

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde



CONFERÊNCIA SERGIO AROUCA

12ª Conferência Nacional de Saúde
Conferência Sergio Arouca
7 a 11 de dezembro de 2003

RELATÓRIO PRELIMINAR

(Versão dirigida aos delegados e delegadas para
votação complementar da plenária final)



Brasília – DF
2004

Comissão Organizadora

I. Plenário do Conselho Nacional de Saúde

II. Comissão Executiva

Coordenação Geral *in memoriam*: Antônio Sergio da Silva Arouca; Coordenação Adjunta: Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, Maria Fátima de Sousa; Secretaria Geral: Eliane Aparecida da Cruz; Secretaria Adjunta: Conceição Aparecida Pereira Rezende, Alessandra Ximenes da Silva; Secretaria de Comunicação: Márgara Raquel Cunha; Relatoria Geral: Paulo Gadelha; Relatoria Adjunta: Ana Maria Costa, Sarah Escorel.

III. Comissão Especial de Relatoria

Adalgiza Balsemão de Araújo⁴, Ana Maria Costa², Carlos Alberto Ebeling Duarte¹, Cibele G. M. Osório⁴, Clair Castilhos Coelho⁴, Gerônimo Paludo⁴, Gysélle Saddi Tannous¹, Júlia Maria dos Santos Roland⁴, Luciano Chagas Barbosa⁴, Maria Leda de R. Dantas¹, Paulo Gadelha², Rosane Lowenthal⁴, Sarah Escorel².

Nota: 1 – Conselheiro; 2 – Comissão Executiva; 3 – Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; e 4 – Colaborador.

Relatores de Síntese:

Alice Branco, Ana Cristina da Matta Furniel, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Ana Maria Figueiredo, Armando de Negri, Carmen Teixeira, Conceição Resende, Emerson Mehry, Flávio Magagewski, Francisca Lúcia Nunes de Arruda, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Janine Cardoso, José Carvalho de Noronha, Lenaura Lobato, Lia Giraldo, Luis Augusto Marques, Marília Cristina Prado Loivison, Patrícia Lúchese, Maria José Bistafa Pereira, Maria José Moraes Antunes, Paulo Carpel Narval, Paulo Elias, Rogério Lannes Rocha, Roseni Pinheiro, Ruben Mattos, Sônia M. Cavalcante, Sônia Maria Machado de Souza, Soraya Cortez, Suzane Serruya, Valéria Dutra Batista Catalan.

Revisão Final:

Alcindo Antônio Ferla, Conceição Aparecida Pereira Rezende, Lisiane Boer Possa, Maria Letícia Macry Pellegrini, Paulo Gadelha.

Assessoria Técnica:

Jacinta de Fátima Senna da Silva – SGP/MS.

Desenvolvimento de Sistema:

Gustavo Nascimento Rios, Marcelo Couto Ferreira – DATASUS/SE/MS

Apoio Logístico:

Adinan Sidnei Trovo, Ana Kátia de Melo Aguiar, Andreza Cardoso Fialho, Fátima Cristina C. Maia Silva, Karoliny de Araújo Mariz, Mariana Cabral Nogueira de Sá, Rodrigo dos Santos Santana, Ulysses Ferreira Morbeck Macedo, - SGP/MS.

Editoração:

João Mário – EDITORA MS/CGDI/SAA/SE

Aos delegados e delegadas da 12ª Conferência Nacional de Saúde

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 143ª Reunião Ordinária de 2 e 3 de junho de 2004, aprovou a liberação do Relatório Preliminar que estamos encaminhando para apreciação e votação dos delegados e delegadas da 12ª Conferência Nacional de Saúde - Conferência Sérgio Arouca.

Foi necessário esse período de aprofundamento do trabalho para que a sistematização do texto garanta toda a riqueza do debate realizado nos grupos de trabalho, na plenária e contemple o conjunto das emendas propostas. Acreditamos, portanto, que este relatório reflete com fidelidade o acúmulo das discussões e decisões da 12ª Conferência Nacional de Saúde em sua reafirmação dos princípios, diretrizes e da luta pela efetivação do SUS.

O Relatório abrange os 10 eixos temáticos tratados na Conferência, reunindo as propostas apresentadas com o mesmo objetivo e garantindo sua coerência com o conjunto do texto, de forma a expressar com clareza, o sentido das deliberações.

Tudo o que não está destacado já foi aprovado e constituirá parte integrante do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Todas as propostas destacadas devem ser lidas com atenção. Após sua apreciação, você deverá encaminhar seu voto ao Conselho Nacional de Saúde, conforme as orientações na página 5. Uma vez apurado o resultado desse processo, o Conselho Nacional de Saúde estará em condições de aprovar o Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca.

Prezado(a) delegado(a),

Conforme foi decidido na plenária final da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca, estamos enviando o material para que você possa deliberar sobre propostas que não puderam ser examinadas naquela ocasião.

1. Você está recebendo o Relatório Preliminar e o Formulário de Votação em um envelope registrado para que possamos monitorar que você realmente recebeu o material.
2. O Relatório Preliminar contém todas as propostas dos dez eixos temáticos. No conteúdo de cada eixo estão consolidadas as propostas vindas dos grupos de trabalho, as propostas aprovadas e as emendas apresentadas na plenária final. As propostas que ainda estão em processo de votação estão sombreadas. As demais propostas estão aprovadas – seja porque não foram apresentadas emendas, seja porque as emendas foram incorporadas sem haver necessidade de votação.
3. Outras propostas de destaques foram consideradas prejudicadas por entrarem em conflito com as propostas aprovadas na Plenária Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde ou por estarem totalmente desvinculadas do tema da proposta. Foi um grande esforço absorver as quase 4.000 propostas e destaques, por meio de adições e fusões, que aperfeiçoaram o texto síntese dos Relatórios Estaduais.
4. O formulário de votação contém as questões para votação. Você deverá ler o conteúdo da votação no Relatório Preliminar e assinalar seu voto na proposta correspondente no formulário de votação. Por favor, utilize caneta para votar.
5. O formulário de votação tem o porte pago pelo Ministério da Saúde. Ao concluir sua votação é só levá-lo até qualquer agência dos Correios. Será considerado válido apenas o formulário de votação que for enviado no envelope com Porte Pago.
6. Você poderá realizar sua votação por internet. Na capa do Relatório Preliminar você encontrará sua senha estabelecida pelo DATASUS, composta por cinco algarismos. Entre na página www.datasus.gov.br/cns e lá você encontrará um link (“clique aqui para iniciar a votação 12ª Conferência Nacional de Saúde”) para a página que corresponde ao formulário de votação.
 - 6.1. Para votar você precisará digitar no campo **Usuário** seu primeiro nome com todas as letras em minúsculas e no campo **Senha** a que está na etiqueta.
 - 6.2. Na página de votação eletrônica você encontrará orientações específicas.
7. Se você utilizar a internet para votar **não** deve enviar o formulário de votação por correio.
8. O formulário de votação enviado por correio terá os votos digitados no sistema eletrônico por digitadores da Secretaria de Gestão Participativa/MS que utilizarão a senha estabelecida para os delegados, sob acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Relatoria.
9. Caso você vote por meio eletrônico e também envie o formulário de votação por correio, ao ingressar com a senha do(a) delegado(a) o sistema impedirá a segunda votação. Dessa forma evitaremos a duplicidade de voto (por correio e por meio eletrônico).
10. Se você votar e imediatamente enviar seu voto, você estará colaborando para que o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde fique pronto e seja divulgado e utilizado mais rapidamente. Você tem até o dia 22 Julho de 2004 para votar por meio eletrônico ou enviar o formulário de votação, mas solicitamos que o faça o quanto antes.
11. A votação só será válida se for atingido o quorum determinado no Regimento da 12ª Conferência Nacional de Saúde: 30% dos delegados credenciados. Se este quorum não for atingido o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde ficará incompleto e vários assuntos da maior importância não serão considerados.
12. A apuração considerará aprovadas apenas as propostas que obtiverem a maioria simples de votos.
13. O formulário de votação foi elaborado para auxiliar o processo de votação. As emendas para votação foram consideradas como **destaques** e possuem alternativas de voto, **a), b), c), d)**, de acordo com o Relatório Preliminar. Em todas as votações há a possibilidade de você abster-se.
14. Não escreva bilhetes ou alternativas de redação, pois não poderemos levar em consideração.
15. Caso você tenha alguma dúvida sobre os procedimentos de votação entre em contato com a 12ª Conferência Nacional de Saúde pelo telefone do SAC-SUS (0800) 644 9000. Haverá pessoas disponíveis para auxiliá-lo apenas em relação aos procedimentos.
16. Se achar necessário, para esclarecimentos sobre conteúdos da proposta, conseqüências e implicações de determinadas respostas, articule-se com o segmento que você representa, os movimentos sociais, as entidades ou instituições a que você pertence e com o Conselho de Saúde de sua cidade.
17. Esta fase será concluída em **22 de julho**. Em seguida o Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca será levado ao Conselho Nacional de Saúde e, posteriormente, amplamente divulgado.

Sabemos que seu esforço de votar será grande. Esperamos que você e todos os delegados tenham o mesmo prazer de encarar esse trabalho como a Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Especial de Relatoria do Conselho Nacional de Saúde e o Grupo de Revisão, têm feito desde dezembro de 2003.

Abraços a todos que lutam pelo SUS que queremos,

Introdução

Conquista da sociedade brasileira organizada no Movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população como os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) regulamenta estes princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano.

O conceito ampliado de saúde elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde define que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida. O conceito de cidadania que a Constituição assegura deve ser traduzido nas condições de vida e da participação social da população. Essas condições que são historicamente determinadas devem, por sua vez, considerar as desigualdades, diversidade étnico-racial e cultural presentes na sociedade brasileira. Entretanto, no Brasil é histórica e estrutural a divergência entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento humano e social.

A desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir os direitos de saúde da população. Além disto no Brasil, os padrões de exclusão e a incidência da pobreza são também determinados pelas desigualdades de gênero, raça, etnia e geração. Neste sentido para efetivar o direito a saúde é necessário romper a espiral multidimensional que caracteriza esses vários processos de exclusão fruto da política macroeconômica. Depende, portanto, do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, recursos materiais cabendo especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa respeitando as diferenças.

Este quadro exige um esforço ampliado de todos os setores da sociedade em busca de uma atenção à saúde que, além de oferecer uma maior cobertura, um dos reconhecidos avanços do SUS, assegure um tratamento com qualidade, humanizado, integral e contínuo. A construção solidária da saúde como bem público e do SUS como propriedade coletiva exige um debate franco e objetivo, que respeitando a diversidade, identifique o que pode e deve ser melhor para os brasileiros.

Entre os direitos inscritos nos vários diplomas legais e o seu usufruto há um intrincado caminho, com numerosas variáveis que interferem no alcance do pleno gozo dos direitos da cidadania. As restrições de natureza fiscal, a baixa adesão de alguns segmentos do poder público e a ação limitada dos mecanismos de controle e o etnocentrismo integram um inventário das dificuldades e dos obstáculos a superar. Há uma evidente falta de sintonia entre o que a legislação determina, o judiciário assegura e o que o executivo tem efetivas condições de cumprir.

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a qualidade e a integralidade necessária para a atenção à saúde são problemas que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade.

Promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias e geração e populações itinerantes e vulneráveis são os desafios postos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros.

Deliberações:

1. Exigir do Governo Federal o cumprimento do seu papel mantenedor da soberania nacional.
2. Exigir das três esferas de governo o cumprimento do seu papel mantenedor da seguridade social, entendida como uma rede de proteção social constituinte do processo da construção da cidadania em todas as fases da vida e de promotor da justiça social, da redistribuição da renda e do desenvolvimento econômico com inclusão social.
3. Exigir do Ministério Público as providências necessárias para que a União, os Estados e Municípios cumpram a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), bem como as punições para os gestores que não o fizerem.
4. Assegurar políticas sociais amplas que garantam alimentação saudável e adequada, emprego, moradia, saneamento básico, segurança, cultura, acesso à ciência, à tecnologia e a um meio ambiente saudável, educação e lazer, articulando-as por meio de projetos intersetoriais com as políticas de saúde, assistência social e previdência, por meio de ações e projetos que contemplem as iniquidades.
5. Defender a democratização das relações entre a sociedade e o Estado, promovendo o exercício da cidadania, com maior participação da população nos três esferas de governo mediante a criação de mais espaços públicos de participação política, com a garantia de respeito à diversidade de gênero, raça, etnia, orientação sexual, deficiência e orientação religiosa.
6. Garantir o acesso aos documentos básicos que asseguram os direitos de cidadania plena, tais como certidão de nascimento, prontuários e o cartão nacional do SUS, constando ainda em todos os documentos individuais, um campo para identificação preferencial, no qual cada usuário(a) possa escolher a denominação pela qual prefere ser chamado(a) em respeito a intimidade e a individualidade.
7. Criar ou fortalecer ouvidorias públicas, centrais de denúncia, Comissões, Conselhos de Saúde pautadas por princípios éticos, nas três esferas de governo, integradas com os poderes legislativo e judiciário e o Ministério Público, estabelecendo mecanismos de divulgação das informações coletadas e os resultados alcançados para a comunidade.
8. Criar e garantir acesso aos cidadãos a promotorias de justiça e/ou centros de apoio operacional especializados na área da saúde, bem como de delegacias de polícia especializadas em crimes relativos a saúde.

9. Aprovar o código de defesa do usuário do SUS, no Congresso Nacional, incentivando a formação de fóruns de discussão sobre o mesmo, com ampla divulgação e participação dos trabalhadores.
10. Aprovar no Congresso Nacional o Código Nacional de Saúde, incentivando a formação de fóruns de discussão sobre o mesmo, com ampla divulgação de sua produção.
11. Assegurar o cumprimento da Constituição Federal (título VIII, capítulo II, seção II) que determina: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".
12. Efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) com atendimento humanizado em conformidade com a Resolução nº 287/98 do Conselho Nacional de Saúde, consolidando os princípios da universalidade, integralidade e equidade estabelecidos nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, garantindo sua manutenção como parte integrante do sistema de seguridade social.
13. Reafirmar o papel central do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de suas respectivas atribuições, de regulação das relações com os setores produtores privados de bens e serviços tais como: planos de saúde, indústrias farmacêutica, alimentícia e de equipamentos para saúde, visando garantir o direito universal à saúde, evitando sua mercantilização. Em relação aos Planos e Seguros Privados de Saúde, essa regulamentação deve estar orientada pela garantia do direito à saúde; pelo preceito constitucional de que a saúde é de relevância pública e pelos princípios de integralidade, equidade e controle social.
14. Efetivar, por intermédio do SUS, a qualidade na atenção integral à saúde no sistema prisional e aos adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas, em parceria com setores do Poder Executivo, responsáveis por saúde, justiça e assistência social.
15. Ampliar e implementar políticas públicas afirmativas, inclusivas e de combate a preconceitos, em particular as ações sociais do governo na área da saúde, com campanhas educacionais claras e objetivas nos meios de comunicação, que contemplem as questões de raça, étnicas, de gênero, orientação sexual, religião, as especificidades dos diversos ciclos de vida (idade) e de pessoas com deficiências, portadores de transtornos mentais e outras condições pessoais geradoras de exclusão, como adolescentes em conflito com a lei e presidiários.
16. Garantir o acesso da população indígena às ações de promoção, prevenção e demais serviços de saúde, respeitando a diversidade cultural e as tradições, nos diversos níveis de atenção, observados os pressupostos da Lei Arouca (9.836/99, Artigo 19), com infra-estrutura e organização de serviços específicos.
17. Ampliar os Sistemas de Informação, incentivar a implantação de sistemas descentralizados de geoprocessamento em saúde, pesquisar, sistematizar e tornar público e acessível a todos, informações e dados estatísticos e epidemiológicos que concorram para a promoção da saúde, com identificação das diferentes etnias, sobre moradia, alimentação, educação, condições de vida, saúde e trabalho e com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias garantindo as ações de prevenção, tratamento e reabilitação.
18. Definir e implementar uma política de Reforma Agrária que inclua a atenção integral à saúde para todos os trabalhadores, subsidiada pelo governo federal.
19. Garantir ações de combate ao tabagismo, ao alcoolismo e outras dependências químicas, exigindo-se o cumprimento da legislação vigente em relação à venda e ao consumo de álcool, cigarro e drogas em geral e a proibição de propaganda de cigarros e bebidas alcoólicas em eventos esportivos, sociais e culturais; obrigando a indústria produtora de tabaco e de bebidas alcoólicas ao ressarcimento das despesas com tratamento no SUS prestados aos vitimados pelos produtos causadores de dependência química, vinculando parcela dos tributos pagos pelos fabricantes para a formação de um fundo a ser usado no custeio do tratamento dos possíveis efeitos danosos destes produtos e obrigando a inscrição de advertência do Ministério da Saúde nos respectivos rótulos, exibindo fotos dos males provocados pelo consumo destes produtos.
20. Exigir o cumprimento dos dispositivos legais que impedem a propaganda de medicamentos em meios de comunicação de massa (televisão, rádio, jornais, internet entre outros) bem como a venda de medicamentos e correlatos em estabelecimentos comerciais que não estejam amparados legalmente (Lei nº 5.991/73), com o objetivo de reduzir a automedicação e o uso inadequado de medicamentos.
21. Criar varas especializadas em Direito à Saúde com o objetivo de julgar as ações decorrentes do descumprimento das leis, de modo a assegurar dinamicamente a execução das penalidades nelas previstas, tornando desta forma o SUS eficiente, reduzindo as impunidades, com ordem e justiça, levando os protocolos clínicos e científicos do Sistema Único de Saúde ao poder judiciário e ao Ministério Público, em especial os relativos ao fornecimento de medicamentos, exames de diagnóstico e fornecimento de órteses e próteses de qualidade certificadas pelo órgão competente, para evitar equívocos e qualificar as decisões judiciais.
22. Garantir às pessoas com deficiência e com necessidades específicas ações preventivas, de diagnóstico e intervenção precoce, reabilitação por equipe interprofissional, conforme a Resolução do CNS nº 287/98, ajuda técnica e ações intersetoriais para a inclusão social, educação inclusiva, acesso e capacitação para o mercado de trabalho, favorecendo a cidadania e a dignidade hoje comprometidas pelas práticas de 'bolsas de benefício'.
23. Assegurar o cumprimento do Artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente, e demais artigos relacionados à saúde, garantindo a sua implementação, conforme a Resolução nº 287/98 do CNS, reforçando junto aos Conselhos de Defesa da Criança e do Adolescente a importância da integração dessas entidades aos programas e às unidades que desenvolvem trabalhos com esse segmento social.
24. Cumprir o Artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, considerando a equipe interprofissional e interdisciplinar indicada na Resolução nº 287/98 do CNS, inclusive àquelas vivendo com HIV/AIDS e hepatites crônicas virais (HCV) e às que se encontrem nas mais variadas situações de vulnerabilidade, garantido-lhe e ao seu acompanhante a isenção de pagamentos de passagens em transportes coletivos urbanos e interurbanos necessários aos deslocamentos até as unidades de saúde, durante todo o período de tratamento ao qual está submetido. Também deve ser efetivada uma política

de prevenção à violência, contra a exclusão e discriminação, com aplicação de protocolos de atendimento interdisciplinar adequados, fixando e exigindo a notificação compulsória no SUS, encaminhando as vítimas para serviços de apoio, proteção e tratamento, e com o acompanhamento dos referidos casos.

