

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



# 6ª Conferência Municipal de Saúde

Todos Usam o SUS!  
Acesso e Acolhimento  
em Porto Alegre

RELATÓRIO CONSOLIDADO

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

Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre:

**Coordenação Geral:**

Maria Leticia de Oliveira Garcia – Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde;  
Carlos Henrique Casartelli – Secretário Municipal de Saúde.

**Subcomissão de Infraestrutura:**

Juliana Lopes Porto - Assessoria de Comunicação da SMS  
Oscar Rissieri Paniz - Conselho Municipal de Saúde

**Subcomissão de Divulgação:**

Kátia Camargo de Oliveira - Assessoria de Comunicação da SMS  
Neusa Heizelmann - Conselho Municipal de Saúde

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

Oscar Rissieri Paniz - Conselho Municipal de Saúde  
Heraida Cyreli Raupp - Assessoria de Planejamento e Programação da SMS

**Subcomissão de Temário:**

Heloísa Helena Rousselet Alencar - Conselho Municipal de Saúde  
Miriam Gizele M. Weber - Assessoria de Planejamento e Programação da SMS

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

Gerci Salete Rodrigues - Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária à Saúde da SMS  
Joana Olívia Fernandes - Conselho Municipal de Saúde

**Subcomissão de Relatoria:**

Heloísa Helena Rousselet Alencar - Conselho Municipal de Saúde  
Juliana Maciel Pinto - Gabinete do Secretário Municipal de Saúde

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

**Subcomissão de Relatoria:**

- a) definir formas de compilação, disponibilização das relatorias, digitação e finalização dos cadernos para o debate da Conferência; b) organizar o pessoal de apoio, relatores das pré-conferências nas regiões distritais, para fazer as relatorias e auxiliar na sistematização; c) disponibilizar o Relatório Consolidado aos participantes da Conferência – nas pastas, junto ao material de apoio; e d) organizar as relatorias dos painéis temáticos e da Plenária Final.

**Núcleo da Relatoria:**

Heloísa Helena Rousselet Alencar

Juliana Maciel Pinto

Elaine Oliveira Soares

Monalisa Dias de Siqueira

Porto Alegre

2011

## INTRODUÇÃO

Este é o Relatório Compilado das oito Pré-Conferências regionais de Porto Alegre, realizadas entre 07 de maio e 11 de junho de 2011. Significa que ele foi elaborado incluindo todas as diretrizes e propostas aprovadas, por eixo, nesta etapa. O objetivo foi apresentá-las de forma não repetitiva. Deste modo, algumas propostas e diretrizes foram agregadas, outras foram complementadas e outras, simplesmente, foram mantidas igualmente como estavam nos painéis.

Este Relatório é a base para as discussões na etapa municipal da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre. Nele consta: 1) Organização e Etapas da Conferência; 2) Propostas e diretrizes compiladas, com informação sobre a relevância (Municipal, Estadual ou Federal) das propostas; 3) Conjunto das propostas e diretrizes mais votadas em cada uma das Pré-Conferências; 4) Caderno de Textos; 5) Texto Orientador da 14ª Conferência Nacional de Saúde; 6) Agenda Política do Conselho Nacional de Saúde.

Assim, você poderá visualizar as propostas e diretrizes que elegeu na Pré-Conferência de sua participação e identificá-las no Relatório Compilado, bem como acompanhar quais foram os resultados das demais Pré-Conferência.

É importante ressaltar que todas as propostas e diretrizes aprovadas nas Pré-Conferências já são consideradas aprovadas para o município de Porto Alegre. O que votaremos na 6ª Conferência Municipal de Saúde serão, portanto, as propostas que integrarão o Relatório Final a ser encaminhado à 6ª Conferência Estadual de Saúde. Cabe esclarecer que nos painéis de votação da 6ª Conferência Municipal de Saúde não serão incluídas as propostas já aprovadas de relevância exclusivamente municipal.

Conforme o Regimento da Conferência Estadual, todos os municípios poderão encaminhar até 6 diretrizes e 5 propostas por diretriz de relevância Estadual, totalizando 30 propostas. Assim, as 30 propostas mais votadas serão encaminhadas à Etapa Estadual.

Quanto às diretrizes e propostas de relevância Nacional encaminhadas à etapa Estadual, serão até 6 diretrizes e 5 propostas por diretriz, totalizando

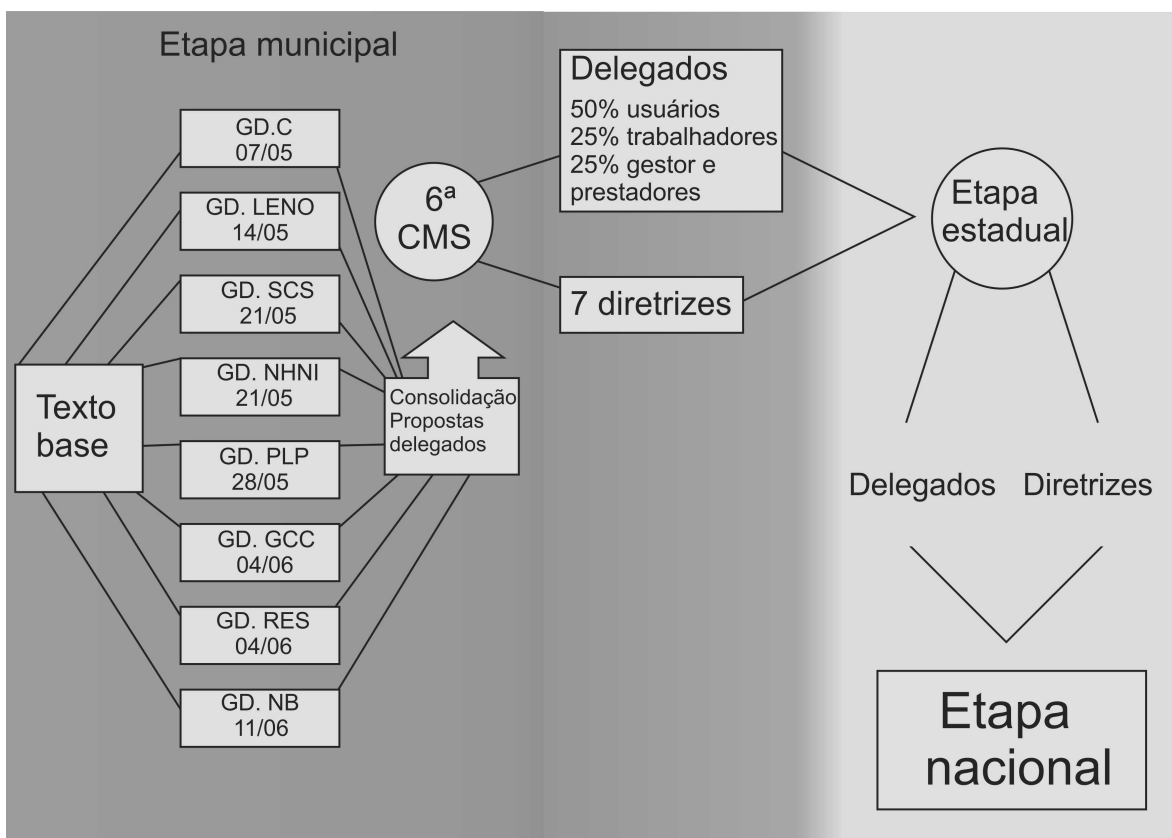
também 30 propostas. As propostas nacionais mais votadas serão distribuídas entre os temas relacionados com o eixo da Conferência Nacional: Política de Saúde na Seguridade Social; Participação da Comunidade e Controle Social; e Gestão do SUS.

Estes são os critérios gerais que orientarão os participantes delegados da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre. Atente-se ao Relatório Compilado, aos painéis de votação e às discussões sobre os temas.

Boa Conferência!!!

## **ETAPAS DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE**

# FLUXOGRAMA



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

**Siglas**

M = Municipal

E = Estadual

F = Federal



<b>Eixo 1 - Acesso e Acolhimento</b>	
<b>Abrangência</b>	<b>Diretrizes e Propostas</b>
	<b>1. Consolidar a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada prioritária do SUS</b>
<b>M/E/F</b>	1.1. Ampliar a rede de atenção primária em saúde, reorganizando os territórios de abrangência das Unidades de Saúde, adequando-os aos dados demográficos e de vigilância e redimensionando o tamanho das equipes conforme a demanda do território, complementando-as de acordo com o dimensionamento realizado em toda a cidade.
<b>Municipal</b>	1.2. Ampliar a cobertura das Equipes de Saúde da Família em 50% da população, conforme Plano Municipal de Saúde 2010-2013, com equipes completas, definindo o critério populacional (máximo 4.000 habitantes) a partir das condições de vulnerabilidade e do índice de desenvolvimento humano IDH
<b>M/E/ F</b>	1.3. Implantar a rede da ESF com cobertura de 100% da população em todos os municípios do país priorizando as áreas de maior vulnerabilidade
<b>M/E/ F</b>	1.4. Estender a todos os serviços da Estratégia de Saúde da Família o atendimento integral em saúde bucal
<b>M/E/ F</b>	1.5. Priorizar a implantação de Unidades de Saúde em áreas sem cobertura assistencial e garantir e fiscalizar a construção de novas unidades de saúde que atenderão aos moradores dos complexos habitacionais em implantação, de acordo com o número de habitantes
<b>M/E/ F</b>	1.6. Ampliar a composição das equipes mínimas de Atenção Primária à Saúde, contemplando o cargo de agente administrativo, mais dois técnicos de enfermagem, odontólogo e auxiliar de saúde bucal e outros, de acordo com as necessidades identificadas na população adscrita.
<b>M/E/ F</b>	1.7. Intensificar integração da vigilância em saúde com a atenção primária em saúde.
<b>M/E/ F</b>	1.8. Integrar as diferentes equipes de Estratégia de Saúde da Família, através da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e equipes de apoio matricial, de forma prioritária, em todas as regiões.
<b>M/E/ F</b>	1.9. Estabelecer que cada Núcleo de Apoio de Saúde da Família deverá atender no máximo 5 a 10 equipes de saúde da família

	<b>2. Implementar a política nacional de atenção à saúde mental, ampliando e qualificando as ações e a rede de serviços substitutivos em saúde mental de forma regionalizada e integral.</b>
<b>M/E/ F</b>	2.1. Fortalecer e implementar a rede de atenção em saúde mental, (CAPSi, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, oficina de trabalho e renda, serviço residencial terapêutico, leitos em hospitais gerais, ambulatório em saúde mental, SAMU), de acordo com a lei da reforma psiquiátrica, em todas as regiões da cidade.
<b>M/E/ F</b>	2.2. Efetivar, ampliar e implementar a rede própria de CAPs AD para atenção ao usuário e dependente químico e família
<b>M/E/ F</b>	2.3. Contemplar as práticas integrativas e complementares (PIC) na implementação da rede substitutiva em saúde mental
<b>M/E/ F</b>	2.4. Ampliar a rede de assistência aos tratamentos de ambientoterapia, psicoterapia para questões de abuso, psicoterapia para infância e adolescência.
<b>M/E/ F</b>	2.5. Ampliar o acesso e internação em hospitais gerais para a desintoxicação de pacientes, usuários de álcool e outras drogas, oriundos das Unidade de Saúde e Equipe de Saúde da Família.
	<b>3. Implantar a política municipal das práticas integrativas e complementares (PIC) – Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia</b>
<b>M/E/ F</b>	3.1. Identificar os Recursos Humanos e serviços especializados existentes na rede para as Práticas Integrativas e Complementares (PIC)
<b>M/E/ F</b>	3.2. Criação de cargos e concursos específicos para as áreas de homeopatia, acupuntura e fitoterapia
<b>Municipal</b>	3.3. Liberação de percentual da carga horária de profissionais especializados nas áreas de Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia até criação das vagas
<b>M/E/ F</b>	3.4. Qualificar as equipes de Estratégia de Saúde da Família, incluindo profissionais habilitados em PIC (Práticas Integrativas e Complementares)
<b>M/E/ F</b>	3.5. Implementação da fitoterapia e ampliação da homeopatia e acupuntura, incluindo esses profissionais no NASF
<b>M/E/ F</b>	3.6. Garantir acesso aos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos

<b>M/E/ F</b>	3.7. Transformar o modelo biomédico de atenção à saúde para o modelo holístico, promovendo a integralidade e a multidimensionalidade do ser humano
<b>M/E/ F</b>	3.8. Estimular a articulação das equipes com a comunidade para o uso de práticas naturais de saúde
<b>M/E/ F</b>	3.9. Promover o reconhecimento de saberes populares e práticas integrativas em saúde
	<b>4. Consolidar a rede de atenção integral do SUS</b>
<b>M/E/ F</b>	4.1. Ampliar, consolidar e articular, de forma regionalizada, a rede assistencial especializada, com acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde
<b>Municipal</b>	4.2. Ampliar o acesso a consultas especializadas, aumentando o número de profissionais especializados e de Centros de Especialidades Regionais, referenciados pelas Unidades de Saúde de referência.
<b>M/E/ F</b>	4.3. Garantir o processo de implantação das Unidades de Pronto-Atendimento sem prejuízo da rede de atenção primária à saúde
<b>M/E/ F</b>	4.4. Implementar Política de Reabilitação, através da criação de centros de referência regionalizados em reabilitação física e psicomotora (adulto e infantil) em todos os níveis de complexidade.
<b>Municipal</b>	4.5. Ampliar a resolutividade, melhorando o acesso a exames complementares, através da implantação do Serviço de Apoio Diagnóstico por Gerência ( Laboratórios, raio x, etc)
<b>M/E/ F</b>	4.6. Ampliar o acesso às especialidades odontológicas através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios de Prótese odontológica em todas as regiões da cidade.
<b>M/E/ F</b>	4.7. Ampliar as ações e fortalecer o conceito de redução de danos nas práticas de saúde, de forma descentralizada, conforme preconiza a diretriz do MS, e integrado com assistência social e Estratégia de Saúde da Família.
<b>M/E/ F</b>	4.8. Criar equipes de atenção domiciliar
<b>M/E/ F</b>	4.9. Planejar ações intersetoriais das redes de cuidado que garantam o atendimento, tendo como princípio a integralidade e a equidade de gênero e étnica.

	<b>5. Promover a humanização do acesso e do atendimento do usuário no Sistema Único de Saúde</b>
<b>M/E/ F</b>	5.1. Sensibilizar as equipes de saúde em todos os serviços e em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde para a escuta qualificada de todas as demandas, através da implementação do acolhimento, como dispositivo de prevenção de doenças, promoção da saúde e qualificação do acesso.
<b>M/E/ F</b>	5.2. Ampliar e adequar a estrutura física das Unidades de Saúde e Centros de Especialidades em todo o município, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, qualificando a ambiência, de modo a melhorar a satisfação do usuário e do trabalhador
<b>M/E/ F</b>	5.3. Implementar os recursos de informática para facilitar o atendimento do usuário e promover a organização do sistema
<b>M/E</b>	5.4. Promover a segurança nos postos de saúde, garantindo a presença do profissional de segurança dentro da unidade de saúde em regime integral.
<b>M/E/ F</b>	5.5. Ampliar o horário de atendimento no período noturno em todos os níveis de atenção na rede assistencial, a fim de garantir atendimento ampliado à população e proporcionar formação qualificada na integração ensino-serviço.
<b>M/E/F</b>	5.6. Organizar os fluxos assistenciais através das linhas de cuidado para melhor acompanhar o usuário em seu fluxo na assistência, independente da porta de entrada.
	<b>6. Melhorar as condições de acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde por transporte público e gratuito</b>
<b>M/E</b>	6.1. Garantir transporte público às Unidades de Saúde e serviços especializados, inclusive em áreas de difícil acesso.
<b>M/E</b>	6.2. Ampliar e adequar o transporte social em todas as Unidades de Saúde, na alta, baixa e média complexidade, nos tratamentos contínuos e para pacientes acamados.
<b>M/E</b>	6.3. Criar transporte qualificado e especializado para atendimento de pacientes em saúde mental
	<b>7. promover a integralidade e equidade da atenção à saúde para segmentos populacionais específicos</b>
<b>M/E/ F</b>	7.1. Priorizar na composição de equipes multiprofissionais de saúde indígena (completa e bucal) o ingresso de profissionais indígenas

<b>M/E/U</b>	7.2. Capacitação dos profissionais de saúde em saúde indígena em todos os níveis de complexidade de atenção em saúde
<b>M/E/U</b>	7.3. Garantir a representação da comunidade indígena nas esferas de gestão da saúde indígena através de comissões de saúde indígena.
<b>M/E</b>	7.4. Qualificar e agilizar o processo de diagnóstico e tratamento para o câncer de mama, ampliando a capacidade instalada (profissionais e recursos) para o diagnóstico precoce.
<b>M/E/U</b>	7.5. Promover ações básicas que aumentem a adesão das mulheres para a realização da mamografia
<b>M/E/U</b>	7.6. Implementar a política nacional da saúde integral da população negra, destinando recursos financeiros específicos para a sua implementação.
<b>M/E/U</b>	7.7. Incluir a política nacional da saúde integral da população negra nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalho em saúde
<b>Municipal</b>	7.8. Efetivar a política municipal de atenção para a população em situação de rua.
<b>M/E/U</b>	7.9. Intensificar a implementação da política de saúde do homem, com recursos humanos e financeiros adequados, no âmbito da promoção, prevenção e assistência à saúde
<b>M/E/U</b>	7.10. Reestruturar a Política de Saúde do Idoso, visando garantir a atenção integral à saúde desta população, através da criação de estruturas de atendimento ao idoso com ações de promoção, prevenção e cuidados e implementando programas de atenção nos serviços de saúde com ênfase na prevenção de agravos.
<b>M/E/U</b>	7.11. Fortalecer a promoção e a prevenção em saúde do trabalhador, através da criação de mais centros/redes de referência municipal, estadual e federal.
	<b>8. Ampliar e melhorar o acesso à Assistência Farmacêutica</b>
<b>M/E/U</b>	8.1. Melhorar o acesso aos medicamentos especiais, facilitando a entrega.
<b>Municipal</b>	8.2. Ampliar o acesso a medicamentos através das farmácias distritais em todas as Gerências.

<b>Eixo 2 - A Política de Saúde na Seguridade Social</b>	
<b>Abrangência</b>	<b>Diretrizes e Propostas</b>
	<b>1. Garantir a implementação da proteção social pelo Estado, através da construção de políticas públicas de seguridade social, que promovam e efetivem a integração entre o tripé da seguridade (previdência social, saúde e assistência social)</b>
<b>M/E/U</b>	1.1. Garantir que a Seguridade Social seja financiada pelo Estado de forma integral, criando orçamento para seguridade social nas três esferas de governo
<b>M/E/ F</b>	1.2. Criar conselhos e realizar conferências de seguridade social nas três esferas de governo
<b>E/ F</b>	1.3. Criação de uma vara especializada em saúde
<b>M/E/ F</b>	1.4. Implementar ações de intersetorialidade do tripé da seguridade social, constituindo redes regionais para consolidar as informações entre as políticas sociais, promovendo divulgação, comunicação e articulação intersetorial de forma integrada nos diferentes territórios no município.
<b>M/E/ F</b>	1.5. Constituir equipes interdisciplinares que garantam a ação intersetorial das políticas de seguridade social em toda rede de serviços.
<b>M/E/ F</b>	1.6. Implantar grupos de discussão resolutivos dos serviços (Saúde, Previdência Social e Assistência Social), entre as tres esferas de gestão, realizando reuniões de rede intersetorial dentro da carga horária de trabalho e com uma agenda de atuação nas comunidades.
<b>M/E/ F</b>	1.7. Criar e implementar fluxos inter e intra-institucionais por meio das diferentes redes de serviço, garantindo a qualidade de atendimento ao usuário
<b>M/E/ F</b>	1.8. Promover ampla divulgação da Seguridade Social para efetivação do direito expresso na constituição, criando espaços de discussão coletiva dos determinantes da proteção social, promovendo e fortalecendo fóruns intersetoriais para propor políticas sociais públicas e estimulando a participação das associações comunitárias, igrejas, grupos de idosos e todas as entidades que estejam atuando organizadamente na sociedade, neste debate.
<b>M/E/ F</b>	1.9. Unificar a regionalização das políticas de saúde, assistência social, cultura, educação e justiça.

M/E/ F	1.10. Implantar serviços (de saúde, Previdência Social e Assistência Social) nos locais desprovidos de acesso a esses atendimentos, ampliando e qualificando os serviços de centros de referência e de assistência social, integrando ações das Equipes de Saúde da Família com os Centro de Referência da Assistência Social.
M/E/ F	1.11. Ampliar o conceito de Cidadania em todas as etapas do ciclo da vida, com ênfase na Articulação do SUAS com o SUS na assistência à gestante.
M/E/ F	1.12. Desenvolver e reforçar ações e políticas intersetoriais visando a segurança alimentar da população e a garantia de moradia e saneamento básico a todos
M/E/ F	1.13. Efetivar a legislação de acessibilidade dos usuários a todos os serviços(saúde, assistência social, escolas, vias públicas...)
M/E/ F	1.14. Criação e ampliação de centros de convivência para idosos com atendimento multiprofissional com recursos humanos capacitados e capacidade instalada conforme a população do território
	<b>2. Ampliar na Seguridade Social a Educação e o Trabalho, promovendo a articulação intersetorial com estas áreas nas três esferas de Governo</b>
M/E/ F	2.1. Debater a Educação e o Trabalho como determinantes da Proteção Social nas três esferas de Governo
M/E/ F	2.2. Pautar nos conselhos: saúde, assistência social, educação e demais conselhos existentes este debate
M/E/ F	2.3. Terminar com fator previdenciário, respeitando o princípio constitucional, sem redução das aposentadorias
	<b>3. Implantar políticas públicas voltadas à valorização da vida, prevenção das violências e violações de direitos e cultura da Paz nas diferentes etapas dos ciclos de vida (gestante, idoso, criança, adolescente e adulto), com a participação do controle social e nas três esferas de governo</b>
Municipal	3.1. Criar grupo de trabalho para realizar diagnóstico sobre a violência na cidade de Porto Alegre, com intersetorialidade, garantindo a participação dos segmentos do movimento social e gestores
M/E/ F	3.2. Criar estratégias e desenvolver ações e políticas intersetoriais de enfrentamento às situações de violência (doméstica, urbana, criança e adolescente, idosos, dentre outros), visando a proteção das pessoas da violência e acidentados.

M/E/ F	3.3. Sensibilizar e capacitar toda a comunidade para a promoção de ações que previnam as práticas violentas e de violações de direitos, ressaltando o papel da família e das instituições educativas
M/E/ F	3.4. Efetivar a política de direitos sociais aos segmentos: indígenas, quilombolas, LGBT e outros.
M/E	3.5. Instrumentalizar as áreas técnicas da Secretaria de Saúde Municipal e gestores, através de seminários, oficinas, etc... propondo a interface com as outras secretarias visando a inserção das especificidades das populações vulneráveis na atenção a saúde
	<b>4. Implementar políticas públicas inclusivas e promotoras de cidadania através de programa de divulgação de culturas de desenvolvimento e promoção da saúde na seguridade social</b>
M/E	4.1. Criar campanha institucional e promover discussões nas associações comunitárias e conselhos locais sobre culturas de desenvolvimento.
M/E	4.2. Promover educação em saúde para toda a população, fortalecendo práticas de prevenção às doenças e melhora das condições de vida, nos espaços de controle social e de convivência comunitária tipo de biblioteca/ludoteca de prevenção às doenças.
M/E/ F	4.3. Utilizar diversos meios de comunicação (escolas, comunicação de massa, tv, rádio, etc.) para divulgar amplamente e informar a população sobre seus direitos sociais e deveres enquanto cidadão.
M/E/ F	4.4. Desenvolver ações de educação popular e potencializar as redes de economia solidária no território, através de parcerias junto aos programas e políticas ligados ao lazer, esportes, cursos profissionalizantes e geração de renda
M/E/ F	4.5. Priorizar as demandas populares na gestão da saúde pública, nas áreas de assistência social, da criança e adolescente, do idoso, população negra, indígena, educação, saúde e orientação sexual.



