadas e ocupar efetivamente a capacidade de atendimento dos hospitais públicos.

171. Implantar o projeto Acolhimento em todos os níveis de assistência, inclusive nos hospitais, com sensibilização dos trabalhadores e chefias.

172. Organizar os agendamentos eletivos de maneira que não haja necessidade de entrar em filas de madrugada.

173. Garantir acolhimento diferenciado para grupos étnicos específicos, como os índios Kaingang e Guarani e para os Afro-brasileiros.

174. Implementar a territorialização em todo o sistema, sendo que o atendimento de moradores de cada Distrito Sanitário deverá ser priorizado em relação aos demais usuários.
175. Garantir a cobertura de todos moradores de Porto Alegre na Atenção Primária em Saúde, investindo no acolhimento, com a definição dos territórios de cada serviço, intensificando as estratégias do PSF e aumentando o número de equipes nas áreas mais vulneráveis da cidade e em áreas descobertas.
176. Ampliar o horário de atendimento em todas as Unidades de Saúde de Porto Alegre conforme as necessidades locais.
177. Ampliar o quadro de RH na área da Clínica Geral (ou Médicos Gerais Comunitários), que se apresenta insuficiente para responder às necessidades sociais em saúde do território.
178. Contratar terapeutas ocupacionais para compor as equipes.
179. Garantir que o gestor municipal invista na capacitação, forneça insumos e recursos de apoio, e assim possa exigir resolutividade na atenção primária à saúde; liberando, deste modo, a rede secundária/especializada para as situações mais prioritárias.
180. Estabelecer política de RH para os servidores municipalizados.
181. Diminuir a burocracia nos Postos de Saúde (perde-se muito tempo escrevendo em relação ao tempo em que efetivamente se atende o usuário).
182. Garantir que o usuário possua um cartão de saúde com os dados do seu prontuário.
183. Implantar prontuário eletrônico dos pacientes, possibilitando o acesso rápido às informações por parte dos trabalhadores em saúde e dos usuários.
184. Implementar o uso sistemático da referência e contra-referência, qualificando o vínculo do usuário com a unidade de saúde e o profissional que o acompanha e desenvolver métodos de avaliação desta prática.
185. Garantir diagnóstico e tratamento imediato às pessoas portadoras de câncer, destacando-se o câncer de mama, colo de útero e próstata, visando a reduzir a mortalidade.
186. Incluir fitoterápicos, homeopatia e acupuntura na rede de atenção primária para o tratamento das doenças e agravos à saúde, em que haja evidência científica de sua eficácia.
187. Ampliar a área de atuação dos programas de fonoaudiologia, divulgando e capacitando a rede para aplicação no SUS.
188. Garantir atenção multidisciplinar aos usuários acamados.
189. Criar política de atendimento aos portadores da anemia falciforme como uma questão de saúde pública, garantindo financiamento e capacitação dos profissionais de saúde.
190. Implementar nas comunidades ações em saúde que visem ao resgate de valores familiares e sociais.
191. Definir entre o uso dos termos “Atenção Primária à Saúde” (APS) ou “Atenção Básica da Saúde”, visando a padronizar a nomenclatura utilizada.
192. Revisar a legislação vigente garantindo que os alimentos de origem animal (do matadouro a agroindústria) sejam inspecionados e fiscalizados pela vigilância sanitária do SUS.
193. Implementar a inspeção de todos os alimentos pela vigilância sanitária nos três níveis de governo.
194. Ampliar as ações de vigilância em saúde, descentralizando-as por territórios e qualificando o mapeamento dos riscos à saúde.
195. Considerar o saneamento ambiental como questão de saúde pública, trabalhando o lixo como prioridade.
196. Implementar efetivamente as ações de vigilância nos ambientes de trabalho nas instituições públicas e privadas, intervindo nas causas e desenvolvendo políticas de cuidado e promoção à saúde dos trabalhadores.
197. Imediata publicação de portaria interministerial que regulamente a vigilância em ambientes de trabalho pelo SUS.