25. Informar a população sobre os direitos e benefícios sociais destinados aos idosos, no que concerne à questão de emprego, cidadania e assistência social, em ação conjunta dos gestores públicos e dos ministérios envolvidos na política nacional do idoso e desenvolver abordagens especiais de comunicação, com orientações preventivas aos agravos inerentes a terceira idade.
26. Implementar a Política de Saúde do Idoso nas três esferas de governo, em consonância com os dispositivos do Estatuto do Idoso, com orientações preventivas aos agravos inerentes a terceira idade respeitando as questões étnicas, de gênero e de orientação sexual, e garantir o funcionamento efetivo do Conselho Nacional do Idoso.
27. Garantir a assistência e o tratamento para as pessoas vivendo com HIV/AIDS e HCV com qualidade, de forma integral, humanizada e contínua, com a ampliação da distribuição de medicamentos para as infecções oportunistas visando o uso racional e uma melhor adesão terapêutica, além da manutenção da constância da oferta dos exames de monitoramento clínico específico (CD4, Carga Viral, Genotipagem), como forma de reduzir os gastos públicos com internamentos no SUS por AIDS e hepatites crônicas, garantindo a preservação da vida e da dignidade deste grupo.
28. Garantir o acesso às cirurgias reparadoras para tratamento de lipodistrofias em pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites crônicas virais (HCV), o atendimento dos procedimentos e aos insumos necessários para o tratamento das seqüelas e doenças oportunistas, bem como os medicamentos, órteses e próteses, mediante protocolo específico de base multidisciplinar.
29. Garantir políticas específicas de promoção ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas vivendo com HIV e com hepatites crônicas virais (HCV).
30. Encaminhar projeto de lei federal com o propósito de garantir a inclusão de pessoas com hanseníase, HIV/AIDS e HCV, tuberculose e outras patologias crônicas e em situação de risco social (desemprego, deficiência), nos programas de amparo social (Bolsa Família, reinserção ao mercado de trabalho), estimulando e apoiando estados e municípios a criarem suas leis próprias e específicas neste sentido.
31. Impedir que sejam realizadas testagens em massa e garantir o direito ao conhecimento sobre a sorologia para HIV com aconselhamento pré e pós-teste.
32. Criar programas de divulgação e atendimento especializado para estimular a prevenção do vírus HTLV/ 1 e 2 e HCV garantindo recursos para compra de kits para triagem sorológicas e confirmatório e apoiando estudo, pesquisas, diagnósticos e tratamento nos casos positivos.
33. Garantir que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito à saúde sexual e reprodutiva, assim como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens adultos e adolescentes, com ações dirigidas para a saúde da mulher que adote os enfoques de raça, etnia e de orientação sexual, bem como priorize as ações voltadas para as mulheres rurais, trabalhadoras domésticas e pessoas com deficiência, articulando as ações intersetoriais de combate à violência doméstica, sexual e racial contra as mulheres, conforme o Plano Nacional da Atenção à Saúde da Mulher.
34. Garantir o acesso à informação às mulheres em todos os níveis de atenção sobre os serviços que atendem às suas necessidades de saúde com qualidade e assistência integral, respondendo as especificidades de saúde das mulheres negras, indígenas, profissionais do sexo e derivadas de sua orientação sexual.
35. Instituir, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra, a exemplo das já existentes para outros temas e grupos populacionais, e criar no Ministério de Saúde, nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, comissões técnicas para estudo e avaliação da saúde da população negra com participação da sociedade civil objetivando formular políticas e definir protocolos básicos de ação, conforme o Estatuto da Igualdade Racial.
36. Garantir a acessibilidade universal às pessoas com deficiência, promovendo adequação dos postos, hospitais e clínicas, reestruturando mobiliário e área física de acordo com as normas da ABNT, contando com assessoria de equipe multiprofissional capacitada para esse programa (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e arquiteto).
37. Recomendar aos órgãos executivos das três esferas de governos que implementem políticas de incentivos aos empresários que contratarem pessoas acometidas de doenças crônicas e/ou degenerativas, com deficiências físicas, que possuam necessidades especiais ou transtornos psíquicos, visando potencializar uma política efetiva de reabilitação psicossocial deste segmento, fornecendo certificado de responsabilidade social às empresas que contratarem essas pessoas.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

38. Recomendar ao Ministério da Saúde o desenvolvimento de ações de interface com a Justiça para aprimorar ações desta que interferem no direito à saúde, especialmente no que tange à "Justiça Terapêutica", que impõe tratamento psicológico como pena alternativa à prisão, ferindo os direitos individuais de opção por outros tratamentos de saúde.
39. Realizar Conferência Nacional sobre Sistema Prisional, em 2004, para discutir e definir estratégias de implementação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, visando garantir o direito à saúde aos apenados e reeducandos, de acordo com a Constituição Federal de 1988.
40. O SUS deve garantir o direito à saúde e à vida, exercendo papel fundamental na transformação do trabalho que é fonte de agravos e mortes, com as devidas ações de proteção e promoção da saúde, garantindo a implementação das ações de atenção à saúde do trabalhador em todos os Estados e Municípios, com implantação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST).

- 41.** Realizar a Conferência Nacional da Criança e do Adolescente nas três esferas de governo e com a atenção especial à problemática da Saúde Mental.
- 42.** Garantir a regionalização do programa de anemia falciforme (PAF) em todos os Estado e municípios, com teste do pezinho e da orelhinha, eletroforese de hemoglobina para crianças, gestantes e adultos, como também o acompanhamento às pessoas com diagnóstico comprovado por meio de equipes técnicas multiprofissionais, criando centros de referências para portadores de hemoglobinopatias.
- 43.** Assegurar o direito de ir e vir dos portadores de agravos que acarretam dificuldade no uso do transporte público regular, como, por exemplo, usuários de serviços de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e obesidade mórbida.
- 44.** Garantir à população que reside e/ou trabalha no campo acesso às ações e serviços de saúde. A população do campo compreende: trabalhadores rurais que não têm acesso à terra, trabalhadores rurais em regime de trabalho temporário, agricultores familiares, população ribeirinha, comunidades remanescentes de quilombos em vilas e povoados, e população que mora nas periferias das cidades e trabalha no campo.

Introdução

A Seguridade Social está vinculada aos direitos de cidadania e somente se concretiza com a organização e mobilização de todos os segmentos da sociedade. É uma base para a construção do Estado democrático e o desenvolvimento da Nação. Deve ser fortalecida como sistema de proteção dirigido a todos os brasileiros, em todas as fases de suas vidas, tendo por base os princípios de universalidade, solidariedade, equidade e redistribuição da riqueza, visando à inclusão e à justiça social.

Cabe à Seguridade Social criar uma rede de proteção para a consolidação de políticas de inclusão social por meio da alocação redistributiva de recursos financeiros, considerando as especificidades do trabalho e da renda das populações, desenvolvendo estratégias de criação de empregos e geração de renda e instituindo mecanismos de crescimento, com participação, do poder público e das empresas.

O sistema de Seguridade Social é uma responsabilidade da sociedade e do Estado nas três esferas de governo, que deve implementá-lo com a articulação e implementação das políticas de saúde, assistência social e previdência, organizando e ampliando a rede de proteção social para assegurar os direitos sociais da população.

A proteção social é uma tarefa e um valor que vai muito além do incremento da capacidade dos cidadãos de comprar no mercado bens e serviços essenciais ou da visão estritamente previdenciária. A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, registra uma definição ampliada de Seguridade Social e, para viabilizar essa política pública, foi criado o Orçamento da Seguridade Social.

No período posterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, houve uma política de governo que notadamente desfigurou as conquistas da Carta Magna. Houve uma grande expansão do setor privado e do mercado na saúde e na previdência social por meio das seguradoras privadas e o aumento da dívida pública impediu o crescimento dos orçamentos da área social, incluindo o da saúde. Sob a orientação do Fundo Monetário Internacional (FMI), o Estado omitiu-se de dar consequência a uma política pública integrada que garantisse a dignidade humana, dando prioridade ao ajuste fiscal apesar da situação social do país. A política adotada favoreceu a visão mercantilista da saúde da Previdência Social. Especificamente na questão previdenciária, a reforma foi focalista e prevaleceu a lógica do equilíbrio atuarial em detrimento a justiça social. O conceito e a prática do Orçamento da Seguridade Social foram desfigurados por sucessivas emendas constitucionais e decretos presidenciais, incluindo a extinção do Conselho Nacional da Seguridade Social. A reforma previdenciária proposta pelo atual governo reforça a focalização e a culpabilização dos servidores como causadores do desequilíbrio financeiro. A atual reforma não servirá para melhorar os benefícios para quem está dentro do sistema e não vai permitir a inclusão dos trabalhadores atualmente excluídos. A discussão principal é sobre o modelo de Estado que a sociedade brasileira quer. Para consolidar a seguridade social é necessária uma reforma previdenciária que seja economicamente sustentável, progressiva e equitativa em relação aos direitos previdenciários da massa dos trabalhadores do setor público e privado. É necessário também implementar uma reforma tributária que seja progressiva, justa, equitativa e que possa viabilizar as responsabilidades de proteção social do Estado e da sociedade.

Destaque:

a) Manutenção do texto original.

b) Suprimir o texto “A reforma previdenciária proposta pelo atual governo reforça a focalização e a culpabilização dos servidores como causadores do desequilíbrio financeiro. A atual reforma não servirá para melhorar os benefícios para quem está dentro do sistema e não vai permitir a inclusão dos trabalhadores atualmente excluídos.”

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o componente da Seguridade Social do Brasil que mais tem resistido na defesa de seus princípios e diretrizes. Mas, a construção do “SUS que queremos” envolve a retomada da Saúde como integrante da Seguridade Social e, portanto, exige a fusão de políticas de atenção formando uma rede de proteção social que garanta o cuidado às pessoas, do nascimento ao fim da vida.

Deliberações Gerais:

1. Garantir que o processo da reforma tributária mantenha e fortaleça a Seguridade Social nas três esferas de governo.
2. Manter os atuais Ministérios da Saúde, Assistência Social e Previdência Social, garantindo-se o Orçamento da Seguridade Social, os orçamentos das diferentes áreas e suas vinculações, conforme a legislação em vigor e assegurando-se a articulação efetiva das políticas dos três ministérios, com a regulamentação dos dispositivos constitucionais concernentes.
3. Dar caráter intersetorial às ações da seguridade social (saúde, assistência social, previdência), reduzindo-se gastos desnecessários e garantindo-se melhor qualidade e resolutividade, no atendimento dos usuários.
4. Construir, aprimorar e utilizar indicadores sociais e do setor da Saúde e que permitam avaliar as iniquidades existentes, para identificar regiões e grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, desprotegidos e expostos a riscos, considerando questões de gênero, raça e etnia, orientação e identidade sexual e necessidades especiais para que sejam priorizados nas ações de saúde e seguridade.
5. Garantir amplo sistema de controle social voltado para a seguridade social nas diferentes esferas de governo, respeitando as diversidades e especificidades e considerando aspectos de gênero, etnia e pessoas com deficiência e necessidades especiais, com representação composta por 25% de gestores e prestadores, 25% de trabalhadores e 50% de usuários.
6. Prover a reforma agrária, com base nacional, com a titulação e homologação das terras quilombolas, indígenas e ribeirinhas, e com participação e controle social, com assessoria e acompanhamento administrativos e financeiros garantindo a sobrevivência e o sucesso dos assentados, valorizando-se, também, as cooperativas de crédito, com ênfase no desenvolvimento sustentável.

7. Garantir a participação da comunidade na discussão dos critérios de inclusão das famílias e indivíduos a serem beneficiados com os programas sociais, assegurando a divulgação dos critérios.
8. Garantir que as ações de cidadania dos programas descontínuos, pontuais ou “campanhistas” sejam incorporadas às políticas de seguridade social.
9. Garantir a implementação de políticas habitacionais amplas, com participação das três esferas de governo, visando ampliar o acesso da população - subsidiadas especialmente de pessoas de baixa ou nenhuma renda à moradia digna, com taxas de água e luz subsidiadas.
10. Implementar políticas de geração de emprego e renda mínima garantindo-se o acesso ao atendimento às necessidades de subsistência, e promover uma política pública de segurança alimentar com redução dos preços da cesta básica através da redução dos impostos desses produtos.
11. Alterar a Constituição, para que o Orçamento da Seguridade Social tenha caráter impositivo e não apenas autorizativo.
12. Assegurar que os recursos próprios da seguridade social (COFINS, CPMF, loterias, 50% do Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito, Salário Educação, contribuições obrigatórias do INSS) não sofram qualquer tipo de contingenciamento.

Controle social:

13. Garantir que o controle social e a participação dos diversos segmentos da sociedade sejam fortalecidos em todas as áreas do Sistema de Seguridade Social, em todas as instâncias colegiadas, nas três esferas de governo para assegurar a transparência das ações e o controle sobre o uso e a distribuição de recursos, assegurando o controle social baseado no critério de paridade segundo os critérios do SUS.
14. Reativar o Conselho Nacional de Seguridade Social (CNSS) implantando-se o conceito de seguridade consagrado na Constituição de 1988, para assegurar a articulação, monitoramento e avaliação da implementação das políticas de proteção às pessoas, garantindo-se a efetiva participação no planejamento político e orçamentário. O Conselho Nacional de Seguridade Social deve ter caráter deliberativo, dotação orçamentária própria, obedecer ao critério de gestão tripartite. Criar Conselhos Estaduais e Municipais de Seguridade Social e os conselhos gestores em todas as unidades do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).
15. Garantir e fortalecer o controle social na formulação, regulação e execução das políticas públicas para crianças e adolescentes, mulheres, idosos, trabalhadores, pessoas com deficiência e portadores de necessidades especiais.

16. Garantir a realização de Conferências de Seguridade Social nas três esferas de governo.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

17. Definir o percentual de no mínimo 5% do orçamento da União, dos estados e dos municípios para a assistência social, válido até a recomposição do Conselho de Seguridade Social, que irá realizar a avaliação do financiamento, utilizando da dos referentes à série histórica da área de assistência social, subsidiando a definição do percentual financeiro necessário para viabilizar as políticas do setor.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

18. Cumprir a legislação vigente quanto à prestação de contas, composição das receitas e percentual de repasse de recursos para a Seguridade Social. Proibir que os recursos da seguridade social sejam usados para despesas ou pagamentos que não sejam referentes à saúde, à previdência social e à assistência social.
19. Regionalizar, descentralizar e desburocratizar a gestão das ações, dos serviços e dos fundos da Seguridade Social, com a criação de sistema que possibilite a visibilidade e a fiscalização da alocação dos recursos.
20. Acionar o Poder Judiciário e o Ministério Público para que sejam processados os devedores públicos e privados da Previdência Social.
21. Implementar em caráter de urgência uma política de penalização às empresas que não têm programa de saúde do trabalhador, favorecendo que os funcionários estejam expostos a riscos e sejam lesionados do trabalho.
22. Ampliar os repasses de incentivos financeiros federais aos municípios das regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste, bem como ao Vale do Jequitinhonha, às comunidades indígenas, aos remanescentes de quilombos e às populações ribeirinhas, em todo o território nacional e com controle social, tendo em vista as peculiaridades regionais e conforme a densidade demográfica e considerando-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para garantir o fortalecimento da seguridade social.

Previdência Social:

23. Garantir que a Previdência Social tenha como objetivo a distribuição equitativa de renda e o combate à exclusão social e que não seja presidida pela visão de sustentabilidade financeira, com base em cálculos atuariais.
24. Promover a reforma de todo o sistema previdenciário do país, de forma progressiva e equitativa, incluindo-se os regimes próprios de Previdência e o Regime Geral de Previdência Social (REPS), de modo a que seja inclusiva e garanta os direitos adquiridos por todos os trabalhadores.

25. Estabelecer que as ações concernentes à saúde dos trabalhadores executadas pela Previdência Social sejam atribuídas ao Sistema Único de Saúde, tal como prevêem os dispositivos constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde, alterando-se os artigos de 154 ao 201 do capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
26. Agilizar e desburocratizar os sistemas de documentação para a concessão de aposentadorias e outros benefícios previdenciários, bem como reconhecimento e validação das perícias médicas do SUS, realizada pela vigilância em saúde do trabalhador.
27. Garantir que os exames solicitados pelos serviços de perícia do INSS sejam realizados pelo Sistema Único de Saúde, por equipe de saúde multiprofissional, com agilidade e em tempo oportuno, financiados pelo Ministério da Previdência, com ressarcimento ao SUS dos exames realizados.
28. Garantir que os profissionais médicos do SUS forneçam atestados de acordo com as normas exigidas pelo INSS, para encaminhamento dos benefícios, garantindo que os atestados fornecidos pelo SUS nos quais constarem agravos à saúde relacionados ao trabalho tenham valor no estabelecimento denexo causal para concessão dos benefícios por acidente ou doença de trabalho.
29. Criar, em caráter de urgência, mecanismos que garantam rapidez e agilidade nos encaminhamentos intersetoriais necessários à obtenção dos direitos da Seguridade Social pelos indivíduos.
30. Propor à Frente Parlamentar de Saúde emenda à Reforma Previdenciária para a inclusão dos trabalhadores que hoje estão fora do Sistema Previdenciário.
31. Garantir os direitos previdenciários a todos os trabalhadores, com prioridade para os que estão no mercado informal de trabalho, trabalhadores rurais e quilombolas, ou aqueles que, por qualquer motivo, estejam temporária ou permanentemente impedidos de trabalhar. Com este objetivo, devem ser utilizados o superávit da própria Previdência Social, a taxação das grandes heranças e fortunas e outras fontes, combatendo-se a sonegação, com a devolução aos cofres públicos dos recursos fraudados recuperados.
32. Apoiar a aprovação do Projeto de Lei que prevê a aposentadoria das donas de casa.
33. Garantir à população indígena o direito à aposentadoria, levando em conta suas peculiaridades culturais, mediante reconhecimento do órgão responsável, Fundação Nacional do Índio (Funai) e das organizações indígenas.

34. Garantir a equivalência entre o valor de contribuição e o pecúlio das aposentadorias.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

35. Garantir aos portadores de doença crônica a continuidade dos benefícios de aposentadoria por invalidez, independentemente de melhora no quadro clínico.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original
- b) Supressão total da proposta.

36. Alterar a contribuição dos trabalhadores autônomos de 20% para 5% do salário mínimo.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

37. Estabelecer a contribuição voluntária individual para o INSS, de pessoas desempregadas ou sem ocupação definida, sem acréscimos de qualquer natureza, objetivando-se a aquisição do tempo mínimo de contribuição para a aposentadoria.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

38. Garantir que os recursos da seguridade social cubram o pagamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), de forma automática, às pessoas com mais de 60 anos, com a revisão do art. 20 da Lei 8.742/93, mesmo sem documentação comprobatória de contribuições.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

39. Estender a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) às famílias com duas ou mais pessoas com deficiências, aos usuários de serviços de saúde mental, aos portadores de anemia falciforme de baixa renda, aos portadores de doenças crônicas e todas as pessoas com deficiências incapacitantes para vida laborativa e com filhos menores de 18 anos, independentemente da idade e contribuição suprimindo a exigência atual da incapacidade jurídica.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

40. Isentar os aposentados que recebem até seis salários mínimos e que já contribuíram para o INSS do pagamento da contribuição à Previdência Social.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

41. Criar campanhas de esclarecimento, estimulando-se os trabalhadores informais a contribuir para a Previdência, assegurando-lhes o acesso aos benefícios previdenciários.

42. Estabelecer mecanismos de fiscalização para garantir o cumprimento da Lei de Creches, garantir a criação de creches nos locais de trabalho e estabelecer políticas que favoreçam o aleitamento materno nos horários adequados, bem como a inclusão desse equipamento social nas políticas habitacionais.

43. Buscar meios para que os ministérios da Previdência e do Trabalho estendam o período de licença e do auxílio-maternidade para seis meses, a fim de prolongar o aleitamento materno, independentemente do tempo de contribuição da trabalhadora para o Instituto Nacional de Seguridade Social. Para as mães trabalhadoras e não contribuintes da Previdência Social, devem ser previstos proventos no valor de um salário mínimo, desde que a unidade de saúde de referência forneça comprovação do aleitamento materno, considerando-se o aumento expressivo da população feminina hoje inserida no mercado informal de trabalho.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

44. Facilitar às famílias cujo pai ou mãe seja dependente químico, o acesso aos benefícios, sem a exigência de contribuição, desde que esteja em tratamento em serviços públicos ou ofertados por ONG e que comprove não ter recursos para suprir suas necessidades básicas da família.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

45. Incluir automaticamente no Sistema de Assistência Social as pessoas com deficiências, necessidades especiais e os idosos com mais de 65 anos, sem considerar renda *per capita*, dando-lhes o direito aos serviços de reabilitação, inclusão e promoção social, para que tenham acesso ao mercado de trabalho. Efetuar a suspensão do benefício a partir da comprovação da renda. (*)

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Acrescentar após o asterisco (*) "Manter o limite de renda exigido para concessão do Benefício de Prestação Contínua da (BPC) de 1/4 do salário mínimo *per capita*";
- c) Acrescentar após o asterisco (*) "Alterar o limite de renda exigido para concessão do Benefício de Prestação Contínua da (BPC) de 1/2 do salário mínimo *per capita*";
- d) Acrescentar após o asterisco (*) "Alterar o limite de renda exigido para concessão do Benefício de Prestação Contínua da (BPC) de 1 do salário mínimo *per capita*".

46. Rever a obrigatoriedade da contribuição previdenciária dos órgãos públicos nas contratações de trabalhadores, consolidando o SUS como integrante do Sistema de Seguridade Social.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

Atendimento aos beneficiários da Previdência Social:

47. Implantar no Ministério da Previdência Social, em especial no INSS, uma política de humanização de combate ao racismo e a outras formas de discriminação no atendimento aos trabalhadores, com capacitação dos seus trabalhadores, visando ao tratamento dos indivíduos como pessoas (e não como se fossem patologias) respeitando suas diferenças de etnia, gênero, deficiência, opção sexual e outros pretextos para discriminação. Tornar mais rápidos os processos de liberação dos benefícios para os portadores de patologias de caráter degenerativo. Incluir as pneumopatias graves, artroses, hepatites e transtornos mentais, na lista de doenças graves, contagiosas ou incuráveis, constantes do Decreto nº 3.000/99, que dá direito a aposentadoria por invalidez e isenção de Imposto de Renda.