<b>Eixo 3 - Participação da Comunidade e Controle Social</b>	
<b>Abrangência</b>	<b>Diretrizes e Propostas</b>
	<b>1. Fortalecer o papel de fiscalização do controle social, respeitando e garantindo as ações e deliberações dos Conselhos de Saúde</b>
<b>Municipal</b>	1.1. Garantir, através da mobilização da comunidade (Conselhos Locais e Distritais de Saúde e Assistência Social), que as demais elencadas nos Planos de Investimentos do Orçamento Participativo sejam cumpridas pelo governo repassando os recursos ao Fundo Municipal de Saúde.
<b>M/E/ F</b>	1.2. Garantir o cumprimento de projetos aprovados pelo controle social-conselhos de saúde, independente de mudanças de governo.
<b>M/E/ F</b>	1.3. Controlar e fiscalizar os gestores e prestadores de serviços de saúde (instituições privadas e ONGs que aderem a convênios com o SUS), garantindo que esses serviços sejam guiados pelos princípios do SUS.
<b>M/E</b>	1.4. Garantir que todos os planos de políticas públicas que nortearão as ações do governo sejam implementados após discussão e aprovação nas plenárias do Conselho Municipal de Saúde, que participará em todas as etapas (formulação, implementação e avaliação) de todas as políticas de gestão do município
<b>M/E/ F</b>	1.5. Fiscalizar a adequação de recursos humanos para atender a população.
	<b>2. Garantir os direitos e ampliar o espaço de controle social para as populações em situação de vulnerabilidade social</b>
<b>M/E/ F</b>	2.1. Realizar discussões periódicas nos espaços de controle social sobre as temáticas da discriminação racial, de gênero, orientação sexual e uso de drogas ilícitas.
<b>M/E</b>	2.2. Criar assento de conselheiro nos Conselhos Municipais de Saúde para os segmentos da população negra, mulheres, portadores do HIV, dependentes químicos e moradores em situação de rua.
<b>M/E/ F</b>	2.3. Criar a comissão de população em situação de rua nas instâncias de controle social.
<b>M/E/ F</b>	2.4. Organizar, anualmente e com o apoio do CMS, seminários de segmentos historicamente vulnerabilizados.

	<b>3. Garantir a implantação, implementação, viabilização e fortalecimento dos Conselhos Locais/ Gestores/ Câmaras Técnicas em todos os serviços de saúde do município, garantindo o que consta em lei.</b>
<b>M/E/ F</b>	3.1 Mobilizar e instrumentalizar a comunidade para a implementação dos conselhos locais de saúde e para uma melhor fiscalização das ações realizadas em saúde
<b>M/E/ F</b>	3.2. Criar reuniões periódicas das equipes de saúde com conselheiros locais de saúde
<b>M/E</b>	3.3. Informar a população, periodicamente através do conselho local, sobre a prestação dos serviços de saúde e o número de consultas especializadas agendadas.
<b>M/E/ F</b>	3.4. Incentivar a criação de conselhos locais de saúde em todos os serviços de saúde (ESF, UBS, Centro de Saúde e hospitais) e de conselhos gestores e câmaras técnicas (hospitais privados, Santas Casas e fundações públicas de direito privado que prestam serviços ao SUS) onde não houver e incrementar as existentes com obrigatoriedade do critério de paridade em todos eles (50% usuários, 25% trabalhadores, 25% gestores e prestadores)
<b>M/E/ F</b>	3.5. Garantir a suficiência de recursos, criando e fortalecendo espaços de participação comunitária e controle social (Conselhos locais e distritais, Orçamento Participativo, Fóruns e Movimentos Sociais)
<b>M/E</b>	3.6. Criar Comissões Organizadoras para a condução do processo de implantação e viabilização dos conselhos locais, gestores/ câmaras técnicas, bem como acompanhar e fiscalizar a sua efetividade.
<b>M/E/ F</b>	3.7. Intensificar e estimular a participação dos trabalhadores nos conselhos locais, de gestores e nas câmaras técnicas.
<b>M/E/ F</b>	3.8. Garantir que os Conselhos Locais participem da organização, avaliação e acompanhamento do acolhimento , discutam os critérios de cadastramento dos usuários para o acesso e fluxos de atendimento dos serviços de saúde, a partir da realidade do território.
<b>Municipal</b>	3.9. Incentivar os Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde, Conselho Municipal de Saúde à participação no Orçamento Participativo e temáticas de saúde.
<b>M/E/ F</b>	3.10. Promover ações através de debates e materiais de divulgação sobre a importância dos Conselhos Locais de Saúde e da participação das comunidades nos espaços de Controle Social.

M/E/ F	3.11. Criar ouvidorias locais nos Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde (realizada pelos conselheiros).
	<b>4. Fortalecer e qualificar os conselhos de saúde, criando estratégias de informação, mobilização e participação da comunidade no controle social</b>
M/E/ F	4.1. Capacitar tecnicamente as instâncias de Controle Social para a discussão e aprovação do Pacto
M/E/ F	4.2. Instrumentalizar a população sobre os seus direitos de atendimento integral e universal no SUS e proporcionar a construção de ações em educação popular nos serviços de saúde.
M/E	4.3 Subsidiar apoio (financeiro, transporte...) para os conselheiros visitarem as entidades de base comunitária para chamamento à participação para as questões de saúde.
M/E/ F	4.4. Garantir a autonomia política e financeira dos conselhos de saúde, assegurando a estrutura de financiamento e criando condições para participação dos trabalhadores e usuários no controle social, garantindo espaço físico, equipamentos e materiais para a realização das atividades dos conselhos de saúde.
M/E/ F	4.5. Mobilizar trabalhadores, usuários, comunidade escolar, lideranças comunitárias e outros através de educação permanente, capacitação continuada e seminários sobre o tema controle social e cidadania, potencializando a inclusão do tema a partir do ensino fundamental..
M/E	4.6. Educar permanentemente os conselheiros sobre a política de saúde (através de oficinas, rodas de discussão com a comunidade e profissionais de saúde, etc), a nível local e distrital;
M/E/ F	4.7. Divulgar os conselhos de saúde e informações sobre o que são os espaços de controle social em saúde através dos meios de comunicação (radio comunitária, comunicação interna dos postos de saúde, jornal, televisão, mídias eletrônicas, rede, etc);
M/E/ F	4.8. Identificar os elementos que possibilitem a participação da população no controle social através de oficinas de reflexão de metodologias.
M/E/ F	4.9. Garantir a alternância regimental nas presidências dos conselhos.
Municipal	4.10. Propiciar a intersetorialidade, criando espaços periódicos de discussão entre as diversas comissões do conselho.

M/E/ F	4.11. Afiramar o SUS como um patrimônio do povo brasileiro, direito de cidadania, operacionalizado através do controle e participação social
--------	--

<b>Eixo 4 - Financiamento e Relação Público x Privado</b>	
<b>Abrangência</b>	<b>Diretrizes e Propostas</b>
	<b>1. Ampliar o controle e a transparência na relação entre o público e entidades privadas que prestam serviços de saúde para a população</b>
M/E/ F	1.1. Fiscalizar a assistência disponibilizada pelas entidades privadas que prestam serviço ao SUS, avaliando a qualidade e a resolutividade desses serviços, bem como reavaliando a relação entre custo e benefícios proporcionado pela filantropia e divulgando os resultados das ações executadas em todos os espaços de controle social.
M/E/ F	1.2. Garantir que os recursos referentes à filantropia sejam discutidos com as três esferas de governo e estabelecer instrumentos de controle para aferir o cumprimento das metas estabelecidas com os prestadores filantrópicos.
M/E/F	1.3. Criar o portal da filantropia junto ao “portal da transparência”
M/E/U	1.4. Criar e efetivar mecanismos para o ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde privados para os atendimentos realizados no sistema público e implementar junto ao judiciário a execução da legislação já existente.
	<b>2. Regulamentação da emenda constitucional 29, garantindo os recursos financeiros, orçamentários e o financiamento sustentável do SUS</b>
M/E/ F	2.1. Regular e cumprir a EC/29, aplicando de forma integral os percentuais previstos nas três esferas de governo.
M/E/ F	2.2. Definir que os recursos para o financiamento do sistema da seguridade social sejam aplicados no setor e não desviados, conforme previsto na constituição, proibindo que seja utilizado em outras ações e áreas econômicas.
	<b>3. Otimizar e qualificar a gestão dos recursos financeiros e orçamentários do SUS, criando mecanismos de controle e fiscalização que permitam a implementação orçamentária como previsto.</b>

M/E/ F	3.1. Mudar o modelo verticalizado de financiamento federal e estadual, flexibilizando o uso dos recursos, conforme diagnóstico municipal e pactuação local em saúde, definindo blocos macros e estabelecendo outras formas de controle menos burocratizadas e engessadas.
M/E/ F	3.2. Direcionar verba específica para a atividade de gestão no âmbito das instituições de saúde e qualificar a gestão dos recursos financeiros disponíveis para a sua plena utilização.
Municipal	3.3. Destinar um maior volume de recursos para aquisição de material para desenvolvimento do trabalho nos serviços de saúde.
M/E/ F	3.4. Exigir transparência na prestação de contas dos setores público e privado a respeito dos recursos do SUS, elaborando boletins informativos de prestação de contas da regulação, contratos de prestação de serviços com as entidades privadas e filantrópicas e do orçamento prévio para a saúde.
M/E/ F	3.5. Contratualizar, regular e fiscalizar a relação pública, privada e filantrópica a partir de parâmetros e metas definidos pelo setor público no atendimento ao sistema único de saúde.
M/E/ F	3.6. Organizar e descentralizar as informações financeiras e orçamentárias da saúde para o controle social a partir de mecanismos locais.
	<b>4. Assegurar financiamento amplo, eqüitativo e sustentável para a efetivação de um SUS 100% Estatal, com o fim da atuação do setor complementar (iniciativa público/privada) e a garantia da saúde como direito de todos.</b>
M/E/ F	4.1. Estatizar os hospitais filantrópicos e tornar os atuais hospitais em filantrópicos, para depois estatizá-los
M/E/ F	4.2. Combater o processo de terceirização, precarização do trabalho e privatização da saúde pública, alertando os trabalhadores e usuários do SUS sobre a Medida Provisória 520.
M/E/ F	4.3. Exigir atendimento 100% SUS pelos hospitais universitários públicos
Municipal	4.4. Revogar a Lei que cria o IMESF
M/E/ F	4.5. Flexibilizar a lei de responsabilidade fiscal para a área da saúde, revisando os limitadores percentuais de gastos com pessoal em relação à receita.
	<b>5. Garantir recursos orçamentários próprios visando a inserção das especificidades das populações vulneráveis na atenção à saúde</b>

M/E/ F	5.1. Destinar recursos para avaliar e monitorar a efetividade do quesito raça/cor em caráter permanente
M/E/ F	5.2. Incluir em seu planejamento plurianual a previsão de recursos orçamentários para viabilização e desenvolvimento das ações implementadas (PPA, LDO, LDA) – três esferas de gestão
	<b>6. Priorizar e ampliar os recursos financeiros para a Atenção Primária.</b>
M/E/ F	6.1. Racionalizar a aplicação dos recursos financeiros na média e alta complexidade, priorizando os investimentos na atenção primária
M/E/ F	6.2. Instituir recursos e ampliar financiamento específico para as ações de prevenção e promoção da saúde, fixando um percentual pré-definido mediante análise e/ou estudos.
M/E/ F	6.3. Reajustar o PAB (Piso da Atenção Básica) sistematicamente (anual).
M/E/ F	6.4. Criar mecanismos que obriguem os municípios a aplicar os recursos financeiros recebidos na regionalização da saúde (Atenção Básica, Hospitais Regionais, etc).
M/E/ F	6.5. Assegurar a ampliação de investimentos em serviços territoriais (Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial, redução de danos) com financiamento para a implantação de equipes multiprofissionais conforme as necessidades locais e definidas pelo conselho

<b>Eixo 5 - Gestão do Sistema e Pacto pela Saúde</b>	
<b>Abrangência</b>	<b>Diretrizes e Propostas</b>
	<b>1. Potencializar e qualificar a gestão pública, regionalizada e hierarquizada da saúde, garantindo a efetividade e eficiência do sistema.</b>
M/E/ F	1.1 Descentralizar os recursos assistenciais, o processo e o gerenciamento do SUS.
M/E/ F	1.2 Implementar projetos que reforcem o SUS como política de Estado mais do que política de governo.
M/E/ F	1.3 Garantir a efetivação do Pacto pela Saúde em todas as esferas de governo, viabilizando a adesão do município e exigindo a adesão pelo Estado.

<b>Municipal</b>	1.4 Regionalizar a saúde municipal, organizando a demanda do Sistema Único de Saúde com o mapeamento dos serviços por gerência distrital para fins de referência e contra-referência.
<b>M/E/ F</b>	1.5 Reforçar a territorialização da saúde, elaborando projetos que baseiem suas ações em diagnósticos de saúde regionais para organização do sistema.
<b>M/E/ F</b>	1.6 Implantar um modelo de regulação onde esteja a totalidade de capacidade instalada de serviços de saúde do município.
<b>M/E/ F</b>	1.7 Responsabilizar o município pela saúde dos seus moradores e garantir formas de ressarcimento aos municípios que atendem os usuários dos demais municípios.
<b>M/E/ F</b>	1.8 Criar e estabelecer a Lei de Responsabilidade Sanitária (definir obrigações administrativas do agente público e consequente punição) como critério de utilização de recursos públicos em saúde.
<b>M/E/ F</b>	1.9 Exigir o cumprimento da expansão de serviços resolutivos em todos os municípios do Estado, fortalecendo a regionalização de atenção secundária e terciária em saúde.
<b>M/E/ F</b>	1.10 Profissionalizar a gestão da saúde, com qualificação compatível com as atribuições do cargo.
<b>M/E/ F</b>	1.11 Contratar serviços privados para atender a demanda e melhorar a atenção da Média e Alta Complexidade, quando houver falta de atendimento pelo poder público.
	<b>2. Dotar o SUS de tecnologia da informação.</b>
<b>Municipal</b>	2.1 Informatizar a rede municipal de saúde e a assistência, com prazo determinado.
<b>M/E/ F</b>	2.2 Informatizar e integrar os sistemas de informação dos serviços de saúde com suporte em um sistema inteligente que abasteça os demais sistemas (troca de informações), incluindo as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.
<b>M/E/ F</b>	2.3 Informatizar todos os insumos necessários à execução dos serviços.(Ex. assistência farmacêutica).
<b>M/E/ F</b>	2.4 Controlar, aperfeiçoar e fortalecer o fluxo de dados, garantindo que o sistema de informatização seja instrumento de gerenciamento e solução de problemas.
<b>M/E/ F</b>	2.5 Criar e implantar o prontuário eletrônico dos usuários utilizando as tecnologias já disponíveis, como o cartão SUS, e desenvolvendo outras para melhorar o sistema de informação em saúde e melhorar a comunicação dentro da rede e em todos os níveis do SUS, de forma integrada.

M/E/ F	2.6 Garantir a informatização da rede através do acesso à internet banda-larga em todas as unidades de saúde (com computadores e operadores).
	<b>3. Fortalecer a Vigilância em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família como Política da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).</b>
M/E/ F	3.1 Fortalecer as equipes da atenção primária em saúde
M/E/ F	3.2 Ampliar os recursos humanos e o financiamento à atenção primária.
M/E/ F	3.3 Legitimar os protocolos das ações em saúde da atenção primária em saúde.
M/E/ F	3.4 Adotar modelo de gestão participativa.
M/E/ F	3.5 Organizar em rede os serviços de saúde, em ações cooperativas, ofertando uma atenção contínua e integral estruturada na Atenção Primária à Saúde.
	<b>4. Defender o SUS como maior Política de Estado responsável pela inclusão social do país.</b>
M/E/ F	4.1 Fortalecer a marca do SUS nas divulgações dos gestores das três esferas de governo.
M/E/ F	4.2 Incentivar a produção de conhecimento científico e tecnológico em Saúde da População Negra e Indígena.
M/E/ F	4.3 Implementar ações de combate ao racismo institucional e a redução das desigualdades de gênero, bem como instituir processo de monitoramento e avaliação dessas ações.
M/E/ F	4.4 Promover o reconhecimento de saberes práticas populares de saúde, incluindo aquelas preservadas pelas religiões de matriz africana.
M/E/ F	4.5 Produzir dados que informem a condição de saúde das populações historicamente em situação de vulnerabilidade social

<b>Eixo 6 - Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde</b>	
<b>Abrangência</b>	<b>Diretrizes e Propostas</b>
	<b>1. Implantar e implementar uma política de educação permanente, garantindo a qualificação da integração ensino-serviço.</b>
M/E/ F	1.1. Direcionar a formação acadêmica, técnica e de pós-graduação para o SUS.



M/E/ F	1.2. Valorizar, reconhecer e garantir a política de residência em saúde nas três esferas e manter programas de residência integrada e multiprofissional em saúde em espaços extra-hospitalares (Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental), revertendo a lógica de fortalecimento de programas uniprofissionais e hospitalares, visando qualificar o trabalho em equipe e a atenção integral em saúde, ampliando o número de vagas e os campos de prática.
M/E/ F	1.3. Adequar o número de tutores e qualificá-los conforme a proposta pedagógica das residências.
M/E/ F	1.4. Investir na preparação dos serviços e dos servidores para as ações de integração ensino-serviço, qualificando e incentivando financeiramente os preceptores das residências multiprofissionais.
M/E/ F	1.5. Pactuar com as escolas e universidades que utilizam os serviços de saúde como campo de estágio que incluam a temática da saúde da população negra no currículo escolar.
M/E/ F	1.6. Organizar as atividades práticas, estágios e residências, de forma regionalizada e articulada com os territórios de saúde.
Municipal	1.7. Incluir as instituições de ensino na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço – CPES
União	1.8. Pactuar que a certificação dos egressos dos programas de residência multiprofissional integrada em saúde, com financiamento público, enquanto residentes, seja retroativa à criação da comissão nacional de residência multiprofissional em saúde.
M/E/ F	1.9. Garantir que a atenção psicossocial (CAPS, ambulatórios, hospitais gerais, serviços residenciais terapêuticos) seja o único campo possível de formação teórico-prático para todas as áreas de conhecimento, tanto na graduação quanto na pós-graduação, efetivando no âmbito da formação o cumprimento da Reforma Psiquiátrica.
	<b>2. Implantar e implementar uma política de educação permanente qualificando os profissionais de saúde considerando as diretrizes e necessidades identificadas nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde</b>
M/E/ F	2.1. Desenvolver ações de capacitação das equipes de saúde, conforme a política nacional de saúde, dignificando e humanizando as relações de trabalho, garantindo a formação e qualificação dos profissionais para o SUS
M/E/ F	2.2. Desenvolver ações de capacitação em matriciamento na atenção primária e secundária.
Municipal	2.3. Criar Escola Municipal de Saúde Pública e estruturar uma equipe para implementar as ações de educação permanente como embrião desta Escola.

M/E/ F	2.4. Instrumentalizar os profissionais da saúde para os conhecimentos e fluxos para propiciar atenção em saúde no SUS.
M/E/ F	2.5. Fomentar a criação, formação, informação dos profissionais de saúde sobre a importância das rodas de terapia comunitária através de capacitação de profissionais.
M/E/ F	2.6. Orientar os processos de formação e de educação permanente em saúde a partir do reconhecimento da educação popular e das práticas populares em saúde, incluindo seus pressupostos e práticas nos cursos de formação em saúde
M/E/ F	2.7. Qualificar o profissional da saúde para agilizar o diagnóstico e tratamento do câncer de mama.
M/E/ F	2.8. Investir na estruturação da rede de serviços de saúde como campo de formação para os profissionais de saúde atendendo o princípio do SUS de ordenador de formação de RH
M/E/ F	2.9. Capacitar os profissionais de saúde pública na atenção primária para acolher e acompanhar vítimas de violência, inclusão social e pessoas com necessidades especiais.
M/E/ F	2.10. Reconhecer o profissional de saúde na educação e sua formação e utilizar seus conhecimentos no processo de educação permanente da rede do SUS.
M/E/ F	2.11. Capacitar os funcionários e trabalhadores em saúde com vistas a fomentar a criação/implementação de conselhos locais de saúde, visando a união entre trabalhadores e usuários com co-responsabilização.
	<b>3. Garantir o Sistema Público de Saúde sem a terceirização dos recursos humanos e serviços, combatendo a precarização do trabalho em saúde</b>
M/E/ F	3.1. Criar a carreira única da saúde no regime estatutário, conforme NOB-RH-SUS, para todos os trabalhadores e jornada máxima de 30 horas semanais, com salário digno que estimule a dedicação exclusiva, respeitando as especificidades de categoria
M/E/ F	3.2. Instalar as mesas de negociação permanente do SUS e implantação do plano de carreira, cargos e salários do SUS buscando equalizar as diferenças, com isonomia salarial, nas três esferas de gestão
M/E/ F	3.3. Criar imediatamente plano de carreira, cargos e salários para profissionais da saúde independente do regime de contratação.
Municipal	3.4. Fazer processo seletivo de contratação específico para o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF).

M/E/ F	3.5. Realizar concursos e processos seletivos públicos com ênfase na seleção de profissionais em saúde pública, valorizando as residências multiprofissionais, especialização em saúde coletiva, participação comunitária e no controle social.
Municipal	3.6. Considerar que a administração dos recursos humanos seja de forma direta com o município com contratação via concurso público, independentemente da forma de regime de trabalho, acabando com as tercerizações.
Municipal	3.7. Contratar profissional administrativo para todas as Unidades de Saúde.
M/E/ F	3.8. Implantar sistema de controle de efetividade e cumprimento da carga horária dos trabalhadores do SUS.
M/E/ F	3.9. Incentivar financeiramente os profissionais da gestão e de coordenação de equipes no SUS.
	<b>4. Implementar política de gestão do trabalho no SUS nas tres esferas de governo, incluindo a regulação na saúde complementar, visando a valorização do trabalhador e qualificação do processo de trabalho em toda a rede.</b>
M/E/ F	4.1. Democratizar os espaços de gestão dos processos de trabalho e formação em saúde, realizar eleições diretas dos gestores dos serviços de saúde pelos trabalhadores e comunidade, sendo elegíveis os componentes da equipe
Municipal	4.2. Realizar estudo de dimensionamento de pessoal em todas as regiões da cidade, efetivando a complementação das equipes, de acordo com os parâmetros técnico-científicos, em até 02 (dois) anos.
Municipal	4.3. Implementar uma equipe para acompanhar os processos de trabalho, para os serviços de atenção primária e especializados.
M/E/ F	4.4. Orientar a gestão do trabalho em saúde a partir dos princípios da gestão estratégica e participativa.
M/E/ F	4.5. Garantir a reposição de trabalhadores em caso de afastamento do trabalho (férias, licença saúde, maternidade, prêmio, etc.).
M/E/ F	4.6. Premiação das equipes e dos profissionais da saúde, conforme o alcance de metas estabelecidas e discutida nos espaços de controle social.
M/E/ F	4.7. Combater o assédio moral nos serviços de saúde.
	<b>5. Implementar política municipal em saúde e segurança do trabalhador</b>
Municipal	5.1. Transformar o decreto que institui as comissões de saúde e segurança do trabalho nas secretarias municipais de Porto Alegre em lei.

<b>M/E/ F</b>	5.2. Adequar todos os serviços de saúde, de acordo com as normas da vigilância sanitária nos aspectos referentes a biosegurança, acessibilidade e com equipe de segurança do trabalho, que garanta a segurança dos equipamentos e dos profissionais, como forma de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, de acordo com as normas regulamentadoras do trabalho.
<b>M/E/ F</b>	5.3. Priorizar a política de saúde do trabalhador na SMS, com garantia de condições materiais, técnicas, de RH, formação e demais elementos para sua efetivação, nas três esferas de gestão.
<b>M/E/ F</b>	5.4. Dar maior atenção, cuidado e segurança à saúde do trabalhador, bem como discuti-la nos espaços de controle social.