198. Criar legislação para reembolso do SUS dos atendimentos de usuários de planos de saúde.
199. Garantir que os planos de saúde ofereçam integralidade na atenção no momento de seu credenciamento. No caso dos planos já existentes e credenciados, que não oferecerem integralidade, que efetuem o ressarcimento dos recursos financeiros aos usuários transferidos para o atendimento pelo SUS.
200. Exigir ressarcimento dos planos de saúde dos atendimentos de alta complexidade.
201. Impedir a possibilidade de migração de usuários de planos de saúde diretamente para a alta complexidade.
202. Definir o papel do gestor estadual na organização da assistência farmacêutica no Estado.
203. Implantar uma política de assistência farmacêutica que garanta o abastecimento de medicamentos com qualidade, equidade e universalidade, garantindo o acesso aos medicamentos durante 24 horas nos PAs e hospitais.
204. Fornecer medicações especiais e as incluídas em programas (hipertensão, diabetes) nas unidades de saúde de atenção primária.
205. Fortalecer a ampliação da rede de serviços próprios, no que se refere a apoio e diagnóstico, Saúde Mental e política farmacêutica.
206. Implantar uma Política de Reabilitação no Município de Porto Alegre, com participação do Controle Social, organizando uma rede de serviços e ações intersetoriais e interinstitucionais, definindo as atribuições em cada serviço e as referências especializadas para as regiões, contemplando órteses e próteses e com a agilização do acesso aos procedimentos cirúrgicos.
207. Realizar um Seminário Municipal para definição de uma política de reabilitação com a participação das instituições governamentais, profissionais da área e usuários PPDs.
208. Implantar imediatamente o ambulatório de DST-AIDS em todos os Centros de Saúde de Porto Alegre, onde não haja este serviço, garantindo infra-estrutura e pessoal, sendo que até o final do ano de 2003 este serviço seja oferecido no CS Vila IAPI.
209. Garantir a realização e acompanhamento no nível municipal das questões assumidas na ‘Declaração de Compromissos’ referentes à UNGASS (Assembléia Especial da ONU sobre Hiv/Aids) relacionados à prevenção das DST/Hiv/Aids e assistência às pessoas que vivem com Hiv/Aids.
210. Implementar programa de atendimento emergencial as vítimas de violência nas unidades de referência, com disponibilização imediata de medicação preventiva para DST – HIV, gravidez indesejada, assim como de adequado atendimento psicológico.
211. Criar ou instalar, em parceria, unidade de assistência de obstetrícia de baixa complexidade em policlínicas para atendimento de demandas regionais.
212. Detectar e tratar, precocemente na infância, distúrbios de: audição, fala, deglutição, visão e mental.
213. Melhorar e ampliar o atendimento às políticas da criança e do adolescente, bem como capacitar os profissionais para isso.
214. Garantir a implantação da iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul e no Brasil.
215. Incluir a educação alimentar nos programas de saúde e garantir a atenção às crianças com risco nutricional.
216. Implementar maior agilidade no processamento de exames da Saúde da Mulher, destacando a resolutividade para prevenção e tratamento do câncer de mama.
217. Propor e discutir com a comunidade política de planejamento familiar.
218. Necessidade de uma política para o idoso igual em toda cidade, priorizando as regiões onde esta população se concentra mais.

219. Implementar uma política de atenção integral à saúde do trabalhador para toda a rede no município de Porto Alegre, respondendo às necessidades de cada território, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
220. Garantir a implantação do SIST em toda a rede e divulgar os dados a fim de subsidiar o planejamento das ações em saúde do trabalhador.
221. Mudar as estratégias das campanhas de prevenção de forma a torná-las mais racionais, educativas e conseqüentes.
222. Buscar verbas com destinação para :infra-estrutura, RH, ações educativas de promoção à saúde, equipamentos e insumos.
223. Priorizar a destinação das verbas para Atenção Primária com ênfase nas ações de promoção e proteção à saúde.
224. Ampliar as visitas domiciliares das equipes de saúde dos PSFs e Unidades Básicas de Saúde para a prevenção e o cuidado à saúde.
225. Que não se substituam as campanhas de prevenção por maior oferta de atendimento de rotina.
226. Reorganizar os serviços de saúde, revendo as práticas profissionais e transformando o modelo de atenção de forma a inverter a lógica do reforço da doença para que se valorizem mais as ações produtoras de saúde.
227. Priorizar e investir na prevenção de forma permanente, alcançando os objetivos da Organização Mundial de Saúde.
228. Municipalizar a rede assistência de saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo.
229. Priorizar uma política de atenção integral para a população em situação de rua, de áreas de risco e/ou em situação de vulnerabilidade social ,assim como das doenças étnicas que levam ao óbito.
230. Organizar em todas as gerências distritais de serviço as mesmas diretrizes, com definição de critérios e prioridades, respeitando a especificidade de cada território.
231. Avançar na conformação efetiva de uma rede de atenção e cuidados à saúde, ampliando a cobertura em todos os níveis de atenção.
232. Avançar no acesso às especialidades, buscando-se dar mais agilidade na oferta, com superação da falta de recursos humanos nas áreas de maior estrangulamento de atenção. Replanejamento da rede hospitalar no que se refere ao nível secundário de atenção e ampliação de policlínicas com o intuito de aumentar a oferta de atendimento secundário.
233. Integrar os serviços existentes na rede de forma que o fluxo facilite o acesso a resolutividade aos usuários.
234. No planejamento da atenção, considerar as distâncias geográficas e a dificuldade de acesso de cada região aos serviços de oferta na central da cidade.
235. Ampliar e facilitar o acesso ao sistema de oferta a meios diagnósticos a fim de desenvolver métodos com tecnologia apropriada nas unidades de atenção primária.
236. Estabelecer porta única de acesso ao SUS em todos níveis de atenção, inclusive para a oferta de transplantes.
237. Facilitar o acesso da rede de saúde aos dados gerados no sistema de avaliação nutricional do município de POA.
238. Realizar avaliações que verifiquem o acesso aos serviços, na perspectiva de garantir acolhimento qualificado a todos os usuários.
239. Regular o acesso aos serviços de alta complexidade.
240. Estabelecer uma política específica de transporte social a ser planejada e implantada, facilitando inclusive o transporte de profissionais para a realização de visitas domiciliares em busca dos faltosos.