48. Realizar concurso público para todos os profissionais de saúde trabalhando na perícia, atendendo as diversas especificidades dos problemas apresentados, substituindo os serviços privados contratados.

49. Constituir equipes multiprofissionais e interdisciplinares para a avaliação da capacidade laboral dos segurados requerentes de benefícios e revitalizar o serviço de reabilitação e readaptação funcional.

50.Garantir o encaminhamento à junta médica forense dos diagnósticos médicos questionados pelo segurado, encaminhando-os ao Ministério Público e penalizar a chefia administrativa, quando encaminhar servidores sadios para perícia médica, na ausência de inquérito administrativo ou judicial.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

51.Instalar postos de atendimento do INSS também nos municípios com menor população, principalmente naqueles que estejam a mais de 60 quilômetros de distância da sua referência domiciliar previdenciária, utilizando o atendimento por intermédio do previmóvel onde não houver postos do INSS.

Assistência social:

52.Rever os critérios de definição das cotas para programas sociais nos municípios, a partir do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e de outros indicadores, e instituir a contrapartida dos estados.

53.Garantir, através de programas de Governo, a manutenção de renda e acesso à alimentação aos doentes de tuberculose, hanseníase, hepatite B, C e D, diabetes, doença de Chagas, epilepsias, HIV, HTLV I e II, hemofílias, anemias falciformes, renais crônicos, pessoas com deficiência, portadores de diabetes tipo 1, desde que comprovada a insuficiência de renda para fazer face ao tratamento.

54.Criar estratégias de profissionalização e inclusão no mercado de trabalho das pessoas beneficiadas pelos programas assistenciais.

EIXO TEMÁTICO III - A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

Introdução

É corolário do preceito constitucional do direito à saúde um projeto nacional de desenvolvimento sustentável, integrador e distributivo, com justiça social. Esta concepção de desenvolvimento sustentável engloba as diretrizes de intersectorialidade e deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso à terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Esta prática deve ser permanente em todas as esferas de governo: orientar todas as políticas públicas sob a lógica da cidadania.

A construção da cidadania e a inclusão social, no plano individual ou coletivo, implicam em ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e pelo conjunto da sociedade, pois a intersectorialidade potencializa-se nas relações articuladas do governo com a sociedade organizada e a cidadania se estabelece pelo movimento de ampliação do caráter público de todas as suas ações.

A articulação entre os diversos ministérios é o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária. Significa conferir prioridade a problemas de saúde e garantir sua abordagem de forma intersectorial como política de governo. Nesse sentido, a articulação intersectorial mais próxima do setor saúde é a constituição de um sistema de seguridade social.

Como prática de ação política e de gestão, a intersectorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. Na Saúde esse conceito é facilmente compreensível, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social. A obtenção da equidade em saúde depende da implementação de políticas públicas intersectoriais, pois as iniquidades são determinadas pelas desigualdades no acesso, na distribuição e na oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar e nutricional, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros.

Entre os profissionais de saúde já existe a consciência de que seus saberes e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população. Entretanto, há um longo percurso tanto no plano do saber quanto no plano das práticas que permita fazer a ruptura do próprio modelo do conhecimento e de formação dos profissionais.

Deliberações sobre diretrizes gerais para as políticas públicas:

1. Ampliar a compreensão da saúde no sentido de qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersectorial e como política de governo para a inclusão social e a construção da cidadania, nos planos individual e coletivo, com ações convergentes e integradas, implementadas pelos governos dos municípios, dos estados e da União e pelas instâncias representativas do controle social.
2. Assegurar que as políticas sociais e econômicas se orientem pela garantia de uma vida saudável mediante acesso à educação, emprego, renda, alimentação, moradia, segurança, cultura, preservação das tradições, saneamento básico, meio ambiente saudável, transporte, lazer e esportes, assegurando uma política de infra-estrutura agrária e urbana que garanta o desenvolvimento socioeconômico e cultural das famílias:
 - i. devendo ser planejadas e implementadas de forma articulada por meio de projetos intersectoriais, nas três esferas de governo;
 - ii. incluindo a universalidade e a integralidade como princípios norteadores das políticas intersectoriais para o efetivo impacto de melhoria das condições de vida e de saúde da população;
 - iii. reconhecendo as políticas de ação afirmativa como estratégicas para o alcance da universalidade.
3. Romper com a prática de políticas setoriais isoladas, garantindo a construção de agendas intersectoriais baseadas nas diretrizes das Conferências Nacionais (da Assistência Social, da Saúde, da Educação, da Cultura, do Meio Ambiente, das Cidades e outras) e desenvolvendo ações conjuntas, evitando a sobreposição de iniciativas e de recursos, permitindo agilidade e otimização nas práticas das políticas sociais.
4. Comprometer todas as esferas de governo com a redução de iniquidades sociais, garantindo o acesso universal ao trabalho e à renda digna, através de pactos sociais para o enfrentamento dos conflitos que são inerentes aos processos de mudança, fortalecendo situações favoráveis à vida e à superação das iniquidades, garantindo a melhoria da qualidade de vida com ambientes, alimentos e outros produtos de consumo saudáveis, promovendo e desenvolvendo articulações entre os programas sociais para potencializá-los nas diversas esferas de governo:
 - i. desenvolvendo e aprimorando indicadores de desigualdades e exclusão social (originadas por fatores econômicos, de gênero, de raça, etnia, orientação sexual, idade, por tipo de necessidades especiais ou deficiências e por orientação religiosa), incluindo os relacionados com a educação e o meio ambiente, que sirvam de base para a formulação e o desenvolvimento das macro-políticas econômicas e sociais, fundamentais para a garantia da qualidade de vida e saúde da população;
 - ii. transformando os albergues públicos em unidades de integração social, visando o resgate da cidadania para todos os brasileiros, inclusive aqueles em situação de rua;
 - iii. garantindo programas de emprego e renda para famílias atendidas em programas sociais.
5. Intensificar e aperfeiçoar os programas sociais, com recursos específicos das respectivas áreas ou setores, para ampliar o acesso das famílias com maiores necessidades sociais e diminuir os riscos à saúde:

- i. garantindo a implementação de políticas intersetoriais que resultem em projetos de interesse da saúde, da inclusão social e da participação popular;
 - ii. promovendo a gestão democrática do sistema de saúde nas três esferas de governo;
 - iii. efetivando o controle social em todos os níveis de atenção e em todas as esferas de governo;
 - iv. garantindo a autonomia dos municípios em todos os programas sociais;
 - v. formulados e fiscalizados pelos conselhos públicos setoriais;
 - vi. considerando a diversidade de gênero, etnia, raça, orientação sexual, idade, presença de necessidades especiais ou deficiências, orientação religiosa e o impacto produzido pela introdução de novos processos de trabalho.
6. Reafirmar os princípios e diretrizes do SUS de garantia universal, integral e equitativa do direito à saúde, consagrados no processo da Reforma Sanitária brasileira e pela Constituição de 1988, que deverão se expressar na efetiva prática de promoção, proteção e recuperação da saúde, com articulações intersetoriais nas três esferas de governo, formulando políticas e ações integradas da sociedade civil organizada e dos movimentos sociais, para a melhoria da saúde e da qualidade de vida, assegurada a participação efetiva do controle social.
 7. As atividades de intermediação do financiamento dos serviços de saúde e as atividades de regulação da assistência médico-hospitalar não podem ser livres à iniciativa privada. Essas atividades são de relevância pública e o direito social ao acesso aos serviços de saúde é um valor universal em defesa da vida. Assim, elas devem ser da exclusividade do estado democrático e de direito. A concessão de serviços públicos viola a garantia do direito à saúde.
 8. Realizar avaliações anuais de impacto das políticas públicas intersetoriais implementadas, aferindo a melhoria da situação social e do acesso, cobertura e equidade nos serviços públicos de saúde, educação, transporte, meio ambiente, lazer e proteção da vida, garantidos por uma rede de seguridade e segurança social efetiva, com participação dos conselhos de saúde, criando um instrumento pactuado de monitoramento intersetorial dos indicadores emanados das políticas públicas e com acompanhamento interconselhos.
 9. Planejar e organizar serviços para garantir a saúde da população, considerando os contextos e as especificidades culturais dos locais onde residem e trabalham as pessoas, onde se estabelecem as relações sociais e com o ambiente (natural ou construído), assim como a diversidade de gênero, raça, etnia, orientação sexual, idade, orientação religiosa, deficiência e necessidades específicas, com estratégias de articulações intersetoriais envolvendo instituições que prestam serviços à população, incentivando métodos e abordagens apropriados à diversidade e complexidade dos problemas vivenciados pela população, promovendo o processo de planejamento, execução, avaliação do impacto e dos efeitos dessas ações sobre a qualidade de vida e de saúde da população a partir de uma agenda intersetorial de ação mais global.
 10. Promover a construção compartilhada de conhecimentos, estabelecendo o diálogo entre os diferentes campos dos saberes populares e conhecimentos científicos, fortalecendo as evidências sobre os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde, em parceria com instituições de pesquisa, universidades, ONGs, associações e movimentos sociais, garantindo ampla divulgação e o acesso aos conhecimentos desenvolvidos, para orientar as ações em prol da qualidade de vida e saúde da população, assim como auxiliar na construção da consciência crítica sanitária, ecológica e cidadã.
 11. Desenvolver a cultura da intersetorialidade com a população, gestores, trabalhadores e conselhos de saúde, que deve se manifestar nas práticas cotidianas desses atores, com humanização e resolutividade no atendimento aos usuários. Isto implica em mudanças no setor educacional, em todos os níveis de ensino e da formação profissional, que resultem na melhoria das informações veiculadas, da capacidade gerencial, da ação política da sociedade e dos técnicos das diversas instituições. Implica também na introdução da educação permanente dos gestores, técnicos e demais operadores dos serviços de saúde, da ênfase na intersetorialidade e na interdisciplinaridade para a difusão dos princípios da ação solidária.
 12. Incorporar, na formulação de políticas, a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de risco à saúde – agravos, doenças e acidentes do trabalho, êxodo rural, desemprego, fome, insegurança alimentar devido ao risco de contaminações químicas e dos alimentos geneticamente modificados, violência, habitação insalubre e contaminação ambiental – fazendo com que nas três esferas de governo sejam realizadas ações de controle dessas situações de risco, atendendo as necessidades e demandas, com especial atenção àquelas identificadas pelas pessoas envolvidas:
 - i. incluindo centros de referência para ações de prevenção de riscos ambientais e de promoção, proteção e recuperação da saúde;
 - ii. controlando os riscos ambientais à saúde resultantes da relação do ser humano com o ambiente/natureza, sendo importante considerar os contextos políticos, econômicos, históricos, sociais e culturais em que ocorrem;
 - iii. considerando na promoção da saúde que há uma modalidade de racismo, que se expressa pela exposição de pessoas da raça negra ou indígena a contextos ambientais que oferecem riscos à saúde, criando condições desfavoráveis de desenvolvimento humano.
 13. Reconhecer a existência de grupos humanos mais vulneráveis seja por condições de trabalho, sociais, culturais, biológicas, orgânicas ou mentais, que requerem ações intersetoriais, visando a garantia dos direitos básicos de cidadania, em função dos contextos favorecedores da suscetibilidade, promovendo ações articuladas, em todos os níveis, das diversas instituições não governamentais e governamentais que assistem as pessoas com necessidades especiais com a participação da sociedade civil organizada, para assistência, trabalho, emprego e renda de grupos sociais vulneráveis.
 14. Definir estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde que devem ser diferenciadas segundo as questões específicas de grupos populacionais vulneráveis, buscando a articulação interconselhos para fortalecer o controle social, e aprimorando legislações e normas capazes de garantir o direito desses grupos de forma integral, como as referentes aos povos indígenas, às mulheres, aos homens, aos negros, às crianças, aos adolescentes, aos idosos, às pessoas com patologias específicas e pessoas com deficiências, homossexuais, travestis e transgêneros, entre outros.

15. Promover o desenvolvimento de hábitos e atitudes mais saudáveis que melhoram a qualidade de vida por meio de ações intersetoriais, articulando as áreas de educação, ação social, turismo e esportes que devem incorporar em seus programas ações de educação física e lazer, desenvolvendo centros de convivência e cooperativas nos parques e praças apoiados pelo SUS.
16. Considerar a violência, em todas as suas modalidades, como expressão das iniquidades sociais e questão prioritária de saúde pública, desenvolvendo políticas intersetoriais para seu enfrentamento:
 - i. articulando, nas três esferas de governo, os setores de educação, saúde, segurança pública, segurança alimentar, assistência social, comunicação, direitos humanos e cidadania para articular investimentos em ações educativas, como forma de prevenção à violência;
 - ii. propondo ações intersetoriais visando combater o uso de drogas lícitas e ilícitas (álcool e fumo), assim como o tratamento e a redução de danos nas várias formas de violência contra a criança, adolescente, idoso, mulher, usuários e trabalhadores;
 - iii. garantindo a atuação do controle social;
 - iv. comprometendo todos os profissionais da saúde, trabalho, da educação, da Justiça e da segurança no combate à violência e aos decorrentes agravos à saúde;
 - v. criando centros de estudos de violência, com caráter interdisciplinar e multidisciplinar para auxiliar a formulação das políticas públicas.
17. Incentivar a conscientização da população em relação à importância de diversos setores condicionantes e indispensáveis a uma saúde com qualidade - alimentação, emprego, moradia, saneamento básico, etc.
18. Constituir uma “Lei de Responsabilidade Social” para a administração pública brasileira, análoga à “Lei de Responsabilidade Fiscal”, porém radicalmente distinta em suas pretensões.
19. Estimular as organizações da sociedade civil a promover ações judiciais coletivas – quando esgotada a possibilidade de solução direta do conflito – para a defesa da saúde e reparação dos danos sofridos.
20. Formar uma rede de âmbito nacional para a cultura da paz, coordenada pelas diversas instituições governamentais e não governamentais para reduzir os índices de violência.

Deliberações sobre a articulação intersetorial das políticas públicas:

21. Promover a articulação entre os serviços públicos de saúde, as instituições de pesquisa e a sociedade, nas três esferas de governo, entendendo a intersectorialidade como estratégia fundamental no desenvolvimento de tecnologias adequadas para a redução de iniquidades e aumento da inclusão social, possibilitando a realização de diagnósticos integrados, inovação de ações sobre a coletividade, processos de trabalho e a avaliação de resultados das ações implementadas.
22. Implementar ações intergovernamentais, com recursos específicos das respectivas áreas, criando instrumentos normativos para garantir a perenidade das ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos problemas nacionais prioritários em defesa da vida, cujas soluções exigem a prática da intersectorialidade:
 - i. na segurança e soberania alimentar e nutricional, combate à fome e demais distúrbios associados à alimentação;
 - ii. na prevenção, controle e combate à dependência química;
 - iii. na prevenção, controle e combate à contaminação, degradação ambiental e à destruição da biodiversidade, qualificando e implementando, entre outras, ações de saneamento ambiental, promovendo e assegurando o respeito a todas as formas de vida;
 - iv. na promoção da igualdade racial;
 - v. no desenvolvimento da segurança pública;
 - vi. no combate sistemático às idéias contrárias à desinstitucionalização dos distúrbios psíquicos, buscando a construção de vias sociais alternativas;
 - vii. no combate à miséria;
 - viii. implementando os comitês de segurança alimentar e nutricional e de combate à fome e à miséria, assim como programas de geração de trabalho e renda, nas três esferas de governo, em todo o território nacional.
23. Desenvolver políticas intersetoriais, nas três esferas de governo, assegurando o controle social, voltadas a garantir a promoção da saúde e a qualidade de vida envolvendo prioritariamente os seguintes setores para o desenvolvimento de ações integradas: saúde, educação, seguridade social, cidades, meio ambiente, agricultura, trabalho, cultura, esportes, transporte, Ministério Público, justiça, segurança, assistência social, Secretaria da Promoção da Igualdade Racial (SEPIR) e Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), dentre outras:
 - i. no controle dos processos produtivos e dos produtos, das condições de trabalho e dos serviços prestados pelo poder público e pelo setor privado;
 - ii. na qualidade ambiental nos centros urbanos, na área rural, nas áreas indígenas e de florestas;
 - iii. na efetividade das ações de fiscalização e de vigilância em saúde ambiental, sanitária, do trabalhador e epidemiológica;
 - iv. na eficiência, segurança e acessibilidade do transporte coletivo.
24. Garantir a descentralização de recursos do governo para o desenvolvimento de ações integradas, sustentáveis e intersectoriais, orientadas pelas características sócio-culturais e geográficas e configuradas a partir dos contextos de risco apontados nos diferentes perfis epidemiológicos e sociais, priorizando as áreas de segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, meio ambiente, trabalho e educação.
25. Integrar as políticas e as resoluções das diversas conferências setoriais que interferem na saúde e na qualidade de vida, realizando Conferência Intersectorial Nacional, na qual se garanta a participação social nos moldes da Conferência Nacional da Saúde.

26. Criar e concretizar o funcionamento de fóruns permanentes de discussão e definição das políticas públicas intersetoriais amplamente participativas, voltadas para o enfrentamento dos problemas prioritários de saúde e promoção da qualidade de vida.
27. Criar mecanismos de articulação e pactuação entre os diversos setores, com estruturas organizativas formais (conselhos, câmaras técnicas, comitês, comissões, grupos de trabalho) para facilitar a discussão, a implementação de ações conjuntas e a avaliação dos resultados em relação à segurança, promoção à saúde, proteção ao meio ambiente, saúde do trabalhador, ação social comunitária e à fiscalização dos investimentos realizados.

28. Propor e fazer cumprir a criação de Conselhos de Desenvolvimento Regional, com órgãos de controle social para os projetos, investimentos de infra-estrutura e financiamento de políticas públicas em geral, especialmente os relacionados com a promoção da qualidade de vida e de saúde, regulando a liberação de recursos para projetos regionais, sobretudo os de financiamento multilateral, com repasse fundo a fundo, regulando a constituição, funcionamento e deliberação desses conselhos de acordo com o que for pactuado intersetorialmente.

Destaques:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

29. Criar e implementar uma agenda intersetorial para a saúde da população brasileira nas três esferas de governo, articulando ministérios e secretarias estaduais e municipais da Saúde, segundo a natureza do problema a ser tratado.
30. Considerando os problemas sócio-ambientais identificados e visando a promoção da saúde, garantir que a agenda do governo seja de caráter intersetorial e que inclua a distribuição de responsabilidades entre todos os seus ministérios. No âmbito do SUS, organizar uma agenda para aprimorar e qualificar o trabalho intersetorial, nas estruturas das três esferas de governo, com a participação dos gestores, conselhos de saúde, prestadores de serviços e da sociedade civil organizada:
- i. estabelecendo entre os ministérios da Saúde, da Previdência Social, do Trabalho, da Justiça e do Meio Ambiente uma agenda intersetorial com a finalidade de discutir e traçar metas para viabilizar o controle e a erradicação das doenças oriundas dos processos produtivos e de seu entorno, promovendo um ambiente saudável para o trabalhador e sua família;
 - ii. estabelecendo entre os ministérios da Previdência, da Assistência Social, da Justiça e do Trabalho uma agenda intersetorial visando políticas de promoção da igualdade racial e de gênero, com a finalidade de combater preconceitos, discriminações e violências;
 - iii. promovendo a ampliação da responsabilidade social das empresas, especialmente com a saúde, o ambiente e a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades;
 - iv. responsabilizando e punindo as empresas poluidoras, públicas e privadas, inclusive obrigando-as a contribuir com programas de educação ambiental, respeitando estritamente as leis contra crimes ambientais, com o envolvimento direto do Ministério Público;
 - v. responsabilizando punitivamente, também, as pessoas físicas responsáveis por fontes poluidoras sonoras automotivas.
31. Fortalecer a intersetorialidade na elaboração dos planos anuais e plurianuais dos ministérios e secretarias nas esferas de governo federal, estaduais e municipais, que devem compatibilizar os planos setoriais afins para a garantia da saúde e qualidade de vida da população, levando em consideração as características geográficas/territoriais e a dispersão populacional, divulgando, nos meios de comunicação, os resultados obtidos pelas políticas intersetoriais:
- i. descentralizando e integrando as ações intersetoriais, assegurando recursos específicos de cada setor, e garantindo o repasse dos recursos federais e estaduais aos municípios, fundo a fundo;
 - ii. garantindo a interação entre os setores público, privado e organizações não governamentais na prestação de serviços de interesse da saúde, visando ampliar e qualificar as condições de resolução dos problemas da comunidade, com aprovação, acompanhamento e fiscalização do respectivo conselho de saúde;
 - iii. promovendo a pactuação entre os estados para assegurar equidade e universalidade aos usuários moradores dos diversos estados.
32. Garantir que os projetos estaduais e municipais com características intersetoriais e orientados para responder às necessidades da população tenham prioridade nos financiamentos.
33. Propor ações intersetoriais, com execução e gerenciamento exclusivo do poder público, entre os órgãos das três esferas de governo que tenham responsabilidades na promoção da saúde, garantindo investimentos para a política habitacional urbana e rural, geração de emprego e renda, lazer, segurança alimentar e nutricional, preservando-se as determinações da EC-29/2000 e garantindo o aumento dos investimentos para as ações de saneamento ambiental, contribuindo para ampliação da oferta e da melhoria da qualidade do abastecimento de água à população, da oferta de rede coletora e de esgoto tratado, da melhoria das condições sanitárias dos domicílios, da ampliação de serviços de drenagem urbana (ambientalmente sustentável), da ampliação da coleta, tratamento e destinação final dos resíduos sólidos.
34. Articular a integração dos conselhos de saúde e ouvidorias, nas três esferas de governo, com outros segmentos institucionais, ONG e movimentos afins à saúde, visando garantir a disponibilidade de infra-estruturas logísticas e financeiras para o funcionamento dos conselhos de saúde e ouvidorias, considerando a realidade de cada local.