**DIRETRIZES E PROPOSTAS MAIS VOTADAS**  
**POR EIXO-TEMÁTICO**  
**EM CADA PRÉ-CONFERÊNCIA**

<b>Eixo 1 - Acesso e Acolhimento</b>	
CENTRO	<b>Ampliar a rede de atenção primária em saúde</b>
CENTRO	Incluir nas equipes de saúde da família, equipe de saúde bucal com atendimento integral
CENTRO	Aumentar o número de equipes de saúde da família, construindo novas unidades
CENTRO	Criar NASFs
CENTRO	<b>Ampliar e qualificar ações em Saúde Mental</b>
CENTRO	Instalar uma rede de serviços substitutiva regionalizada de: CAPSi, CAPS, oficina de trabalho e renda, Serviço residencial terapêutico, leitos em hospitais gerais, ambulatório em saúde mental, SAMU
CENTRO	Criar transporte qualificado e especializado para atendimento de pacientes em saúde mental
CENTRO	Ampliar de forma regionalizada os CAPS AD
CENTRO	<b>Implantar a política municipal das práticas integrativas e complementares (PIC) – Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia</b>
CENTRO	Criação de cargos e concursos específicos para o atendimento da PIC
CENTRO	Levantamento dos RHs e serviços existentes na rede - PIC
CENTRO	Implementação da fitoterapia e ampliação da homeopatia e acupuntura, incluindo esses profissionais no NASF
LENO	<b>Construir rede de atenção, consolidando o cuidado integral</b>
LENO	Ampliar a rede de acesso a consultas especializadas, aumentando o número de profissionais especializados e ampliando centros de referência regionais com especialidades
LENO	Implantar e ampliar serviços especializados em saúde mental no território: Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios, residenciais terapêuticos, etc.
LENO	Planejar ações intersetoriais que garantam a integralidade das redes de cuidado.
LENO	<b>Consolidar a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada no Sistema Único de Saúde.</b>
LENO	Priorizar a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família nos territórios para a qualificação da Atenção Primária à Saúde.
LENO	Ampliar as equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família
LENO	Garantir o atendimento, tendo como princípio a integralidade e a equidade de gênero e étnica
LENO	<b>Qualificar o acesso através da implantação do acolhimento</b>
LENO	Implementar a estratégia de acolhimento em todos os serviços do Sistema Único de Saúde como dispositivo de prevenção e promoção da saúde

LENO	Garantir a implantação e a participação dos Conselhos Locais de Saúde na organização, avaliação e acompanhamento do acolhimento e fluxos de atendimento dos serviços de saúde
LENO	Garantir a escuta qualificada de todas as demandas na Atenção Primária à Saúde
SCS	<b>Implementar equipe de saúde da família em toda a cidade</b>
SCS	Ampliação da equipe mínima, contemplando o cargo de agente administrativo, mais dois técnicos de enfermagem, odontólogo e auxiliar de saúde bucal
SCS	Sensibilização de toda equipe de Saúde para o acolhimento Humanizado
SCS	Garantir espaço físico adequado, definido pelas normas do Ministério da Saúde
SCS	<b>Implementar a rede saúde regionalizada em toda a cidade</b>
SCS	Implantação de Laboratório de Prótese odontológica em todas as Gerências
SCS	Implantação dos NASF ( Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e dos Centros de Especialidades em todas as Gerências de Saúde
SCS	Implantação do Serviço de Apoio Diagnóstico por Gerência ( Laboratórios, rx, etc)
SCS	<b>Qualificar processo de trabalho em toda a rede</b>
SCS	Criação de novas vagas para profissionais de saúde por Concurso Público, desvinculando da Lei de Responsabilidade Fiscal
SCS	Uma equipe por respeitando o critério populacional (máximo 4.000 habitantes)
SCS	Implementação dos recursos de informática para facilitar o atendimento do usuário
NHNI	<b>Consolidar e articular a rede de atenção e garantir acesso a todos os níveis de atenção</b>
NHNI	Ampliar e fortalecer a rede de saúde mental e serviços especializados
NHNI	Aumento dos centros de especialidades odontológicas
NHNI	Informatizar a Rede
NHNI	<b>Consolidar a esf em âmbito municipal, estadual, federal e distrito federal</b>
NHNI	Implantar a rede da ESF com cobertura de 100% da população em todos os municípios do país priorizando as áreas de maior vulnerabilidade
NHNI	Implantar os NASFs
NHNI	Ampliar as equipes de Saúde Bucal na ESF
NHNI	<b>Garantir o acesso do usuário aos serviços de forma humanizada</b>
NHNI	Garantir a formação e qualificação dos profissionais para o SUS
NHNI	Capacitar os profissionais para a Política de Humanização

NHNI	Implementar o acolhimento em todos os níveis de atenção
PLP	<b>Garantir a atenção primária à saúde como porta de acesso prioritária</b>
PLP	Implantar NASFs e Equipes de apoio matricial em todas as regiões
PLP	Ampliar a cobertura das Equipes de Saúde da Família em 50%, da população, conforme PMS 2010-2013, com equipes completas
PLP	Manter e ampliar as ações de redução de danos de forma descentralizada, conforme preconiza a diretriz do MS
PLP	<b>Garantir o Sistema Público de Saúde sem a terceirização dos recursos humanos e serviços</b>
PLP	contratar todos os profissionais de saúde através de contrato de trabalho público, com plano de carreira
PLP	contratar profissional administrativo para todas as Unidades de Saúde
PLP	garantir a presença do profissional de segurança dentro da unidade de saúde em regime integral
PLP	<b>Efetivação e ampliação da política de atenção à saúde indígena nos municípios</b>
PLP	Priorizar na composição de equipes multiprofissionais de saúde indígena (completa e bucal) o ingresso de profissionais indígenas
PLP	Capacitação dos profissionais de saúde em saúde indígena em todos os níveis de complexidade de atenção em saúde
PLP	Garantir a representação da comunidade indígena nas esferas de gestão da saúde indígena através de comissões de saúde indígena.
RES	<b>Ampliar a rede de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, rede especializada e rede de serviços substitutivos</b>
RES	Garantir e fiscalizar a construção de novas unidades de saúde que atenderão aos moradores dos complexos habitacionais em implantação, de acordo com o número de habitantes
RES	Implantar Unidades de Saúde em áreas sem cobertura assistencial
RES	Implantar Centros de Especialidades regionalizados referenciados pelas Unidades de Saúde de referência
RES	<b>Garantir o transporte público e gratuito que possibilite o acesso do usuário ao serviço demandado</b>
RES	Garantir transporte público, inclusive em áreas de difícil acesso às Unidades de Saúde e serviços especializados
RES	Ampliar e adequar o transporte social em todas as Unidades de Saúde
RES	<b>Adequar a estrutura física das unidades de saúde em todo o município</b>
RES	Qualificar a ambiência nas Unidades de Saúde, de modo a melhorar a satisfação do usuário e do trabalhador
GCC	<b>Implementar a política nacional da saúde integral da pop. Negra</b>



GCC	Destinar recursos financeiros específicos para a implementação da pol nac de saúde da pop. Negra
GCC	Incluir a política nacional da saúde integral da pop. Negra nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalho em saúde
GCC	Promover o reconhecimento de saberes populares e práticas integrativas em saúde
GCC	<b>Implantar as práticas de saúde integrativas e complementares na SMS</b>
GCC	Criação de concursos para as áreas de homeopatia, acupuntura e fitoterapia
GCC	Acesso aos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos
GCC	Liberação de percentual da carga horária de profissionais especializados nas áreas até criação das vagas
GCC	<b>Implementar a política nacional de atenção à saúde mental</b>
GCC	Criar CAPs I, CAPs Álcool e drogas em cada gerência distrital
GCC	Efetivar, ampliar e implementar a rede própria de CAPs AD para tratamento de atenção ao usuário e dependente químico e família
GCC	Implantar o conceito de redução de danos nas práticas de saúde com assistência social e ESF
NEB	<b>Reorganizar os territórios de abrangência das unidades de saúde</b>
NEB	Ampliar unidades de saúde e equipes de saúde família com equipe de saúde bucal, adequando aos dados demográficos e de vigilância
NEB	Criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEB	Cada Núcleo de Apoio de Saúde da Família deverá atender no máximo 5 a 10 equipes de saúde da família
NEB	<b>Humanizar o atendimento no Sistema Único de Saúde</b>
NEB	Agilizar a implantação da informática para organização do sistema
NEB	Seleção de profissionais qualificados e identificados com saúde pública e as diversidades populacionais, para atuar no Sistema Único de Saúde
NEB	Promover a segurança nos postos de saúde
NEB	<b>Qualificar e agilizar o processo de diagnóstico e tratamento para o câncer de mama</b>
NEB	Ampliar a capacidade instalada (profissionais e recursos) para o diagnóstico precoce do câncer de mama
NEB	Ações básicas que aumentem a adesão das mulheres para a realização da mamografia

## Eixo 2 - A Política de Saúde na Seguridade Social

CENTRO	<b>Garantir a implementação da proteção social pelo Estado</b>
--------	--

CENTRO	Promover ampla divulgação da Seguridade Social para efetivação do direito expresso na constituição
CENTRO	Criar mecanismos de comunicação e articulação intersetorial entre as políticas que compõe a seguridade social
CENTRO	Criar conselhos e conferências de seguridade social nas três esferas de governo
CENTRO	<b>Ampliar a Seguridade Social com Educação e Trabalho nas três esferas de Governo</b>
CENTRO	Debater a Educação e o Trabalho como determinantes da Proteção Social nas três esferas de Governo
LENO	<b>Assegurar a Intersectorialidade</b>
LENO	Construir a Política de Reabilitação
LENO	Implantar a Política de Álcool e Drogas, criando os CAPS descentralizados
LENO	Ampliar o Transporte Social
LENO	<b>Defesa Intransigente dos Princípios e Diretrizes do SUS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Participação Social e Descentralização</b>
LENO	Reestruturar a Política de Saúde do Idoso
LENO	Garantir o processo de implantação das Unidades de Pronto-Atendimento sem prejuízo à rede básica de atenção
LENO	Ampliar o horário de atendimento na rede
LENO	<b>Avançar no desenvolvimento de uma Política de Recursos Humanos em saúde</b>
LENO	Capacitar os profissionais conforme a Política Nacional de Saúde
LENO	Qualificar as equipes de saúde
LENO	Garantir a isonomia salarial
SCS	<b>Implementar políticas públicas voltadas à valorização da vida, na prevenção das violências e violações de direitos</b>
SCS	Sensibilizar e capacitar toda a comunidade para a promoção de ações que previnam as praticas violentas e de violações de direitos, ressaltando o papel da família e das instituições educativas
SCS	Intensificar a implementação da política de saúde do homem, com recursos humanos e financeiros adequados, no âmbito da promoção, prevenção e assistência à saúde
SCS	Implementar em todos os distritos da cidade os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas(CAPS AD)
SCS	<b>Promover a articulação intersetorial entre as políticas do trabalho e seguridade social</b>
SCS	Priorizar a política de saúde do trabalhador na SMS, com garantia de condições materiais, técnicas, de RH, formação e demais elementos para sua efetivação

SCS	Dar maior atenção, cuidado e segurança à saúde do trabalhador, bem como discuti-la nos espaços de controle social
SCS	Articulação do SUAS com a saúde na assistência à gestante
SCS	<b>Garantir a atenção integral à saúde do idoso</b>
SCS	Terminar com fator previdenciário, respeitando o princípio constitucional, sem redução as aposentadorias
SCS	Implementar programas de atenção ao idoso nos serviços de saúde na área da prevenção
SCS	Criação e ampliação de centros de convivência para idosos com atendimento multiprofissional com recursos humanos capacitados e capacidade instalada conforme a população do território
NHNI	<b>Construir políticas públicas de seguridade social</b>
NHNI	Criar orçamento para seguridade social nas três esferas de governo
NHNI	Realizar conferências de seguridade social nas três esferas de governo
NHNI	Criar conselhos de seguridade social nas três esferas
NHNI	<b>Garantir a implementação da proteção social pelo Estado</b>
NHNI	Promover divulgação, comunicação e articulação intersetorial das políticas da seguridade social
NHNI	Realizar reuniões de rede intersetorial dentro da carga horária de trabalho
NHNI	Constituir equipes multiprofissional que garantam a ação intersetorial das políticas de seguridade social
NHNI	<b>Incluir na seguridade social a Educação e Trabalho</b>
NHNI	Criar espaços de discussão coletiva dos determinantes da proteção social
NHNI	Pautar nos conselhos: saúde, assistência social, educação e demais conselhos existentes este debate
PLP	<b>Reforçar a saúde no contexto da seguridade social ampliada, garantindo proteção integral aos cidadãos, incidindo sobre os condicionantes e determinantes de saúde, nas 3 esferas do Estado</b>
PLP	Desenvolver ações e políticas intersetoriais visando a garantia de moradia e saneamento básico
PLP	Desenvolver e reforçar ações e políticas visando a segurança alimentar da população
PLP	Desenvolver ações e políticas intersetoriais visando a proteção das pessoas da violência e acidentes
PLP	<b>Promover e efetivar a integração entre o tripé da seguridade (previdência social, saúde e assistência social)</b>
PLP	Implantação dos NASFs em caráter de urgência
PLP	Integrar ações das ESFs com os CRAS (Centro de Referência da Assistência Social)

PLP	Implementação das linhas de cuidado para melhor acompanhar o usuário em seu fluxo na assistência, independente da porta de entrada
PLP	<b>Afirmar o SUS como um patrimônio do povo brasileiro, direito de cidadania, operacionalizado através do controle e participação social</b>
PLP	Divulgar amplamente em diversos espaços os direitos sociais dos cidadãos (escolas, comunicação de massa - tv, rádio)
PLP	Promover educação em saúde para toda a população
PLP	Efetivar o caráter deliberativo dos conselhos de saúde
RES	<b>Implantar Políticas Públicas voltadas à valorização da vida e cultura da Paz nas diferentes etapas dos Ciclos de Vida (gestante, idoso, criança, adolescente e adulto) e nas três esferas de governo</b>
RES	Implantar serviços (de saúde, Previdência Social e Assistência Social) nos locais desprovidos de acesso a esses atendimentos
RES	Implantar Grupos de Discussão dos serviços (Saúde, Previdência Social e Assistência Social), resolutivos, entre as 03 esferas de gestão e com uma agenda de atuação nas comunidades
RES	Garantir a suficiência de recursos, criando e fortalecendo espaços de participação comunitária e controle social. (Conselhos locais e distritais, Orçamento Participativo, Fóruns e Movimentos Sociais)
RES	<b>Implementar Políticas públicas inclusivas e Promotoras de Cidadania</b>
RES	Utilizar meios de comunicação para informar a população de seus direitos e deveres enquanto cidadão
RES	Buscar parcerias junto aos programas e políticas ligados ao lazer, esportes, cursos profissionalizantes e geração de renda
RES	Garantir que a Seguridade Social seja financiada pelo Estado de forma integral
GCC	<b>Implementar ações de intersectorialidade do tripé da seguridade social para a garantia das políticas de saúde</b>
GCC	Ampliar e qualificar os serviços de centros de referência e assistência social
GCC	Criar e ampliar o acesso ao transporte social na alta, baixa e média complexidade, nos tratamentos contínuos e para pacientes acamados
GCC	Desenvolver ações e políticas intersectoriais visando a garantia a moradia e saneamento básico a todos
GCC	<b>Ampliação e qualificação da rede de saúde</b>
GCC	Ampliar e criar centros de referência em reabilitação física adulto e infantil em todos os níveis de complexidade
GCC	Estender a todos os serviços de estratégia de saúde da família o atendimento e a implantação de saúde bucal

GCC	Criar estruturas de atendimento ao idoso com ações de promoção, prevenção e cuidados
GCC	<b>Criar e implementar fluxos inter e intra-institucionais por meio das diferentes redes de serviço, garantindo a qualidade de atendimento ao usuário</b>
GCC	Criar estratégias intersetoriais de enfrentamento às situações de violência (doméstica, urbana, criança e adolescente, idosos, dentre outros)
GCC	Efetivar a legislação de acessibilidade dos usuários a todos os serviços(saúde, assistência social, escolas, vias públicas...)
GCC	Efetivar a política de direitos sociais aos segmentos (indígenas, quilombolas, LGBT e outros)
NEB	<b>Transformar o modelo biomédico de atenção à saúde para o modelo holístico, promovendo a integralidade e a multidimensionalidade do ser humano</b>
NEB	Ampliar e qualificar as equipes de Estratégia de Saúde da Família, incluindo profissionais habilitados em PIC (Práticas Integrativas e Complementares)
NEB	Retomar o processo de implementação da rede substitutiva em saúde mental que contemple as práticas integrativas e complementares (PIC)
NEB	Desenvolver ações de educação popular e potencializar as redes de economia solidária no território
NEB	<b>Implementar programa de divulgação de culturas de desenvolvimento e promoção da saúde na seguridade social</b>
NEB	Estimular a articulação das equipes com a comunidade para o uso de práticas naturais de saúde
NEB	Promover discussões nas associações comunitárias e conselhos locais
NEB	Criar campanha institucional
NEB	<b>Ampliar o conceito de Cidadania em todas as etapas do ciclo da vida</b>
NEB	Constituir Redes regionais para consolidar as informações entre as políticas sociais
NEB	Constituir equipes interdisciplinares em toda rede de serviço
NEB	Integrar o território as políticas sociais no município

<b>Eixo 3 - Participação da Comunidade e Controle Social</b>	
CENTRO	<b>Fortalecer o papel de fiscalização do controle social.</b>
CENTRO	Garantir que o controle social fiscalize as instituições privadas e ONGs que aderem a convênios com o SUS, garantindo que esses serviços sejam guiados pelos princípios do SUS.
CENTRO	Fiscalizar a adequação de recursos humanos para atender a população.
CENTRO	Garantir que as políticas sejam implementadas após discussão e aprovação nas plenárias do conselho.
CENTRO	<b>Garantir os direitos da população em situação de rua</b>
CENTRO	Criar a comissão de população em situação de rua nas instâncias de controle social.
CENTRO	Efetivar a política municipal de atenção para a população em situação de rua.
CENTRO	<b>Implantar, implementar e fortalecer os Conselhos Locais em todos os serviços de saúde e os Conselhos Gestores nos hospitais públicos e privados.</b>
CENTRO	Mobilizar a comunidade para a implementação dos conselhos locais de saúde em toda a cidade.
CENTRO	Garantir que os Conselhos Locais discutam os critérios de cadastramento dos usuários para o acesso, a partir da realidade do território.
CENTRO	Criar comissão para acompanhar e fiscalizar a efetividade dos Conselhos Locais.
LENO	<b>Garantir a implantação e a viabilização dos Conselhos Locais/ Gestores/ Câmaras Técnicas em todos os serviços de saúde do município.</b>
LENO	Criar Comissões Organizadoras para a condução deste processo de implantação e viabilização dos conselhos locais, gestores/ câmaras técnicas.
LENO	Intensificar a participação dos trabalhadores dos conselhos locais, de gestores e nas câmaras técnicas.
LENO	Estimular os serviços para a participação no controle social.
LENO	<b>Desencadear ações de educação e saúde a partir dos serviços de saúde.</b>
LENO	Capacitar os conselheiros de saúde a nível local e distrital, aberto aos usuários.
LENO	Organizar, anualmente e com o apoio do CMS, seminários de segmentos historicamente vulnerabilizados.

LENO	Proporcionar a construção de ações em educação popular nos serviços de saúde, com enfoque das informações sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS.
LENO	<b>Enfrentar o fenômeno da violência com a participação do controle social.</b>
LENO	Realizar diagnóstico sobre a violência na cidade de Porto Alegre, com intersectorialidade.
LENO	Criar grupo de trabalho para construir processo de diagnóstico, garantindo a participação dos segmentos do movimento social e gestores.
SCS	<b>Criar e fortalecer conselhos locais de saúde</b>
SCS	Mobilizar os trabalhadores através de educação continuada sobre o tema controle social.
SCS	Mobilizar as lideranças comunitárias através de reuniões com abordagem sobre o tema controle social.
SCS	Realizar ações educativas com a comunidade escolar e outros sobre o tema controle social.
SCS	<b>Ampliar o espaço de controle social para as populações em situação de vulnerabilidade social</b>
SCS	Realizar discussões periódicas nos espaços de controle social sobre as temáticas da discriminação racial, de gênero, orientação sexual e uso de drogas ilícitas.
SCS	Criar assento de conselheiro nos Conselhos Municipais de Saúde para os segmentos da população negra, mulheres, portadores do HIV, dependentes químicos e moradores em situação de rua.
SCS	Criar espaços de intersectorialidade periódico entre as diversas comissões do conselho.
SCS	<b>Instrumentalizar a comunidade para uma melhor fiscalização das ações realizadas em saúde</b>
SCS	Criar reuniões periódicas das equipes de saúde com conselheiro local de saúde
SCS	Prestar conta para a comunidade através do conselho local dos serviços prestados pela unidade de saúde
NHNI	<b>Criar, fortalecer e qualificar os conselhos de saúde</b>
NHNI	Educar permanentemente os conselheiros sobre a política de saúde (através de oficinas, rodas de discussão com a comunidade e profissionais de saúde, etc);
NHNI	Divulgar os conselhos de saúde através dos meios de comunicação (radio comunitária, comunicação interna dos postos de saúde, jornal, televisão, mídias eletrônicas, rede, etc);
NHNI	Garantir espaço físico, equipamentos e materiais para a realização das atividades dos conselhos de saúde.