## **VI – AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS**

241. Divulgar e aprofundar o debate de temas que vão desde as políticas de saúde nas três esferas de governo aos usuários atendidos nas unidades básicas, até aspectos específicos, como fatores causais que determinam o surgimento de doenças (a relação entre obesidade e câncer de mama ou segurança alimentar).
242. Dimensionar a concentração de atendimento dos usuários do Sistema de Saúde provenientes de outros municípios em Porto Alegre, como instrumento para efetivar a regionalização.
243. Exigir que cada município se responsabilize pelo atendimento prestado em Porto Alegre, sendo cada paciente identificado pelo Cartão SUS.
244. Fortalecer e agilizar a discussão sobre a regionalização da saúde, procurando efetivar acordos de cooperação entre municípios vizinhos para que ofereçam, em conjunto, serviços de baixa e média complexidade, desobstruindo os atendimentos em Porto Alegre.
245. Garantir a continuidade dos projetos/propostas da Saúde, mesmo quando da troca de gestores.
246. Garantir a abrangência de atenção à saúde a todas as etnias.
247. Publicar em jornais de fácil acesso os relatórios de aplicação dos recursos em saúde
248. Exigir que o Estado e a União sejam mais ativos na definição da rede básica dos municípios.
249. Exigir a implementação dos consórcios intermunicipais, via regulamentação por lei estadual.

## **VII- COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO**

250. Divulgar, socializar e qualificar os indicadores sociais e de saúde de cada região para todos os gestores, trabalhadores e comunidade para que sejam avaliados e utilizados no planejamento e financiamento das ações. Informar ainda sobre as necessidades, ações desenvolvidas e as que faltam implementar. Discutir a implantação de novos programas conforme os indicadores de risco.
251. Ampliar, divulgar e tornar acessíveis os mecanismos a que o povo tem direito para intervir e colocar suas demandas.
252. Otimizar os serviços dos Centros Administrativos Regionais – CAR, na comunidade, integrando as informações dos serviços de saúde.
253. Capacitar os profissionais da Rede Básica para que atualizem, utilizem e forneçam as informações de forma sistemática e permanente.
254. Implementar, criteriosamente, a informatização em todos os serviços de saúde, qualificar os profissionais e organizar comitês de informática, de modo a suprir as necessidades, tanto de pessoal, quanto de equipamentos.
255. Fiscalizar a mídia, no sentido de evitar distorção de informações na área da saúde.
256. Regulamentar as propagandas e os anúncios publicitários de medicamentos na mídia.
257. Propor o controle público sobre a divulgação de informações de novas tecnologias em saúde na mídia.
258. Privilegiar a comunicação e a promoção de fóruns da Saúde, para fins de educação em saúde e na difusão do conhecimento entre servidores, gestores e usuários.
259. Divulgar ações de prevenção do câncer de mama.
260. Comunicar e divulgar as conquistas do SUS, sua organização e os recursos disponíveis na rede municipal.

261. Divulgar a homeopatia e a sua aplicação onde há evidência científica da sua vantagem e eficácia.
262. Trabalhar com os cidadãos/usuários sobre absenteísmo em consultas, exames e procedimentos.
263. Divulgar cursos, seminários e eventos da saúde, facilitando o acesso aos trabalhadores e à população, utilizando inclusive recurso de site na internet.
264. Divulgar mais o Projeto “Cidade Protetora de Vida”, que é um trabalho integrado entre várias secretarias da PMPA.
265. Informar, divulgar e esclarecer o papel, locais e horários de funcionamento dos serviços e conselhos de saúde para os trabalhadores e população em geral, garantindo, desta forma, o seu atendimento e o acompanhamento do processo de resolução, vinculando efetivamente o usuário e o trabalhador ao processo da construção e da gestão do SUS.

### **VIII- GESTÃO PARTICIPATIVA**

266. Mobilizar a comunidade, unindo-a através de debates e palestras, reuniões e conferências, para que alcance as mudanças desejadas. Nas reuniões locais a comunidade (usuários) tem pouca participação, a maioria dos participantes é composta por profissionais de saúde e muitos usuários não têm conhecimento da realização de reuniões do conselho local de saúde. Há empecilhos à participação da comunidade, especialmente pelas dificuldades de acesso e financeira (passagem, etc.). Deveriam ser feitas mobilizações entre associações de moradores para encaminharem seus representantes a estas reuniões, criando mecanismos de incentivo à mobilização comunitária para a efetivação do controle social, considerando a peculiaridade de cada região.
267. Estimular e efetivar o controle social, através da conscientização e da educação da população e do trabalho de base, a fim de ampliar e qualificar a participação nos Conselhos Gestores e Locais, nos Fóruns e nas Conferências.
268. Realizar fórum regional de saúde intersetorial.
269. Estimular, incentivar e garantir a participação do trabalhador de saúde nos fóruns de discussão, CLS e CMS, para que possam relatar suas dificuldades e obter o apoio dos demais segmentos sociais visando à qualificação dos serviços de saúde.
270. Fortalecer os fóruns existentes criando dispositivos para acompanhar as deliberações das conferências e políticas de saúde, para avaliar os avanços e as necessidades pendentes, com a participação efetiva dos trabalhadores de saúde.
271. Desenvolver programas contínuos de capacitação de conselheiros.
272. Envolver e comprometer as instituições de ensino, por meio dos estudantes dos cursos da saúde, na pesquisa, planejamento e execução de projetos de informação sobre o direito à saúde e seus mecanismos de participação para a ampliação e qualificação do exercício do controle social. Qualificar a participação do setor de educação (formação em saúde) nos espaços de controle social, iniciando discussão sobre a criação de um novo segmento que contemple os estudantes da área de saúde.
273. Incluir a participação do controle social nas instâncias colegiadas de gestão da formação de profissionais de saúde.
274. Desenvolver programas de capacitação para as lideranças comunitárias para se tornarem agentes de mudança das transformações sociais.
275. Elaborar material educativo de fácil acesso e linguagem com distribuição nacional para capacitação de conselheiros de saúde e para o conhecimento dos demais usuários, no sentido de estimular o surgimento de novas lideranças.