Deliberações sobre a intersectorialidade em políticas públicas específicas:

- 35.**Garantir a implementação da política de reforma agrária que fixe o trabalhador rural no campo, comprometendo as três esferas de governo.No que concerne especificamente à saúde,desenvolvendo projetos relacionados com ações e serviços de saúde em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, INCRA e os movimentos sociais, para contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores acampados e assentados rurais,pequenos produtores rurais, indígenas e quilombolas, considerando:
- i. a reativação das cooperativas agro-industriais e agropecuárias, com técnicos da área para prestar orientação;
 - ii. a garantia do escoamento e armazenamento da produção agrícola;
 - iii. o incentivo, através de subsídios, de apoio técnico e da certificação (selo verde) da agricultura orgânica com desenvolvimento de unidades produtoras de adubos orgânicos, promovendo o cooperativismo, no âmbito da agro-indústria e da agropecuária familiar, organizado por agricultores familiares em articulação com os órgãos afins;
 - iv. articulando essas políticas com sindicatos de trabalhadores rurais, pastorais da terra, movimento dos trabalhadores sem terra (MST) e outros setores sociais do campo;
 - v. garantindo às crianças e adolescentes o acesso à escola e aos adultos programa de alfabetização adequados à realidade do campo;
 - vi. incluindo os assentamentos rurais nas contagens e pesquisas do IBGE;
 - vii. titulando as terras de remanescentes de quilombos e ribeirinhos;
 - viii.garantindo o atendimento às populações nômades, ciganos, acampados sem terra e índios;
 - ix. garantindo a participação de representantes do governo municipal, sindicato dos trabalhadores rurais e outras organizações dos assentados no planejamento e alocação de recursos financeiros para os assentamentos;
 - x. fortalecendo a organização da produção por meio das cooperativas de produção e de crédito organizadas pelos agricultores familiares;
 - xi. fornecendo aos trabalhadores rurais orientações sobre saúde do trabalhador, preservação e saneamento ambiental.
- 36.**Preservar a rica diversidade existente no Brasil nas suas dimensões étnicas, raciais, culturais, sociais e ambientais que, na visão holística, constitui elemento fundamental para a compreensão da saúde em seu significado mais amplo, garantindo o direito à demarcação, legitimação e preservação dos territórios indígenas e quilombolas, fundamental para a sobrevivência das populações tradicionais, entendendo o direito à terra como componente essencial da saúde e da qualidade de vida, com uma política efetiva de fiscalização em relação à degradação e invasão dessas áreas, defendendo a soberania nacional.
- 37.**Efetivar a integralidade das ações que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a todas as fases da vida e de forma abrangente para toda a população, garantida por meio de políticas públicas sustentadas em adequado arcabouço legal e pelo efetivo controle social.
- 38.**Introduzir e implementar como um tema transversal, nos currículos escolares e em todos os níveis de formação profissional, a partir de um comprometimento dos órgãos de educação nas três esferas de governo, os conteúdos que auxiliem a compreensão:
- i. da saúde como um atributo fundamental para o desenvolvimento humano;
 - ii. do processo de construção da política pública de saúde no Brasil - organização e funcionamento do SUS;
 - iii. do papel estratégico da atenção básica à saúde, dentro do sistema, visando principalmente a promoção da saúde, abrangendo a prevenção de doenças e agravos e a proteção e recuperação da saúde;
 - iv. de uma consciência cidadã voltada para a proteção ambiental, os ambientes de trabalho saudáveis e a saúde do trabalhador, envolvendo a qualidade da vida e da saúde de toda a população;
 - v. dos direitos sexuais e dos cuidados e responsabilidades relativos à vida sexual e da diversidade de orientação sexual.
 - vi. da humanização e qualificação no atendimento;
 - vii. dos riscos relativos ao uso e abuso de drogas.
- 39.**Favorecer o intercâmbio entre os serviços de saúde e as universidades e escolas de ensino superior, exigindo o cumprimento da lei 8.080/90 que dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições públicas e privadas de ensino superior e os serviços de saúde de promoverem de maneira articulada as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção à saúde da população:
- i. promovendo a revisão das grades curriculares dos cursos de graduação na área da saúde, pautada nos princípios e diretrizes do SUS;
 - ii. implementando programas de estágio e de extensão, cumprindo um papel ativo no levantamento de necessidades dos usuários mediante pesquisas operacionais;
 - iii. incluindo conteúdos no processo de formação profissional que auxiliem a compreensão da necessidade da ação interdisciplinar e intersectorial para a garantia da integralidade das ações de saúde;
 - iv. ampliando a consciência e a responsabilidade pela vida individual e coletiva e pela paz;
 - v. integrando projetos de atividades culturais extra-escolares (música, esportes, teatro, leitura, trabalhos manuais) em centros comunitários para crianças, pré-adolescentes, adolescentes e idosos, a fim de fortalecer a auto-estima, descobrir talentos e aptidões, favorecer uma melhor qualidade de vida e prevenir a opção por condutas de risco.
- 40.**Considerando que a proteção da qualidade de vida, da saúde e do ecossistema da região amazônica é uma questão estratégica no âmbito nacional e sul-americano, apoiar iniciativas e implementar ações articuladas internacional e nacionalmente nas três esferas do governo brasileiro, com controle social, objetivando normatizar, fiscalizar e desenvolver tecnologias para melhor utilização sustentável de seus recursos hídricos, de fauna e de flora. Nesse processo, entre outras

iniciativas, criar fóruns amazônicos locais e regionais, com a presença de representação dos estados brasileiros, Governo Federal, países amazônicos e dos seus movimentos sociais, respeitando-se a soberania nacional, compreendendo por países amazônicos tão somente aqueles que têm em seus territórios parte da Floresta Amazônica.

41. Instituir um programa de vigilância em saúde ambiental, com a integração de todos os setores governamentais e não governamentais, com estrutura, suporte técnico e financeiro adequados. A vigilância em saúde ambiental, cujos núcleos deverão ser criados nas três esferas de governo, deve integrar as ações das vigilâncias epidemiológica, sanitária, à saúde do trabalhador, entomológica e de zoonoses.
42. Articular e garantir ações de promoção ao ambiente saudável, de acordo com o estabelecido pela Agenda 21, por meio de:
 - i. aumento da oferta de serviços adequados de saneamento ambiental (abastecimento de água, esgotamento sanitário, saneamento domiciliar, limpeza urbana, tratamento e destinação final de resíduos sólidos e drenagem urbana ambientalmente sustentável);
 - ii. políticas de conservação dos recursos hídricos;
 - iii. controle do uso de produtos químicos;
 - iv. atribuição de responsabilidade solidária aos governos pela destinação e processamento final dos resíduos sólidos, seja doméstico, reciclável, químico, radioativo ou hospitalar, cabendo aos municípios a responsabilidade direta sobre a gestão do sistema, os quais devem estimular, implementar e garantir a coleta seletiva de lixo e sua consequente reciclagem. Especialmente o tratamento dos resíduos tóxicos e contaminados (industriais e hospitalares) deve ser regulamentado por lei municipal em conformidade com a resolução do Conselho Nacional do Meio-Ambiente - CONAMA nº 5;
 - v. controle do desmatamento com a aplicação de penalidades legais aos causadores de danos ambientais;
 - vi. apoiando, nos centros urbanos, o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias que possam contribuir para maior efetividade dos órgãos de fiscalização tais como vigilância sanitária, do meio ambiente, do trabalho e do transporte;
 - vii. implementando ações intersetoriais de fiscalização de todas as áreas verdes, reservas naturais e aquíferas nas três esferas governamentais;
 - viii. estimulando os municípios a desenvolverem políticas locais de desenvolvimento sustentável, tanto para as comunidades urbanas como rurais, tendo como princípios orientadores aqueles que fundamentam o SUS;
 - ix. divulgando e valorizando as experiências exitosas, centradas em enfoques intersetoriais de promoção à saúde e qualidade de vida;
 - x. preservando a soberania nacional e o patrimônio natural do Brasil, não permitindo a privatização ou exploração indevida de nossas reservas naturais;
 - xi. criando um fundo de compensação (exemplo "ICMS verde") nos municípios que se encontrem em área de preservação de manancial, zona costeira e proteção ambiental.
43. Garantir que o Estado, mediante suas três esferas de governo:
 - i. cumpra e faça cumprir a legislação ambiental e outras afins sobre o uso do solo e dos recursos hídricos, a poluição ambiental, tais como os metais pesados (mercúrio, chumbo etc.) e o uso indiscriminado e/ou permissivo de produtos tóxicos na produção e embalagem de alimentos, com destaque para os agrotóxicos na produção agropecuária;
 - ii. cumpra e faça cumprir o respeito aos limites máximos hoje estabelecidos para resíduos tóxicos e outras substâncias persistentes nos organismos e no ambiente;
 - iii. proponha a revisão dos limites de contato com os produtos tóxicos, tornando-os mais restritivos à exposição humana, aos alimentos e ao ambiente;
 - iv. incentive estudos que levem em consideração princípios que visam a prevenção aos riscos e danos à saúde humana, especialmente os relacionados com os efeitos crônicos, mutagênicos e teratogênicos, devido à acumulação nos ecossistemas e aos impactos na biodiversidade.
44. Recomendar a regulamentação urgente do Estatuto da Cidade e do Estatuto dos Povos Indígenas, assim como a criação de mecanismos que viabilizem o cumprimento dessas leis e o controle social por parte dos órgãos e entidades representativas da sociedade civil, atribuindo ao Fórum da Cidade a responsabilidade de acompanhar as ações governamentais e o cumprimento da lei, principalmente em áreas do município com ocupação desordenada e com risco ambiental, incluindo os Conselhos Distritais no controle social.
45. Incorporar como responsabilidade intersetorial do SUS, em parceria com o Ministério da Integração Nacional, o controle da qualidade da água, com ações de vigilância sanitária e ambiental, desde as fontes de abastecimento até os processos de tratamento, de distribuição e de acesso, conforme estabelecido na legislação vigente (Portaria GM/MS 1.469/2000), entendendo ser a água um direito universal e um bem público que deve ser acessível a todos, sem desperdício. Estas ações devem ser realizadas nas três esferas de governo, mediante políticas integradas, com controle social e participação popular. Os programas de saneamento desenvolvidos no âmbito do SUS deverão priorizar ações de fomento e de cooperação técnica junto aos prestadores dos serviços de abastecimento de água (sistema coletivo e solução alternativa) e outras estruturas de governo, visando à melhoria dos procedimentos de controle de qualidade da água, viabilizando a implementação da Portaria GM/MS 1469, criando padronização dos procedimentos universais para fluoretação da água, como garantia de exercício de cidadania, e alternativas viáveis para os casos de fluorose.
46. Considerar no planejamento em saúde ambiental as necessárias interseções entre os dados epidemiológicos, as unidades territoriais (tais como bacias hidrográficas, ecossistemas específicos) e as dinâmicas populacionais (migrações) decorrentes de fatores ambientais (naturais ou construídos), das dinâmicas econômicas e produtivas (domínios de *clusters* tecnológicos, pólos e cadeias de produção), com vistas ao desenvolvimento de novos processos de trabalho não danosos à saúde:

- i. cumprindo efetivamente a legislação que aprova projetos no tocante às áreas verdes e de preservação ambiental;
 - ii. desenvolvendo programas conjuntos entre os setores de saúde, educação, agricultura e comunidades, implementando as resoluções do Seminário Nacional sobre Política de Fitoterápicos e as resoluções da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica;
 - iii. incluindo ações educativas em saúde com base na realização de fóruns intersetoriais para discutir saúde e meio ambiente;
 - iv. implementando ações de despoluição hídrica e ambiental, através de parcerias entre IBAMA, FUNASA, secretarias estaduais e municipais e outros, com ônus para as empresas poluidoras, sendo esses recursos revertidos para a saúde;
 - v. implantando um amplo programa de educação ambiental, nas diversas instâncias governamentais e nos diferentes níveis de formação, baseado em experiências desenvolvidas por várias entidades sociais, com gerenciamento do poder público em sistema de co-gestão com organizações já existentes e experientes na área, para potencializar esforços e garantir resultados positivos;
 - vi. com o parecer da área de saúde do trabalhador da esfera correspondente.
- 47.** Fortalecer o sistema de vigilância do uso indiscriminado de agrotóxicos e produtos tóxicos veterinários usados na produção animal, envolvendo os setores da saúde, agricultura, trabalho e meio ambiente, desenvolvendo ações intersetoriais visando à conscientização dos perigos para a saúde e para o ambiente decorrentes de sua utilização, do modelo insustentável de produção agropecuária e do impacto negativo sobre a qualidade de vida e a saúde humana, incluindo na fiscalização do uso de agrotóxicos a aplicação, coleta e destino final das embalagens, e orientações de promoção e proteção da saúde individual e coletiva mediante processos pedagógicos adequados, incentivando a produção agro-ecológica e incluindo orientação técnica especializada.
- 48.** Realizar a vigilância dos problemas ambientais e de saúde do trabalhador, especialmente os relacionados com as queimadas de cana, organizando e capacitando os agricultores, os trabalhadores e seus familiares com recursos das usinas de açúcar e de álcool, integrando esta ação à política de atenção à saúde do trabalhador.
- 49.** Fortalecer e priorizar uma política de saneamento básico pelo governo, compreendida como política pública essencial para a qualidade de vida, definindo recursos e responsabilidades de cada setor nas três esferas de governo, no sentido de garantir o saneamento básico, incluindo água potável com controle periódico da qualidade, definindo e disponibilizando recursos para ampliação da rede de distribuição das adutoras e perfuração de poços onde não exista fonte de água potável, com instalação de dessalinizadores, levando-se em consideração as prioridades em saúde, deposição do lixo e esgotamento sanitário:
- i. democratizando o acesso dos municípios a recursos na área de saneamento;
 - ii. estabelecendo o saneamento básico como prioridade no plano diretor dos municípios, respeitando a sua autonomia e diversidade;
 - iii. universalizando o acesso, municipalizando os serviços e aumentando os investimentos públicos para o setor;
 - iv. incluindo populações dos assentamentos rurais e aldeias indígenas, agricultores familiares e remanescentes de quilombos e ciganos, especialmente no abastecimento de água de qualidade;
 - v. garantindo o financiamento público pela União, com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT);
 - vi. compatibilizando com os planos de recursos hídricos (nacional, estaduais e de bacias hidrográficas).
- 50.** Articular, em conjunto com o Governo Federal (ministérios das Cidades, de Integração Nacional, da Saúde e do Meio Ambiente/Agência Nacional de Águas - ANA, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, BNDES e Caixa Econômica Federal), os gestores estaduais e municipais, na redefinição de parâmetros e/ou indicadores que subsidiem o estabelecimento de linhas de financiamento para o setor de saneamento:
- i. garantindo uma política de infra-estrutura nas cidades, de forma a desenvolver ações simultâneas de pavimentação e saneamento (drenagem e esgotamento sanitário, coleta de lixo);
 - ii. incluindo o Sistema Nacional de Gerenciamento Integrado de Recursos Hídricos;
 - iii. responsabilizando o Sistema Nacional de Gerenciamento Integrado de Recursos Hídricos pela regulamentação, em compatibilização com os planos nacional, estaduais e de bacias hidrográficas e sob a responsabilização técnica executiva da ANA e agências de bacias hidrográficas, na garantia de que as cidades com mais de cinco mil habitantes tenham, obrigatoriamente, estações de tratamento de esgoto, evitando a contaminação dos mananciais de água;
 - iv. buscando a captação de recursos "a fundo perdido", junto a organismos internacionais, para atingir as metas propostas;
 - v. implementando, numa articulação entre os órgãos gestores dos recursos hídricos, os comitês de bacias hidrográficas e os órgãos ambientais, o enquadramento dos corpos d'água em classes, conforme estabelece resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) e a Resolução Conselho Nacional de Recursos Hídricos 12/00, estabelecendo medidas e metas para a despoluição dos corpos hídricos, em especial os utilizados como mananciais para abastecimento público.
 - vi. ampliando, até 2007, em todos os municípios, com pactuação percentual anual as estruturas de serviços e saneamento básico.
- 51.** Recomendar o aumento dos investimentos financeiros para as ações de saneamento básico, pelas três esferas de governo, como medidas indispensáveis à promoção de saúde e prevenção de doença:
- i. estabelecendo que os recursos do Orçamento Geral da União sejam aplicados com base em critérios epidemiológicos, sociais e ambientais, priorizando os municípios de menor porte populacional e as áreas rurais;
 - ii. estabelecendo cota anual no Orçamento da União para a realização de ações de saneamento básico nos municípios, priorizando as áreas críticas em saneamento e abastecimento de água.

- 52.** Promover e articular o funcionamento de mecanismos de controle social compartilhados com as entidades de defesa do consumidor e entidades organizadas, e obedecendo a legislação vigente sobre circulação de produtos e serviços como o sistema de abastecimento, tratamento, fluoretação e controle da qualidade da água que estão sob a responsabilidade dos governos federal, estaduais e municipais:
- definindo metas para o saneamento básico com prazos previstos e articulação com entidades não-governamentais;
 - criando os mecanismos para identificar e punir ligações clandestinas à rede pluvial;
 - implantando um sistema de controle da qualidade da água, assegurando a divulgação periódica dos resultados nos meios de comunicação;
 - garantindo a participação dos conselhos de saúde em busca da melhoria da qualidade de vida junto aos órgãos de fiscalização do sistema de abastecimento de água das cidades;
 - incluindo as terras indígenas.
- 53.** Promover o acesso da população das zonas rural, urbana e das periferias à rede de saneamento básico, priorizando os municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo:
- construindo instalações sanitárias residenciais nas comunidades municipais de menor concentração populacional, respeitando os critérios epidemiológicos;
 - em articulação com ações de educação comunitária sobre o uso adequado de instalações sanitárias;
 - estimulando a construção de aterros sanitários com a criação de consórcios intermunicipais para reciclagem do lixo;
 - implantando e implementando rede de saneamento rural;
 - incluindo as terras indígenas.
- 54.** Incentivar a população, principalmente os residentes em localidades de poucos recursos, à criação e à implantação de sistemas de tratamento de esgoto e saneamento ecológico, com aproveitamento, quando possível, dos resíduos orgânicos para energias e adubos.
- 55.** Estimular, agilizar e garantir a realização de programas de preservação e recuperação de mananciais, por meio de ações integradas entre os diversos órgãos municipais, estaduais, federais e a população, principalmente por meio da ampliação da rede coletora e de tratamento do esgoto, recuperação da mata ciliar e educação ambiental.
- 56.** Garantir o monitoramento permanente das condições e da qualidade do ar, realizando ações intersetoriais para sua melhoria nas cidades.
- 57.** Aplicar as leis ambientais e as de zoneamento urbano para loteamentos, clandestinos ou não, e nas áreas onde estão localizadas Estações de Tratamento de Esgoto (ETE), identificando e controlando áreas que oferecem riscos aos mananciais e à saúde, e coibindo a construção de moradias e removendo as já instaladas nessas localidades mantendo tais áreas sob controle do poder público e penalizando os gestores que não aplicarem as leis ambientais.
- 58.** Promover a articulação e parceria dos diversos setores envolvidos com o problema da fome e das carências nutricionais, visando a sua erradicação no país, agindo especialmente em populações vulneráveis e de risco (com déficit nutricional), implantando conselhos e comitês de segurança alimentar e nutricional, implementando a política nacional de alimentação e nutrição, com fortalecimento das ações de alimentação e nutrição de forma articulada às ações de segurança alimentar e nutricional, com sensibilização, informação e educação em saúde, com controle de qualidade e conservação pela Vigilância Sanitária de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, divulgando amplamente os resultados obtidos, ampliando e implementando o Programa do Leite, extensivo à área rural, indígena e quilombola, integrando-o às ações de combate às carências nutricionais nos grupos de risco (com déficit nutricional), garantindo sua entrega, conservação e fiscalização pelos conselhos de saúde, sob as normas da Vigilância Sanitária e fiscalizado pelos conselhos de saúde, inclusive quanto à aplicação dos recursos:
- incluindo as ações de assistência social, nas três esferas de governo;
 - fomentando e fortalecendo a criação das políticas estaduais de alimentação e nutrição;
 - fomentando a criação e ação das Comissões Interinstitucionais de Alimentação e Nutrição (CIAN), nos conselhos de segurança alimentar e nutricional;
 - estabelecendo convênios entre os Ministérios da Educação, Saúde e Extraordinário de Segurança Alimentar (Mesa) e os conselhos de saúde.
- 59.** Garantir a segurança alimentar e nutricional mediante uma efetiva fiscalização das três esferas de governo, envolvendo os setores de saúde, educação, meio ambiente e agricultura:
- no controle do desmatamento;
 - no uso de agrotóxico;
 - na proteção da fauna e flora;
 - na produção animal;
 - nos locais de destinação do lixo (resíduos sólidos);
 - implementando uma política intersetorial de desenvolvimento agrário e agrícola, de forma desburocratizada, incentivando e apoiando a prática da agricultura orgânica (agro-ecológica), estimulando o consumo desses alimentos.
- 60.** Integrar as unidades básicas de saúde às escolas, inclusive nas comunidades indígenas e quilombolas, implantando uma política de segurança alimentar e nutricional, com projetos educativos sobre os hábitos alimentares e preservação ambiental, sob a orientação de nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais especializados, em parceria com as secretarias de agricultura, da educação, da assistência social e outros órgãos afins, das esferas estaduais e municipais.