NHNI	<b>Respeitar e garantir as ações e deliberações dos conselhos de saúde</b>
NHNI	Realizar seminário para debate do papel e atuação dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde.
NHNI	Que todo plano de políticas públicas seja aprovado pelo conselho municipal de saúde que norteará as ações do governo;
NHNI	Que o conselho participe desde o início de todo o processo, participando de todas as etapas da formulação, implementação e avaliação de todas as políticas de gestão do município;
NHNI	<b>Informar a população sobre o que é o controle social</b>
NHNI	Realizar educação permanente em saúde com a comunidade;
NHNI	Divulgar amplamente os espaços de controle social nas comunidades;
NHNI	Discutir o modelo de atenção com os usuários do SUS;
PLP	<b>Criar estratégia de mobilização para participação no controle social.</b>
PLP	Criar capacitação continuada para o controle social e participação popular.
PLP	Subsidiar apoio (financeiro, transporte...) para conselheiros visitarem as entidades de base comunitária para chamamento à participação para as questões de saúde.
PLP	Criar condições para participação dos trabalhadores e usuários no controle social, levando em consideração as condições materiais (físicas e de trabalho).
PLP	<b>Fortalecer práticas de prevenção à doença e melhora das condições de vida nos espaços de controle social.</b>
PLP	Garantir demandas populares na gestão da saúde pública, nas áreas de assistência social, da criança e adolescente, do idoso, população negra, indígena, educação, saúde e orientação sexual.
PLP	Criar espaços de convivência comunitária tipo de biblioteca/ludoteca de prevenção às doenças.
PLP	<b>Fortalecer e ampliar os Conselhos de Saúde através da radicalização do controle social</b>
PLP	Identificar os elementos que possibilitem a participação da população no controle social através de oficinas de reflexão de metodologias.
PLP	Efetivar, potencializar o ensino do controle social e cidadania a partir do ensino fundamental.
PLP	Propiciar a intersectorialidade.
RES	<b>Criar e fortalecer conselhos locais e distritais de saúde.</b>



RES	Implementar os conselhos locais em todas as unidades, com ênfase nas que ainda não tem.
RES	Realizar ações educativas sobre controle social nas entidades (escolas, creches, igrejas, grupos religiosos, etc) junto às comunidades.
RES	Divulgar, através dos meios de comunicação, o que são espaços de controle social em saúde.
RES	<b>Garantir que os recursos aprovados nos Planos de Investimentos sejam repassados ao Fundo Municipal de Saúde.</b>
RES	Pressionar o governo para cumprir as demandas elencadas no Orçamento Participativo.
RES	Mobilizar a comunidade através dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde e Assistência Social.
RES	<b>Informar a população sobre a prestação dos serviços de saúde.</b>
RES	Apresentar, periodicamente e nas reuniões de conselhos locais, o número de consultas especializadas agendadas.
GCC	<b>Promover a participação da comunidade no SUS</b>
GCC	Investir no processo de ed permanente para o controle social
GCC	Propiciar processos de formação e comunicação para maior divulgação do SUS
GCC	Garantir a autonomia política e financeira dos conselhos de saúde, assegurando a estrutura de financiamento
GCC	<b>Implantar e/ou incrementar instâncias de controle social junto ao serviço de saúde</b>
GCC	Incentivar a criação de conselhos locais de saúde em todos os serviços de saúde (ESF, UBS, Centro de Saúde e hospitais) e de conselhos gestores e câmaras técnicas onde não houver e incrementar as existentes
GCC	Respeitar as deliberações dos conselhos de saúde
GCC	Fortalecer os conselhos de saúde já existentes
NEB	<b>Criar, garantir e fortalecer fóruns intersetoriais para propor políticas sociais públicas.</b>
NEB	Estimular a participação das associações comunitárias, igrejas, grupos de idosos e todas as entidades que estejam atuando organizadamente na sociedade.
NEB	Incentivar os Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde à participação no Orçamento Participativo e temáticas de saúde.
NEB	Unificar a regionalização das políticas de saúde, assistência, cultura, educação e justiça.
NEB	<b>Respeitar e garantir as ações e deliberações do Controle Social.</b>

NEB	Garantir a efetivação do Pacto pela Saúde em todas as esferas de governo.
NEB	Implementar câmaras técnicas como instâncias dos Conselhos Municipais de Saúde em todos os hospitais privados, Santas Casas e fundações públicas de direito privado que prestam serviços ao SUS.
NEB	Garantir a alternância regimental nas presidências dos conselhos.
NEB	<b>Implantar Conselhos Locais em toda a rede ambulatorial e Conselhos Gestores em todos os hospitais públicos, garantindo o que consta em lei.</b>
NEB	Promover ações através de debates e materiais de divulgação sobre a importância dos Conselhos Locais de Saúde e da participação das comunidades nos espaços de Controle Social.
NEB	Incentivar a participação dos trabalhadores e usuários no controle social, em todos os níveis.
NEB	Criar ouvidorias locais nos Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde (realizada pelos conselheiros).

<b>Eixo 4 - Financiamento e Relação Público x Privado</b>	
CENTRO	<b>Ampliar o controle sobre as relações estabelecidas com o setor privado da saúde</b>
CENTRO	Garantir que os recursos referentes à filantropia sejam discutidos com as três esferas de governo.
CENTRO	Estabelecer instrumentos de controle para aferir o cumprimento das metas estabelecidas com os prestadores filantrópicos.
CENTRO	Criar mecanismos para o ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde privados para os atendimentos realizados no sistema público.
CENTRO	<b>Garantir o financiamento sustentável do sus.</b>
CENTRO	Que os recursos definidos para financiamento do sistema da seguridade social, conforme a constituição, sejam aplicados no setor e não desviados para outros setores.
CENTRO	Que sejam aplicados de forma integral os percentuais previstos na Emenda Constitucional 29 pelas três esferas de gestão (municípios, estados e união).
CENTRO	<b>Melhorar a aplicação dos recursos públicos em saúde</b>
CENTRO	Qualificar a gestão dos recursos financeiros disponíveis para a sua plena utilização;
CENTRO	Definir com a participação da população os investimentos em saúde;
CENTRO	Transparência e divulgação dos recursos arrecadados e do orçamento prévio para a saúde.
LENO	<b>Priorizar o financiamento da saúde para o setor público.</b>

LENO	Reverter o processo de terceirização e privatização da saúde pública.
LENO	Alertar aos trabalhadores e usuários do SUS quanto a Medida Provisória 520, que é a precarização do SUS. (sugestão textual = Informar aos trabalhadores e usuários do SUS sobre a Medida Provisória 520)
LENO	<b>Qualificar a gestão dos recursos financeiros em saúde.</b>
LENO	Direcionar verba específica para a atividade de gestão no âmbito das instituições de saúde.
LENO	Implementar o regramento sobre a utilização dos recursos federais de forma menos burocratizada e engessada.
LENO	Mudar o modelo verticalizado de financiamento federal e estadual, definindo blocos macros e estabelecendo outras formas de controle.
LENO	<b>Priorizar recursos para a Atenção Básica/ Primária.</b>
LENO	Reajustar o PAB (Piso da Atenção Básica) sistematicamente (anual).
LENO	Instituir recursos para ações de prevenção e promoção em saúde.
LENO	Criar mecanismos que obriguem os municípios a aplicar os recursos financeiros recebidos na regionalização da saúde (Atenção Básica, Hospitais Regionais, etc).
SCS	<b>Regulamentação da emenda constitucional 29</b>
SCS	Ampliação do espaço das Unidades de Saúde e Centro de Especialidades pois estão sucateados.
SCS	Destinar maior dos recursos para a atenção básica em saúde no modelo da Estratégia Saúde da Família, permitindo melhor acesso.
SCS	Destinar um maior volume de recursos para aquisição de material para desenvolvimento do trabalho nos serviços de saúde.
SCS	<b>Implementar uma melhor forma de gestão dos recursos humanos</b>
SCS	Criação imediata de um plano de carreira, cargos e salários para profissionais da saúde independente do regime de contratação.
SCS	Premiação das equipes e dos profissionais da saúde, conforme o alcance de metas estabelecidas e discutida nos espaços de controle social.
SCS	A administração dos recursos humanos seja de forma direta com o município sendo que a forma de contratação seja via concurso público, independentemente da forma de regime de trabalho.
SCS	<b>Transparência na relação entre o público e entidades privadas que prestam serviço para a população de Porto Alegre</b>
SCS	Reavaliar a relação entre custo e benefícios proporcionado pela filantropia de entidades privadas que prestam serviço ao município.
SCS	Fiscalização da assistência disponibilizada pelas entidades privadas que prestam serviço ao município, bem como tendo uma avaliação da qualidade e da resolutividade desses serviços.
SCS	Divulgar os resultados das ações executadas pelas entidades privadas para toda população em todos os espaços de controle social.

NHNI	<b>Lutar contra a privatização do SUS Manter o SUS público</b>
NHNI	Exigir atendimento 100% SUS pelos hospitais universitários públicos
NHNI	Exigir o ressarcimento, pelos planos privados, dos atendimentos feitos pelo SUS
NHNI	Flexibilizar a lei de responsabilidade fiscal (retirar os gastos de pessoal) para a área da saúde
NHNI	<b>Potencialização da gestão pública da saúde</b>
NHNI	Profissionalizar a gestão do SUS, com qualificação compatível com o cargo.
NHNI	Ampliar os blocos de financiamentos para a prevenção, flexibilizando-os para a sua aplicação.
NHNI	Fiscalizar o cumprimento de metas de prestadores de serviços.
NHNI	<b>Garantir de recursos orçamentários próprios visando à inserção das especificidades das populações vulneráveis na atenção à saúde</b>
NHNI	Destinar recursos para avaliar e monitorar a efetividade do quesito raça/cor em caráter permanente bem como, a produção de dados que informem a condição de saúde das populações historicamente em situação de vulnerabilidade social
NHNI	Instrumentalizar as áreas técnicas da Secretaria de Saúde Municipal e gestores, através de seminários, oficinas, etc... propondo a interface com as outras secretarias visando a inserção das especificidades dessas pop. na atenção a saúde
NHNI	Incluir em seu planejamento plurianual a previsão de recursos orçamentários para viabilização e desenvolvimento das ações implementadas (PPA, LDO, LDA) – três esferas de gestão
PLP	<b>Garantia da saúde como direito e não mercadoria.</b>
PLP	Que da falta de atendimento da saúde pelo poder público sejam contratados serviços privados para atender a demanda e melhorar a atenção da média e alta complexidade
PLP	Efetivar os mecanismos, já previstos em lei para o ressarcimento ao SUS, de serviços vinculados ao setor privado, mas atendidos pelo SUS
PLP	Implementar, junto ao judiciário, a execução da legislação que regula o ressarcimento, ao SUS, da assistência feita aos usuários do setor privado.
PLP	<b>Ampliar o recurso financeiro destinado à atenção primária</b>
PLP	Racionalizar a aplicação dos recursos financeiros na média e alta complexidade para maior investimento na atenção primária;
PLP	Priorizar financiamento para a atenção básica
PLP	Ampliar o financiamento específico para as ações de prevenção e promoção da saúde, fixando um percentual pré-definido mediante análise e/ou estudos.

PLP	<b>Garantia de fonte de recursos para o SUS</b>
PLP	Cumprimento da EC/29 nas três esferas do governo;
PLP	Regulamentar a EC/29, que estabelece percentuais mínimos de aplicações de recursos.
RES	<b>Garantir os recursos financeiros e orçamentários</b>
RES	Desvincular a Saúde da lei de responsabilidade fiscal .
RES	Compensar o Sistema Único de Saúde sobre os serviços prestados aos usuários de planos de saúde.
RES	Proibir que o orçamento da Seguridade Social seja utilizado em outras ações e áreas econômicas.
RES	<b>Regular e fiscalizar o setor privado, filantrópico e público no atendimento ao sistema único de saúde</b>
RES	Elaborar e produzir boletins informativos de prestação de contas da regulação e contratos de prestação de serviço com as entidades privadas e filantrópicas.
RES	Contratualizar a relação pública e privada a partir de parâmetros e metas definidos pelo setor público.
RES	Descentralizar as informações financeiras e orçamentárias da saúde para o controle social a partir de mecanismos locais.
RES	<b>Otimizar os recursos financeiros e orçamentários do sistema único de saúde.</b>
RES	Ampliar a cobertura da atenção básica e qualificar os serviços da cidade de Porto Alegre.
RES	Estabelecer a Lei de Responsabilidade Sanitária como critério de utilização de recursos públicos em saúde.
RES	Utilizar o orçamento da União conforme pactuação local em saúde.
GCC	<b>Exigir transparência na prestação de contas dos setores público e privado a respeito dos recursos do SUS</b>
GCC	Criar o portal da filantropia junto ao “portal da transparência”
GCC	Regulamentação e cumprimento da emenda constitucional nº 29
GCC	Organizar as informações financeiras
GCC	<b>Fim da atuação do setor complementar (iniciativa público/privada)</b>
GCC	Estatização dos hospitais filantrópicos
GCC	Tornar os atuais hospitais em filantrópicos, para depois estatizá-los
GCC	Abrir concursos públicos acabando com as terceirizações
GCC	<b>Aumentar o investimento na atenção secundária</b>
GCC	Investir no centro de diagnóstico
GCC	Investir nos centros de especialidades
GCC	Investir recursos para a qualificação profissional
NEB	<b>Implantar um SUS 100% Estatal com o fim da atuação do setor</b>

	<b>complementar.</b>
NEB	Exigir atendimento cem por cento SUS para os hospitais universitários públicos.
NEB	Definir obrigatoriedade de conselhos gestores paritários (50% usuários, 25% trabalhadores, 25% gestores e prestadores) escolhidos pelos Conselhos municipais de saúde, para todos os serviços privados ou filantrópicos que recebem recursos do SUS.
NEB	Revogar a Lei que cria o IMESF
NEB	<b>Assegurar financiamento amplo, eqüitativo e sustentável para a efetivação de um SUS 100% Estatal, que garanta a saúde como direito de todos.</b>
NEB	Assegurar a ampliação de investimentos em serviços territoriais (Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial, redução de danos) com financiamento para a implantação de equipes multiprofissionais conforme as necessidades locais e definidas pelo conselho
NEB	Cumprir a emenda constitucional 29.
NEB	Flexibilizar a lei de responsabilidade fiscal para a saúde. Combater a terceirização e a precarização do trabalho.
NEB	<b>Criar mecanismos de controle e fiscalização que permitam a implementação orçamentária como previsto.</b>
NEB	Criar a lei de responsabilidade sanitária (definir obrigações administrativas do agente público e consequente punição).
NEB	Profissionalizar a gestão da saúde, com qualificação compatível com as atribuições do cargo.
NEB	Criação de uma vara especializada em saúde.

<b>Eixo 5 - Gestão do Sistema e Pacto pela Saúde</b>	
CENTRO	<b>Fortalecer a Vigilância em Saúde, como política de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).</b>
CENTRO	Informatizar e integrar as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.
CENTRO	Intensificar integração da vigilância em saúde com a atenção primária em saúde.
CENTRO	Qualificar os profissionais na incorporação dos modelos assistenciais na esfera municipal.
CENTRO	<b>Dotar o SUS de tecnologia da informação.</b>
CENTRO	Informatizar a assistência.
CENTRO	Informatizar todos os insumos necessários à execução dos serviços.(Ex. assistência farmacêutica).
CENTRO	sistema inteligente, que abasteça os demais sistemas (troca de informações)
CENTRO	<b>Descentralizar o processo e o gerenciamento do SUS.</b>

CENTRO	Garantir a execução financeira e orçamentária da Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde.
CENTRO	Adotar modelo de gestão participativa.
CENTRO	Flexibilizar o uso dos recursos conforme diagnóstico municipal.
LENO	<b>Atenção primária em saúde como eixo estruturante.</b>
LENO	Garantir a reposição de recursos humanos na atenção primária.
LENO	Aumentar os investimentos das ações voltadas para a promoção da saúde.
LENO	Garantir criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todas as regiões.
LENO	<b>Aperfeiçoar a capacidade resolutiva e contratação de outros serviços no Sistema Único de Saúde</b>
LENO	Ampliar o número de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), Centros de Atenção Psicossocial em todas as regiões da cidade.
LENO	Criar Centros de Especialidades regionalizados.
LENO	<b>Defender o SUS como política de Estado e responsável pela maior inclusão social do país.</b>
LENO	Instrumentalizar a população sobre os seus direitos de atendimento integral e universal no SUS.
LENO	Fortalecer a marca do SUS nas divulgações dos gestores das três esferas de governo.
LENO	Ressarcir o SUS pelos gastos efetivados pela saúde suplementar.
SCS	<b>Integralizar as ações de saúde mental</b>
SCS	Aumentar o número de CAPS para crianças menores de 12 anos e CAPS ad
SCS	Possibilitar o acesso e internação de usuários de álcool e drogas em hospitais gerais para pacientes oriundos das Unidade de Saúde e Equipe de Saúde da Família para desintoxicação.
SCS	Ampliar a rede de assistência aos tratamentos de ambientoterapia, psicoterapia para questões de abuso, psicoterapia para infância e adolescência.
SCS	<b>Fortalecer a promoção e a prevenção da saúde do trabalhador</b>
SCS	Qualificar o profissional em sua função dentro do seu contexto social/profissional.
SCS	Criar mais centros/redes de referência municipal, estadual e federal.
SCS	Realizar concurso público para suprir e melhorar o atendimento à população.
SCS	<b>Organizar a demanda do Sistema Único de Saúde</b>
SCS	Executar a informatização com prazo determinado.
SCS	Controlar, aperfeiçoar e fortalecer o fluxo de dados.

SCS	Controlar e fiscalizar os gestores e prestadores de serviços de saúde fortalecendo a composição do Sistema Único de Saúde.
NHNI	<b>Qualificar a Gestão do Sistema</b>
NHNI	Garantir a reposição e contratação de profissionais por concurso público;
NHNI	Informatizar e integrar os sistemas de informação dos serviços de saúde;
NHNI	Valorizar dos profissionais de saúde através de políticas de capacitação e educação permanente;
NHNI	<b>Exigir a adesão ao Pacto pela Saúde pelo Estado</b>
NHNI	Exigir o cumprimento da expansão de serviços resolutivos em todos os municípios do estado;
NHNI	Descentralizar os recursos;
NHNI	Capacitar tecnicamente as instancias de Controle Social para a discussão e aprovação do Pacto;
NHNI	<b>Viabilizar a adesão ao Pacto pela Saúde pelo município.</b>
NHNI	Regionalizar a saúde municipal – mapeamento dos serviços por gerência distrital para fins de referencia e contra-referência.
NHNI	Implantar um modelo de regulação onde esteja a totalidade de capacidade instalada de serviços de saúde do município.
NHNI	Capacitar tecnicamente as instancias de Controle Social para a discussão e aprovação do Pacto.
PLP	<b>Efetivar a regionalização da gestão e da execução da atenção em saúde mental</b>
PLP	Fortalecer e implementar a rede de atenção em saúde mental, de acordo com a lei da reforma psiquiátrica, em todas as gerências distritais, por meio de serviços substitutivos, tais como CAPSi, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, serviço de residenciais terapêut
PLP	<b>Implementar projetos que reforcem o sus como política de estado mais do que política de governo.</b>
PLP	Garantir o cumprimento de projetos aprovados pelo controle social-conselhos de saúde, independente de mudanças de governo.
PLP	Reforçar a territorialização da saúde como base para organização do sistema.
PLP	Elaborar projetos que baseiem suas ações em diagnósticos de saúde regionais.
PLP	<b>Fortalecer as equipes da atenção primária em saúde</b>
PLP	Ampliar os recursos humanos e o financiamento à atenção primária.
PLP	Legitimar os protocolos das ações em saúde da atenção primária em saúde.
RES	<b>Garantir a efetividade e eficiência do sistema de saúde</b>



RES	Criar centros de reabilitação física e psicomotoras regionalizadas dentro do município.
RES	Ampliar a atenção básica (construção de novas unidades e contratação de ais equipes para garantir o acesso a população a rede de saúde (regionalização).
RES	Descentralizar os serviços especializados e de apoio diagnóstico, implantando centros regionalizados.
RES	<b>Informatizar a Rede Municipal de Saúde</b>
RES	Garantir a informatização da rede através do acesso à internet banda-larga em todas as unidades de saúde (com computadores e operadores).
RES	Implantação de prontuário eletrônico em todos os níveis do sistema de forma integrada.
RES	Garantir que o sistema de informatização seja instrumento de gerenciamento e solução de problemas.
RES	<b>Melhorar a gestão do sistema de saúde</b>
RES	Facilitar o acesso aos medicamentos especiais facilitando a entrega.
RES	Responsabilizar o município pela saúde dos seus moradores e garantir formas de ressarcimento aos municípios que atendem os usuários dos demais municípios.
RES	Fortalecer a regionalização de atenção secundária e terciária em saúde
GCC	<b>Fortalecer a regionalização e a hierarquização da rede de atenção integral à saúde</b>
GCC	Organizar os fluxos assistenciais através das linhas de cuidados
GCC	Criação dos prontuários eletrônicos dos usuários
GCC	Reestruturar os Centros de Especialidades garantindo a regionalização dos serviços
GCC	<b>Ampliar a resolutividade da atenção primária</b>
GCC	Garantir o acesso a medicamentos através das farmácias distritais
GCC	Criar equipes de atenção domiciliar
GCC	Garantir acesso a exames complementares
GCC	<b>Fortalecer a atenção primária em saúde</b>
GCC	Melhorar a estrutura ( RH, equipamentos, área física) das UBS
GCC	Implantar os núcleos de ASF
GCC	Criar cargos de educadores físicos na rede de saúde
NEB	<b>Estruturação de uma rede de atenção em Saúde Mental no Município de Porto Alegre, levando em conta a regionalização.</b>
NEB	Implementar Centros de Atenção Psicossocial (CAPS adulto, infantil e Alcool e drogas) em todos distritos de Porto Alegre.

NEB	Promover capacitação e formação dos trabalhadores em Saúde Mental nos diversos níveis de atenção.
NEB	Priorizar o cuidado de saúde mental no município, de acordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica.
NEB	<b>Defender o SUS como maior política de Estado responsável pela inclusão social do país.</b>
NEB	Incentivar a produção de conhecimento científico e tecnológico em Saúde da População Negra e Indígena.
NEB	Implementar ações de combate ao racismo institucional e a redução das desigualdades de gênero, bem como instituir processo de monitoramento e avaliação dessas ações.
NEB	Promover o reconhecimento de saberes práticas populares de saúde, incluindo aquelas preservadas pelas religiões de matriz africana.
NEB	<b>Organizar em rede os serviços de saúde, em ações cooperativas, ofertando uma atenção contínua e integral, estruturada pela Atenção Primária.</b>
NEB	Instituir ferramentas de gestão através dos mecanismos como a informatização de rede e educação permanente em saúde.
NEB	Integrar as diferentes equipes de Estratégia de Saúde da Família, através da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
NEB	Utilizar as tecnologias já disponíveis, como o cartão SUS, e desenvolver outras para melhorar o sistema de informação em saúde e melhorar a comunicação dentro da rede do SUS.

<b>Eixo 6 - Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde</b>	
CENTRO	<b>Eficiência da saúde e realizar aproximação da realidade da academia com a realidade de atendimento do SUS.</b>
CENTRO	Valorização da formação e titulação das residências em saúde nos concursos públicos.
CENTRO	Organizar as atividades práticas, estágios e residências, de forma regionalizada e articulada com os territórios de saúde.
CENTRO	Capacitar os profissionais de saúde pública na atenção primária para acolher e acompanhar vítimas de violência, inclusão social, pessoa com necessidades especiais.
	<b>Valorização do trabalhador</b>
CENTRO	Instalação de mesa municipal de negociação permanente do SUS e implantação do plano de carreira, cargos e salários do SUS buscando equalizar as diferenças, com isonomia salarial.
CENTRO	Reconhecer o profissional de saúde na educação e sua formação e utilizar seus conhecimentos no processo de educação permanente da rede do SUS.

CENTRO	Implantação do controle de efetividade e cumprimento da carga horária.
CENTRO	<b>Desenvolvimento do Plano de Educação Permanente em saúde orientado pelas necessidades identificadas nos diferentes níveis do sistema.</b>
CENTRO	Qualificar o profissional da saúde para agilizar o diagnóstico e tratamento do Câncer de mama.
CENTRO	Criação de escola de saúde municipal – SUS.
CENTRO	Capacitação dos profissionais de saúde pública na APS para atender e acompanhar nas questões de violência.
LENO	<b>Criar a política de residência em saúde nas três esferas.</b>
LENO	Reconhecer e valorizar a formação em serviço, na modalidade residência, nos concursos públicos.
LENO	Valorizar e reconhecer as residências integradas, multiprofissionais e em área profissionais.
LENO	Garantir a continuidade dos programas da residência, ampliando o número de vagas e os campos de prática.
LENO	<b>Garantir a Política Saúde do Trabalhador nas três esferas de gestão.</b>
LENO	Criar legislação específica de saúde do trabalhador nas três esferas.
LENO	Garantir a vigilância da saúde do trabalhador através da criação e ampliação dos serviços de referencia a saúde do trabalhador.
LENO	Redimensionar o tamanho das equipes adequando a demanda do território.
LENO	<b>Criar Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS.</b>
LENO	Implantar as mesas de negociação dos SUS para o PCCS nas três nas três esferas.
SCS	<b>Criar uma política de educação permanente e qualificação da integração ensino serviço regionalizada em toda cidade</b>
SCS	Investir na preparação dos serviços e dos servidores para as ações de integração de ensino-serviço.
SCS	Implantar distritos docente-assistenciais em toda a cidade, com pet-saúde em todos eles.
SCS	Investir na estruturação de uma equipe para implementar as ações de educação permanente como embrião de uma escola municipal de saúde pública.
SCS	<b>Garantir o dimensionamento das equipes de trabalho de acordo com as demandas dos serviços.</b>
SCS	Realizar estudo de dimensionamento de pessoal em todas as regiões da cidade.
SCS	Complementar as equipes de acordo com o dimensionamento realizado em toda a cidade.
SCS	Realizar concursos com ênfase na seleção de profissionais em saúde

	pública.
SCS	<b>Implantar o matriciamento como política municipal.</b>
SCS	Criar Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASFs) em todas as gerências e regiões do Orçamento Participativo.
SCS	Desenvolver ações de capacitação em matriciamento na atenção primária e secundária.
SCS	Fazer processo seletivo de contratação específico para o Núcleo de Atenção a Saúde da Família NASF.
NHNI	<b>Combater a precarização e a terceirização do trabalho em saúde</b>
NHNI	Criar a carreira única da saúde no regime estatutário, conforme nob\ rhus
NHNI	Flexibilizar lei de responsabilidade fiscal para o campo da saúde, combatendo a terceirização e precarização da gestão do trabalho e revisando os limitadores percentuais de gastos com pessoal em relação à receita
NHNI	Construção de plano de carreira que promova a igualdade entre as diferentes categorias profissionais
NHNI	<b>Democratizar os espaços de gestão dos processos de trabalho e formação em saúde</b>
NHNI	Realizar eleições diretas dos gestores dos serviços de saúde pelos trabalhadores e comunidade, sendo elegíveis os componentes da equipe
NHNI	Que a certificação dos egressos dos programas de residência multiprofissional integradas em saúde, com financiamento público, enquanto residentes, seja retroativa a criação da comissão nacional de residência multiprofissional em saúde
NHNI	Orientar a gestão do trabalho em saúde a partir dos princípios da gestão estratégica e participativa
NHNI	<b>Orientar os processos de formação em saúde segundo os princípios da educação permanente e popular, garantindo o controle social sobre os mesmos</b>
NHNI	Orientar os processos de formação, de educação permanente em saúde a partir do reconhecimento da educação popular e das práticas populares em saúde, incluindo seus pressupostos e práticas nos cursos de formação em saúde
NHNI	Desenvolver estratégias para que o controle social e movimentos sociais deliberem sobre os currículos das profissões da saúde e cooperações técnicas entre sms e instituições de ensino
NHNI	Construir política municipal de integração ensino-serviço com garantia de definição de território docente – assistencial
PLP	<b>Direcionar a formação acadêmica, técnica e de pós-graduação para o SUS.</b>
PLP	Valorizar as residências multiprofissionais, participação comunitária e controle social em concursos e processos seletivos públicos.