276. Envolver os jovens da comunidade em capacitações de saúde para que possam desenvolver ações como agentes sociais e formadores de opinião na construção da gestão participativa.
277. Promover a mudança de postura dos trabalhadores de saúde frente à participação da comunidade no controle social, através da conscientização, educação e coerência.
278. Atribuir aos conselheiros de saúde a real representatividade de sua base, servindo como porta voz e divulgando as decisões e deliberações.
279. Implementar e efetivar os conselhos gestores em toda a cidade, garantindo a participação e o controle social em todo o município, bem como a garantia da legitimação das responsabilidades e cumprimento das propostas/demandas e ações destes conselhos para não virarem apenas um espaço de ouvidoria.
280. Ampliar a participação do controle social no planejamento e nas deliberações dos hospitais, viabilizando o Controle Social nos diversos serviços, em todos os níveis de atenção, a exemplo do Conselho de Gestão do GHC (Grupo Hospitalar Conceição), com representantes sociais e do gestor.
281. Garantir a participação do gestor municipal nas deliberações do Hospital Psiquiátrico São Pedro através do Conselho Gestor.
282. Implementar, efetivamente, os conselhos gestores locais, junto às unidades de saúde.
283. Efetivar o Comitê Cidade Protetora da Vida - trabalhando as causas externas e organizando subcomitês distritais para trabalhar o tema (50% usuários, 25% trabalhadores e 25 % gestores).
284. Mobilizar a sociedade para lutar pelo cumprimento da Emenda Constitucional 29 e da Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde.
285. Incentivar os usuários para assumir com mais intensidade a co-responsabilidade no processo de construção e gestão do SUS que queremos.
286. Garantir que o Conselho Municipal de Saúde seja o espaço legítimo para o encaminhamento de denúncias e resolutividade das mesmas.
287. Garantir a participação da comunidade na definição da composição da equipe multiprofissional da US/PSF, bem como no planejamento das ações a serem desenvolvidas no território.
288. Garantir que as deliberações das conferências, dos conselhos de saúde e as políticas de saúde sejam de responsabilidade dos diferentes segmentos sociais que compõe o SUS.
289. Organizar uma sistemática de discussões nos Conselhos Locais e regiões para que estas sejam mais qualificadas nas pré-conferências.
290. Tornar as discussões das conferências em políticas definidas para que sejam efetivadas, remetendo ao plano municipal de saúde que deve ser elaborado a partir de diretrizes tiradas nesta conferência.
291. Propor a OMS a inclusão de trabalhadores e usuários nas Conferências Internacionais de Saúde.
292. Promover o aprendizado de ocupação dos espaços de discussão na cidade, criando um foco de pressão para que as ações aconteçam.
293. Viabilizar financiamento para as instâncias do Controle Social.
294. Aperfeiçoar as atribuições dos agentes comunitários de saúde.
295. Fiscalizar as unidades de saúde por parte do segmento usuário.
296. Criar uma comissão, a partir do poder executivo – SMS, para avaliar a viabilidade de ampliar o número de exames realizados pelos laboratórios municipais; analisar tecnicamente os requisitos necessários para a implementação dos mesmos.
297. Desmembrar a temática de Assistência Social e Saúde, de modo a possibilitar a discussão e a qualificação das diretrizes de saúde de forma articulada, nos Conselhos Distritais (por exemplo: água, esgoto, meio-ambiente, lixo), tendo seu momento deliberativo no Conselho Municipal de Saúde.

## **VIX- SEGURIDADE SOCIAL**

298. Promover planejamento intersetorial, nas três esferas de Governo, das áreas da Saúde, Previdência e Assistência Social, sem repasse dos orçamentos específicos de cada um dos setores, com controle social e auditorias.
299. Regionalizar, Descentralizar e Democratizar a Gestão da Seguridade Social com controle social.
300. Garantir e fortalecer a seguridade social no processo da reforma tributária.
301. Ativar a reconstituição e recomposição do Conselho Nacional de Seguridade Social, para garantia de um efetivo Planejamento Político e Orçamentário.
302. Garantir o compromisso do setor público com a Saúde do trabalhador, não permitindo a privatização do Seguro Acidente de Trabalho.
303. Melhorar o atendimento aos segurados da Previdência.
304. Revisar os critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) da lei orgânica de assistência social, mediante aumento do valor percapita por família e redução da idade do idoso para 65 anos (conforme a lei 8842/94 ).