- 61.** Formular, implementar e articular a implantação de uma política de saúde nas escolas, envolvendo os setores de educação, saúde e outros afins, nas três esferas de governo, para a prevenção e promoção da saúde nas escolas, desenvolvendo uma política de educação popular e saúde nas escolas, transformando-as em 'escolas saudáveis e promotoras de saúde', abordando temas como:
- i. acidentes e violências;
 - ii. educação alimentar e nutricional;
 - iii. drogas lícitas e ilícitas;
 - iv. uso racional de medicamentos;
 - v. promoção e prevenção em saúde bucal;
 - vi. trabalho infantil; direito à saúde;
 - vii. combates às discriminações;
 - viii. saúde da comunicação (audição, linguagem, fala, voz);
 - ix. doenças de veiculação hídrica;
 - x. prevenção de queimaduras;
 - xi. prevenção de acidentes domésticos;
 - xii. educação postural;
 - xiii. relações interpessoais;
 - xiv. participação popular;
 - xv. cidadania;
 - xvi. música, teatro, leitura, trabalhos manuais etc.;
 - xvii. utilizando veículos de comunicação - televisão e rádio - e outros meios, como instrumentos potencializadores da educação e saúde;
 - xviii. buscando parcerias e apoios com ONG, entidades religiosas, associações de moradores e consórcios intersetoriais regionais direcionados para os diferentes centros de referência;
 - xix. capacitando professores, pais e alunos como agentes multiplicadores, com recursos para sua operacionalização, envolvendo também os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Educação, nas três esferas do governo;
 - xx. educação sexual, prevenção da gravidez precoce;
 - xxi. prevenção de DST, incluindo HIV/AIDS, hepatites virais, anemia falciforme e outras doenças de interesse da saúde pública, tais como as doenças oftalmológicas, auditivas, infecciosas e não transmissíveis;
- 62.** Criar um fórum permanente para a saúde da criança e do adolescente, com a participação de todos os órgãos e instituições envolvidas com esses grupos, assegurando o cumprimento do artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente, incentivando os órgãos competentes e organizações comunitárias para a promoção de ações educativas direcionadas às famílias e adolescentes.
- 63.** Rever e acompanhar os programas existentes e, quando necessário, criar programas de integração entre educação e saúde, com a participação de professores e demais profissionais da saúde e da educação, que atendem crianças e adolescentes com dificuldade de aprendizagem, com apoio psicossocial e religioso para a recuperação da estrutura familiar, com a participação do Conselho Tutelar e serviço social possibilitando a inclusão das pessoas portadoras de deficiências nas escolas regulares, incluindo os programas sentinelas para a erradicação do trabalho infantil, nas ações implementada por equipe multiprofissional incluindo o profissional psicopedagogo, e com participação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).
- 64.** Intensificar e qualificar a integração dos órgãos de educação e da saúde, nas três esferas de governo, para o desenvolvimento de projetos de atividades culturais extra-escolares (música, esportes, teatro, leitura, trabalhos manuais) em centros comunitários, para crianças, pré-adolescentes, adolescentes e idosos, a fim de fortalecer a auto-estima, descobrir talentos e aptidões, favorecer uma melhor qualidade de vida e prevenir a opção por condutas de risco.
- 65.** Ampliar a implementação de ações preventivas na área de saúde bucal articulada com as escolas, organizações comunitárias, universidades e associações de trabalhadores rurais, ampliando os incentivos financeiros.
- 66.** Realizar parcerias entre os setores de educação, saúde e assistência social para discutir aspectos relativos ao idoso por meio de conteúdos transversais sobre envelhecimento e atividades envolvendo as diferentes gerações, realizando preparação para a aposentadoria nos últimos cinco anos que a antecedem.
- 67.** Prover assistência aos moradores de rua e pessoas com transtornos mentais, por meio de rede de atenção à saúde articulada às políticas intersetoriais, incluindo-os no Cadastro Nacional dos Usuários do SUS (Cartão Nacional de Saúde).
- 68.** Estabelecer maior integração entre as políticas setoriais de saúde, assistência e previdência, no sentido de acompanhar e monitorar o acesso aos benefícios, bem como reverter as condutas de dependência química e manipulação por parte dos usuários, promovendo campanhas pelo uso racional de medicamentos, buscando efetivar a promoção da saúde e da cidadania e a redução da violência, assegurando a reabilitação dos dependentes químicos em instituição que ofereçam atendimento de acordo com a legislação vigente.
- 69.** Propor ações intersetoriais e garantir a ampliação das bases comunitárias da Polícia Militar nas áreas com índices mais elevados de violência, articulando diversas esferas da sociedade (segurança pública, conselho de segurança, associações de moradores e outras organizações), minimizando as situações de risco para os profissionais e usuários.

- 70.** Combater a violência contra a mulher e grupos de risco, por meio de articulação intersetorial, promovendo educação pela equidade entre os gêneros e abolição de todas as formas de discriminação:
- i. implantado a rede intersetorial de atenção às pessoas em situação de violência;
 - ii. criando e implantando novas “casas-abrigo” para mulheres e demais pessoas em situação de vulnerabilidade, com a participação das três esferas do governo e sociedade;
 - iii. incluindo entre os compromissos da atenção a saúde do SUS a identificação de vulnerabilidades às violências.
- 71.** Realizar ações conjuntas visando diminuir a violência no trânsito, estimulando a educação de trânsito nas escolas, com vistas à redução de acidentes e agravos à saúde, incentivando a criação de comitês de combate a mortalidade no trânsito, e fortalecendo o investimento federal na recuperação e ampliação da malha rodoviária federal e, de parte das unidades federadas, o respectivo investimento nas rodovias estaduais, conforme legislação do Código Brasileiro de Trânsito.
- 72.** Criar um grupo interministerial (no âmbito federal) ou entre secretarias (esferas estaduais e municipais) para a implementação de uma agenda intersetorial transversal a todas as políticas de governo, buscando priorizar o controle da hanseníase e das leishmanioses.
- 73.** Estabelecer parcerias com universidades e fundações para a criação de um centro de referência nacional com o objetivo de realizar estudos, pesquisas, diagnóstico e tratamento para os portadores de doença celíaca.
- 74.** Formular política de geração de trabalho e renda para grupos populacionais vulneráveis, articulando ações intersetoriais que envolvam a Secretaria Nacional de Economia Solidária, Coordenação Nacional de Saúde Mental e demais órgãos federais afins, incluindo a regulamentação da lei das cooperativas sociais e fomento às incubadoras de cooperativas populares das universidades federais.
- 75.** Garantir ações intersetoriais para implementar a Lei de Acessibilidade (Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000), a fim de promover a remoção de barreiras arquitetônicas e o acesso aos locais de atendimento às pessoas com necessidades especiais, entre outros.
- 76.** Incentivar a construção de casas populares, facilitando o acesso à moradia, entendendo ser esta questão necessária à qualidade de vida e à saúde.
- 77.** Instalação imediata dos Conselhos das Cidades, para que as políticas intersetoriais sejam implementadas com o cumprimento do Plano Diretor das Cidades, com vistas à garantia da elevação da qualidade de vida.
- 78.** Que o SUS apoie e participe do processo de implementação do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) em todo o País.
- 79.** Fortalecer o um sistema de informação de morbi-mortalidade por causas externas, baseado nos registros de toda a rede de assistência, sobretudo da saúde e da segurança pública, incluindo os institutos médico-legais e os departamentos de trânsito.
- 80.** Valorizar a estratégia de Saúde da Família como espaço para o exercício da intersetorialidade.

Introdução

O Brasil tem três instâncias de poder governamental, o que confere uma grande complexidade às relações entre as esferas de governo, principalmente quando se trata da gestão de responsabilidades comuns à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, como é o dever de cuidar da saúde. As dificuldades são ampliadas pela dimensão geográfica, pela diversidade regional e por uma história marcada pelo poder excessivo no nível central, com ausência de autonomia real dos entes subnacionais, por ausência de normas legais e pela dependência dos recursos vindos da instância central de governo.

O princípio da descentralização, com ênfase na municipalização da saúde, vem sendo cumprido no decorrer da organização do SUS. O município é constitucionalmente o responsável pela gestão de serviços e ações de saúde em seu âmbito de abrangência, com a cooperação técnica e financeira das demais esferas governamentais. Esse processo exige o desenvolvimento de novas competências e capacidades do gestor local e também a redefinição das funções do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de Saúde para fazer valer a responsabilidade de coordenação do sistema no âmbito dos estados.

Para que o SUS possa ser efetivo quanto à integração e à coordenação das ações, visando a tão almejada integralidade na atenção, torna-se imperativo promover a efetiva cooperação entre as três esferas de governo, assentada em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem a formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de co-gestão para lidar com conflitos.

O aprimoramento do processo de pactuação entre os gestores nas comissões bipartites (CIB) e tripartite (CIT) e do relacionamento entre estas e os conselhos de Saúde é fundamental para efetivar a descentralização e a regionalização do SUS, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Deliberações sobre diretrizes gerais:

1. Estimular a sociedade a discutir o pacto federativo para a formulação do Plano Nacional de Saúde e para aprovar Lei de Responsabilidade Social, restabelecendo as responsabilidades das esferas de governo no financiamento, na formulação e na execução de políticas sociais, articulando os sistemas educacional, de seguridade social e outras formas de organização.
2. Formalizar junto ao Ministério Público Termo de Ajustamento de Conduta aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde para municípios e estados em qualquer condição de gestão e para a União sobre o não cumprimento, até 2003, do estabelecido na Emenda Constitucional nº 29 (EC29).
3. Criar mecanismos e processos eficientes de repactuação dos serviços de saúde, com envolvimento dos gestores das três esferas de governo e participação dos trabalhadores e usuários nos Conselhos de Saúde.
4. Fortalecer a integração e a articulação entre as três esferas de governo em programas de suporte para atendimento local, criando e mantendo a infra-estrutura necessária ao desenvolvimento do SUS, de acordo com as características de cada território, e à melhoria significativa da atenção à saúde com controle social.
5. Tornar obrigatória e normatizar a capacitação de gestores das três esferas de governo através dos Pólos de Educação Permanente, para qualificar a gestão do SUS.
6. Descentralizar as ações e serviços de saúde, de acordo com a legislação vigente, fortalecendo as instâncias descentralizadas de gestão para consolidar o SUS, garantindo a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, o incremento da autonomia dos entes federados, a capacidade local de planejamento e de execução das ações, com descentralização de recursos financeiros e com mecanismos e processos para coibir às ações clientelistas, corporativas e de mercantilização da saúde.

Deliberações sobre as responsabilidades e competências dos entes federados:

7. Indicar ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a necessidade de publicação das atribuições de cada esfera de governo contempladas na Lei 8080/90, em linguagem acessível à população, incluindo a impressão em braille, as siglas escritas por extenso e informações sobre numeração e conteúdo das leis.
8. Aprimorar e criar instrumentos legislativos e de gestão capazes de efetivar as responsabilidades comuns de planejamento, de coordenação e de avaliação do Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo.
9. Redefinir o papel do governo estadual no SUS com maior participação do mesmo no financiamento da saúde municipal, com critérios definidos pelas instâncias de gestão, discutidos e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde, encaminhando as decisões para o Conselho Nacional de Saúde e com fiscalização dos recursos na área de saúde pelos órgãos competentes.
10. Promover a pactuação e a repactuação entre as três esferas de governo nas comissões intergestores em relação ao desenvolvimento das seguintes ações:
 - i. Apoio e fortalecimento do controle social, garantindo a estrutura física adequada e os recursos necessários para o funcionamento dos conselhos e de seus respectivos orçamentos;
 - ii. A implantação de equipes mínimas e multidisciplinares nos municípios, por meio de parcerias para o desenvolvimento das ações pactuadas de vigilância em saúde de acordo com sua habilitação;
 - iii. Atendimento fora de domicílio, segundo as necessidades do usuário e complexidade das ações;
 - iv. Aumento e garantia da contrapartida de medicamentos e métodos contraceptivos e do valor dos incentivos dos estados, do Distrito Federal e da União para os municípios, de acordo com a necessidade epidemiológica de cada região;

- v. Efetivação da política nacional de assistência farmacêutica, incluindo a intensificação e institucionalização de campanhas educativas sobre o uso correto e adequado de medicamentos como um dos instrumentos de conscientização e prevenção, o acesso à cesta básica de medicamentos e o fornecimento de medicamentos excepcionais aos usuários, de acordo com as definições da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e Medicamentos;
 - vi. A intensificação das campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde.
11. Garantir maior participação do Ministério da Saúde e dos estados na pactuação, regulação e supervisão trimestral da utilização dos recursos financeiros nos estados e municípios, e em relação à mesma função dos estados nos municípios, fazendo cumprir a Constituição e a legislação em todos os níveis do sistema, realizando auditorias nos municípios regularmente.
 12. Garantir a autonomia dos municípios na repactuação de suas referências quando o município de referência não atender aos termos do pacto de garantia de acesso aos seus munícipes ou na contratação de outros prestadores privados ou conveniados, quando não atenderem aos atuais termos do contrato ou convênios assinados, estabelecendo os critérios de compra, respeitados os fóruns intergestores de pactuação e a aprovação pelos Conselhos de Saúde visando garantir o seu caráter deliberativo e fiscalizatório, inclusive junto aos prestadores de serviços privados.
 13. Dinamizar a cooperação técnica entre as esferas de governo, particularmente da esfera federal para os estados e municípios, visando à efetivação dos princípios, diretrizes e atribuições do SUS, conferindo prioridade para a estruturação da regulação, controle e avaliação, para o funcionamento do sistema nacional de auditoria e para a educação permanente.
 14. Reafirmar a autonomia e o comando único de cada esfera de governo na gestão de todas as ações e serviços de saúde em seu território, visando garantir o direito universal à saúde e repasses regulares de recursos, nos termos de suas responsabilidades definidas a partir de um marco regulatório que reorganize as funções e a atuação do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde em relação aos municípios com os objetivos de cumprir:
 - i. As responsabilidades legais, os pactos e prazos estabelecidos;
 - ii. Os processos de habilitação das esferas nas respectivas condições de gestão do sistema;
 - iii. O papel regulador do Estado nas relações com o setor privado, com a indústria farmacêutica e com os serviços de referência nacional.
 15. O acesso da população referenciada a serviços localizados em municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema municipal, será regulado pelo município em gestão plena do sistema. O acesso aos serviços de referência localizados em municípios em gestão plena da atenção básica ou não habilitados será regulado pela secretaria estadual com aprovação nos Conselhos Municipais e Estaduais. Ambas as situações devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI).
 16. Estabelecer como competência do Ministério da Saúde a regulação das referências interestaduais e dos sistemas de alta complexidade interestaduais, conforme definido no inciso III do artigo 16 da lei 8.080/90.
 17. Cumprir a Agenda Nacional de Saúde em articulação com todos os setores e organizações envolvidos, contemplando atividades de coordenação, repasse, monitoramento, avaliação e organização do calendário de ações de saúde.
 18. Definir e implantar no âmbito da gestão municipal e da gestão estadual propostas de co-financiamento para a atenção básica de acordo com critérios definidos pelas três esferas de governo, após homologação nos CMS e CES.
 19. As três esferas de governo devem viabilizar prioritariamente e em regime de urgência a implementação de normas de biossegurança na rede de serviços.
 20. Estabelecer qualificação mínima para gestores das três esferas de governo, fortalecendo a capacidade de gestão do SUS.
 21. Consolidar a regionalização através das seguintes estratégias:
 - i. Contrapartida das três esferas de governo em recursos humanos, estrutura física, recursos financeiros e equipamentos para os municípios para o pleno funcionamento dos hospitais de referência, com prioridade para os públicos e para os hospitais sem fins lucrativos, conforme prevê a legislação;
 - ii. Fortalecimento e qualificação dos mecanismos de cooperação técnica entre as esferas de governo no processo de regionalização;
 - iii. Instituição de instâncias sub-regionais de negociação e pactuação das prioridades das ações e serviços de abrangência regional, com a participação dos gestores municipais e estaduais, dos conselhos de saúde e da sociedade civil;
 - iv. Realização do planejamento regional baseado nas necessidades de saúde e não na lógica da série histórica baseada na oferta de serviços;
 - v. Identificação de territórios sub-regionais, considerando a identidade regional e as sub-regiões existentes e estudos epidemiológicos;
 - vi. Adequação das redes assistenciais de caráter regional e macrorregional a fim de permitir o acesso universal a uma atenção integral;
 - vii. Racionalizar os recursos propostos pela PPI, visando integrar os sistemas municipais de saúde, através de sistemas eficientes de referência e contra-referência, centrais de regulação e pactuação, de acordo com a capacidade instalada;
 - viii. Estruturação das referências intermunicipais e interestaduais, considerando proximidade, capacidade instalada e facilidade de acesso de modo a viabilizar condições para estruturação de macro e microrregiões de saúde, capacitando-as para a oferta de serviços resolutivos nos respectivos níveis de complexidade, assegurando integralidade, com mais equidade e acessibilidade;
 - ix. Organizar a rede social assistencial de caráter regional e macro-regional a fim de permitir o acesso e a integralidade da atenção.
 22. Rediscutir as responsabilidades dos gestores municipais, assegurando o efetivo cumprimento do pactuado, na construção de uma nova relação entre as esferas de governo para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, que não se reduzam a uma unicidade do modelo de descentralização ou da utilização da classificação das ações por nível de complexidade, que não reflète as heterogeneidades e especificidades locais.