PLP	Qualificar e incentivar financeiramente os preceptores das residências multiprofissionais.
PLP	Adequar o número de tutores e qualificá-los conforme a proposta pedagógica das residências.
PLP	<b>Consolidar e qualificar a gestão do trabalho no SUS.</b>
PLP	Garantir e definir um plano de cargos, carreiras e salários para os trabalhadores do SUS.
PLP	Incentivar financeiramente os profissionais da gestão e de coordenação de equipes no SUS.
PLP	Implementar uma equipe para acompanhar os processos de trabalho, para os serviços de atenção primária e especializados.
PLP	<b>Formar e qualificar os profissionais considerando as políticas de saúde e dentro dos serviços do SUS.</b>
PLP	Garantir que a atenção psicossocial (CAPS, ambulatórios, hospitais gerais, serviços residenciais terapêuticos) seja o único campo possível de formação teórico-prático para todas as áreas de conhecimento, tanto na graduação quanto na pós-graduação, efet
PLP	Valorizar a Residência Integrada em Saúde em processos seletivos e concursos públicos.
PLP	Exigir o cumprimento da Reforma Psiquiátrica especialmente nos locais que se destinam a formação profissional.
RES	<b>Garantir espaços e melhorar as condições de trabalho com objetivo a satisfazer os trabalhadores em saúde e conseqüentemente os usuários do sus.</b>
RES	Criar plano de carreira, cargos e serviços para os profissionais de saúde, independente do regime de contratação, com isonomia salarial propiciando conjuntamente gratificações por qualificação individual para o SUS e de alcance de metas pactuadas ent
RES	Garantir de forma permanente as equipes mínimas na atenção primária, acrescentando a elas outros profissionais como auxiliares administrativos e de segurança nas Equipes de Saúde da Família.
RES	Definir o número de cadastrados por equipe da saúde de família Equipe de Saúde da Família a partir dos critérios de vulnerabilidade e do índice de desenvolvimento humano IDH .
RES	<b>Qualificar e integrar ensino/serviço pesquisa articulando as redes do sistema único de saúde –sus com as redes de ensino</b>
RES	Ser considerado pré requisito a concursos públicos para cargos no sistema único de saúde SUS a especialização em saúde coletiva obtida a partir de residência médica ou multi profissional.
RES	Oferecer e ampliar a possibilidade de residências multiprofissionais e medicas em medicina de família.
RES	Fomentar a criação, formação, informação dos profissionais de saúde sobre a importância das rodas de terapia comunitária através de

	capacitação de profissionais.
RES	<b>Desenvolver programas de capacitação permanente direcionadas aos profissionais de saúde/população em geral para compreensão das diretrizes do sus</b>
RES	Desenvolver ações de capacitação das equipes de saúde, dignificando e humanizando as relações de trabalho.
RES	Instrumentalizar os profissionais da saúde para os conhecimentos e fluxos para propiciar atenção em saúde no SUS.
RES	Capacitar os funcionários e trabalhadores em saúde com vistas a fomentar a criação/implementação de conselhos locais de saúde, visando a união entre trabalhadores e usuários com co responsabilização.
GCC	<b>Estruturar política municipal de educação permanente e qualificação da integração ensino serviço</b>
GCC	Criação da Escola Municipal de Saúde Pública.
GCC	Incluir as instituições de ensino na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço – CPES.
GCC	Investir na estruturação da rede de serviço de saúde como campo de formação para os profissionais de saúde atendendo o princípio do SUS de ordenador de formação de RH.
GCC	<b>Implementar política municipal em saúde e segurança do trabalhador</b>
GCC	Transformar o decreto que institui as comissões de saúde e segurança do trabalho nas secretarias municipais de Porto Alegre em lei.
GCC	Dimensionar as equipes de serviço de segurança do trabalho, como forma de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, de acordo com as normas regulamentadoras do trabalho.
GCC	Adequar todos os serviços de saúde, de acordo com as normas da vigilância sanitária nos aspectos referentes a biosegurança, acessibilidade e com equipe que garanta a segurança do equipamento e dos profissionais.
GCC	<b>Valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde</b>
GCC	Plano de carreira aos trabalhadores do SUS, com implantação imediata.
GCC	Contratação dos profissionais somente por concurso público (“carreira pública”).
GCC	Combate ao assédio moral.
NEB	<b>Ampliar o horário de atendimento no período noturno em todos os níveis de atenção, a fim de garantir atendimento ampliado à população e proporcionar formação qualificada da integração ensino-serviço.</b>

NEB	Pactuar com as escolas e universidades que utilizam os serviços de saúde para o campo de estágio que incluam no currículo escolar a temática da saúde da população negra.
NEB	Criar e manter programas de residência integrada e multiprofissional em saúde em espaços extra-hospitalares (Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental), revertendo a lógica de fortalecimento de programas uniprofissionais e hospitalares, visando qualificar.
NEB	<b>Implementar política de gestão do trabalho no SUS nas 3 esferas de Governo, incluindo a regulação na saúde complementar, visando a valorização do trabalhador e qualificação do serviço.</b>
NEB	Implantar plano de cargos e carreira e salários e vencimentos no SUS para todos os trabalhadores e jornada máxima de 30 horas semanais, com salário digno que estimule a dedicação exclusiva, respeitando as especificidades de categoria.
NEB	Instalar e fortalecer mesa de negociação permanente do SUS, no Estado e municípios.
NEB	Construir e reorganizar as estruturas físicas dos aparelhos de saúde dentro das especificações da ANVISA.
NEB	<b>Aplicar dimensionamento de pessoal em todos os serviços de acordo com os parâmetros técnicos e científicos já formulados.</b>
NEB	Ampliar a composição das equipes mínimas de Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive com profissionais além dos atualmente previstos, de acordo com as necessidades identificadas na população adscrita.
NEB	Garantir a reposição de trabalhadores em caso de afastamento do trabalho (férias, licença saúde, maternidade, prêmio, etc.).
NEB	Efetivar a complementação das equipes, de acordo com os parâmetros técnico-científicos, em até 02 (dois) anos.

**CADERNO DE TEXTOS**  
**6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



## **Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – política pública, patrimônio do povo brasileiro**

O tema definido e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde para a 14ª Conferência Nacional de Saúde remete à nossa memória o contexto histórico em que a nação brasileira se mobilizava pelo fim da ditadura e retorno das práticas democráticas na vida em sociedade.

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

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

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

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

em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Brasil. Busca-se inserir o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre (2010-2013), aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em outubro de 2010, nestas reflexões. Será uma oportunidade de seu conteúdo ser apropriado pela sociedade, ampliando a sua análise na busca de reafirmar, atualizar e rerepresentar diretrizes e ações para a gestão do SUS em Porto Alegre. Além disso, será um momento de indicar e propor as diretrizes e prioridades em âmbito Estadual e Nacional, incidindo na formulação do planejamento em saúde para o próximo quadriênio.

## **1 Acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS**

O SUS foi concebido no texto constitucional como um sistema de acesso universal, isto é, um sistema de saúde público que qualquer cidadão, brasileiro ou não, residente ou de passagem no país, já nascido ou no ventre materno, deve ter garantido o acesso à assistência, de forma integral, sem distinção de raça, credo, gênero ou condição social. Desta maneira, o acesso aos serviços de saúde é um direito de todos, garantido por lei.

Na realidade cotidiana de muitas pessoas esse direito ainda não é uma conquista concreta. É bem verdade que o processo de descentralização, através da municipalização das ações e serviços de saúde, proporcionou a ampliação da rede assistencial. Especialmente na rede de Atenção Primária à Saúde, os serviços foram instalados nos milhares de municípios espalhados pelo país, aproximando as pessoas dos serviços de saúde. Com isso, ampliou-se a oferta de consultas e outros tipos de procedimentos, como vacinas, exames e procedimentos preventivos, curativos, acompanhamentos de rotina, etc.

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

sistema.

Em Porto Alegre, a ESF atende 27% da população, com 107 equipes e nas metas do PMS 2010-2013, há a previsão de sua ampliação para 201, correspondendo a uma cobertura de 50% de toda a população.

A expansão desta rede teve grande impulso no final do século passado, mas ainda enfrenta desafios para se consolidar como a principal porta de entrada do sistema e gerenciadora do cuidado em saúde, como proposto na Portaria de nº648/2006. Alguns fatores são desafiantes para a ampliação da ESF, como o direcionamento da formação de profissionais de saúde de nível superior nas universidades públicas e privadas, não focado na Atenção Primária à Saúde, ou mesmo os recursos disponíveis aos municípios para suprir as necessidades assistenciais em quantitativo de profissionais nas equipes de saúde da família, entre outros fatores.

Mesmo com os avanços já alcançados na ampliação quantitativa da rede de Atenção Primária à Saúde e na Estratégia de Saúde da Família, ainda há a necessidade de se avançar em qualidade e resolubilidade destes serviços, que também podem ser justificados pelos desafios já exemplificados.

Além disso, em alguns locais esse modelo assistencial não conta com a credibilidade da população usuária, que ainda opta, especialmente nas grandes cidades, pelos serviços de urgência. Para estes casos, podem ser elencados outros tantos motivos, como as equipes incompletas, o não atendimento às urgências básicas nas unidades de saúde, ou mesmo a não familiaridade da população com a forma de organização do serviço com este modelo de atenção.

Neste ponto, também cabe a reflexão sobre o acolhimento do usuário e das suas demandas em saúde, com qualidade. Este é um dispositivo fundamental para o sucesso do modelo de atenção à saúde, conforme preconiza a Política de Humanização do SUS – HumanizaSUS. O acolhimento contribui para a ampliação do acesso da população ao sistema, na medida em que a escuta qualificada identifica as necessidades explicitadas no atendimento, mas também as “implícitas” aportadas pelos usuários, uma vez que esteja presente o conceito ampliado de saúde, resultante do que se denominam as “demandas sociais” em

saúde.

Um acolhimento com qualidade também permite melhor avaliar os riscos e pressupõe as portas abertas dos serviços, propondo uma atitude pró-ativa por parte das equipes, na busca dos indivíduos e situações de maior vulnerabilidade, para garantir a equidade e a integralidade na atenção à saúde. Assim, como tecnologia leve, o acolhimento pressupõe trabalho integrado em equipe, compartilhando saberes e atribuições entre os envolvidos, incluindo os próprios usuários. Também pressupõe vínculo equipe-comunidade, com co-responsabilização na gestão dos cuidados individuais e coletivos.

Como tecnologia dura, pressupõe ainda uma rede assistencial integrada e articulada, permitindo a gestão do cuidado por meio dos diversos fluxos e mecanismos de referência e contra-referência. Para isso, pode se utilizar de tecnologias informatizadas à distância (matriciamento, telemedicina e outros), onde os diferentes níveis de complexidade da rede se reconhecem como partes integrantes do todo, e no momento do atendimento, como um prontuário eletrônico do usuário atrelado ao cartão SUS.

Neste sentido, em Porto Alegre há um caminho, declarado no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, para a qualificação do acesso e do acolhimento com qualidade, incluindo diretrizes e metas que incluem a qualificação dos trabalhadores, a informatização da gestão, das unidades de saúde desde a Atenção Primária à Saúde até a atenção especializada e a regulação de todos os serviços e procedimentos prestados pelo SUS (para os residentes de Porto Alegre e dos municípios referenciados).

A preocupação atual em garantir recursos assistenciais que estejam disponíveis para uma atuação profissional resolutiva torna central a necessidade de tecnologias adequadas para organizar e otimizar o uso dos recursos da rede de serviços de saúde. Desta forma, além da necessidade de sensibilização das equipes para o trabalho conforme o modelo de saúde preconizado e da concepção de saúde como integrante da seguridade social, os trabalhadores necessitam ser dotados de mecanismos de trabalho ágeis, com tecnologia de informação que facilite a sua atuação no referenciamento desburocratizado dos casos e no fluxo

humanizado dos usuários nos diversos serviços disponíveis.

Nessa reflexão sobre acesso e acolhimento com qualidade, da necessidade de ampliação e qualificação da Atenção Primária à Saúde até a necessidade de informatização da regulação e de fluxos de atendimentos, é importante reforçar a necessidade de regionalização da capacidade instalada assistencial especializada de média e alta complexidade, através de pactos consensuais entre os diversos segmentos. O suprimento dessas necessidades poderá garantir o acolhimento em todos os níveis de complexidade do sistema, reduzindo, e quiçá eliminando, o verdadeiro martírio por que passam ainda muitos usuários do SUS, na sua peregrinação em busca pelos cuidados adequados à saúde.

## **2 A política de Saúde na Seguridade Social**

O conceito de Seguridade Social incluído na Constituição Federal de 1988 substituiu o conceito de seguro (cobertura de contribuinte direto), trazendo para o centro da discussão sobre as políticas sociais o direito à cidadania (cobertura ao cidadão). Ampliou-se o leque de direitos sociais a serem garantidos pelo Estado, com definição inclusive, de orçamento específico para o tripé da seguridade: Previdência Social, Saúde e Assistência Social.

A seguridade social foi organizada através da promulgação da Lei nº 8.080 de 19/09/1990 que criou o Sistema Único da Saúde. Depois, pelas Leis nº 8.212 e 8.213, ambas de 24/07/1991, que criaram, respectivamente, o Plano de Organização e Custeio da Seguridade Social e o Plano de Benefícios da Previdência Social. Por último foi promulgada a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, nº 8.742 de 07/12/1993.

Os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, vinculam-se ao conceito ampliado de cidadania, sob a responsabilidade do Estado, com predomínio público, capazes de promover, através do financiamento solidário dos benefícios, redistribuição das riquezas. De acordo com a definição de MARTINS<sup>1</sup>(2002), a Seguridade Social no Brasil é

---

<sup>1</sup> MARTINS, Sérgio Pinto. Direito do Trabalho. São Paulo, Atlas, p. 07. 2002.

um conjunto de princípios, de regras e de instituições destinado a estabelecer um sistema de proteção social aos indivíduos contra contingências que os impeçam de prover as suas necessidades pessoais básicas e de suas famílias, integrado por ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, visando assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Com esses objetivos, a Constituição Federal de 1988<sup>2</sup>, definiu princípios básicos relativos ao sistema de Seguridade Social, que são:

- Universalidade da cobertura e atendimento - A seguridade social tem como postulado básico a universalidade;
- Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais – sem qualquer distinção;
- Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços - A distributividade tem caráter social, pois deve atender prioritariamente aos mais necessitados;
- Irredutibilidade dos benefícios - devem ter o seu valor real preservado;
- Equidade na forma da participação no custeio - é um desdobramento dos princípios da igualdade e da capacidade contributiva.
- Diversidade na base de financiamento - As fontes de financiamento devem ser diversificadas a fim de garantir a manutenção do sistema de seguridade social.
- Caráter democrático e descentralizado da administração - a gestão administrativa quadripartite, com a participação dos trabalhadores, dos empregados, dos aposentados e do Governo.

Como parte da Seguridade Social, esses princípios também são expostos como diretrizes constitucionais da saúde (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) na Constituição e como alguns dos princípios legais

---

<sup>2</sup> BRASIL, Constituição Federal. 1988.

do SUS - universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade na assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, entre outros. Mostra que o cuidado à saúde não pode ser apenas individual (do cidadão), mas uma responsabilidade compartilhada entre indivíduo, que busca por cuidados, e Estado, que tem o dever de ofertar os serviços de saúde, de forma gratuita e a garantir a capacidade de resolução em tempo adequado, conforme as necessidades e problemas de saúde apresentados por cada pessoa.

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

Para chegar ao momento atual de desenvolvimento do SUS, houve a participação social que, reconhecida como uma necessidade desde a constituinte, foi fundamental para descrever as necessidades sociais ao texto constitucional e suas Lei Orgânicas complementares. Desta forma, há lutas permanentes que devem ser reconhecidas ao se tratar a saúde como integrante da Seguridade Social, entre elas estão a sua suficiência em recursos e a participação e controle social sobre as suas políticas.

Os temas financiamento e participação comunitária e controle social serão tratados a seguir, mas temas relacionados ao direito de cidadania com saúde em Porto Alegre devem ser aprofundados quando falamos em saúde não apenas como ausência de doença. No Plano Municipal de Saúde 2010-2013 há diretrizes e metas voltados à intersetorialidade, ao combate da violência e à qualificação da atenção à saúde conforme as etapas do ciclo de vida. Assim, temos ainda a necessidade de aprofundar lutas sociais contra as violências e os acidentes, e a favor de temas como o envelhecimento e desenvolvimento infantil com proteção e direito à cidadania, com escolas, moradias e aposentadoria digna. Entre outros tantos, a saúde tem interface com diversas outras áreas relacionadas à vida e ao desenvolvimento social e, por isso, é uma área com necessidades

interdisciplinares e intersetoriais.

Se a garantia da cidadania realmente é foco para a saúde pública e coletiva, temos que pensar em como os serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e todas as outras entidades da sociedade porto-alegrense auxiliam neste sentido. Quais as ações são voltadas para a saúde com preservação e ampliação da cidadania em todas as etapas dos ciclos de vida – gestação, infância, adolescência, adultos e idosos, homens e mulheres? Como está sendo preservada e ampliada a saúde com cidadania em Porto Alegre?

Pensar o setor saúde como capaz de desenvolver a reflexão sobre as necessidades cotidianas de cidadania requer que se tenha um controle e participação social atuantes, capazes de dar voz a estas interfaces entre saúde e demais áreas da Seguridade Social. Aí reside o protagonismo do SUS, como uma política pública inclusiva e promotora de cidadania, que prevê a participação direta da população na sua formulação e controle, através das instâncias de controle social (Conferências e Conselhos de Saúde) definidas em Lei e de caráter deliberativo.

### **3 Participação da comunidade e controle social**

Durante muito tempo, no Brasil acreditava-se que o Estado deveria concentrar todo o poder para resolver os problemas entre os cidadãos. Ele é que deveria controlar a vida em sociedade e zelar, sozinho, pelo interesse coletivo. O Estado, então, tinha a supremacia unilateral de garantia da cidadania.

Ocorre que aos poucos foi se percebendo que a cidadania também é gerida e construída por outros espaços que não só o estatal. Até porque, em muitas vezes, o cidadão precisa, inclusive, defender-se da ação do Estado para ter sua cidadania respeitada. Notou-se, então, que a construção da cidadania pode acontecer também na sociedade quando as coletividades buscam a realização do bem comum por meio de práticas solidárias. Viu-se, ainda, que a sociedade pode influenciar o Estado forçando-o para que de fato a cidadania seja efetivada.



Esta concepção amplia o espaço de realização do “público” para além do “estatal”. Na verdade, a realização da cidadania ocorre muito mais a partir das ações cotidianas dos indivíduos e das instituições sociais que do próprio Estado. Neste sentido, mais do que instituições estatais, o ‘público’ transforma-se em valor compartilhado por determinada sociedade.

De imediato, surge a necessidade de influir sobre as decisões estatais a fim de garantir as condições para a realização da cidadania. E isso precisa ocorrer redefinindo as relações entre sociedade e Estado. Ou seja, assim como o “público” não é um espaço definido, mas em construção, o mesmo ocorre com o espaço “estatal”. Em outras palavras, o Estado, definitivamente, não pode se transformar no centro de todo o poder. Ele precisa compartilhar o exercício do poder com a sociedade e com os indivíduos. A cidadania precisa ser exercida para além da mera delegação da representação democrática (voto) e para além daquilo com que se ocupa a regulação definida pelas leis.

A cidadania realmente ativa é aquela exercida quando os próprios mandatários fazem valer suas propostas de atendimento aos direitos sociais estabelecendo um certo controle do quê e como fazer em relação às políticas referentes a tais direitos. Em outras palavras, cidadania política plena se efetiva, a) quando o cidadão participa da decisão sobre a ação do Estado; b) quando o cidadão fiscaliza (controla) a ação do Estado a partir do que ele (cidadão) ajudou a decidir, e; c) quando o cidadão se beneficia da ação do Estado que ele (cidadão) ajudou a decidir e está fiscalizando.

Ora, este crescimento da esfera pública no sentido da sociedade significa ampliar seu caráter democrático e participativo. Por isso é preciso recompor e mudar a noção de gestão pública enquanto forma de organizar o setor público. Temos, então, a necessidade da gestão focada na participação cidadã e no controle social – voltada especialmente para a realização de experiências inovadoras e pela busca da eficiência e da equidade.

Contudo, a partir da Constituição de 1988, então, o Brasil consolida como *modus operandi* o modelo de compartilhamento da gestão das políticas públicas entre Estado e sociedade. Nas áreas da assistência social, da criança e

adolescente, da educação e da saúde, citando alguns exemplos, a participação cidadã nos espaços institucionais (estatais) é adotada com vistas ao estabelecimento de um novo padrão de planejamento e de execução das respectivas políticas públicas. Fica assegurada a idéia de que a sociedade tem condições de exercer uma fiscalização mais efetiva e um controle maior se estiver junto ao Estado. Da mesma forma, seria possível garantir que haja mais democracia e transparência na alocação e na distribuição dos recursos públicos.

Para garantir que pudesse ser implementada a gestão pública participativa, foi necessário inovar e tornar o Estado mais permeável permitindo a presença da sociedade em seu meio. Surgem, então, no caso das políticas públicas, alguns formatos institucionais novos, como é o caso dos conselhos e das conferências, para servir de instrumentos de manifestação, de participação e de representação da sociedade na esfera pública (estatal) e também para serem espaços que obriguem o Estado a elaborar normas e políticas em conjunto com esta sociedade. Isso é o controle social.

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

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

A participação comunitária tem papel fundamental na expressão das demandas populares, na democratização da gestão e implementação de políticas sociais.

De acordo com JACCOUD<sup>3</sup> (2005) a criação dos conselhos emergem da necessidade de participação política da sociedade em face do processo decisório que permeia as políticas sociais “a necessidade de representação da pluralidade de atores junto a uma determinada política pública, reduzindo o hiato entre aqueles que atuam nos diversos níveis de decisão e seus beneficiários, passou a ser amplamente reconhecida”.