## **X- FINANCIAMENTO**

305. Revisar os valores de todos os serviços realizados no SUS.
306. Desvincular as verbas da saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal.
307. Ampliar o teto financeiro para Porto Alegre (repasso federal) mediante suporte jurídico para contratação dos trabalhadores da rede básica: US's e PSF's (Lei de Responsabilidade Fiscal).
308. Garantir que o Estado, enquanto ente Federado, participe mais do SUS, tanto como financiador, como co-participante das políticas de saúde.
309. Estipular patamares de verbas para a saúde, fixa nos três níveis, não vinculada ao PIB (Emenda 29) e elevar o percentual de aplicação para 20%.
310. Exigir a garantia da aplicação da Emenda Constitucional nº 29.
311. Gerenciar todo e qualquer recurso público repassado para a Saúde e aprovado pelo controle social, nas três esferas de Governo (Municipal, Estadual e Federal).
312. Garantir que a descentralização e a autonomia de gerenciamento e a organização da rede de saúde sejam previstos nos repasses de recursos.
313. Apoiar a implementação do IPTU progressivo destinando maiores recursos para a saúde.
314. Definir parcela do Orçamento que a União deve investir na área da Saúde.
315. Ampliar a fatia do bolo tributário que deve ser destinada ao município.
316. Destinar recursos para implantação de serviço de reabilitação em toda complexidade.
317. Destinar recursos suficientes para consultas especializadas.
318. Suspender as vias de desvio dos recursos previstos para a saúde ao pagamento das dívidas interna e externa com a DRU (Desvinculação dos Recursos da União), e auditar seu destino.
319. Impedir que os recursos das políticas sociais sejam utilizados no pagamento da dívida externa.
320. Garantir que seja declarado o orçamento da seguridade social conforme previsto na constituição de 1988 e que seja destinado 30 % do orçamento para a saúde e um índice de 5 a 10 % para a assistência social.
321. Cobrar dos Governos esclarecimentos sobre o orçamento da Seguridade Social e sua aplicação.

322. Definir dispositivos que garantam o ressarcimento dos convênios ao SUS, quando ocorrer atendimento dos planos privados de saúde complementar.
323. Destinar os recursos gerados pela CPMF exclusivamente para aplicação na saúde, estabelecendo percentuais e formas de fiscalização da real aplicação do mesmo, pelo controle social.
324. Aumentar a tributação de cigarros e bebidas, bem como de todas as empresas cuja atividade ou produto acabem onerando o sistema público de saúde.
325. Garantir que as decisões sobre a utilização das verbas para políticas de saúde, sejam tomadas nos Conselhos Municipais de Saúde.
326. Fortalecer a função do CMS como fiscalizador para que haja maior transparência e controle/regulação de verbas.
327. Determinar que as emendas parlamentares e as proposições do orçamento participativo atendam aos planos municipais e estaduais de saúde deliberados pelo controle social.
328. Garantir aumento de recursos e priorizar investimentos para a atenção básica nos municípios, a fim de que exista maior resolutividade neste setor, devendo ser referenciado para as cidades-pólo, apenas os atendimentos de alta complexidade.
329. Fim do financiamento através de programas para as esferas de governo estadual e municipal e garantia da incorporação dos hoje existentes ao teto dos municípios.
330. Garantir a qualificação do processo de compra de equipamentos, com a participação dos trabalhadores implicados.
331. Garantir que os municípios passem a cumprir o princípio de comprar serviços privados somente após se esgotarem as ofertas em estabelecimentos públicos. Qualificar a regulação dos serviços comprados na cidade de POA, planejando-os estrategicamente, a partir de necessidades à contratação de novos serviços.
332. Exigir a contra-referência dos prestadores para pagamento das consultas. Que sejam feitos contratos com prestadores em pacotes que contemplem necessidades de maior demanda de consultas e exames.
333. Retirar qualquer subsídio aos prestadores de serviço privado e revisão dos critérios para concessão de subsídios aos prestadores de serviços filantrópicos, com fiscalização do controle social.
334. Garantir no sistema de convênios de prestadores, o contrato de compras “casadas” de consultas de difícil acesso, como neurologia, proctologia, etc., juntamente com exames e procedimentos que o SUS remunera bem e com as consultas que os prestadores oferecem em grande quantidade.
335. Questionar os atendimentos feitos a outros municípios, visando a otimizar o orçamento da Saúde, principalmente os recursos destinados a medicamentos.
336. Revisar os termos da municipalização de Porto Alegre, exigindo indenização por parte das esferas estadual e federal ao município, quando do afastamento de qualquer servidor municipalizado.
337. Implantar a NOB/RH/SUS para que essa também regularize o repasse de recursos de esfera à esfera de governo para a implantação de uma política de recursos humanos .
338. Buscar estratégia de financiamento de atividade de prevenção e promoção de saúde, promovendo a valorização dos profissionais que as realizam.

## **MOÇÕES DE REPÚDIO**

1. Contra o Projeto de Lei do Senado que define o Ato Médico pois desrespeita os princípios do SUS da integralidade e interdisciplinaridade, bem como desconstitui a atuação das demais profissões legalmente constituídas.
2. A 4ª Conferência Municipal de Saúde repudia a FIERGS pela Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIN contra a vigilância dos ambientes de trabalho no SUS de Porto Alegre.
3. Os participantes da 4ª Conferência Municipal da Saúde, reunidos em Porto Alegre, de 26 a 28 de setembro de 2003, manifestam seu repúdio à liberação do plantio de soja transgênica, oficializado pelo Governo Federal, em 25 do mesmo mês e ano, por considerá-la lesiva aos interesses nacionais, em matéria de saúde pública, preservação do meio ambiente, economia agrícola e soberania da nação. Já existe um acúmulo de conhecimentos e experiências a respeito, para ter-se bons indícios de que o uso de sementes geneticamente modificadas e tratadas com pesticidas e herbicidas desenvolvem resistência aos agrotóxicos e à concorrência de outras espécies, dispensando ainda mais a mão-de-obra rural. Pode ainda ser um fator de envolvimento cumulativo de seus consumidores (humanos e animais), e de esterilização de outras espécies vegetais adjacentes, além da contaminação dos terrenos pelo uso do herbicida específico, imposto pela indústria química. Já no que tange ao atrelamento e dependência da agricultura ao capricho dos interesses econômico-financeiros das indústrias transnacionais, não há indícios, há plena confirmação pelo que vem acontecendo nos países que já adotaram essa política, como os Estados Unidos, Canadá e Argentina, em que desapareceram as sementes naturais, num processo de extinção forçada, para escravizar o produtor agrícola e o abastecimento da população à avaria especulativa do capital internacional. Todo o apoio à luta contra os transgênicos e o monopólio internacional de sementes, arma poderosa do neocolonialismo.
4. Moção de Repúdio contra o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pois o referido serviço tem uma visão hospitalocêntrica, não cumprindo a Lei de Reforma Psiquiátrica, funcionando em um regime extremamente disciplinar e técnico.
5. Moção de repúdio à realização no âmbito municipal de conferências na mesma data, como exemplos a Conferência Municipal de Assistência Social e Conferência Municipal de Cultura que irão se realizar nos dias 03, 04 e 05 de outubro do corrente ano.
6. Moção de repúdio á proposta que está sendo elaborada pelo governo federal sobre a privatização dos serviços públicos de tratamento de água e esgoto.