Deliberações sobre mecanismos e instâncias de articulação e pactuação entre os gestores:

23. Regulamentar o fluxo das pactuações, através das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), como instâncias de efetivação do SUS, e submetê-las à apreciação e deliberação dos respectivos Conselhos de Saúde.
24. Superar o processo burocrático-normativo, que tem pautado a ordenação de atribuições e responsabilidades no processo de habilitação de estados e municípios à gestão descentralizada do SUS, por um conjunto de decisões dinâmicas para a efetivação dos papéis e competências de cada uma das esferas do governo e a formalização de contratos em que se explicitem responsabilidades, objetivos e metas sanitárias socialmente construídas e passíveis de avaliação pelos conselhos de saúde e pela sociedade em geral.
25. Criar e garantir o efetivo funcionamento das câmaras de regulação, câmaras técnicas paritárias e câmaras de compensação intermunicipal, estadual e interestadual, para desencadear, dinamizar e ampliar o processo de pactuação pelas comissões intergestores, propiciando avanço na regionalização da saúde que atenda aos requisitos de racionalidade econômica e social de efetividade na atenção, e baseie-se no perfil epidemiológico, nas diversidades regionais e na programação de serviços, orientados para o atendimento da população de cada território, e que todas as pactuações sejam publicadas em órgão oficiais somente após deliberação nos conselhos de saúde.
26. Obrigar os gestores a implantar e implementar as resoluções das mesas nacionais, estaduais e municipais permanentes de negociação do SUS, ligadas aos respectivos Conselhos de Saúde, sob pena de serem julgados judicialmente.
27. Garantir maior empenho das comissões intergestores para a agilização dos processos de negociação, respeitando a posição dos conselhos locais, municipais e estaduais de saúde, quando das reivindicações das necessidades apresentadas pelos municípios.
28. Estabelecer um marco regulatório construído de forma pactuada, visando a um modelo nacional de regulação, instituindo um sistema regulatório único, compatibilizado entre si, contando com um sistema adequado de comunicação e com a transparência de informação, de modo que gestores, trabalhadores e usuários obtenham com facilidade o rápido atendimento das suas demandas, com o objetivo de garantir resolutividade, eficiência e eficácia para o alcance de bons resultados e para a utilização racional dos recursos disponíveis. A relação entre as centrais de regulação nacional, estaduais e municipais deve ocorrer respeitando-se as responsabilidades e competências nas abrangências hierárquicas de cada esfera de gestão, com intercâmbios periódicos, assessoria e cooperação técnica quando necessário.
29. Criar comissões técnicas interestaduais permanentes, com participação das três esferas de Governo, e estabelecer parcerias para o controle de endemias e outros agravos nas áreas de divisas e fronteiras.
30. Implementar ações educacionais com integração entre a população usuária e serviços públicos e privados, de acordo com estudos epidemiológicos de morbimortalidade, visando à efetiva mudança de comportamentos nocivos à saúde.
31. Estabelecer parcerias entre as três esferas de governo, sindicatos, associações de bairro e outras instituições públicas, visando à promoção da saúde, para garantir o saneamento ambiental a todos, especialmente nos assentamentos rurais, nas aldeias indígenas, nas terras remanescentes de quilombos, nas reservas extrativistas, com ênfase para o abastecimento de água, sustentabilidade e respeito à cultura local.
32. Garantir a operacionalização das normas operacionais do SUS, com destaque para os seguintes pontos:
 - i. Pactos financeiros entre os gestores, acompanhados pelas auditorias das três esferas de governo;
 - ii. Programação Pactuada e Integrada (PPI) integrando o Plano Plurianual (PPA);
 - iii. Execução pelas secretarias estaduais e pelo Ministério da Saúde de suas responsabilidades na PPI, com efetivo acompanhamento, fiscalização, apoio e assessoria técnica aos gestores municipais;
 - iv. Encaminhar ao Ministério Público (federal e estadual) e aos Tribunais de Contas (União e estados), os questionamentos dos gestores sobre a PPI e os termos de garantia de acesso, firmados entre os gestores estadual e municipais;
 - v. Democratizar os instrumentos de pactuação e avaliação da PPI.
33. Realizar revisão anual do Plano Plurianual (PPA) das três esferas de governo, com participação da sociedade civil, visando adequar os seus conteúdos para viabilizar os Planos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde e quadros de meta anual.
34. Realizar a PPI baseada nas necessidades da saúde e não na lógica da série histórica, incorporando recursos das três esferas de governo, destinados ao custeio das ações, respeitando os princípios do SUS, com revisão periódica e/ou sempre que necessária e implantá-la efetivamente com acompanhamento pelos conselhos de saúde, que inclua o encaminhamento de relatórios físicos financeiros.
35. Aperfeiçoar os instrumentos de controle da programação pactuada integrada (PPI) dos municípios e estados, criando possibilidade de discussão e a negociação das atividades excedentes em câmaras de compensação, com a participação do conselho de saúde em todas as etapas.
36. Regulamentar, implantar, implementar e garantir o funcionamento, segundo os princípios do SUS, de consórcios públicos intermunicipais e entre estados limítrofes para a garantia do atendimento especializado de média e alta complexidade pelas três esferas de governo e com controle social por meio dos Conselhos de Saúde, fundamentais para a integralidade da atenção, garantindo-se incentivo do Ministério da Saúde para o seu funcionamento.

Destaque:

 - a) Manutenção do texto original
 - b) Suprimir “especializado de média e alta complexidade pelas três esferas de governo.”

- 37.** Instituir equipes de representação tripartite entre gestores do SUS para elaborar o Plano Nacional de Saúde atualizado anualmente com processo ascendente com base em diagnóstico por município, estabelecendo prioridades e metas de curto e médio prazos para custeio e investimentos na rede incluindo obras, equipamentos, recursos humanos e fontes de financiamento das três esferas de governo a ser submetido aos conselhos de saúde.
- 38.** Incrementar, aperfeiçoar e implementar, nas três esferas de governo, o processo de trabalho, o sistema, as ações e os serviços de planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema de saúde por meio das seguintes estratégias:
- i. Criando instrumentos integrados;
 - ii. Revisando a definição dos indicadores de atenção à saúde, adequando-os às realidades locais de recursos de assistência disponíveis em cada município;
 - iii. Criando comissões intersetoriais ampliadas com a participação dos conselhos, visando eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos e observando a relação entre o atendimento programado e o atendimento ofertado pelos municípios;
 - iv. Prevenindo e/ou averiguando atos de corrupção e improbidade administrativa para cumprir a lei e punir os responsáveis;
 - v. Incluindo instrumentos de avaliação externa dos mecanismos de alocação e repasse de recursos para reorientar a gestão e os modelos de atenção vigentes;
 - vi. Aditar anualmente toda e qualquer verba, incluindo os processos licitatórios de setores específicos do SUS.

EIXO TEMÁTICO V – A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Introdução

A intensa luta por preservar o Sistema Único de Saúde, na contramão das reformas neoliberais e diante das fortes restrições financeiras, impossibilitou que o modelo de atenção à saúde fosse substancialmente modificado para atender aos princípios e às diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social. Este é o maior desafio atual: implementar o direito à saúde no cotidiano dos serviços de saúde. A construção da equidade é o objetivo estratégico principal que perpassa todos os outros desafios. Envolve o diagnóstico das desigualdades no âmbito de micro-territórios, a discriminação positiva com aporte de recursos e ações diferenciadas, a intersetorialidade das ações de promoção e proteção da saúde, a humanização do atendimento e a elevação da qualidade da atenção à saúde.

Os pressupostos da organização dos serviços são o estabelecimento de processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e do acolhimento aos usuários; a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população; a integralidade na atenção, considerando as diversidades de gênero, idade, raciais, étnicas e culturais; o aumento da resolutividade; e a democratização com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão. Além disso, deve-se observar a estratégia da hierarquização e regionalização conformando redes de serviços, a descentralização e a melhoria da gestão pública com adequação às realidades locais.

O modelo de atenção para o SUS deve enfrentar as atuais necessidades de saúde, considerando também os problemas futuros agravados pela transição demográfica e epidemiológica, com envelhecimento populacional e numa sociedade mais violenta. É necessário considerar os desafios, para a saúde, relacionados ao risco do consumo de produtos, a exposição à insegurança alimentar e nutricional, a fatores ambientais de risco e, particularmente, às condições inadequadas de habitação e saneamento básico.

Para a organização de modelos de atenção capazes de responder a essa complexidade é necessária a articulação entre as três esferas de governo na estruturação e implementação de uma rede de serviços de saúde que inclua a promoção e a proteção da saúde, as atividades de controle de risco e de regulação do mercado produtivo da saúde, bem como as ações voltadas ao controle e ao monitoramento das práticas, resultando em indicadores que traduzam a realidade da saúde.

Deliberações sobre diretrizes gerais para a organização das ações e dos serviços de saúde:

1. Ampliar a cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na atenção básica, priorizando a estratégia da Saúde da Família e estratégias semelhantes que possibilitem a mudança de orientação do modelo de atenção: do atendimento à demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária com adstrição de clientela, a reestruturação da equipe, garantindo supervisão, capacitação e educação permanente para todos os profissionais envolvidos.
2. Garantir o atendimento integral, em especial quanto ao acesso à atenção secundária e terciária, incentivando estados e municípios a criarem centros de referência de especialidades de média e alta complexidade. Para isso, é imprescindível:
 - i. Aumentar a capacidade instalada da rede pública;
 - ii. Definir, em cada sistema local de saúde, as responsabilidades de cada uma das instituições que o integram, estruturando adequados sistemas de referência e contra-referência;
 - iii. Criar centros regionais de referência formada por equipes interdisciplinares para pessoas com necessidades especiais e com deficiência com cirurgia buco-maxilo-facial, disfunção de ATM, diagnóstico de câncer, Diabetes Mellitus e outros;
 - iv. Garantir o acesso a todos os insumos necessários para sua efetivação, inclusive serviços oftalmológicos e odontológicos completos, incluindo óculos, órteses, próteses, ortodontia, cirurgias e lentes de contato.
3. Apoiar a redefinição do paradigma de saúde nas instâncias oficiais do país, adotado um modelo centrado na saúde, nas capacidades da natureza e da ciência e não na doença e nas conveniências do mercado farmacológico e tecnológico.
4. Garantir a efetiva implementação de práticas alternativas de saúde reconhecidas oficialmente e que respeitem a legislação nos serviços do SUS (fitoterapia, reflexologia, homeopatia, acupuntura e massoterapia), por ser um direito do cidadão ter de opções terapêuticas para a atenção, assegurando-se os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, bem como o acesso a informações sobre a sua eficácia e efetividade, comprovadas por meio de métodos de investigação científica adequados a essas racionalidades terapêuticas.
5. Incorporar os princípios da cultura da paz no âmbito das ações de saúde.
6. Implantar as centrais públicas de regulação de consultas especializadas, internação e exames, consolidando a referência e contra-referência, efetuando a compra de serviços privados somente quando esgotada a capacidade de oferta dos serviços públicos, de acordo com a legislação vigente, respeitando-se as necessidades locais.
7. Definir uma política de humanização da atenção à saúde como eixo estruturador das três esferas de governo, mediante a elaboração de planos diretores a serem implementados em toda a rede de serviços de saúde.
8. Fortalecer uma nova cultura da atenção ao usuário e das relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, garantindo:
 - i. Os direitos dos usuários à informação integral, assegurados pela Constituição Federal, com receituários datilografados e digitados ou em letra de forma;
 - ii. Mecanismos de valorização dos trabalhadores e usuários, por meio da educação permanente e do direito à participação na gestão;
 - iii. Práticas de acolhimento, avaliação de riscos, ampliação do acesso às ações de saúde bucal, mental e do trabalhador, vigilância nutricional e sanitária;

- iv. Direito a acompanhantes em condições adequadas nas consultas, internações e UTI, para todas as pessoas usuárias dos serviços de saúde públicos e privados, levando em conta a sua condição clínica e critérios de prevenção de infecções hospitalares;
 - v. Ênfase na humanização dos hospitais para a melhoria das condições de trabalho e o aprimoramento da qualidade da relação equipe-usuário-família, buscando meios de envolver mais efetivamente os profissionais de saúde;
 - vi. Implantação e implementação de programa de prevenção, medicina e saúde ocupacional em todas as unidades de saúde, pública ou privada, especialmente nas de referência em doenças infecto-contagiosas.
- 9.** Efetivar a descentralização das ações e serviços de saúde de acordo com a legislação vigente, fortalecendo as instâncias descentralizadas de gestão para consolidar o SUS, garantir a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, fortalecendo a autonomia dos entes federados, no planejamento e na execução das ações, com a descentralização de recursos financeiros.
- 10.** Garantir a regionalização e a hierarquização da atenção, para o acesso da população, priorizando a atenção básica e a média complexidade sem prejuízo da atenção da alta complexidade, conforme programação definida no Plano Diretor de Regionalização/Plano Diretor de Investimentos (PDR/PDI). Mudar a lógica de financiamento da produção de procedimentos para a lógica de cuidados com o usuário, mediante:
- i. Implantação de mecanismos regulatórios, com definição da vocação de cada unidade prestadora de serviço, respeitando as necessidades de cada região, os princípios do SUS e os fluxos estabelecidos, garantindo, quando necessário, o acesso da população a serviços fora do município;
 - ii. Garantia de resolutividade em cada nível de atenção e com todas as vagas sob controle da central de regulação pública, instalada segundo normas do Ministério da Saúde;
 - iii. Melhoria da capacidade instalada – rede física, equipamentos e pessoal - para aumentar a efetividade dos serviços de saúde (ambulatórios e hospitais), para substituir práticas como o uso excessivo do transporte público (ambulâncias);
 - iv. Intensificação do sistema de auditoria, bem como a criação da carreira de auditor na três esferas de governo, para garantir autonomia e isenção no processo.
- 11.** Apoiar financeira e tecnicamente estados e municípios na efetivação dos Planos Diretores de Regionalização (PDR), dando prioridade à oferta de serviços ofertados pelas instituições públicas na efetivação da Programação Pactuada Integrada (PPI), viabilizando condições para estruturação de macro-regiões, micro-regiões e módulos assistenciais de saúde.
- 12.** Fortalecer o processo de regionalização por meio dos gestores do SUS, com o acompanhamento efetivo do controle social através dos Conselhos de Saúde de todos os municípios, garantindo que o município onde reside o cidadão seja responsável pelo pagamento do valor do serviço à unidade prestadora.
- 13.** Integrar de forma harmônica a Rede Sarah ao SUS como serviço de referência para distúrbios do aparelho locomotor, neurológicos e outros, para todas as faixas etárias, submetida à fiscalização através do controle social.

Deliberações relativas à Atenção Básica e à Saúde da Família:

- 14.** Criar e assegurar incentivos técnicos e financeiros, pelas três esferas do Governo, para implantação na atenção básica de:
- i. Equipes multiprofissionais de atenção domiciliar;
 - ii. Programa de reabilitação domiciliar para portadores de limitações funcionais e da comunicação que dificultem ou impeçam a locomoção até os serviços;
 - iii. Garantia de acesso à internação hospitalar e internação domiciliar;
 - iv. Equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais (ex. nutricionista, psicólogo, assistente social, odontólogo, cirurgião dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico e fonoaudiólogo, entre outros), organizadas em unidades de referência e contratadas por meio de concurso público ou da complementação salarial de profissionais concursados.
- 15.** Organizar e ampliar a atenção básica, tendo a Saúde da Família como uma das portas de entrada e um programa rastreador de problemas de saúde da rede de serviços de saúde e a partir do qual sejam feitas as referências e contra-referências. Garantir acesso aos serviços de média e alta complexidade, englobando os aspectos de promoção e resolução dos problemas de saúde da população, fortemente articulada com o planejamento local e regional, respeitando-se a diversidade de formas de organização dos serviços. A Saúde da Família deve respeitar os direitos e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens e, em sua ação dirigida para a saúde da mulher, adotará os enfoques de raça e etnia (mulheres negras e indígenas) e de orientação sexual. Dará prioridade às ações voltadas para as mulheres rurais, trabalhadoras domésticas e pessoas com deficiência, conforme as diretrizes do Plano Nacional de Atenção à Saúde da Mulher.

Deliberações relativas à Assistência Farmacêutica:

- 16.** Garantir a regularidade nas entregas dos insumos básicos e medicamentos, para a rede básica de saúde (equipes de saúde da família e unidades básicas de saúde), estabelecendo um cronograma e relatando aos respectivos conselhos de saúde o recebimento e a distribuição dos produtos e as entregas às pessoas.
- 17.** Definir protocolos constituídos por câmaras técnicas, com base em evidências científicas de eficácia e de custo-efetividade, que orientem melhor os profissionais de saúde na tomada de decisão sobre condutas diagnósticas e terapêuticas e regulamentar as condições do fornecimento pelo SUS de medicamentos especiais e de uso restrito.
- 18.** Garantir a implementação de uma política de medicamentos que responsabilize as três esferas de governo pela efetiva assistência farmacêutica, envolvendo todas as etapas do seu ciclo (prescrição, dispensação, comercialização de medicamentos e farmacovigilância), garantindo:

- i. Vigilância sanitária e epidemiológica eficiente pelos órgãos responsáveis;
- ii. Financiamento, fornecimento com rigoroso cumprimento do prazo de entrega e garantia de distribuição dos medicamentos, respeitando as características loco-regionais e todos os programas efetivamente implantados, inclusive os de média e alta complexidade;
- iii. Existência de profissional habilitado nas unidades de saúde;
- iv. Vigilância dos efeitos adversos dos medicamentos em toda a rede do SUS;
- v. Estímulo ao uso racional de medicamentos;
- vi. Mecanismos que inibam a dispensação e venda de medicamentos a menores de 16 anos.

Destaque:

- a) Manutenção do item “vi” com a redação original.
- b) Supressão total do item “vi”.

- 19. Assegurar a fiscalização das farmácias nas unidades de saúde, com informatização do controle, para evitar extravio de medicamentos, com a participação das instituições de saúde das três esferas de governo.
- 20. Proibir a dispensação de medicamentos por pessoas tecnicamente não qualificadas.
- 21. Aumentar a oferta de insumos e medicamentos da farmácia básica nas unidades de saúde, incluindo material de saúde bucal (escova, pasta e fio dental), os medicamentos fitoterápicos e para a saúde mental utilizados nos Caps, e promover campanhas de esclarecimentos quanto ao uso indevido dos mesmos.
- 22. Garantir a inserção dos fitoterápicos validados pelo Ministério da Saúde na política nacional de assistência farmacêutica e de medicamentos, inclusive nas ações executadas na atenção básica de saúde.
- 23. Apoiar e determinar a implantação da homeopatia no SUS, inclusive nas unidades de Saúde da Família, tendo em vista a convergência de princípios entre essa técnica e a visão integradora e holística necessária à saúde pública, seu alto índice de resolução e a redução de custos. Destinar recursos específicos para sua efetiva implantação e para a realização de pesquisas na área.
- 24. Revisar periodicamente a Relação Nacional de Medicamentos (Rename), elaborando os protocolos terapêuticos, com imediata divulgação, e garantir o controle de qualidade nos produtos farmacêuticos usados no SUS, inclusive com a padronização dos rótulos, como já existe para medicamentos genéricos.
- 25. Reavaliar e ampliar a lista de medicamentos da assistência farmacêutica básica e fazer com que as reposições dos mesmos sejam realizadas impreterivelmente na data prevista, de acordo com o consumo real e a necessidade epidemiológica de cada município.
- 26. Mudar os parâmetros utilizados para o cálculo do quantitativo dos medicamentos fornecidos aos municípios considerando o aumento dos usuários do SUS e criar incentivo federal para os municípios com população inferior a 100.000 habitantes.
- 27. Aumentar os recursos do Ministério da Saúde e dos estados para o cumprimento na íntegra da Portaria nº 1.318, de 23/07/2002, com atenção especial para os medicamentos destinados às pessoas portadoras de doenças crônicas e degenerativas.
- 28. Garantir o suprimento pelas três esferas de governo, em quantidade suficiente, e o acesso por meio de cadastro, aos medicamentos de uso contínuo para as pessoas com doenças crônico-degenerativas (como tuberculose, diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, hanseníase, doenças mentais, de HTLV I e II, disfunção da tireóide, doença de Gaucher, lesão medular e cerebral, anemias hereditárias, onco-hematológicas e outras). Realizar avaliação periódica para a prescrição, conforme as características da patologia, baseada em protocolos clínicos elaborados a partir de estudos que comprovem a eficácia terapêutica.
- 29. Garantir e ampliar a oferta de medicamentos para doenças oportunistas e intercorrências adversas de tratamentos, inclusive para portadores do HIV e doentes de Aids, DST e hepatites virais, garantindo medicamentos para a redução das altas taxas de colesterol e triglicérides, e reposição de leucócitos, anemia e insuficiência renal, que são conseqüência dos efeitos colaterais dos remédios tomados (Interferon).
- 30. Garantir o suprimento, o acesso e os exames necessários para a dispensação dos medicamentos de alto custo, daqueles distribuídos aos usuários da rede básica e da medicação pactuada em planos de assistência farmacêutica, criando comissão técnica, com a participação dos Conselhos Regionais de Medicina, de Farmácia e outros conselhos profissionais, para dar parecer ao judiciário, antes que este se pronuncie em relação aos processos judiciais relativos a medicamentos e insumos não padronizados.
- 31. Ampliar os pólos de dispensação de medicamentos, fornecendo aos usuários os endereços, telefone e horários de funcionamento, por meio de divulgação periódica e esclarecimentos através da mídia.
- 32. Garantir a dispensação de medicamentos após a alta hospitalar para a continuidade de tratamento em todo território nacional.
- 33. Organizar a rede de serviços para acompanhamento dos usuários que fazem uso de medicamentos básicos, garantindo a distribuição regular e ininterrupta dos medicamentos essenciais, órteses e próteses, insumos farmacêuticos e correlatos (materiais de autocontrole e auto-aplicação de medicamentos) de uso contínuo ou prolongado às pessoas com deficiências ou patologias, baseado em protocolos técnicos, sendo a entrega feita pelas secretarias municipais de saúde, diretamente aos usuários cadastrados ou aos seus responsáveis.
- 34. Implantar procedimentos de apoio material para os usuários do SUS que não conseguem manter o tratamento, a exemplo da oxigenioterapia domiciliar, com financiamento nos moldes dos procedimentos da tabela SIA/SUS.