Na condição de espaços permanentes de controle social, os Conselhos de Saúde devem ser tratados com atenção particular tanto de parte da sociedade como de parte do Estado. Capilarizar a rede de controle social, através da ampliação de Conselhos Locais de Saúde, bem como a sua permeabilidade aos movimentos sociais, traduzindo e trazendo para si as demandas oriundas das comunidades, é um desafio permanente.

Na condição de espaços extraordinários de controle social, as conferências de saúde não precisam ser realizadas somente levando em conta a participação da comunidade sobre as políticas gerais de saúde. Devem ser fortalecidas as conferências temáticas e específicas (saúde da mulher, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde da população negra, etc.) a fim de proporcionar a construção de políticas específicas mais eficazes por meio da participação de segmentos estratificados da sociedade que podem contribuir significativamente na consolidação das políticas públicas.

Além de servir como espaço para a publicização de decisões acerca de um determinado tema, as audiências públicas podem também estabelecer e legitimar acordos envolvendo setores ou instituições que geralmente, em função de suas características ou papéis, não atuam diretamente na regulamentação das questões de saúde, mas desenvolvem funções imprescindíveis para a organização social e política.

Em Porto Alegre, a participação popular sempre foi uma marca significativa no campo da saúde, antes mesmo da criação do SUS. O controle social na saúde teve sua história marcada pela ocupação do PAM-3, em 1988, do HMIPV, em 2000 e mais recentemente, em movimentos importantes, como a municipalização

---

<sup>3</sup> JACCOUD, Luciana. Org. Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo. Brasília: IPEA, 2005

do Murialdo e as denúncias no caso SOLLUS. A nível nacional, o controle social tem pautado temas cruciais, que compõem a pauta política, debatida em todos os cantos do país no processo intitulado “caravana em defesa do SUS”.

#### **4 Financiamento e relação público x privado**

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabeleceu que a Seguridade Social deveria ser custeada por um orçamento próprio: o Orçamento da Seguridade Social (OSS), assegurando o adequado financiamento aos direitos previdenciários, da saúde e da assistência. Até então, as receitas provinham principalmente das contribuições sobre folha de pagamento. Assim, além destas, instituíram-se:

- O faturamento das empresas, através do já existente Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), que foi transformado em Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS);
- o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP);
- o lucro líquido das empresas, com a criação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL); e
- uma parcela da receita de concursos e prognósticos.

Vale lembrar que esses recursos que compõem o OSS não foram vinculados a cada área que compõe a Seguridade Social. Somente os recursos do PIS/PASEP ficaram reservados ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT (para custear o programa seguro-desemprego e o abono PIS/PASEP) e às ações do BNDES.

De acordo com o documento *Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de saúde – SUS no Brasil*<sup>4</sup>, essas receitas seriam suficientes para garantir a cobertura das despesas da saúde, previdência, trabalho e assistência social, produzindo ainda superávits significativos, tanto em relação à despesa executada por órgão (ministérios) quanto por função. Contudo, a aprovação de

---

<sup>4</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de saúde – SUS no Brasil. Brasília, 2007 (pág.13).

emendas constitucionais, desde 1994, permite ao governo desvincular parte das receitas da Seguridade para livre disposição pela área econômica.

O descumprimento do OSS começou a ser institucionalizado com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994. Esse mecanismo se renova em 1997, sob a denominação de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Em 2000, este se torna Desvinculação das Receitas da União (DRU).

Apesar das variantes expressões, na essência, trata-se do mesmo: mecanismos que possibilitam o desvio de recursos do seu destino original constitucionalmente determinado. O Executivo propôs e o Congresso foi “institucionalizando” a desvinculação de receitas que legalmente estão atreladas ao financiamento da saúde, previdência e assistência social, comprometendo o custeio dessas áreas em nome da geração de superávits primários.

Vale ressaltar que o descumprimento do OSS, institucionalizado pelos sucessivos mecanismos de desvinculação de receitas (FSE, FEF e DRU), está na origem do propalado déficit da Previdência. Caso fosse observado o conceito de Seguridade Social escrito na Constituição e não houvesse o desvio de seus recursos para outras finalidades, a Seguridade apresentaria superávits (BRASIL, 2007)

Diante dessas dificuldades de financiamento, surgem ao longo dos anos 1990, diversas propostas de emendas constitucionais vinculando recursos à Saúde, de modo a garantir um mínimo de recursos à pasta. Após inúmeras iniciativas, no ano de 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional 29 (EC/29), que estabeleceu percentuais mínimos de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde para as três esferas de governo.

O SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde vem acompanhando, sistematicamente, por meio de dados de Balanço e de sua alimentação regular, o cumprimento da EC/29. Evidencia-se, em geral, um aporte maior de recursos, embora ainda persistam operações de inclusão de despesas alheias (inativos, por exemplo) e exclusão de receitas (renúncia fiscal).

Apesar de transcorridos mais de dez anos, o cumprimento e a regulamentação da EC/29 ainda se colocam como grande desafio e fazem parte da Agenda Política do Conselho Nacional de Saúde.

O SUS, como está proposto na Constituição de 88, de caráter universal e público, previu a participação do setor privado de forma complementar, especialmente nas áreas onde houver insuficiência do setor público. Nestas duas décadas que se seguiram à Lei 8080, o setor público expandiu, de forma expressiva, a rede de atenção primária e, mais recentemente, os serviços de urgência e emergência, como o SAMU e as UPAs.

No entanto, esta expansão não resultou em menor participação do setor privado, ao contrário, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de 1995, propôs, como inovação, a concepção de uma esfera pública não estatal, que exerce função pública, no entanto, de acordo com as leis de mercado<sup>5</sup> (PEREIRA, 1995). Neste sentido, a Reforma do Estado priorizou o financiamento das ações médico-hospitalares em detrimento das ações preventivas e de promoção, impossibilitando o cumprimento das diretrizes constitucionais da equidade e integralidade.

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

Assim, as premissas de universalidade, integralidade e equidade do SUS são desafiadas na realidade atual, de predomínio da "lógica do mercado", fazendo com que sejam definidas e executadas formas efetivas de regulação e controle dos serviços suplementares.

---

<sup>5</sup> PEREIRA, L. C. B. A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

O princípio da universalidade é bem aceito por todos. (...) Para os secretários municipais este princípio funciona como salvo-conduto para a não-existência de mecanismos de regulação e controle do setor suplementar", evidenciando a "baixa capacidade de governança no setor, menos pela falta de instrumentos, e mais em razão do desenvolvimento histórico e cultural das práticas de gestão pública, que acabam orientadas pela lógica dos interesses privados". São esses mesmos interesses que explicam a combinação, perversa, de três fatores que parecem desafiar a regulação por meio da ação dos gestores com vistas à equidade do sistema. Segundo os autores, de um lado, o setor privado não vende com exclusividade no mercado (vende também para o SUS), e de outro, os hospitais universitários com alta tecnologia médica introduziram a prática de venda de seus serviços no mercado. Finalmente, observam um mix na demanda, que "ocorre nos serviços de urgência/emergência, na dispensação de medicamentos e nos serviços de alta complexidade utilizados pelos beneficiários de planos de saúde na rede SUS, (...) em razão da natureza excludente e mercantil do setor suplementar.<sup>6</sup>

Tudo isso resultou em um modelo absolutamente peculiar, no qual há uma imbricação do estatal e do privado nos principais elementos estruturantes do sistema: desde a oferta, utilização de serviços de saúde, do financiamento e dos subsídios ou compensação fiscal que se dão entre o Estado e o setor privado no âmbito do setor saúde.<sup>7</sup>

## **5 Gestão do sistema e pacto pela saúde**

No momento de discutir sobre as estratégias de gestão utilizadas e descritas pelo Estado brasileiro para suprir as necessidades de um sistema nacional de saúde abrangente como o SUS, o Pacto pela Saúde foi a alternativa escolhida após anos de acordos e parcerias fragilizadas entre os entes federados (Municípios, Estado e União). A tentativa de entendimento para um caminho que

---

<sup>6</sup> HEIMANN, L. S. IBANHES L.C. BARBOZA R. Org. O Público e o Privado na Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

<sup>7</sup> SANTOS, Isabela Soares. UGÁ, Maria Alicia Dominguez. PORTO, Silvia Marta. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Texto O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Disponível em <http://www.abresbrasil.org.br/pdf/26.pdf>.

leve a avanços na direcionalidade útil das ações e serviços, conforme as necessidades da população, e na eficiência do uso dos recursos públicos da saúde fizeram com que representantes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde acordassem um pacto para o desenvolvimento com qualidade ao SUS.

Para uma Capital Estadual como Porto Alegre, a efetivação do Pacto pela Saúde é uma oportunidade de organizar toda a rede de referência assistencial (desde a Unidade Básica de Saúde até o hospital especializado) para que os recursos financeiros trazidos para a Capital sejam realmente capazes de suprir as necessidades de saúde diagnosticadas nos serviços e pactuadas pelos gestores envolvidos. Esse movimento força todos os municípios do Estado do Rio Grande do Sul a trabalhar para efetivar e atualizar o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado (PDR/RS). Este documento, elaborado em 2003, até agora conseguiu ser apenas parcialmente capaz de conduzir à regionalização Estadual, com regiões realmente resolutivas e independentes dos recursos assistenciais da Capital em termos de atendimentos de consultas e exames especializados de baixa complexidade que poderiam ser ofertados regionalmente.

Ao mesmo tempo, compreende-se a dificuldade que alguns gestores têm em conduzir e trabalhar coletivamente em regiões administrativas e assistenciais de saúde, tendo em vista: 1) mudanças de condução política-partidária; 2) baixa capacidade técnica na gestão para o trabalho com indicadores diagnósticos populacionais e para a utilização eficiente de recursos financeiros; e 3) desenvolvimento de projetos de governo no lugar onde deveriam ser desenvolvidos projetos de Estado, de médio e longo prazo. Por este motivo, o resultado legal para diminuir os problemas com as responsabilidades na gestão do SUS foi a Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*.

O fato é que os gestores do SUS, como trabalham com um assunto delicado e caro à população – *saúde* – não podem mais agir em competitividade, mas sim em complementaridade e em solidariedade, como referido na apresentação deste



caderno de textos. A complexidade de fazer valer essa prerrogativa é explicitada no texto introdutório do Pacto pela Saúde, onde a portaria nº 399/06 traz a dimensão do SUS, em 2006:

O Sistema Único de Saúde - SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica.<sup>8</sup>

É referido também que as mudanças já realizadas na gestão do SUS ao longo dos seus 22 anos não foram radicais, no sentido da responsabilização regionalizada e hierarquizada necessárias a um Sistema de Saúde de um país federativo. O detalhamento das normas gerais advindas do Ministério da Saúde é excessivo e complexo se considerada a diversidade de necessidades de saúde conforme as diferentes regiões do país, Estados e Municípios. Por isso a necessidade de elaboração do Pacto pela Saúde, que deve ser

[...] anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.<sup>9</sup>

Com todos os documentos do SUS e com a vigência do Pacto pela Saúde, somos induzidos a pensar que temos que agir com a prerrogativa da autonomia e da corresponsabilização necessária entre os gestores para a efetivação dos fluxos assistenciais.

---

<sup>8</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. 2006.

<sup>9</sup> Idem.

O Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Gestão comungam sobre a necessidade de “ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal”. Para isso, há a necessidade de repolitização da saúde com mobilização social estratégica ao mesmo tempo em que se conduz à radicalização da “descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos” (BRASIL, 2006).

Mesmo se aderir ao Pacto pela Saúde, Porto Alegre ainda não efetivou e concretizou plenamente todos os princípios e diretrizes do SUS. Essa dificuldade é vivida em um momento em que há um despertar para a sustentabilidade dos recursos municipais em saúde como um direito federativo. Assim, não se fala em menos responsabilidades apresentadas pelos gestores, mas ao contrário, de uma percepção de que todos têm a sua parcela de responsabilidade sobre a condução do SUS.

Neste caminho, o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Porto Alegre aponta um objetivo (Fortalecer a gestão do SUS no município, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva, das ações e serviços prestados à população) e duas diretrizes operacionais (*Regulação e contratação dos serviços de saúde complementares a rede para o aperfeiçoamento da assistência e Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS*). Essas duas diretrizes abrigam um conjunto de metas e ações que, se executadas como previstas, serão capazes de alcançar o objetivo de “Fortalecer a gestão do SUS no município, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva, das ações e serviços prestados à população”.

## 6 Gestão do trabalho e da educação na saúde

Os processos de formação e produção de conhecimento ganharam centralidade cada vez maior em praticamente todas as áreas de atuação da saúde. A interface dos processos de educação/produção de conhecimento com os processos de trabalho não aparece apenas na trajetória de cada profissional, mas também através da articulação cada vez mais intensiva entre processos de formação, trabalho e de gestão no próprio cotidiano das redes de atendimento. Esta situação é acentuada pelas seguintes razões:

- Primeiro, pelo afastamento existente entre a orientação da formação dos profissionais da saúde e as reais necessidades do SUS (a formação não está dirigida à saúde pública, por isso não prioriza a atenção primária)
- Segundo, pela precariedade da formação dos profissionais da saúde para o exercício das tarefas de gestão do trabalho na lógica da saúde coletiva (pois a formação é predominantemente técnica, sem preparação para as tarefas de gerenciamento).

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

A reversão destes problemas exige a constituição de uma Política de Educação Permanente, que deve ter como referência à “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”<sup>10</sup>, apresentada, em setembro de 2003, pelo Departamento de Gestão da

---

<sup>10</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília. 2004.

Educação na Saúde do Ministério da Saúde, e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Esta política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde deve atender aos requisitos citados na NOB/RH-SUS, buscando conquistar relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas).

Sabedores da necessidade de desenvolver uma política de educação permanente em serviço, devemos apontar ações que, se efetivadas, poderão significar a consolidação deste eixo de intervenção. Inicialmente pode ser considerada a criação de uma política para educação na saúde baseada na concepção de Educação Permanente, como articuladora das necessidades dos serviços de saúde, das possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, da capacidade resolutiva dos serviços de saúde e da gestão social sobre as políticas públicas de saúde. A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

No que se refere à interface com os espaços acadêmicos, podemos destacar o investimento intensivo na integração ensino-serviço, através dos programas de reorientação curricular na formação dos profissionais da saúde e da aproximação da formação aos campos de prática (PRÓ-SAÚDES; PETs-SAÚDE; Residências Multi-Profissionais; expansão das disciplinas teórico-práticas, dos estágios e da produção científica na saúde coletiva; etc.), objetivando que os futuros profissionais estejam habilitados a responder a reais necessidades do SUS;

As questões acima mencionadas, se desenvolvidas podem redirecionar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde pelos princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a

ruptura com o conceito de sistema verticalizado, passando a trabalhar com a idéia de rede – de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

Devem ser formuladas e implantadas políticas de gestão do trabalho e educação permanente que sejam qualificadoras das relações de trabalho e da produção e disseminação na saúde através de um conjunto de diferentes estratégias de:

- Qualificação da integração ensino-serviço pela articulação entre os gestores e as instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento dos profissionais e a melhoria constante da atenção à saúde e do SUS;
- Fomento a práticas gerenciais participativas com a constituição, em todas as instâncias da rede assistencial, de espaços de reflexão crítica sobre o trabalho em saúde, visando constituir a problematização dos processos de trabalho como um instrumento de qualificação e transformação dos modos de produção da atenção à saúde;
- Desenvolvimento de Plano Municipal de Educação Permanente orientado pelas necessidades identificadas nos diferentes níveis do sistema, e em especial das necessidades identificadas pela problematização dos processos de trabalho, com ênfase no desenvolvimento gerencial, através de técnicas pedagógicas inovadoras e em larga escala;
- Incentivo e valorização da Política de Humanização na Secretaria Municipal de Saúde;
- Investimento na qualificação da relação com as instâncias de participação, de representação dos trabalhadores e do controle social.

Diante desse quadro, no qual confluem tendências estruturais da sociedade do conhecimento com processos conjunturais do SUS, identificamos uma defasagem entre a capacidade operacional na área de gestão do trabalho e educação na saúde da SMS e as necessidades colocadas por estas estratégias, o

que exigirá um investimento importante no próximo período. Cabe destacar um importante avanço representado pela constituição de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CPES), com representantes de todas as áreas da Secretaria e do Conselho Municipal de Saúde, e a perspectiva que advirá com a implantação da informatização nos serviços de saúde.

**“TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA E PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO”.**

**DOCUMENTO ORIENTADOR PARA OS DEBATES**  
**14ª CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Estamos iniciando mais uma jornada nacional de debates, avaliação e deliberação de propostas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a maior e mais importante política pública conquistada pelo povo brasileiro na nossa história.

Apesar das enormes dificuldades, que naturalmente enfrenta na sua curta trajetória, o SUS tem se constituído em exemplo de inclusão e transformação política no Brasil. Uma das poucas experiências de política pública no mundo que assegura, como um elemento fundamental, o acesso universal e de forma integral, levando em consideração as diversas particularidades e especificidades de indivíduos e populações (cor, raça, credo religioso, gênero, orientação sexual, localização geográfica, etc.). O SUS é singular no mundo, também por propiciar e dispor de práticas e processos democráticos, decorrentes da ampla participação das pessoas e movimentos sociais, a partir dos mais variados espaços constituídos, de modo informal ou formal, como são os casos das instâncias de Controle Social (Conferências e Conselhos de Saúde).

Decorridas mais de duas décadas de sua criação, o SUS inicia o seu período de maioridade, com importantes conquistas sociais e significativos desafios no futuro.

A Constituição Federal de 1988 estabelece o direito humano à Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência), a ser garantido pelo Estado brasileiro, mediante políticas econômicas e sociais de acesso universal e igualitário. No caso da Saúde, trata-se de políticas públicas organizadas, reguladas e implementadas pelo SUS, com a integração de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde. Um SUS de todos, com todos e para todos.

Todos usam o SUS por meio de inúmeras redes de serviços e ações de promoção da saúde, de vigilância sanitária (controle e fiscalização da qualidade de produtos para o consumo humano, de portos e aeroportos etc.), da vigilância epidemiológica e controle de doenças (epidemias, endemias), de imunizações (produção, vacinações, etc.), de programas orientados para grupos populacionais e problemas específicos (Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde dos Trabalhadores), de redução de danos, de assistência e reabilitação, de produção de insumos (vacinas, medicamentos, equipamentos e outros), de iniciativas e medidas para a educação em Saúde. Enfim, uma ampla gama de programas, serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde, efetivadas a partir de uma extensa e complexa rede de serviços e ações que conformam um sistema público, em instâncias (inter) governamentais e âmbitos organizacionais diversos. É importante, pois, reiterar que políticas, serviços e ações do SUS estão presentes e são efetivas na vida de todos os brasileiros e de muitos estrangeiros.

Contudo, considerada a amplitude e abrangência das ações e serviços efetivamente prestados pela rede de Atenção Integral à Saúde, por que ainda prevalece a noção de um SUS restrito aos seus serviços assistenciais, notadamente hospitalares e de pronto-atendimento? Por que é tão propalada a idéia de que existiriam apenas parcelas populacionais “SUS-dependentes” ou um “SUS pobre, para os pobres”? O que fazer para disseminar, mais e melhor, o entendimento sobre o direito humano e social à Saúde? E para constituir maior legitimidade e sentido de pertencimento para com as políticas públicas de Saúde?



Torna-se necessária a discussão, desde os âmbitos locais até o plano nacional, acerca das perspectivas de entendimento e desafios para a legitimação do SUS como política pública universal, pertencente ao povo brasileiro, que requer mais investimentos humanos, políticos e de recursos (financeiros, tecnológicos, físicos e outros), para a garantia de acesso com equidade, integralidade e melhor qualidade.

Uma política pública se legitima em razão do entendimento compartilhado de seu valor como inalienável direito humano e social, de sua utilidade pública e garantia de justiça social. Do entendimento nasce o sentimento de segurança, o sentido de pertencimento, de patrimônio do povo e a disposição de defesa do interesse público. O desafio da constituição de legitimidade é permanente e, além da noção de direito humano e social, implica na garantia de acesso, acolhimento e respostas apropriadas para as necessidades sociais de grupos historicamente excluídos (alimentação, transporte, habitação e saneamento) e demandas de Saúde.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS deve compor e estar integrado às políticas públicas de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social). Em termos práticos e circunstanciais, trata-se de mais um grande desafio de integralidade. Torna-se, pois, imprescindível a análise sobre cada situação e os desafios de integração das políticas, estratégias institucionais, serviços e ações da Seguridade Social em cada território.

Os participantes da 14ª CNS, em todas as suas etapas (municipal, estadual e nacional), além de reiterar a postura e atitude em defesa dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS. São também detentores do compromisso e da responsabilidade de promover discussões e realizar debates, buscar melhores alternativas e escolher rumos de superação, inovação e sustentabilidade para o crescimento, consolidação e legitimação das políticas públicas de Seguridade Social.

Considerados o contexto e perspectivas do Brasil, a discussão sobre modelos, tipos e modos de desenvolvimento social remete, na área específica da Saúde, à questão dos modelos de atenção e cuidado, entendidos como a forma de organização das práticas profissionais de saúde dirigidas ao atendimento às necessidades de saúde dos indivíduos e populações. Trata-se de uma estratégia importante para que o país constitua um desenvolvimento socialmente inclusivo, com a implantação de um sistema de Saúde, não apenas universal e igualitário, mas também organizado de forma a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

## **AVANÇOS E DESAFIOS PARA A GARANTIA DO ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE E EQUIDADE**

Na prática, o SUS, assim como a maioria dos sistemas de saúde no mundo, ainda está subordinado a um modelo de atenção hegemônico que se caracteriza pelo predomínio de práticas individualistas, curativas, centradas em doenças e

atendimentos hospitalares. Em que medida essas práticas se contrapõem à efetivação do princípio da integralidade é uma questão polêmica que merece ser debatida.

Temos a tarefa de avaliar com profundidade um sistema que originalmente está pensado e legalmente estabelecido para ser viabilizado por meio de um financiamento pactuado entre as três esferas de governo, que seja adequado e definido de acordo com as reais necessidades de cada região e população referenciadas. Propor alternativas que apontem para a superação de uma rede de serviços que equivocadamente trata somente as doenças, substituindo-a por uma rede efetivamente de Saúde, orientada não somente para ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde, mas também com a sustentação de ações intersetoriais. Uma corresponsabilidade fundamental ao pleno êxito do modelo de atenção integral proposto, tendo equipes multiprofissionais em Saúde como força insubstituível para a sua viabilização plena.

Graças ao trabalho do poder público com o envolvimento dos trabalhadores da Saúde, de entidades e movimentos de base comunitária, significativos problemas de saúde têm sido enfrentados. Por exemplo, a desnutrição vem sendo controlada no país com melhorias nos processos de segurança alimentar e nutricional. Consta-se, ainda, a queda expressiva da mortalidade infantil, denota-se o incremento de programas e equipamentos para ampliar as oportunidades de Saúde.

Há avanços na universalidade e na descentralização de Saúde, especialmente, com a municipalização das ações e serviços. Mas ainda estamos a passos lentos quanto ao acesso, em razão da imposição de obstáculos para utilizar os serviços, seja por falta de condições do usuário, seja por impedimentos instituídos no âmbito dos serviços.

É necessário atualizar os patamares de qualidade, integralidade (com foco de atenção na pessoa como um todo) e equidade (serviços e prioridades de acordo com as necessidades). É imprescindível enfrentar com coragem o processo de regionalização e a baixa participação dos Conselhos de Saúde e rever, ajustar, aperfeiçoar os instrumentos e mecanismos para o exercício do controle e da fiscalização, a exemplo dos planos de saúde, relatórios de gestão e prestações de contas da gestão governamental.

Há que se evitar a perpetuação de mortes precoces e internamentos evitáveis por doenças com tratamentos disponíveis e de baixo custo, que deveriam ser ofertados logo após as consultas nas unidades básicas de Saúde. Apesar dos avanços no número de consultas de pré-natal, as mortes maternas e infantis devido à precariedade das consultas de pré-natal e problemas preveníveis no parto e pós-parto devem cessar. Doenças como hipertensão e diabetes afetam milhões de pessoas. Quando não tratadas geram sofrimento para elas e custos elevados para o SUS. Hanseníase, tuberculose, sífilis, dengue – Por que não eliminá-las como problema de Saúde pública?