## **MOÇÕES DE APOIO**

1. Moção de Apoio a vigilância dos ambientes de trabalho no SUS em consonância com a lei 8080/90, em defesa do capítulo de Saúde do Trabalho do Código Municipal de Porto Alegre.

## **RECOMENDAÇÕES**

1. A 4ª Conferência Municipal de Saúde, a exemplo do que foi aprovado na 3ª Conferência, exige a revisão do percentual de gastos com o pessoal, previsto na Lei de

Responsabilidade Fiscal, considerando a desoneração do Governo Federal na prestação de serviços de Saúde e a crescente concentração do bolo tributário em nível Federal.

2. Os participantes da Conferência Municipal de Saúde, realizada em Porto Alegre (RS), de 26 à 28 de setembro de 2003, exigem que o governo federal cumpra imediatamente sua promessa de campanha, de auditar de forma independente a dívida externa do País. Num momento em que comprova a situação calamitosa da Saúde Pública por falta ou mau uso dos poucos recursos, canalizados cada vez mais para o lucro privado, através da crescente terceirização dos serviços, é inadmissível que essas minguadas verbas sejam desviadas para a rolagem de dívidas estranhas aos interesses dos usuários da Rede Pública. Em 2002, mais de 50% do orçamento federal da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Trabalho) foi desviado de suas rubricas originais, votado pelo Congresso para engrossar a remessa de juros para agiotagem internacional. Auditoria Já.
  
3. Os participantes da Conferência Municipal de Saúde, realizada em Porto Alegre (RS), de 26 à 28 de setembro de 2003, vem manifestar seu repúdio a proposta que está sendo elaborada pelo governo federal para apresentação no Congresso Nacional, até o final do presente ano ou início do próximo, de abrir os serviços públicos de tratamento de água e esgoto ao capital privado transnacional. A água é um bem natural, indispensável à vida, precioso demais para ser transformado em mercadoria para obtenção de lucros privados. Já temos uma farta experiência da dilapidação do patrimônio público através das privatizações já feitas, com deterioração dos serviços prestados, encarecimento dos mesmos e incapacidade gerencial das empresas que já começaram a valer-se de verbas públicas para safar-se das dificuldades financeiras. Sabemos que o projeto em elaboração, envolve o consórcio Thames Water, e a possibilidade de quebrar-se a titulariedade dos municípios sobre a água existente sob sua jurisdição. Sabemos que se cogita de salvaguardar os interesses dos pretendentes transnacionais em termos de preços e serviços (lucros), passando a esfera estatal a comprar os serviços privados para a população de baixa renda. Isto é, privatizam-se os lucros e socializam-se os eventuais prejuízos, com os impostos pagos por toda a população. Sabemos, igualmente, que atrás da privatização dos serviços urbanos de tratamento de água e esgoto, encontra-se o interesse maior de obter o domínio sobre o potencial aquífero brasileiro, o maior do mundo, em termos de águas superficiais e subterrâneas, o que já vem sendo feito em outros países, como o Chile. Isto é, visa-se a obter, gradativamente, o controle da água natural, ou seja, da vida no planeta. Repudiamos veementemente esse atentado contra a soberania nacional e os direitos naturais do seres vivos em nosso País.

## Programação da IV Conferência Municipal de Saúde de POA

**“Saúde um direito de todos e dever do estado – A saúde que temos e o SUS que queremos”**

Data	Horário	Tema	Palestrante
26 de setembro	18 h	<u>Credenciamento</u>	
	19 h	Atividade Cultural	cerimonial
	19h30min	Abertura	João Verle Sandra Fagundes Osmar Terra Humberto scorza Gastão Wagner
	20h15min	Direito à Saúde e Gestão Participativa Conferência Magna	Gastão Wagner
	21h15min	Leitura e Aprovação- Regimento Interno	
27 de setembro	8h	<u>Credenciamento</u>	
	8h30min às 10horas	Trabalho na Saúde e Intersetorialidade  Ciência e Tecnologia, Comunicação e Informação.	Ricardo Ceccin  Túlio Franco
	10h às 10h15min	<u>Intervalo</u>	
	10h15min 12h	<b>Grupos de Trabalho</b> ♦Direito à Saúde ♦Gestão Participativa ♦Trabalho na Saúde ♦ Intersetorialidade ♦Ciência e Tecnologia ♦Comunicação e Informação	
		<u>Almoço</u>	
	14h às 15h30min	As três esferas do governo e a construção do SUS Organização da Atenção em Saúde Financiamento e Seguridade Social	Sandra Fagundes  Luiz Carlos de Oliveira Cecílio Henrique Fontana
	15h30min às 15h45min		
	15h45min às 17h30min	<u>Grupos de Trabalho</u> ♦ As três esferas do governo e a construção do SUS ♦ Organização da Atenção em Saúde ♦ Financiamento ♦ Seguridade Social	
28 de setembro	8h30min às 9h30min	Plenárias Setoriais	
	9h40min às 12h	Plenária Final- aprovação das propostas e Hologação dos delegados	