Deliberações relativas à Vigilância em Saúde:

- 35.** Organizar o Sistema de Vigilância em Saúde nas três esferas de governo, através da articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, alimentar e nutricional e, em especial, a vigilância da saúde do trabalhador e em ambientes de trabalho. Valorizar esse sistema com investimentos em recursos humanos, em equipamentos adequados, obedecendo aos princípios da integralidade das ações de saúde, da intersetorialidade e da descentralização, com acompanhamento e avaliação por meio de indicadores, com ênfase no trabalho educacional formando uma rede comprometida com todos os segmentos da sociedade, bem como:
- i. Estabelecendo indicadores sociais e epidemiológicos agregados por região que contemplem a qualidade do atendimento prestado incluindo aspectos da subjetividade do sofrimento humano a fim de propiciar informações para a modificação do modelo de atenção à saúde e aumentar a resolutividade da rede de atenção básica quanto aos transtornos psíquicos;
 - ii. Exigindo que todo grande projeto industrial ou obra de grande porte, ao ser implantado, realize estudos de impacto sobre a saúde do trabalhador e o meio ambiente, garantindo a implementação de medidas de promoção da saúde coletiva e medidas de compensação, incluindo a implantação de serviços de apoio ao trabalhador;
 - iii. Fomentando a realização de ações em saúde que utilizem as concepções de território, de risco e análises de situação de saúde, incluindo além dos moradores e usuários dos serviços, os trabalhadores e os ambientes de trabalho.
- 36.** Estabelecer políticas claras de ações em vigilância sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, com financiamento compatível, que incluam o fomento de estudos e pesquisas na área, com a garantia do pleno exercício das atividades de fiscalização, inspeção, avaliação e educação sanitária e de saúde do trabalhador, para assegurar a qualidade e eficácia dos serviços prestados à população, bem como a garantia de que as ações de vigilância sanitária, incluindo o controle de produtos, serviços, portos, aeroportos e serviço de fronteiras e saúde do trabalhador sejam executadas por profissionais qualificados da área, conforme o disposto na legislação vigente, e de modo articulado com as vigilâncias ambiental e epidemiológica, e serviços de saúde do trabalhador.
- 37.** Realizar fórum de vigilância em saúde, com a participação de trabalhadores e usuários, dos poderes Executivo, Judiciário e Legislativo e do Ministério Público, objetivando definir as prioridades de curto, médio e longo prazo, bem como a adoção de planejamento estratégico.
- 38.** Assegurar que o processo de descentralização e reestruturação da FUNASA seja discutido nas Mesas Nacionais de Negociações (SUS, MS e MP06) garantindo os direitos dos servidores e a transformação da indenização de campo em gratificação por atividade de campo.
- 39.** Estabelecer uma política de combate ao uso indiscriminado de agrotóxicos e produtos que alteram o crescimento e desenvolvimento de animais, bem como seus medicamentos e vacinas, que regule e monitore os efeitos nocivos dos mesmos nos seres humanos e, em especial, nos trabalhadores rurais, estabelecendo a responsabilidade das empresas que os produzem de recolhimento dos recipientes. Essa política deve priorizar ações educativas e preventivas quanto ao uso, à intoxicação e aos efeitos adversos, assim como garantir a atenção à população exposta incluindo atividades regulares da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, definindo indicadores de controle.
- 40.** Garantir que todos os estabelecimentos integrantes do SUS tenham licença de funcionamento, com revalidação periódica, expedida pelo respectivo órgão de vigilância sanitária.
- 41.** Implantar a hemovigilância em todo os serviços de saúde do país, priorizando as unidades hemoterápicas e, em especial, clínicas e hospitais que utilizam sangue e seus componentes.
- 42.** Fortalecer a integração da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ao SUS, conforme determinação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (Convisa), para exercer o seu papel regulador e fiscalizador de forma integrada, dentro do sistema e como parte integrante do SUS, submetido ao controle social.
- 43.** Consolidar e ampliar o Programa Nacional de Imunizações, incluindo:
- i. Vacinação de rotina contra influenza para crianças menores de 5 anos e pessoas com necessidades especiais de qualquer idade quando houver indicação clínica;
 - ii. Vacinação contra rubéola nas mulheres em idade fértil;
 - iii. A garantia de vacina anti-rábica em quantidade suficiente para atender a demanda dos municípios.

Deliberações relativas a ações de média e alta complexidade:

- 44.** O Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e Universidades, deve qualificar os profissionais da rede pública de emergência e garantir a estrutura adequada para a manutenção e transporte dos órgãos para doação, bem como exigir que a rede privada também qualifique seus profissionais, assegurando o transporte adequado pelo SUS.

- 45.** Otimizar o Sistema Nacional de Transplantes, integrando todos os hospitais vinculados ao SUS, em uma campanha permanente de doação de órgãos. (*)

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Acrescentar “Obedecendo a uma lista única de receptores e não o critério de gravidade” após o asterisco (*).

46. Efetivar a política de saúde para urgência e emergência, regulamentada pelas Portarias Ministeriais nº 2.048, de 05/11/2002, nº 1.864, de 29/09/2003, e nº 1.863, de 29/09/2003, garantindo a estruturação de rede de urgência e emergência nos estados e municípios, articulada à rede geral de serviços de saúde, com atendimento da pequena a grande urgência, incluindo os serviços pré-hospitalares. Avaliar os serviços de regulação médica de urgência e emergência em todo o território nacional, com controle social; e oferecer suporte financeiro para os pequenos municípios se integrarem ao sistema de urgência e emergência do SUS.
47. Organizar o sistema de regulação dos atendimentos de urgência e emergência com número de telefone único, auxiliar de regulação médica e médico regulador e funcionamento 24 horas, sete dias da semana, integrando os diferentes níveis de atenção – resgate, central de ambulância, pronto atendimento, UBS, USF e hospital de referência de urgência e emergência psiquiátrica.
48. Redefinir as relações dos hospitais universitários com os gestores, nos âmbitos da atenção, ensino e pesquisa, considerando suas inserções no Sistema Único de Saúde, com controle social através dos conselhos de saúde. Proibir o atendimento diferenciado aos beneficiários de planos de saúde e particulares nas unidades do SUS e hospitais universitários.
49. Exigir o cumprimento da obrigatoriedade de entregar à pessoa o seu relatório de alta hospitalar, elaborado de forma clara, contendo os resultados dos exames realizados e as informações sobre os serviços necessários para sua total recuperação.
50. Estruturar a atenção hospitalar, com mudança da demanda espontânea aos hospitais, na perspectiva de articulação e complementaridade da rede de serviços, adequando os pequenos hospitais aos sistemas locais de saúde e modificando a forma de financiamento.

51. Implantar a designação “rede SUS de atendimento hospitalar” em toda a rede pública do país, eliminando-se as denominações de hospitais municipais, estaduais e federais.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

52. Garantir a integração dos três níveis de atenção nas ações de reabilitação assim como a incorporação nessas ações de equipe multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e médico).
53. Ampliar a rede de hemocentros ('hemorrede') para o atendimento de emergência e ambulatorial hematológico de doentes com anemias hereditárias, hemofilias e outras doenças hemorrágicas e onco-hematológicas. Priorizar e ampliar as campanhas de doação de sangue, realizando-as a partir de estratégias de comunicação e marketing em saúde pública.

Deliberações relativas a questões de gênero:

54. Avançar na implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) no Brasil, garantindo as suas ações tradicionais, propostas em 1983, incorporando a garantia dos direitos reprodutivos e sexuais e considerando especificidades tais como das mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas. Entre outras, devem ser desenvolvidas políticas específicas para os seguintes aspectos:
- i. A atenção ao pré-natal, com incentivo à prática do parto vaginal com acesso à analgesia, garantindo condições de parto cirúrgico quando necessário e referência e contra referência ao parto domiciliar;
 - ii. Garantir a interiorização da atenção ao pré-natal para assegurar o acesso às mulheres residentes na zona rural, inclusive para as mulheres que realizam o parto no domicílio, com parteiras tradicionais, indígenas e quilombolas;
 - iii. O atendimento humanizado, integral e multiprofissional nos programas específicos da saúde da mulher, com especial atenção às portadoras de transtornos mentais e soropositivas;
 - iv. A garantia do programa de aleitamento materno e da criação de Bancos de Leite Humano (BLH) nos Centros de Referência;
 - v. Priorizar o acesso aos bancos de leite das crianças filhas de mães portadoras de HIV e, na inexistência dos mesmos, garantir distribuição do leite modificado;
 - vi. A garantia dos medicamentos da “grade” e os especiais, e o acesso para a realização de sorologia para hepatite, sífilis, HIV e HTLV I e II;
 - vii. A garantia de agendamento da consulta de revisão para a mulher em puerpério, independentemente do parto ter sido realizado no hospital ou no domicílio;
 - viii. A vacinação e avaliação clínica do recém-nato, o agendamento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a coleta de material para o “teste do pezinho” ampliado e o “teste da orelhinha” até o sétimo dia de nascimento;
 - ix. A garantia do transporte para mulheres em tratamento continuado (fisioterapia de mastectomizadas, complicações no aleitamento, vítimas de violência etc.), evitando o abandono ao tratamento;
 - x. A intensificação das ações de vacinação de gestantes com ATT;
 - xi. A garantia do controle da morbimortalidade feminina e materna, apoiando financeiramente a criação de comitês municipais de estudo da mortalidade materna em municípios com até 80.000 habitantes e regionais para municípios com população inferior a 80.000 habitantes, fortalecendo as ações dos comitês estaduais, incluindo a parteira tradicional na investigação do óbito materno, e ampliando o conhecimento dos fatores relacionados à mortalidade materna e da assistência ao parto domiciliar;

- xii. A implementação de políticas e ações para o controle efetivo e a prevenção do câncer do colo uterino e de mama, garantindo laboratórios públicos e de qualidade descentralizados e/ou regionalizados, com entrega rápida dos resultados, garantindo medicamentos e tratamentos eficazes com atendimento de referência e contra-referência para dar suporte às ações de média e alta complexidade.
55. Garantir acesso a atendimento integral às pessoas vítimas de violência sexual, incluindo o acolhimento no protocolo de atendimento, o respeito à integridade física, moral e psíquica das pessoas e a humanização do pronto atendimento, utilizando todo o sistema de saúde, com abordagem multiprofissional e intersetorial.
56. Ampliar e criar novos mecanismos para atendimento das pessoas que procuram o planejamento familiar, levando em consideração as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e do homem, garantindo o fornecimento contínuo dos insumos contraceptivos na rede de serviços e credenciando centros de referência para laqueadura tubária e vasectomia, conforme a Lei 9.626/96, criando um serviço de planejamento natural da família, em algumas unidades dos municípios, com casais voluntários.
57. Garantir e ampliar serviços de apoio diagnóstico e terapêutico na área de atenção à saúde da mulher, incluindo o fornecimento de suplementos alimentares ou outras medidas de proteção social para gestantes e nutrizes em situação de risco nutricional, e a oferta no sistema público de saúde de centros de imagem com serviços de tomografia, ultra-som, mamografia e RX, garantindo no mínimo um ultra-som por gestação. Assegurar a ampliação emergencial da capacidade instalada, inclusive com a capacitação de trabalhadores de saúde, para possibilitar a plena realização de mamografias a toda a população feminina em faixa etária ou situação de risco, conforme recomendado pelo Paism.
58. Realizar avaliação periódica das unidades públicas e privadas, por parte dos órgãos competentes, do cumprimento e da adequação das unidades às normas do Ministério da Saúde no que diz respeito a atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao abortamento.
59. Estruturar o Programa de Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva em todos os níveis de atenção, criando protocolo de atendimento por equipe multiprofissional, garantindo todos os direitos, inclusive os relativos ao planejamento familiar, com acesso aos métodos contraceptivos temporários e definitivos.
60. Desenvolver e implementar políticas específicas para a saúde do homem, implementando ações de prevenção e rastreamento do câncer de próstata, de testículo, pênis e mama, com acesso a exames e encaminhamento aos serviços secundários e terciários e garantindo prótese peniana para pessoas atendidas pelo SUS com indicação médica e diagnóstico de impotência absoluta ou pós-trauma (queimados, acidentados e vítimas de violência, entre outros), com ações educativas sobre a importância da prevenção e para diminuir o preconceito.

Deliberações sobre questões étnicas e raciais:

61. Assegurar e ampliar o acesso da população afro-brasileira aos serviços de saúde, em todas as áreas de abrangência do SUS, incluindo o atendimento aos casos de emergência e de rotina, decorrentes de suas condições específicas de saúde, com a divulgação de informações sobre a localização das unidades públicas e privadas, bem como sobre as normas de funcionamento do Sistema Único de Saúde. Aumentar a eficácia da atenção à saúde, incorporando à prestação dos serviços o conhecimento sobre os múltiplos fatores que intervêm nas condições de saúde da população negra, de modo a permitir que:
- Os espaços tradicionais de matriz africana sejam valorizados como equipamentos de difusão dos saberes e práticas de promoção da saúde da população negra;
 - A elaboração de programas de informação, educação e comunicação, que levem em conta práticas populares de cuidados com a saúde.
62. Garantir a formulação e a implementação de políticas públicas para a atenção aos portadores de anemia falciforme e hemoglobinopatias, com ênfase no atendimento de crianças, que inclua a garantia de recursos financeiros adequados, o desenvolvimento de ações integrais englobando o diagnóstico precoce, a ampliação do serviço de hematologia na rede ambulatorial, o acompanhamento contínuo e regionalizado e a atenção tanto a familiares quanto aos portadores, por meio de aconselhamento genético, com a qualificação dos profissionais da saúde para a atenção apropriada, bem como para o registro adequado das ocorrências e óbitos por anemia falciforme.
63. Que o Ministério da Saúde assuma a execução direta das ações e serviços de atenção à saúde indígena, mediante a realização de concurso público específico e lotação de recursos humanos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com possibilidade de parcerias com organizações indígenas, assegurando assessorias técnicas especiais, atuando de forma integrada ao SUS e articulada com os órgãos responsáveis pela política indigenista do país, garantindo atenção de qualidade, específica e diferenciada de acordo com a realidade de cada povo indígena, proibindo qualquer forma de privatização no serviço público, inclusive por meio de Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP).
64. Criar uma comissão multidisciplinar de assessoria técnica em vigilância em saúde, ciências humanas e áreas afins para os distritos sanitários indígenas, com participação da comunidade indígena. Implantar e manter nas bases dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, equipes multiprofissionais, com apoio de transporte adequado para as ações de emergências nas aldeias indígenas e nos locais de difícil acesso.

Deliberações relativas à atenção nos diversos ciclos de vida:

65. Garantir atenção integral para a população em todos os ciclos de vida: criança, adolescentes, adultos e idosos. Oferecer atendimento de boa qualidade e humanizado, de acordo com as unidades de saúde, dos indivíduos, de sua família e das equipes sociais.

66. Instituir a obrigatoriedade do exame do grupo sanguíneo (fator Rh) no nascimento da criança, com registro no cartão de identificação na maternidade, no Registro de Nascimento e nos demais documentos pessoais. Para a população adulta garantir a inclusão do grupo sanguíneo na carteira de identidade (RG).
67. Assegurar a implementação de políticas específicas de atenção integral à saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, que priorizem ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, articuladas intersetorialmente, com equipe multiprofissional, inter e transdisciplinar, garantindo a verdadeira inclusão destes nos serviços, ressaltando a importância de inclusão das pessoas com necessidades especiais nas escolas regulares e da garantia de acesso das crianças e adolescentes moradores da zona rural aos serviços de saúde. Incentivar a criação dos "Comitês Defesa da Vida" em todos os municípios, visando a redução dos índices de mortalidade infantil e, conseqüentemente, a melhoria de vida da criança e da mulher. Garantir atendimento multidisciplinar para os adolescentes, com treinamento específico dos trabalhadores de saúde para esse fim, nos serviços ambulatoriais e hospitalares, inclusive destinando leitos específicos para os adolescentes nos hospitais e nas emergências de médio e grande porte.
68. Tornar obrigatória a notificação de carências nutricionais de crianças até 10 anos e a obesidade em crianças menores de 5 anos.
69. Assegurar às crianças e adolescentes que apresentam neoplasias, anemias falciformes, hemoglobinopatias, distúrbios nutricionais e doenças relacionadas à alimentação e outras o encaminhamento para exames especializados e tratamentos necessários na rede de serviços próprios ou vinculados ao SUS.
70. Garantir que as crianças internadas e egressas de unidades de cuidados intensivos neonatais (UTI ou UI) tenham o acompanhamento de equipe multiprofissional, inter e transdisciplinar, reduzindo e controlando as complicações próprias dessas crianças, diagnosticando, tratando e fornecendo medicamentos e materiais necessários aos seus cuidados.
71. Atender aos dez passos da iniciativa "Hospital Amigo da Criança (HAC) e as Unidades Básicas Amigas da Amamentação (Ubam)" e implantar hospital Materno Infantil nos municípios que ainda não têm.
72. Fazer cumprir a Lei 8.842 e o Estatuto do Idoso, no que se refere à atenção integral à saúde do idoso, incluindo a regulamentação do programa e a estruturação da rede estadual de atenção à saúde do idoso, conforme as Portarias nº 702 e nº 703/2002 do Ministério da Saúde, com a criação de mecanismos para implantação e/ou implementação do programa desde o município, a garantia de financiamento para a atenção ao idoso nas modalidades de centro-dia, hospital-dia e centros de convivência, a garantia do fornecimento de medicamentos de uso contínuo, a oferta e gratuidade de vacinas para terceira idade, a garantia do atendimento oftalmológico de urgência e de doenças crônico-degenerativas e a prevenção em DST/AIDS, garantindo a incorporação de equipe multiprofissional (fisioterapia, terapeuta ocupacional, médico geriatra, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social e enfermeiro).
73. Implementar o programa especial de atenção ao climatério, com equipe multidisciplinar, incluindo ações educativas e de reflexão sobre saúde e sexualidade na terceira idade.
74. Promover o cadastramento e a fiscalização das instituições de longa permanência, de forma que elas garantam condições dignas e humanizadas de atendimento ao idoso, valorizando a sua integração social.
75. Implantar e/ou efetivar programas de Cuidados Paliativos em todas as unidades de saúde, destinados a usuários que estejam em fase fora de possibilidades terapêuticas ("fase terminal"), incluindo atendimento domiciliar.

Deliberações relativas à Saúde Mental:

76. Efetivar os princípios da reforma psiquiátrica, com a implementação de uma política de saúde mental que garanta a aplicação da legislação nacional de saúde mental e das portarias ministeriais que determinam a criação de uma rede de cuidados (Caps I/II/III, Caps Álcool e Drogas, Caps Infância e Adolescência, serviço de urgência e emergência 24h, unidade de saúde mental em hospitais gerais, serviços de residência terapêuticos, entre outros dispositivos), baseada no território, no controle social com a participação da população (usuários, familiares, trabalhadores e gestores) de acordo com a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, dentro dos princípios do SUS, e o acesso aos medicamentos psicotrópicos de uso contínuo nos grupos de saúde e nos Caps:
 - i. Promovendo a incorporação do atendimento de saúde mental na atenção básica, com educação permanente e continuada dos profissionais que prestam o atendimento e com encaminhamento adequado dos que estão em tratamento nos serviços de saúde mental, mediante relatório completo;
 - ii. Garantindo a implantação de Caps em municípios com a população igual ou maior a 40 mil habitantes, viabilizando recursos para o seu funcionamento;
 - iii. Aprofundando a integração entre os profissionais da saúde mental com os demais, de modo a ampliar o acompanhamento conjunto dos usuários, através de atendimentos domiciliares, grupos nas unidades e ativação de outros serviços;
 - iv. Garantindo que os usuários internados em serviços de pronto atendimento por tentativa de suicídio, tenham uma efetiva assistência imediata por equipe multiprofissional, biopsicossocial e o encaminhamento para receber atenção psicossocial contínua;
 - v. Solicitando que os Caps atendam aos familiares de pessoas vítimas de violência, visando criar argumento contra os que atacam os Direitos Humanos, dizendo que eles cuidam do bandido, mas não atendem aos familiares das vítimas.
77. Implementar e garantir a atenção integral e humanizada para todas as pessoas com transtorno mental, com dependência química ou que façam uso abusivo/nocivo de substâncias psicoativas, em todos os níveis de complexidade, incluindo ações de prevenção a partir da análise de suas condições sociais, abrangendo também as famílias.
78. Implantar na rede pública de saúde, programas de prevenção de dependência química e de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos.