Há uma tendência evidente de aumento da expectativa de vida dos brasileiros, que, aliada a outras tendências demográficas e epidemiológicas em curso (incremento proporcional dos estratos populacionais de idosos, diminuição da mortalidade infantil, aumento de prevalência de doenças e condições crônicas), requer mudanças substanciais no planejamento e organização de sistemas,

programas, serviços e ações de Saúde, com ênfase em novos perfis de necessidades e demandas.

Considerado o contexto mais amplo de necessidades e demandas, o SUS deve dispor integralmente de uma gama de procedimentos desde os mais simples aos mais especializados, bem como de ações e políticas intersetoriais de áreas fundamentais para a Saúde como a educação, trabalho e renda, meio ambiente e lazer, entre outros, com particular ênfase nas políticas referentes à Seguridade Social.

Quando se trata de acesso aos serviços, insumos (medicamentos, materiais para exames, preservativos, etc.) e outras tecnologias de Saúde, predomina o enfoque assistencial e de atendimento, mas também existem questões significativas decorrentes do acesso aos serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, nutricional, ambiental, além de outros serviços e ações de Saúde.

Não se trata somente da necessária adequação quantitativa da distribuição e oferta de serviços, tecnologias e insumos de Saúde, perante demandas espontâneas nos diversos territórios de vida e dos níveis assistenciais, mas da garantia de melhor equidade, acolhimento, continuidade, integralidade, suporte, resolubilidade e satisfação dos usuários. Implica também, na melhor adequação dos perfis de ofertas de tecnologias e serviços em razão das necessidades sociais e sanitárias de populações, grupos específicos e indivíduos.

Para isso é fundamental que se estabeleça um compromisso interfederativo e intersetorial com toda a sociedade em relação à reorientação da formação profissional em Saúde. Além disso, garantir a incorporação da educação permanente em Saúde como estratégia de melhoria da atenção à Saúde e da gestão do SUS, em todas as instâncias, aprofundando e ampliando as mudanças já em andamento e as experiências bem-sucedidas de integração ensino-serviço.

Em termos de mudanças efetuadas e necessidades ou desafios a se enfrentar em cada território de vida e contexto real, o que significam o acesso e o acolhimento com melhor qualidade? Quais as necessidades e demandas consideradas prioritárias? Quais as proposições de investimentos mais condizentes para a reorganização de serviços e garantia de acesso e acolhimento com melhor qualidade?

Nas etapas da 14ª CNS e para cada âmbito de ação institucional do SUS - local, (inter)municipal, metropolitano, (inter)regional, (inter)estadual e nacional - convém realizar análises de situações e condições de acesso aos serviços e ações de Saúde; definições de necessidades prioritárias; discussões sobre alternativas e iniciativas para mudanças e investimentos; deliberações de diretrizes políticas e organizativas para a garantia, incremento e melhor qualificação do acesso e acolhimento nos serviços de Saúde. Diretrizes e proposições que possam efetivamente constituir agendas para as ações (inter) governamentais e pautar os processos e práticas de avaliação, monitoramento e fiscalização por parte das instâncias de participação comunitária e Controle Social.

O acesso com acolhimento e melhor qualidade aos serviços e ações integrais de Saúde implica primordialmente na expansão, incremento, fortalecimento e apoio logístico da Atenção Básica à Saúde em todo o país. No reconhecimento de necessidades específicas, condições singulares, contextos particulares que requerem unidade na diversidade, ou seja, uma política nacional

única com dispositivos organizacionais diversos e respostas apropriadas para distintas necessidades.

Considerado cada território e contexto, quais as situações e condições de acesso, acolhimento e atendimento qualificado nos serviços de Atenção Básica, na Estratégia e Programa de Saúde da Família? Quais as prioridades para investimentos, mudanças organizacionais, suporte e apoio para estes serviços?

Outros serviços mais especializados também requerem melhor acesso e oportunidade de disponibilização em tempo adequado. Serviços de prontoatendimento, serviços ambulatoriais, hospitalares, diagnósticos, de reabilitação, insumos (medicamentos, materiais para exames, preservativos, órteses, próteses, etc.).

Excetuados os serviços e as redes de Atenção Básica à Saúde e Saúde da Família, a maior parte dos pequenos e médios municípios brasileiros não dispõe e estruturas, recursos, pessoal e condições logísticas para garantir, em seu próprio território, o acesso integral e resolutivo para os problemas de Saúde demandados em todos os níveis de Atenção à Saúde. O que implica na tarefa e desafio da organização de sistemas e redes regionais de Saúde, com a ordenação de fluxos e garantia de oferta e acesso aos serviços em todos os níveis de Atenção à Saúde.

Quais as situações e condições de acesso e acolhimento com qualidade nos diversos serviços de Saúde que compõem as redes assistenciais regionalizadas? Quais as condições de acesso aos insumos e outros recursos necessários? Quais as prioridades para investimentos, mudanças organizacionais, suporte e apoio?

Existem ainda particularidades regionais, necessidades populacionais ou condições específicas de cada território, que requerem modos próprios de recursos e organização para a garantia do acesso e acolhimento com melhor qualidade. É imprescindível que tais particularidades sejam evidenciadas, em termos de necessidades e propostas, de modo a subsidiar o esforço constitutivo de um sistema único com abertura e flexibilidade para as realidades locais e regionais.

Vale ressaltar que os princípios da universalidade, da igualdade e da integralidade da saúde são também princípios da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Uma questão fundamentalmente relacionada se refere à contribuição do chamado complexo econômico da saúde para a conformação dos modelos de Atenção à Saúde. Por um lado, não há dúvidas de que, sem os insumos materiais produzidos pelas indústrias, tanto do ramo químico e biotecnológico, quanto do ramo eletro-mecânico, seria impossível assegurar o tipo de cuidado à saúde que a sociedade contemporânea exige e merece. Por outro lado, é evidente que os interesses econômicos de produtores e fornecedores de insumos são generosamente contemplados no atual modelo hegemônico, às vezes sem consideração ou mesmo em detrimento das necessidades de cuidados à Saúde das pessoas. Na sua atual configuração, o complexo econômico da saúde negligencia o investimento em tecnologias de promoção da saúde e prefere reproduzir e expandir a lógica de atendimento sintomático e curativo, baseado no consumo de procedimentos isolados.

Não há dúvida de que é necessário modificar a configuração das relações entre a indústria da saúde e os interesses da saúde pública expressos nas políticas públicas. Duas questões, em especial, podem ser manejadas nesse sentido: a ampliação do mercado público com a explicitação das prioridades do SUS e o fortalecimento do quadro regulatório, também atendendo às prioridades do SUS.

Ademais, destacando que o complexo econômico não se limita às indústrias, mas ao contrário, se define pela articulação entre indústrias produtoras e serviços consumidores de insumos, não se pode negligenciar a necessidade de ampliação da rede de serviços de saúde desde uma perspectiva conceitual, orientada para a articulação com as demais redes sociais, valorizando as características sócio-demográficas, culturais e epidemiológicas da população, ao mesmo tempo em que desenvolve ações de saúde de alta qualidade, efetivas e eficientes.

Enfim, assegurar a integralidade da atenção, enfrentando não apenas os obstáculos do subfinanciamento, mas também os determinantes estruturais do modelo biomédico hegemônico é uma tarefa inadiável para o avanço do SUS.

Existem muitas outras questões referentes ao tema do acesso e acolhimento com melhor qualidade e equidade, convém apresentá-las e discuti-las em sua relevância e diversidade, de modo a constituir diretrizes e uma agenda de inovação, mudança e consolidação para a rede de serviços e recursos do SUS.

## **AVANÇOS E DESAFIOS PARA A PARTICIPAÇÃO A COMUNIDADE**

A comunidade sempre teve que lutar para melhorar os serviços públicos. Os avanços conquistados nos últimos anos são frutos da soma de esforços e dedicação da população. Infelizmente estamos longe do atendimento e dos serviços que precisamos. Muita gente deixa de ter acesso à informação para prevenir e curar as doenças, tem que ficar horas na fila, e, em muitos casos, simplesmente não encontra vaga ou resposta para o que precisa.

A participação da comunidade (movimentos sociais, instâncias de Controle Social) das políticas públicas de Saúde requer maior dinamismo e efetividade. O aperfeiçoamento das instâncias, processos e práticas de participação comunitária no SUS implicam numa melhor qualificação das formas e meios de representação e mediação de demandas, sob o amparo do interesse público e responsabilidade social no reforço de tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais, de modo a garantir sua maior transparência e publicidade.

A finalidade desse tema é discutir a atuação das instâncias e atores do Controle Social como protagonistas políticos da Reforma Sanitária no país, ou seja, uma organização com capacidade de acumular forças, defender interesses públicos e necessidades sociais, além de atuar na transformação das condições de vida e saúde.

Nesse sentido é importante trazer à luz o processo político-histórico que decorreu na institucionalização do Controle Social, nas políticas públicas de Saúde, problematizar o seu campo de atuação enquanto esfera pública,

aprofundar o debate acerca de questões relevantes e atuais e apontar caminhos para sua maior efetividade.

O povo brasileiro, movido pelo ideal de cidadania e pelo desejo de construir relações mais democráticas entre o Estado e a sociedade, sempre lutou pelo direito à saúde e para ser reconhecido como interlocutor legítimo de seus interesses perante os governos. Exatamente porque rompe obstáculos, questiona e tensiona a estrutura tecnocrática, centralizadora, autoritária e normativa do Estado brasileiro é que o Controle Social expressa uma das maiores conquistas populares.

Amparado na Lei 8142/1990, o Controle Social na Saúde é exercido principalmente por meio das Conferências e Conselhos de Saúde nas três esferas da gestão governamental. Existem instâncias de Controle Social de Saúde presentes no Distrito Federal, nos 26 estados brasileiros e na quase totalidade dos municípios. De caráter deliberativo, permanente e de composição paritária entre usuários e outras representações (governos/prestadores de serviços, trabalhadores de Saúde), os Conselhos de Saúde fiscalizam e auxiliam os poderes executivo e legislativo na elaboração e execução das leis, na condução dos assuntos de saúde nos municípios, estados e União.

Aberto aos novos valores e às forças criativas e renovadoras advindas do interior da sociedade, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução 333/2003, que atualiza e redefine a composição do CNS e referencia os Conselhos de Saúde dos estados e municípios. Sua proposição é dotar os Conselhos de maior legitimidade junto aos diversos setores da sociedade, bem como propiciar uma maior capacidade para propor mudanças ao modelo de Atenção à Saúde no tocante ao acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade dos serviços, modificando velhas rotinas e estruturas, adotando nova forma de abordar e acolher os usuários do SUS.

Todavia, as definições normativas e institucionais, por si só, não têm garantido o caráter deliberativo, permanente e de representação do Controle Social na Saúde. É urgente e necessário entender que os recursos disponíveis aos Conselhos, para exercer efetivamente o Controle Social, concentram-se principalmente em seu poder político, exercido, por excelência, pelos novos protagonistas da Reforma Sanitária.

O valor e potencial transformador que os Conselhos de Saúde detêm, não são absolutos, mas se revelam se houver iniciativas e esforços de desenvolver uma política que esteja calçada em ideais libertários, em radicalidade democrática, referenciados em um projeto de mudança social. O que pressupõe o controle das políticas públicas pela sociedade, a partir da interação de atores sociais proativos, sujeitos no processo de construção do SUS, e não mais como sujeitados às políticas que são encaminhadas unilateralmente pelo poder governamental.

Este é o debate central da temática colocada: em que medida o Conselho de Saúde pode contribuir para a melhoria dos serviços e ações de saúde? O que mudou e o que precisa melhorar em termos de participação da comunidade e atuação das instâncias de Controle Social em Saúde? Quais os desafios e propostas de melhorias em cada território e instância de participação comunitária e Controle Social?

## **AVANÇOS E DESAFIOS PARA A GESTÃO PÚBLICA DO SUS**

O SUS necessita de gestão autônoma, profissionalizada, contratualizada e democrática dos serviços, bem como uma força de trabalho estável, qualificada, concursada e valorizada, com reais perspectivas de carreira. Para isso, é fundamental garantir e avançar no desenvolvimento e implementação da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dando visibilidade e ampliando as ações relacionadas ao planejamento de profissionais de Saúde, em consonância com o preceito constitucional de que cabe ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos em Saúde. São dispositivos legais garantidos na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS, estratégicos para o equacionamento correto da gestão do sistema em toda a sua complexidade.

Um sistema que, em se propondo prioritário e majoritariamente público, por entender que essa é a lógica a ser estabelecida como possível de viabilizar uma proposta de Saúde pública universal e integral, abre a possibilidade da participação privada de forma complementar, naquilo que o poder público não tiver temporariamente condições de dispor, por entender os limites naturais que lhes são impostos por um país complexo, continental e fortemente heterogêneo.

É hora de enfrentar os problemas que despontam no SUS, com a necessidade de mecanismos de controle e de gestão e inversão de prioridades orçamentárias. A responsabilidade é dos três entes federados e dos Conselhos. Os participantes da 14ª Conferência Nacional de Saúde devem intensificar o diálogo mútuo, com os gestores da Saúde, trabalhadores, entidades e movimentos sociais e apontar diretrizes para propiciar melhorias.

A gestão pública dos sistemas e serviços de Saúde ainda enfrenta dilemas e desafios. Torna-se imprescindível a discussão e proposições sobre a garantia e combinação ótima entre financiamento necessário e estável, gestão de qualidade e com responsabilidade social, fiscal e sanitária, sob a égide do interesse e direito públicos. De acordo com os preceitos constitucionais do SUS, a prerrogativa e responsabilidade pública da gestão e gerência não podem ser transferidas ou terceirizadas para outras esferas de direito privado, as dificuldades e alternativas de melhor gerenciamento, regulação e prestação de serviços devem ser equacionadas e produzidas sob a responsabilidade pública.

Mesmo em se tratando de sistemas e serviços de Saúde não vinculados ao SUS, a prerrogativa de gestão e regulamentação é unicamente pública. O SUS, não segmentado ou fragmentado, deve exercer o controle, a regulamentação e a fiscalização de todos os serviços e ações de Saúde, inclusive os de natureza privada, de modo a estabelecer a preponderância do interesse público e a garantia dos direitos dos cidadãos. Essa prerrogativa implica em desafio para a instituição de modos e meios eficazes de controle e regulação do SUS em todos os âmbitos institucionais.

Outra questão de grande relevância para a consolidação de todas as políticas públicas implica na inovação e institucionalização de preceitos normativos, pactos e dispositivos de gestão interfederativa e intergovernamental. No caso da Saúde, esta questão adquire uma grande importância, em razão da necessidade de conformação, organização e efetivação de sistemas regionais de Atenção Integral à Saúde, com o compartilhamento de responsabilidades entre as

esferas de governo. Trata-se de um tema de grande relevância para a discussão, debate e deliberações, notadamente, por ocasião das etapas municipais e estaduais da 14ª CNS.

Do mesmo modo, as discussões, debates e proposições acerca do tema da gestão do trabalho e da educação na Saúde e com os trabalhadores de Saúde, implicam na proeminência de sua natureza pública, seus deveres constitucionais e na necessidade de carreira única de Estado, integrada nas diversas esferas governamentais e instâncias organizacionais. Na observância das necessidades sociais para a definição de prioridades e perfis de formação e educação permanente.

Quais as situações e condições da gestão pública de sistemas e serviços de Saúde em cada âmbito de governo (consideradas questões como financiamento, relação entre esfera pública e privada, Pacto pela Saúde gestão do trabalho e da educação na Saúde)? Quais as necessidades e alternativas para se organizar instâncias, modos e meios de gestão intergovernamental para sistemas regionalizados de Saúde? Quais as diretrizes e propostas para se garantir a preponderância do interesse público e da responsabilidade social nos processos e práticas de gestão governamental em Saúde?

São questões substanciais que devem servir de pauta para a expressão de necessidades e demandas, a definição de prioridades, o debate político e a deliberação de diretrizes e agendas de iniciativas e investimentos em todas as etapas da 14ª CNS.

São muitos os desafios e diversos os temas em pauta. O que se espera é a reedição do esforço de cidadania e a convergência da disposição para o debate, a proposição e deliberação de diretrizes por parte da população brasileira, nos inúmeros eventos e em todas as etapas que devem ocorrer a 14ª CNS. Assim se constrói e mantém a política pública de Seguridade Social.

## **ORIENTAÇÕES PARA MOBILIZAÇÃO E TRABALHOS DE GRUPOS**

As etapas da 14ª CNS devem prever o maior número possível de representantes de entidades, movimentos e instituições, e envolver a população nos eventos relacionados à Conferência. Uma estratégia de mobilização é utilizar os meios de comunicação com linguagem e conteúdo de interesse para a sociedade local. Podem ser utilizados todos os meios de comunicação acessíveis, como murais, faixas, rádios, jornais e revistas, auto-falantes, Internet, etc. Além disso, recursos de comunicação e informação como, por exemplo, o uso de telões, podem transmitir a Conferência para um grupo maior de pessoas.

Ter acesso aos relatórios finais das últimas Conferências de Saúde contribui para o debate dos participantes. Centenas de propostas foram aprovadas e revelam as necessidades sentidas pela população. Infelizmente podem ter sido esquecidas. É preciso conhecer os avanços e desafios dessas propostas e se elas serviram de base para as decisões na área da Saúde. Depois de realizar a Conferência é necessário informar a população sobre os seus resultados.

A metodologia para os grupos de discussão na 14ª CNS sugere a elaboração de perguntas para o debate relacionado ao temário, com definição prévia de relatores. A Comissão Organizadora pode orientar os participantes sobre



como formular propostas para o âmbito nacional, como priorizar diretrizes e fazer encaminhamentos que transformem as propostas em ações para melhorar as condições de Saúde da população do município. O Regimento da 14ª CNS, no artigo prevê até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência nas etapas municipais e estaduais, e cada diretriz pode conter 10 (dez) propostas.

Na plenária da Conferência serão votados relatórios com propostas e definições de prioridades locais e regionais, com indicações que podem orientar o governo e o Conselho de Saúde. Finalmente, elegem-se delegados para as próximas etapas.

### **QUESTÕES QUE PODEM SER PAUTADAS PARA O DEBATE EM GRUPOS:**

Abaixo estão listadas algumas questões sugeridas para os debates e deliberações nas etapas municipais e estaduais da 14ª CNS. É importante considerar que as questões sugeridas podem, e devem, ser complementadas e precisam ser postas em questão e discutidas a partir de cada contexto e realidade. Existem questões que possuem uma proeminência nos contextos e âmbitos institucionais dos municípios, outras questões são proeminentes para as regiões intermunicipais e os estados (etapas estaduais da Conferência), outras questões são mais atinentes ao plano nacional.

- Como os participantes entendem as ações institucionais e analisam a atuação do SUS em seu território de vida e de trabalho? O que pode ser realizado para incrementar o entendimento da população acerca das amplas e abrangentes responsabilidades e ações efetuadas pelo SUS?
- Em que medida e de que modo o SUS atua de maneira integrada com as outras políticas, sistemas e serviços de Seguridade Social (Previdência e Assistência Social)? O que precisa ser melhorado para incrementar a integração da Seguridade Social em todos os âmbitos institucionais?
- Como acolher, com qualidade, no tempo adequado as pessoas que usam os sistemas, serviços, ações, tecnologias e insumos do SUS?
- Que propostas podem contribuir para haver mais recursos nas ações básicas de Saúde, promoção e prevenção, e articulação intersetorial das entidades e instituições para melhorar a Saúde?
- Quais são as propostas prioritárias para fortalecer a Saúde pública nos municípios?
- O que mudou e o que precisa melhorar:
  - Na organização, acesso e acolhimento aos serviços de Atenção Básica à Saúde e Saúde da Família?
  - Na organização, acesso e acolhimento aos serviços mais especializados de Saúde?
  - No acesso e acolhimento aos insumos (medicamentos, etc.), serviços diagnósticos e terapêuticos?
  - Na organização, acesso e acolhimento aos serviços de reabilitação em Saúde?

- Nos serviços de vigilância sanitária, nutricional, epidemiológica e ambiental em cada âmbito de suas atuações?
- Quais as diretrizes e medidas necessárias para incrementar:
  - A organização de redes regionalizadas de Atenção Integral à Saúde?
  - A publicidade, a participação comunitária e Controle Social no SUS e, de modo mais amplo, na Seguridade Social?
  - Os modos, meios e instrumentos de gestão pública em Saúde?
  - Os avanços na reorientação da formação profissional em Saúde, desde o nível técnico até a pós-graduação, no processo de integração ensino-serviço e na incorporação da educação permanente em Saúde como estratégia de qualificação dos trabalhadores do SUS, da atenção à Saúde e da gestão do cuidado e dos serviços de Saúde?

Sabemos que existe um longo caminho para transformar as decisões desta e de outras Conferências em políticas e programas. Esperamos que as atividades antes e após a Conferência sejam estratégias permanentes de mobilização e acompanhamento das decisões sobre a Saúde.

**O QUE É A AGENDA POLÍTICA?**  
**Conselho Nacional de Saúde**

## O QUE É A AGENDA POLÍTICA?”

### Apresentação

O Conselho Nacional de Saúde está fazendo história. Avançando além das tarefas mais rotineiras e que fazem parte do seu dia a dia, como são os casos da avaliação periódica das políticas apresentadas pelo governo e aprovadas pelo Pleno, o acompanhamento das ações e do Sistema pelo País, a apresentação de propostas referentes a temas específicos e a fiscalização da execução orçamentária, o colegiado maior do Controle Social do SUS foi além.

Produto de um esforço duramente construído a várias mãos, a partir de uma avaliação criteriosa da realidade do Sistema em todo o País e por conseguinte da definição do seu diagnóstico, foi elaborada e apresentada ao Brasil a Agenda Política do Conselho Nacional de Saúde.

O que existe exatamente por trás das enormes dificuldades desse gigante que em pouco mais de 20 anos transformou a realidade e a qualidade de vida do povo brasileiro? Onde estão os principais gargalos? Quais são as suas contradições? O SUS é ou não viável?

Todas essas perguntas foram feitas em quase todas as Unidades da Federação e em todas elas fomos instados a responder com competência e responsabilidade sobre o papel que nos cabe.

A verdade é que peremptoriamente o problema do SUS não se resume, como querem fazer crer muitos, ao financiamento. Se não temos a menor dúvida de que o Sistema tem sido historicamente subfinanciado, não é menos verdade que, fruto de uma consistente, pensada e deliberada desobediência aos seus princípios e a sua legislação, o SUS está seriamente ameaçado pela insistente manutenção da lógica pautada no atendimento de interesses corporativistas e particularizados, em detrimento do interesse geral da população.

É exatamente com o objetivo de dar resposta a esse quadro de profundas dificuldades, que o CNS apresenta sua Agenda Política, com a absoluta consciência das resistências que serão enfrentadas na busca da sua viabilização. Afinal, implantá-la significa exatamente enfrentar a lógica hegemônica estabelecida com todos os interesses nela representada.

Nela não consta qualquer “proposta milagrosa” tirada de alguma sapiência privilegiada que se apresente como possível “modernização do SUS”, classificação muito usada recentemente para justificar a desconstrução dos seus princípios. Todas as propostas constam do nosso arcabouço jurídico, estão em sintonia com os seus princípios fundamentais e dependem única e exclusivamente de decisão política e da nossa capacidade de mobilização e de convencimento.

*Francisco Batista Júnior  
Conselho Nacional de Saúde*

## O que é a Agenda Política?

Após a primeira Caravana em Defesa do SUS, em 2009, realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em todo país, com apoio dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), e diante de todas as questões elencadas nessa grande mobilização, o Conselho entendeu que deveria agir e tomar as devidas providências para os problemas apresentados.