## **REGIMENTO INTERNO – APROVADO EM PLENÁRIA NO DIA 26 DE SETEMBRO DE 2003**

### **CAPÍTULO I DA PROGRAMAÇÃO**

**Art 1º** - A IV Conferência Municipal de Saúde será desenvolvida através de Conferência Magna e mesas redondas seguidas de debates, grupos de trabalho, plenárias setoriais e plenária final as quais reger-se-ão por este Regimento aprovado na plenária de instalação da IV Conferência.

**Art 2º** - Os palestrantes disporão de 30 (trinta) minutos para exposição.

§ 1º - Após as exposições a palavra será aberta ao Plenário durante 30 (trinta) minutos, improrrogáveis.

§ 2º - Será facultado a qualquer delegado ou participante manifestar-se verbalmente ou por escrito durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

§ 3º - O tempo máximo para cada intervenção a que se refere este artigo será de 3 (três) minutos, improrrogáveis.

**Art 3º** - O Credenciamento da IV Conferência Municipal de Saúde estará sendo feito no dia 26 de setembro de 2003, das 18:00hs às 20:00hs ou no dia 27 de setembro de 2003, das 8:00 às 10:00 hs.

**Art 4º** - **A Comissão Organizadora da IV Conferência Municipal de Saúde** está composta pelos seguintes membros :

Presidente de Honra

João Verle(Prefeito Municipal de Porto Alegre)

Presidente da Conferência

Humberto José Scorza(Coordenador do CMS)

Sandra Fagundes(Secretária Municipal de Saúde)

**Articuladores Executivos:** Jane Pilar, Ana Maria Araújo Cirne.

**Comitê Executivo – Infra Estrutura e Apoio**

**Coordenadora:** Neusa Heinzelmann

**Coordenadores Adjuntos:** Leci Oliveira Gonçalves(CGVS), Ana Lúcia Ribacick(GD Centro), Paula Fiori (CREFITO), Ione Nichele (CLS Noroeste), Deoclides de Almeida(CLS Partenon), Maria Ivone Dill(CLS Leste), Marlene Lima Menezes (ASSECOM), Ewerton Luiz Breyer (Coord. APS), Sirlei de Fátima Cardoso ( Saúde Mental), Anita Marques (CGADTS).

Comitê temático, Programação e Relatoria

**Coordenadora:** Sônia Regina Coradini

**Coordenadores adjuntos:** Marcos Breunig, Maira Machado Bueno, Elen Borba, Maria Juliana Moura, Nei Carvalho, Lilia Maria W. Azzi, Débora Raymundo Melecchi, Mitiyo Shoji Araújo.

**Colaboradores:** Marilene Schmarczek, Mariana Bertol Leal, Márcia Hentzchke, Eliana Aguiar de Carvalho, Rosane Simas Gralha.

**Comissão Organizadora Regional:** Gerencias Distritais e Conselhos Locais – Humaitá, Navegantes, Ilhas, Noroeste, Centro, Leste/Nordeste, Lomba do Pinheiro/Partenon, Glória/Cruzeiro/Cristal, Centro-Sul/Sul, Restinga/Extremo-Sul.

## **CAPÍTULO II DOS GRUPOS DE TRABALHO**

**Art 5º** - Cada grupo de trabalho será distribuído pela Comissão Organizadora, respeitando a capacidade instalada para a realização dos grupos de trabalho e o interesse pelo tema pelos diferentes segmentos.

**Art 6º** - Cada grupo de trabalho contará com um facilitador designado pela comissão organizadora com a função de estimular a participação e de um relator adjunto para apoiar na relatoria.

**Art 7º** - Cada grupo escolherá o seu coordenador e relator com a função de organizar as discussões, controlar o tempo e realizar relatoria.

**Art 8º** - Para fins de registro do cumprimento de participação mínima de 75% de frequência durante a IV Conferência Municipal de Saúde, os delegados candidatos a delegados da IV Conferência Estadual de Saúde deverão registrar presença nos dois trabalhos de grupo à sua escolha, respectivamente um pela manhã e outro pela tarde.

Parágrafo Único: Para obtenção do registro da frequência, o delegado deverá registrar sua participação em cada um dos grupos de trabalho, pela manhã e a tarde, mediante obtenção de carimbo específico (no verso do crachá) designado pela comissão Organizadora, junto ao facilitador do grupo de trabalho em que participou, ao término dos trabalhos.

**Art 9º** - Cada grupo de trabalho escolherá um relator com a função de registrar as discussões, sintetizar as conclusões do grupo e entregá-las à Comissão de Relatoria, cumprindo formalmente o ato de entrega do relatório ao Comitê de Temática, Programação e Relatoria mediante a assinatura de formulário de entrega específico.

**Art 10º** - O relatório dos grupos deverá conter as propostas debatidas e consensuadas dos mesmos, não cabendo votação de veto, apenas destaque de divergências

## **CAPÍTULO III DAS PLENÁRIAS SETORIAIS**

**Art 11º** - Os delegados, para fins de eleição dos representantes à etapa estadual, serão divididos em 04 (quatro) grupos distintos:

- a) grupo dos delegados representantes dos usuários do SUS;
- b) grupo dos delegados representantes do Governo;
- c) grupo dos delegados representantes dos Prestadores de Serviços;
- d) grupo dos delegados representantes dos Trabalhadores em Saúde.

**Art 12º** - A escolha dos delegados municipais para a IV Conferência Estadual de Saúde dar-se-á por processo eleitoral, através de plenárias setoriais, compostas pelos delegados representantes de cada segmento.

**Art 13º** - Os trabalhos de cada plenária setorial serão coordenados por 1(um) membro escolhido pela plenária setorial no início das atividades, podendo solicitar a colaboração da Comissão Organizadora.

**Art 14º** - Só terão acesso às plenárias setoriais os delegados pertencentes ao segmento que representam.

**Art 15º** - Após o início do processo eleitoral, as plenárias setoriais disporão sobre o ingresso no recinto dos delegados retardatários.

**Art. 16º** – O número de Delegados à IV Conferência Estadual de Saúde será de 88 titulares, conforme resolução do Conselho Estadual de Saúde do RS, podendo ser eleito o mesmo número de suplentes.

**Art 17º** - O número total de delegados deverá respeitar a paridade do segmento usuário (44) com os demais segmentos: trabalhadores em saúde (22), prestadores de serviços e governo(22).

Parágrafo Único – No final dos trabalhos, conforme participação dos segmentos prestadores e governo, far-se-á uma divisão proporcional entre as 22 vagas a delegado.

**Art. 18º** – A eleição dos delegados poderá se dar por consenso e, em não havendo, os mesmos serão eleitos, respeitando-se o número de vagas respectivas ao seu segmento.

Parágrafo 1º – Um mesmo Delegado não poderá ser inscrito em mais de um segmento.

Parágrafo 2º – No caso de vacância do Delegado Titular, o mesmo será substituído pelo Delegado Suplente do segmento respectivo.

**Art. 19º** – Em cada Plenária Setorial será lavrada ata de eleição com o nome dos Delegados e Suplentes, devidamente assinada, por todos os Delegados presentes e encaminhada à Comissão Organizadora.

Parágrafo Único – É imprescindível a presença do candidato a Delegado na Plenária Setorial e no ato de homologação e apresentação dos Delegados de cada segmento durante a Plenária Final.

**Art. 20º** - A Plenária Final é a instância máxima de deliberação tendo como competência discutir e aprovar o Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde, as propostas e moções apresentadas e homologar a representação dos Delegados do município à IV Conferência Estadual de Saúde.

**Art. 21º** - Os trabalhos serão coordenados pela Comissão Organizadora e colaboradores.

**Art. 22º** – A agenda da Plenária Final da IV Conferência Municipal de Saúde será realizada da seguinte forma:

- a) aprovação do Relatório Final;
- b) apreciação das propostas e moções;
- c) homologação dos Delegados do município à IV Conferência Estadual de Saúde.

**Art. 23º** – A apreciação do Relatório Final será encaminhada da seguinte forma:

- a) distribuição de cópias do Relatório Final;
- b) leitura do Relatório Final, com proposição de destaques aditivos, supressivos ou modificativos pelos Delegados e participantes;
- c) os pontos que não forem destacados serão considerados aprovados por unanimidade;
- d) os destaques solicitados durante a leitura do Relatório Final, deverão ser entregues por escrito à Mesa Coordenadora até 10 (dez) minutos após o encerramento da leitura total do relatório, constando o caráter aditivo, supressivo ou modificativo;

- e) os propositores dos destaques terão 3 (três) minutos improrrogáveis para a defesa da sua proposição; a seguir o Presidente da mesa concederá a palavra por igual tempo ao Delegado ou Participante que se apresentar para defender posição contrária à proposição, não sendo admitida réplica; Não havendo ninguém para a defesa se encaminhará a votação;
- f) o destaque será colocado em votação, sendo vencedora a proposta que obtiver maioria simples de votos;
- g) aos participantes da Plenária Final assegura-se o questionamento “Pela Ordem” sempre que a critério dos participantes, não esteja sendo cumprido o Regimento;
- h) o comitê de temática e relatoria organizará as propostas recebidas, classificando-as e agrupando-as por área temática, para facilitar sua apresentação na Plenária Final.

**Art. 24º** – As moções encaminhadas à Plenária Final deverão ser apresentadas e aprovadas nos grupos de trabalho com maioria simples de aprovação (50%+1).

Parágrafo 1º - O Comitê de Temática e Relatoria organizará as moções recebidas, classificando-as e agrupando-as por áreas temáticas, para facilitar sua apresentação na Plenária Final.

Parágrafo 2º - As moções serão consideradas aprovadas por maioria simples de votos na plenária final.

**Art. 25º** – Concluída a apreciação das propostas e moções, será realizada a homologação da nominata de Delegados a Etapa Estadual das Conferências (Conferência Regional e Conferência Estadual de Saúde), mediante a leitura e apresentação dos Delegados de cada segmento, aprovada nas respectivas Plenárias Setoriais, conforme Parágrafo Único, art. 15º.

## **CAPITULO V**

### **Disposições Finais**

**Art. 26º** – Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora, cabendo recurso ao Plenário.