Assim, enumerando todas as propostas aventadas durante a Caravana, a Agenda Política foi construída de acordo com as prioridades definidas pelo Pleno do CNS, em sua 205ª Reunião Ordinária, em janeiro de 2010.

- **Proposta nº 1** - Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000
- **Proposta nº 2** - Criação da Carreira Única da Saúde
- **Proposta nº 3** - Serviço Civil em Saúde
- **Proposta nº 4** - Autonomia Administrativa e Financeira dos Serviços SUS
- **Proposta nº 5** - Profissionalização da Administração e Gestão do SUS
- **Proposta nº 6** - Flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal
- **Proposta nº 7** - Lei de Responsabilidade Sanitária
- **Proposta nº 8** - Estruturação da Atenção Primária

### Entenda ponto a ponto o que significa cada proposta da Agenda Política

#### 1. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29

A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 assume a cada dia uma importância maior para o processo de Reforma Sanitária Brasileira, particularmente no tocante à estabilidade do financiamento pelas três esferas de governo, possibilitando um aporte mais adequado de recursos para o Sistema Único de Saúde. E como ponto de partida para o equacionamento das necessidades de financiamento do sistema, a Contribuição Social para a Saúde (CSS) é um instrumento fundamental no componente final dessa demanda prioritária.

#### **Proposta**

*Solicitamos ao Governo Federal apoio na aprovação (com as devidas alterações propostas pelo CNS) do Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 306/2008 da Câmara dos Deputados, proposição originária do Senado Federal que define o que são gastos de saúde e dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo e cria a Contribuição Social para a Saúde (CSS).*

Apesar das manobras políticas, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 representou uma grande conquista. Mesmo com as vitórias obtidas até o momento, o Sistema Único de Saúde precisa continuar avançando para consolidar o seu papel fundamental que é o de universalizar o acesso à Saúde com integralidade e qualidade.

Vemos, portanto, que a Emenda Constitucional nº 29/2000 apresentou duas grandes motivações: garantir recursos estáveis para a saúde — diante das crônicas oscilações no volume dos gastos públicos — e fazer com que as três esferas, principalmente os estados, aumentassem sua participação no financiamento do SUS. Ou seja, os Estados aplicam 12% de suas receitas próprias e os Municípios 15%.

A importância e os objetivos da Emenda Constitucional nº 29/2000, no entanto, transcendem a preocupação com o volume e a regularidade dos recursos no financiamento das políticas de saúde.

Ao exigir das esferas públicas uma maior participação efetiva no financiamento da área, fortalece a participação e a responsabilidade dessas instâncias no arranjo federativo que sustenta o Sistema Único de Saúde. No entanto, cabe agora, ao Controle Social de forma legítima e contributiva tentar articular o aprimoramento do projeto. E acima de tudo, em respeito à democracia e visando a Universalidade, Integralidade, Equidade e principalmente pela Defesa do SUS um patrimônio de todos nós brasileiros.

## **2. Criação da Carreira Única da Saúde**

A implantação de uma carreira única para todos os trabalhadores do setor da saúde tem sido referida, constantemente, como fundamental, não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, mas, sobretudo, para a consolidação do Sistema Único de Saúde no que se refere à estruturação da equipe multiprofissional.

A proposta da Carreira Única deve contemplar o estímulo e a conseqüente diferenciação da remuneração de acordo com a qualificação profissional, a interiorização, dedicação exclusiva ao SUS e o tempo de serviço, como também deve ser produto da pactuação entre os entes federados no que diz respeito ao financiamento e a contratação dos trabalhadores.

### **Proposta**

*Solicitamos ao Governo Federal apoio na aprovação do Projeto de Emenda à Constituição (PEC) nº 403/2009 da Câmara dos Deputados, de autoria do deputado Jofran Frejat, que acrescenta parágrafos ao art. 198, da Constituição Federal, para dispor sobre os planos de carreira do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.*

A crise enfrentada pelo Sistema Único de Saúde tem como um de seus causadores entraves na gestão dos trabalhadores de saúde. A PEC nº 403 coopera para mudança dessa realidade, pois objetiva a criação da carreira de trabalhadores de saúde do SUS.

Ao propor essa EC, o parlamentar subsidiou-se em recomendações das “Diretrizes Nacionais do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) do SUS”,

pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, defendendo pisos nacionais por nível de escolaridade, estímulo à dedicação exclusiva, interiorização e a qualificação, bem como observância a situações locais específicas e a profissionalização da gestão do SUS (a partir dos seus próprios quadros).

A proposição destaca a prioridade para ocupação de cargos de gestão por servidores da carreira (promovendo a profissionalização da gestão do SUS, mesmo que gestores fora do quadro da carreira possam ser nomeados para cargos de gestão — em nível inferior de prioridade) e o estímulo à qualificação profissional, à dedicação exclusiva ao Sistema Único de Saúde, à interiorização da atividade profissional (um dos grandes gargalos enfrentados por muitos municípios do País) e à avaliação contínua do servidor.

### **3. Serviço Civil em Saúde**

Criação do Serviço Civil em Saúde, estabelecendo que profissionais de saúde graduados em Universidades Públicas e Privadas devem, depois de concluído o curso, trabalhar durante um determinado período no SUS de acordo com as necessidades do sistema previamente diagnosticadas. É uma forma de incentivar e fortalecer o sentimento de pertencimento, compromisso e qualificação profissional, além da disponibilização e efetiva capacitação de toda a equipe multiprofissional na rede SUS em todo o país.

#### **Proposta**

*Solicitamos ao Governo Federal que encaminhe ao Congresso Nacional uma proposição criando o serviço civil em saúde, considerando todas as categorias profissionais de saúde. Na Câmara dos Deputados constam várias proposições sobre serviço civil. O que mais se aproxima dentro das intenções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) é o projeto de lei n° 2598, de 2007, de autoria do Deputado Federal Geraldo Resende que obriga aos estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, a prestarem serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação. O Projeto de Lei sofrerá emendas propostas pelo Conselho Nacional de Saúde.*

O parlamentar defende que os serviços consistirão de trabalho profissional supervisionado com duração de doze meses, de preferência logo após o término da graduação. Acrescenta na proposição que as normas, os critérios e os procedimentos para efetivação do disposto serão definidos em regulamento a ser elaborado por comissão composta por representantes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A proposição busca contemplar todos os aspectos considerados fundamentais para a implementação efetiva de um serviço civil em saúde para os graduados nas profissões da área da saúde, mas, cabe ao Controle Social definir

os critérios que possa somar e, definitivamente incentivar e fortalecer o compromisso social do recém-graduado.

#### **4. Autonomia Administrativa e Financeira dos Serviços SUS**

Prover a autonomia administrativa e financeira dos serviços SUS, a partir da regulamentação do § 8º do Art. 37 da Constituição Federal — é fundamental a regulamentação da autonomia gerencial, financeira e orçamentária das entidades da administração pública direta e indireta, criando as condições objetivas para que a prestação do serviço público seja mais eficiente com base na agilidade, racionalidade e presteza. Essa proposta prevê também o estabelecimento do Contrato de Gestão como instrumento de mútua responsabilização, com o estabelecimento de metas e permanente avaliação do serviço e dos objetivos atingidos.

##### **Proposta**

*Solicitamos ao Governo Federal garantia de participação do Conselho Nacional de Saúde na agenda de debates do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão sobre o documento final apresentado pela Comissão de Juristas que propõe uma nova estrutura orgânica para o funcionamento da Administração Pública Federal e das suas relações com entes de colaboração.*

Essa é uma questão muito polêmica, porque é um dos pontos específicos do Anteprojeto de Lei Orgânica da Administração Pública Federal, que projeto busca atualizar e redefinir a atuação da Administração Pública Federal direta e indireta.

Em 6 de dezembro de 2007, por meio da Portaria nº 426, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, foi instituída uma comissão de juristas encarregada de propor uma nova estrutura orgânica para o funcionamento da Administração Pública Federal e de suas relações com entes de colaboração.

Essa comissão finalizou seus trabalhos em 16 de julho de 2009, com a elaboração e apresentação de um anteprojeto de lei que deverá substituir o Decreto-Lei nº 200/67, que regula a atuação da Administração Pública direta e indireta. Transformou-se em uma verdadeira Constituição da Administração Pública, seguida pelos demais entes da Federação. O CNS tem posição contrária a alguns pontos e entende ser necessário fazer as devidas revisões.

#### **5. Profissionalização da Administração e Gestão do SUS**

Profissionalizar a administração e gestão do SUS até o cargo de diretor, regulamentando o inciso V, do art. 37, da Constituição Federal. Esta é uma maneira de qualificar e agilizar a gestão e gerar perspectivas de desenvolvimento na carreira, com evolução e avaliação de desempenho pautadas na valorização, qualificação profissional e idoneidade moral compatíveis com as atribuições do cargo. Ao mesmo tempo em que eliminaremos definitivamente as indicações clientelistas que comprometem a gerência dos serviços e a gestão do sistema, estaremos criando um círculo virtuoso de valorização da qualificação dos quadros do SUS e de reconhecimento do mérito.



### **Proposta**

*Solicitamos ao Governo Federal oportunidade para debater as proposições em tramitação na Câmara dos Deputados sobre a regulamentação do inciso V, do art. 37, da Constituição Federal.*

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, é fundamental profissionalizar a administração e a gestão do SUS por meio da regulamentação do inciso V, do art. 37, da Constituição Federal. Essa é uma maneira de gerar perspectivas de desenvolvimento na carreira, com evolução e avaliação de desempenho pautada na dedicação responsável, qualificação profissional compatíveis com as atribuições do cargo e idoneidade moral.

A falta da norma regulamentadora e a inexistência de limite para a criação de cargos em comissão ensejariam a sua utilização como moeda de troca do jogo político eleitoral, além da prática do nepotismo.

É essencial assegurar a transparência do processo de profissionalização da Administração Pública, estabelecendo regras claras que assegurem aos servidores de carreira o acesso aos cargos e funções de confiança.

### **6. Flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal**

A proposta que contempla o ideal do CNS diz respeito à contratação de profissionais para a área de saúde e está diretamente vinculada ao processo de pactuação do financiamento e de contratação dos trabalhadores.

A intenção é permitir o cumprimento do dispositivo constitucional que estabelece a saúde como direito de todos, e dever do Estado, possibilitando o combate à terceirização e, por consequência, a precarização das relações de trabalho em todos os níveis.

### **Proposta**

*Solicitamos ao Governo Federal apoio na aprovação do Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 36/2007 da Câmara dos Deputados, de autoria da Deputada Alice Portugal que dispõe sobre as despesas de pessoal de servidores de estados e municípios vinculados a ações e serviços públicos de saúde.*

O projeto da Deputada Federal Alice Portugal tem o objetivo de permitir que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios adquiram maior flexibilidade para a contratação de pessoal para fazer frente aos serviços de saúde.

A Lei Complementar nº 101/00 foi um avanço na administração pública, porém alguns ajustes são necessários referentes ao percentual de gasto com pessoal para atender a uma necessidade oriunda das peculiaridades do Sistema Único de Saúde.

Hoje, pela LRF a administração pública só pode gastar com despesas de pessoal até o percentual de 60% para Municípios e Estados e 50% para a União. Os gestores municipais da área de saúde hoje têm a responsabilidade constitucional de executar as ações e serviços de saúde em sua quase totalidade. Aos Estados e União compete a complementaridade das ações.

Considerando que as ações e serviços de saúde são, essencialmente, prestações de serviços, o gasto com pessoal é, sem dúvida o maior deles. Se o

limite deve ficar em no máximo 60% das despesas, a saúde tem, junto com as outras secretarias, que manter-se dentro deste limite teto.

É imprescindível o estabelecimento do limite restrito aos recursos da saúde para que as despesas se equilibrem entre os vários insumos necessários às ações e serviços da área como: pessoal, material de consumo, serviços de terceiros, estruturas físicas, móveis, equipamentos, etc.

Desta forma, a base de cálculo deixaria de ser o montante de receita pública, mas o montante de receita da saúde. Como a saúde tem um recurso definido para ela, tanto próprio como das transferências constitucionais federais e estaduais, é sobre este montante que deve ser estabelecido o percentual de recursos a serem gastos com pessoal.

## **7. Lei de Responsabilidade Sanitária**

É importante definir as responsabilidades administrativas dos agentes públicos na área da saúde. É necessário criar responsabilidades sanitárias para todos os atores envolvidos, eliminar controles meramente formais, definindo obrigações administrativas e seus mecanismos de acompanhamento e fiscalização, e estabelecimento de penalidades em decorrência de seu eventual descumprimento.

### **Proposta**

*Solicitamos ao Governo Federal apoio na aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 21/2007, da Câmara dos Deputados, de autoria do Deputado Dr. Rosinha que dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas.*

O projeto de lei nº 21/2007, de autoria do Deputado Dr. Rosinha, visa a instituir uma legislação específica de responsabilidade sanitária, com respectivas penalidades administrativas.

A proposição é constituída de trinta e seis artigos e encontra-se subdividida em seis capítulos. No primeiro capítulo são feitas declarações sobre a saúde e sobre os gestores, já consignadas pela Constituição, por outros diplomas jurídicos ou pela doutrina e jurisprudência. O art. 1º diz que a saúde é um direito público subjetivo e o art. 2º declara que os dirigentes do setor saúde são os responsáveis pela execução da política de saúde.

No capítulo II, é abordado o tema das transferências de recursos entre os fundos de saúde. Define-se que as três esferas de governo devem alocar recursos para o setor, conforme estabelecido na Carta Magna e em leis específicas.

Como pré-requisito para que se efetuem transferências entre as esferas de governo, prevê que existam Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, relatório de gestão, prestação semestral de informações para um Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e alocação de recursos conforme previsto na Constituição, na Lei nº 8.142/90 e em “regulamentos próprios”.

O capítulo III aborda as infrações administrativas e penalidades, além de definir uma nova modalidade de infração administrativa específica para atos no âmbito do Sistema Único de Saúde, que consiste na desobediência ao que se

determina no texto sob análise. Estas penas são independentes da responsabilidade civil ou criminal, inclusive de atos de improbidade administrativa.

Responsabiliza pela infração o agente público (definido como todo aquele que exerce, mesmo que transitoriamente ou sem remuneração, qualquer função no âmbito do Sistema Único de Saúde que tiver ensejado o descumprimento. As infrações administrativas, segundo sua gravidade, serão punidas alternada ou cumulativamente com penas de advertência ou multa. A declaração de inidoneidade para contratar ou conveniar com o Sistema Único de Saúde pode ser aplicada a entes privados em casos de reincidência de infração grave.

As ações de fiscalização, controle e avaliação a serem efetivadas no âmbito do SUS são definidos no capítulo IV. Nesse texto a orientação é que tais ações sejam feitas por amostragem e os itens constantes, verificados do relatório de gestão. São estabelecidos, ainda, vários aspectos relativos à aplicação de multas e demais penalidades, bem como as autoridades competentes para aplicá-las.

De acordo com o projeto, estes seriam os responsáveis pela aplicação das penalidades: o Ministro da Saúde, Secretários de Saúde, servidores públicos auditores fiscais do Sistema Único de Saúde e autoridades do Sistema de Vigilância Sanitária de cada esfera de governo.

O capítulo V demarca o direito de defesa nos processos administrativos, definindo prazos, formas de recursos e instâncias de apreciação. E, por fim, o último capítulo trata das disposições gerais, concede ao Ministério da Saúde a faculdade de instituir incentivos para os entes federados que alcançarem as metas previstas. Determina também que sejam criadas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites no âmbito da União e dos Estados, incumbidas de discutir e decidir questões sobre a rede regionalizada e hierarquizada de saúde em todos os seus aspectos.

## **8. Estruturação da Atenção Primária**

O atual estágio de estruturação e de modelo do Sistema, excessivamente dependente do setor privado contratado nos procedimentos especializados e sem a rede de atenção primária plenamente estruturada e hierarquizada, exige uma participação financeira, política e profissional muito mais presente, particularmente da União e dos Estados.

### **Proposta**

*Solicitamos ao Governo Federal apoio para fortalecer a rede pública nas três esferas de governo e conseqüentemente o fortalecimento da rede de atenção primária.*

Queremos fortalecer a rede pública nas três esferas de governo, de maneira a eliminar a absoluta dependência que existe do setor contratado e resgatar o ditame constitucional referente aos conceitos de principal e complementar estabelecidos para a relação público-privado, é fundamental para estruturação da Atenção Primária.

Importante ressaltar que as proposições seguem tramitando no Congresso Nacional e com isso estão sujeitas a sofrer modificações significativas. Cada movimento e posicionamento de parlamentares devem ser acompanhados

atentamente para análise e avaliação do Pleno do Conselho Nacional de Saúde em prol dos direitos do usuário cidadão.

### **Conclusão**

Entendemos que os referidos temas devem ser de todos, para todos, monitorados e discutidos pela coletividade, o tempo inteiro, de modo que fiquem cada vez mais fáceis de serem apreendidos.

→→ **Entender** o porquê de lutar por uma causa é o primeiro passo para torná-la importante, pois só o conhecimento fortalece uma luta justa.

→→ **Colaborar** é fundamental, sempre. Principalmente em se tratando de Controle Social. Precisamos, e muito, criar uma relação mais próxima com os demais atores sociais ligados ao SUS, reafirmar a determinação de estar mobilizado e lutando pelas transformações sociais.

→→ **Defender** todas as propostas da Agenda Política do CNS é o que esperamos que seja feito por todos, Conselheiros, trabalhadores, usuários, gestores e sociedade. Acreditamos que se cada um fizer a parte que lhe couber os resultados obtidos pela coletividade serão incomensuráveis.

Isso posto, e por todas as justificativas elencadas, esperamos ter corroborado para que você Entenda, Colabore e Defenda os temas e as proposições feitas pela Agenda Política do CNS.

#### **Conselho Nacional de Saúde:**

Francisco Batista Júnior

Rozângela Fernandes Camapum

Relação de delegados de Porto Alegre para 6a. Conferência Estadual de Saúde RS		Relação de delegados de Porto Alegre para 6a. Conferência Estadual de Saúde RS	
Nº	SEGMENTO GESTORES/PRESTADORES	Nº	SEGMENTO TRABALHADORES
1	Ana Lúcia de Leão Dagord	1	Alair Rosinete Silva
2	Anderson Araújo de Lima	2	Alberto Terres
3	Andrea Wander Bonamigo	3	Ana Celina de Souza
4	Angela Regina Groff Nuñez	4	André Luiz Vendel
5	Arlete Fante	5	Arlindo Nelson Ritter
6	Carlos Eduardo Nery Paes	6	Cristiane Bens Pegoraro
7	Carlos Henrique Giambastiani Casartelli	7	Joel Orestes Brasil Soares
8	Christiane Nunes de Freitas	8	Jorge Luiz Eitz de Souza
9	Cristina Kley	9	Lisia Hausen Gabe
10	Danielle Cerqueira Stein	10	Livia Maria Scheffer Kümmel
11	Dóris Campos Vidal	11	Marcia Regina Machado Camarano
12	Fábio Binz Kalil	12	Maria Eronita Sirota Barbosa Paixão
13	Jorge Luiz Silveira Osório	13	Maria Geneci Macedo da Silveira
14	Juliana Maciel Pinto	14	Maria Letícia de Oliveira Garcia
15	Maria Clair Figueira Oliveira Ribeiro	15	Maria Lúcia Schäffer
16	Marisa Albuquerque de Lúcia	16	Miriam França
17	Mirian Gizele Medeiros Weber	17	Mirtha da Rosa Zenker
18	Neio Lúcio Fraga Pereira	18	Monica Ellwanger Leyser
19	Roberta Alvarenga Reis	19	Silvia Giugliani
20	Rosane Terezinha Baltazar	20	Tania Regina Oliveira Telles
21	Sirlei Famer	21	Vania Beatris Traesel
22	Vânia Maria Frantz	22	Victor Nascimento Fontanive
Nº	SUPLENTES DO SEGMENTO GESTORES/PRESTADORES	Nº	SUPLENTES DO SEGMENTO TRABALHADORES
1	Ana Maria Daitx Valls Atz	1	Débora Spalding Verdi
2	Brigido Martins Ribas	2	Glaucio Rodrigues
3	Carolina Santanna	3	Jair Fortes Rodrigues
4	Elaine Oliveira Soares	4	Pauline Müller Pacheco
5	Fabio Luiz Dal Moro Maito	5	Pedro Luiz do Amaral Ribeiro
6	Francisco José Trotta Mazzuca	6	Rosangela Gomes Schneider
7	Gerci Salete Rodrigues	7	Silvia Regina Souza Vieira
8	João Paulo Silveira Fagundes	8	Simone Nascimento Silva
9	Livia Lavina e Souza	9	Sônia Cleonice Bonifacio
10	Lurdes Maria Toazza Tura	10	Vera Lúcia da Silva
11	Maria Isabel Michel Batista de Menezes	11	Vera Regina Puerari
12	Marisa Martins Altamirano		
13	Regina Lender		
14	Renata Pekelman		
15	Roger Halla		
16	Silvane Gotardo		
17	Solemar Lotario Kuffner		
18	Waleska Antunes da Porciuncula Pereira		

Relação de delegados de Porto Alegre para 6a. Conferência Estadual de Saúde RS		Relação de delegados de Porto Alegre para 6a. Conferência Estadual de Saúde RS	
Nº	SEGMENTO USUÁRIOS	Nº	SUPLENTE DO SEGMENTO USUÁRIOS
1	Abdon Medeiros Filho	1	Alvaro Oliveira de Mattos
2	Alcides Barbosa Ricalcati	2	Carlos Pinheiro
3	Angelino Alfonso	3	Dalcina Vargas da Cunha
4	Claudio Augustin	4	Edgar de Quadros
5	Claudir da Silva	5	Edison Campos da Silva
6	Djanira Correa da Conceição	6	Enoita da R.Eberhardt
7	Denis Carravetta Corá	7	Ione Krausburg
8	Eliane Rosa Sant'anna	8	Jaime Alves
9	Elizabeth dos Santos Maserá	9	João Batista Maciel Gonçalves
10	Fátima Berenice de Azevedo Machado	10	Júlia Monteiro Schenkel
11	Flávio Becco Menezes	11	Maria das Dores Lopes de Mattos
12	Francisco Carlos Trindade	12	Maria Luisa Pereira de Oliveira
13	Francisco Geovani de Souza	13	Maria Magdalena B.Moretto
14	Gabriel Antonio Vigne	14	Maria Marli Heck
15	Getulio Ramos	15	Maria Salete Anibaletto
16	Gilmar Campos	16	Maria Teresinha Santos Dias
17	Gláucia Nadine	17	Nadia Elizabeth Cardoso Barbosa
18	Heloísa Helena da Silva Duarte	18	Nelzi Alves Andrade
19	Heloisa Helena Leão Viñolo	19	Neusa Maria da Rocha Carvalho
20	Heverson Luís Vilar da Cunha	20	Rejane Haidrich
21	Itamar Silva dos Santos	21	Rubens Raffo Pinto
22	Ivan Gonçalves Ricalde	22	Vânia Lúcia Fabian
23	Jorge Mirin Rosa Castilhos		
24	Jorge Tadeu Teixeira Senna		
25	Jussara Barbeitos Giudice		
26	Liane Terezinha de Araújo Oliveira		
27	Luiz Alberto dos Santos Ferreira		
28	Maria Encarnacion Morales Ortega		
29	Maria Helena França		
30	Maria Inácia Nascimento Mateus		
31	Maria Noelci Teixeira Homero		
32	Marizete Figueiredo Rodrigues		
33	Marlei da Rosa		
34	Nelson da Silva		
35	Neusa Selma Lyrio Heinzelmann		
36	Palmira Marques da Fontoura		
37	Reinaldo Luiz dos Santos		
38	Samantha Torres		
39	Sandra Helena Gomes Silva		
40	Sandra Loeci Duarte dos Santos		
41	Silvia Terezinha Osório Rodrigues		
42	Simone Vieira da Cruz		
43	Sirley Vargas		
44	Vera Maria Rodrigues da Silva		