- 79.** Mapear as necessidades e prioridades de saúde mental da população nos estados, de acordo com as realidades e peculiaridades regionais, por meio de critérios epidemiológicos e sociais devidamente aprovados pelos conselhos de saúde, para que a oferta de serviços, a qualidade e a resolutividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde traduzam as necessidades municipais.
- 80.** Garantir a adequação do financiamento para a implementação da rede substitutiva em saúde mental nos municípios, garantindo-se o não fechamento de leitos psiquiátricos sem que sejam criados os sistemas alternativos, assim como, no caso de desativação dos leitos, esses recursos devem ser mantidos para a atenção à saúde mental, garantindo-se:
- A ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, quando necessário;
 - Que os recursos utilizados com AIH em hospitais psiquiátricos sejam remanejados para a rede ambulatorial de saúde mental e que os recursos oriundos do fechamento dos hospitais psiquiátricos sejam mantidos na rede substitutiva de atenção à saúde mental.

Deliberações relativas à saúde bucal, visual e auditiva:

- 81.** Ampliar e assegurar o acesso às ações integrais de saúde bucal em todo o SUS, estendendo-a a todas as faixas etárias, segundo a recomendação da OMS, incluindo:
- Atendimento básico, prótese, endodontia, tratamentos correlatos de reabilitação, atenção a pessoas com necessidades especiais, e outras as especialidades;
 - Promoção e prevenção à saúde bucal em todas as faixas etárias mediante a orientação para a escovação e para limpeza da cavidade bucal dos recém-nascidos após a mamada;
 - A ênfase para as crianças e outros grupos de maior risco;
 - A distribuição trimestral gratuita de escova e creme dental fluoretado em todas as escolas públicas desde a creche até a oitava série do ensino fundamental;
 - As equipes de saúde bucal, que devem incluir um dentista, um técnico em higiene dental (THD) e um atendente de consultório dentário (ACD), com trabalho em tempo integral, com isonomia salarial, em conformidade com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUS) e realização de concurso público para seleção e contratação dos profissionais;
 - A garantia de fornecimento trimestral de kits de higiene bucal para o desenvolvimento de atividades educativas nos municípios;
 - A exigência de “escovatórios” próximos aos refeitórios das creches, das escolas de ensino fundamental e nas unidades básicas;
 - O fornecimento de orientação alimentar nas creches e escolas, com vistas a uma merenda mais saudável e menos cariogênica, com recomendação do consumo de alimentos prescritos por nutricionistas e prevenção de doces e refrigerantes nas cantinas escolares;
 - A formação de agentes promotores de saúde bucal e educação nutricional nos currículos das 7ª e 8ª séries das escolas de ensino fundamental para garantir os programas de promoção e prevenção de saúde bucal das crianças na faixa etária entre 2 e 14 anos;
 - A garantia de aumento do volume de recursos destinados a essas ações e o incentivo financeiro em todas as esferas de governo destinado às equipes de saúde bucal;
 - O incentivo à implantação de referência de especialidades definindo no plano Diretor Regional as responsabilidades dos gestores que o integram.
- 82.** Garantir a atenção à saúde visual e auditiva, nos três níveis de atenção, principalmente para crianças (do nascimento à idade escolar), considerando-se que esses dois sentidos são essenciais para o desenvolvimento humano, com incorporação de equipe multiprofissional (terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e médicos) e determinando a obrigatoriedade da triagem auditiva e visual neonatal na rede pública e conveniada, com garantia de apoio diagnóstico, fornecimento de próteses auditivas e óculos, quando necessário, e reabilitação.

Deliberações relativas à Saúde do Trabalhador:

- 83.** Estabelecer políticas de saúde para prevenção e atenção de doenças ocupacionais, doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho, que garantam a comunicação dos acidentes ocorridos, bem como o cumprimento dos direitos à saúde do trabalhador que implicam na expedição correta de laudos e atestados de saúde, conforme legislação vigente. Implantar ações de prevenção e reabilitação da voz, bem como avaliação auditiva por emissões otoacústicas, para os trabalhadores submetidos a riscos químicos ou físicos que afetem esses sistemas. Desenvolver políticas específicas direcionadas aos grupos vulneráveis, assegurando a sua participação nas distintas representações em nível municipal, estadual e federal, com os recursos humanos: financeiros e materiais para a implantação de Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (Cerest) nos municípios, incorporando informações específicas aos sistemas existentes no SUS.
- 84.** Realizar campanhas de prevenção ao câncer de pele para trabalhadores rurais, principalmente nas áreas onde os efeitos do sol são potencializados pelo uso de agrotóxicos, com implantação de ações e campanhas educativas sobre riscos do uso indiscriminado de agrotóxicos nos alimentos, principalmente nas frutas e verduras, esclarecimento sobre os cuidados necessários no seu preparo, higienização e armazenamento com distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI) e de protetor solar produzidos pelo governo, e/ou cobrando do produtor/empregador o fornecimento de EPI e garantindo que os órgãos competentes realizem a fiscalização do uso.

85. Apoiar a aprovação do projeto de lei que regulamenta as ações e serviços da Saúde do Trabalhador no SUS (PL nº 1.011/2003).

Deliberações relativas à atenção aos portadores de deficiência e de doenças específicas:

86. Garantir o cumprimento da política nacional de saúde para pessoas com deficiência, viabilizando a atenção integral à saúde, a reabilitação e a inclusão social. O Estado deve assumir a responsabilidade de organizar e articular uma rede de atenção que leve em consideração que o processo de recuperação inicia no momento da primeira assistência após o agravo e tem como objetivo a integração ou reintegração social da pessoa com deficiência. As ações a serem implementadas devem incluir a garantia da acessibilidade das pessoas com deficiência e idosos a todos os serviços de saúde, eliminando-se as barreiras arquitetônicas e viabilizando adaptações e adequações de acordo com o que determinam as normas da ABNT, o acesso descentralizado às ações e serviços em todos os níveis de complexidade, com a criação de serviços de dispensação dos insumos (órgãos, cadeiras de rodas, próteses, bolsas coletoras para ostomizados, colostomizados e para pessoas com incontinência urinária, luvas, sondas, coletores medicamentos e qualquer outro que se faça necessário), com prestação da atenção por equipe multiprofissional especializada no atendimento de pessoas com deficiência, que atuará respondendo pareceres e/ou por meio de intervenções técnicas, capacitando em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) os profissionais da área de atendimento ao público, para a comunicação com as pessoas com deficiência auditiva.

87. Implantar política pública de saúde para pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais, incluindo a estratégia de reabilitação baseada na comunidade (RBC) e a inclusão de psicomotricistas como alternativas de reabilitação.

88. Garantir aos usuários do SUS, como responsabilidade dos órgãos governamentais, o transporte gratuito e local para a hospedagem, se necessário, para todas as pessoas com deficiência física, sensorial, mental, múltiplas, doenças crônicas e imunológicas e também para um acompanhante, para tratamento de saúde no seu município, em outros municípios e, quando necessário, em outros estados.

Destaque:

a) Manutenção do texto original.

b) Supressão total da proposta.

89. Fazer cumprir a Portaria nº 863/2002 do Ministério da Saúde, garantindo aos portadores de hepatites virais crônicas, HIV/AIDS, câncer de colo de útero, mama e próstata e portadores do HTLV I e II o acesso aos exames de biologia molecular para diagnóstico e monitoramento do tratamento.

90. Dar maior atenção à problemática da hanseníase (diagnóstico, controle e tratamento), capacitando os profissionais, descentralizando o diagnóstico e o tratamento em toda a rede de atenção básica de saúde, garantindo integralmente a distribuição dos medicamentos e proporcionando informação permanente à população por meio dos veículos de comunicação, empreendendo ações específicas de controle da hanseníase em grupos vulneráveis, como por exemplo, presídios, quilombos e populações ribeirinhas, visando à eliminação da doença, estruturando serviços e garantindo àqueles com complicações da doença ou pós-cura os medicamentos para tratamento das reações da hanseníase, fisioterapia, oftalmologia, terapia ocupacional, acompanhamento odontológico e cirurgia.

91. Garantir atenção integral aos portadores do vírus da AIDS, desenvolvendo ações de prevenção e recuperação. Ampliar investimentos para a implementação do programa de prevenção e assistência às DST/HIV/Aids, HTLV I e II e hepatites virais, e o planejamento familiar na atenção básica, inclusive nas políticas de regionalização, para a criação de serviços municipais de coleta para o teste sorológico de HIV, com o devido aconselhamento pré e pós teste anti-HIV e para as hepatites virais, com maior agilidade nos exames CD4, CD8 e carga viral que permitem avaliar melhor a inclusão ou retirada de medicamentos garantindo no pré-natal a realização do teste para todas as gestantes, com medicação profilática para parturientes e crianças quando resultar HIV positivo, garantindo medicamentos e seu uso racional, para o aumento do número de preservativos distribuídos regularmente aos portadores de DST/Aids (inclusive no programa de saúde mental), e conscientizando os parceiros sexuais e familiares, garantindo a execução de políticas específicas de atenção integral à saúde das crianças e adolescentes que vivem com HIV/Aids.

Deliberações relativas à alimentação e nutrição:

92. Implementar no SUS, com recursos específicos, a atenção nutricional, considerando a importância da nutrição e da alimentação na promoção e na recuperação da saúde, no controle da obesidade e de outras disfunções alimentares. Garantir, em todo o território nacional, legislação sobre a obrigatoriedade da rotulagem das hortaliças e demais alimentos – a qual já se encontra em vigor em alguns estados e/ou municípios –, com informações sobre origem, tipo de defensores agrícolas utilizados e data de colheita. Garantir às crianças com doença celíaca merenda escolar adequada a sua patologia, isto é, sem glúten, bem como aos trabalhadores e estudantes nessa condição, bem como campanhas de esclarecimento sobre essa doença.

93. Estabelecer parcerias entre governo e entidades para que sejam realizadas oficinas sobre alimentação saudável e enriquecida. Que seja produzida a multimistura e que as unidades básicas de saúde (UBS) saibam orientar e distribuí-la às crianças, adolescentes, gestantes, idosos e também para as entidades que trabalham com portadores e casos de imunodeficiências e/ou subnutrição, respeitando diversidades religiosas, culturais e étnicas, como estratégia de prevenção e recuperação mais rápida das pessoas com déficits de peso e nutricionais.

94. Garantir a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação na rede de serviços do SUS.

Deliberações relativas à saúde ambiental:

95. Adotar, como diretriz da política de saúde de controle e prevenção de vetores, a universalização dos serviços de abastecimento de água, coleta de esgoto sanitário e de resíduos sólidos, permitindo melhorias sanitárias domiciliares, com adequada cobertura geográfica, assegurando a qualidade e eficiência adequadas aos segmentos da população e ao controle dos agravos, em particular os transmitidos por vetores, sem onerar os recursos orçamentários destinados à saúde.

96. Estabelecer nas diretrizes da política de saúde por meio de instrumento legal, respeitando a Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde, que os serviços de saneamento ambiental possam ser prestados também por intermédio de entidade pública de administração direta ou indireta, empresa pública ou de economia mista, ou através de regime de concessão, respeitada a legislação em vigor. Esses serviços devem dispor de metas de expansão, uso racional, combate à poluição dos recursos hídricos e padrões de qualidade e quantidade. A estrutura tarifária deverá garantir a sustentabilidade e a eficiência dos serviços e assegurar tarifas diferenciadas para a população de baixa renda.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

97. Realizar levantamentos sobre aumento de câncer e outras doenças em moradores que se localizam em um raio de 400 metros de distância das torres de celulares e similares.

98. Elaborar programas de saúde ambiental auto-sustentáveis e de saúde do trabalhador, inclusive para trabalhadores rurais, áreas indígenas e as remanescentes de quilombos.

Deliberações relativas à relação entre o SUS e os serviços privados:

99. Estabelecer um processo de avaliação periódica dos serviços de saúde prestados pelas unidades filantrópicas e unidades conveniadas com o SUS, visando à elevação da qualidade dos serviços prestados à população, com emissão de parecer sobre a continuidade do convênio e prestação de contas trimestral. Garantir a manutenção do funcionamento de conselhos gestores destas unidades e exigir a prestação trimestral de contas dos convênios nos Conselhos de Saúde.

100. Utilizar os equipamentos adquiridos com recursos públicos exclusivamente para atendimento aos usuários do SUS, criando mecanismos de fiscalização para evitar o uso inadequado dos equipamentos e veículos adquiridos dessa forma.

101. Impedir o financiamento de Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) com recursos da saúde.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Substituir o texto original por “Estabelecer critérios específicos para o financiamento de Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) com recursos da saúde, garantindo o controle social e realização de avaliações regulares nos respectivos Conselhos de Saúde.”

102. Proibir qualquer forma de privatização e terceirização de hospitais e serviços públicos de saúde, inclusive através de Organizações Sociais (OS) e OSCIP.

103. Garantir o cumprimento da legislação em vigor, em relação ao caráter complementar das filantrópicas e privadas conveniadas ao SUS, exigindo que as entidades filantrópicas destinem (*)

Destaque:

- a) Acrescentar “no mínimo, 60% de serviços de saúde para o SUS” depois do asterisco (*).
- b) Acrescentar “no mínimo, 80% de serviços de saúde para o SUS” depois do asterisco (*).
- c) Acrescentar “100% de seus serviços para o SUS” depois do asterisco (*).
- d) Supressão total da proposta.

104. Os contratos e credenciamento dos sindicatos para atenção à saúde do trabalhador, serviços que atendem apenas aos sindicalizados e, portanto, não são universais e são duplamente financiados (contribuição sindical e SUS), devem ser (*)

Destaque:

- a) Acrescentar “revisitos e aprimorados para atender toda a população com as verbas do SUS” após o asterisco (*).
- b) Acrescentar “eliminados” após o asterisco (*).
- c) Supressão total da proposta.

Deliberações relativas à Saúde Suplementar:

- 105.** Divulgação imediata e regular pela ANS dos dados referentes ao número de beneficiários de planos e seguros de saúde por município e estado com o objetivo de subsidiar os gestores na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.
- 106.** Proibir o atendimento diferenciado aos beneficiários de planos de saúde e particulares nas unidades do SUS e hospitais universitários.
- 107.** Proibir a propaganda e a comercialização de planos de saúde privados dentro de qualquer órgão público vinculado ao SUS, assim como nos eventos promovidos pelo SUS.

Introdução

O controle social da Política de Saúde do SUS é um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição. O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços.

O município é o espaço para a construção de uma rede de participação social de grande capilaridade, entrelaçando as diferentes instâncias de gestão em saúde, articulada ao conjunto das outras esferas.

Os Conselhos de Saúde têm avançado significativamente no processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, mas enfrentam ainda obstáculos importantes, entre os quais: o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições de infra-estrutura e operacionais; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados.

É preciso qualificar o controle social do SUS envolve o fortalecimento e a estruturação de uma rede de conselhos de Saúde, bem como uma ação sinérgica e inclusiva que incorpore os movimentos sociais organizados.

Além disto, se faz necessária a criação de mecanismos eficientes de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do SUS, permitindo uma maior publicidade e transparência das prestações de contas e dos relatórios de gestão. Todos estes fatores contribuem para a qualificação da administração pública, ampliando o seu comprometimento com a participação popular e a gestão participativa.

Outro componente estratégico da gestão participativa é a criação em cada instituição do SUS de processos de ampliação da participação dos profissionais e funcionários na gestão, gerando ambientes solidários e novas possibilidades de vínculos dos trabalhadores com as instituições.

Deliberações sobre questões gerais do Controle Social:

1. Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação dos cidadãos nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do “SUS que queremos”:
 - i. Fortalecendo os Conselhos de Saúde e as respectivas representações nas três esferas de governo;
 - ii. Criando outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, possibilitando a participação popular nas discussões e resoluções dos seus problemas;
 - iii. Ampliando o debate sobre o SUS e o controle social com a participação da sociedade, imprensa, poderes Legislativo, Executivo, Ministério Público, Controladoria Geral da União e Tribunais de Contas da União, Estados e Municípios;
 - iv. Incentivando a implantação do orçamento participativo nas três esferas de governo;
 - v. Criando e fortalecendo mecanismos de interlocução entre Conselhos e ouvidorias para monitoramento da qualidade em saúde;
 - vi. Promovendo a educação popular e em saúde, divulgando os direitos, capacitando lideranças, baseando-se nos princípios fundamentais de cidadania, humanização e direitos relacionados com aspectos de gênero, orientação sexual, identidade sexual, etnia, raça e outros e informando sobre o SUS, Conselhos de Saúde, conselhos gestores e Conferências como instâncias do controle social do SUS;
 - vii. Capacitando lideranças e conselheiros nos Pólos de Educação Permanente, em parceria com universidades, entidades de classe e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação em Saúde (ANEPS);
 - viii. Criando um espaço para discussão com usuários, divulgando a agenda dos Conselhos, os serviços prestados pelo SUS bem como as reais necessidades dos usuários.
2. Garantir o fortalecimento do Controle Social na formulação, regulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas equitativas para a criança, adolescente, mulher, idoso, trabalhador, orientação sexual, pessoas com deficiências, pessoas com patologias, população negra, população indígena, nas três esferas do governo, bem como da população carcerária.
3. Estimular a organização da sociedade para o exercício do efetivo Controle Social na saúde, fomentando a organização da juventude para a importância desse controle e incluindo o tema SUS nas atividades escolares.
4. Incentivar a formação e estruturação dos Conselhos Locais de Saúde, apoiar e dinamizar suas ações, viabilizando a participação dos conselheiros locais em Conferências, fóruns de saúde e outros eventos semelhantes.
5. Promover ampla mobilização para acompanhar as votações e decisões, nos poderes legislativo e judiciário, de matérias relacionadas à saúde, nas três esferas de governo.
6. Promover mobilização contra a Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) nº 2.999, impetrada pela governadora do Estado do Rio de Janeiro contra a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes acerca da Emenda Constitucional 29.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

7. Organizar reuniões e seminários, aproveitando os espaços existentes nas comunidades (escolas, igrejas, centros comunitários, comunidades indígenas e de quilombolas e de templos religiosos), com o objetivo de discutir saúde e informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres.
8. Aprovar e executar medidas que assegurem a atenção integral, incluindo o usuário do setor rural e áreas indígenas, com controle social, mesmo nos municípios que ainda não possuem equipes de saúde com composição ampliada.
9. Definir, por Lei, a tramitação prioritária no Poder Judiciário, das ações que versem sobre o direito à saúde, inclusive as propostas pelo Ministério Público.
10. Estabelecer que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite não assumam as competências dos Conselhos de Saúde, em seu caráter deliberativo, enfraquecendo o controle social.
11. Garantir a participação de representantes dos movimentos sociais, entidades da sociedade civil, e conselheiros de saúde na instituição de comitês de estudo e prevenção de mortalidade materna, em todos os estados e municípios e nos comitês regionais reunindo municípios menores.

12. Propor ao Ministério da Saúde, por iniciativa do Conselho Nacional de Saúde, a criação de uma Secretaria Nacional do Índio, com participação de dirigentes indígenas.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

13. Implantar câmaras técnicas com a participação de gestores e Conselhos de Saúde, objetivando prestar assessoria ao Ministério Público e Juízes na pactuação de condutas, na construção de protocolo mínimo para racionalização da utilização dos serviços e realizar seminários e sensibilização dos profissionais envolvidos.
14. Implementar uma política de informação e comunicação sob a responsabilidade dos conselhos e dos gestores de saúde das três esferas de governo, com garantia de dotação orçamentária, usando diversos meios de comunicação, para informar a população sobre o seu papel e importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS, sua composição e cronograma de reuniões, divulgando informações sobre as realizações, deliberações, e sobre os princípios e diretrizes do SUS, criando um símbolo que identifique o controle social que deverá estar presente em todos os serviços do SUS e uma logomarca nacional do SUS, através de um concurso nacional, com a participação dos Conselhos de Saúde.
15. Promover a articulação, nas três esferas de governo, entre os Conselhos de Saúde e demais conselhos de políticas públicas, particularmente da área social, incluindo os movimentos sociais, com vistas à elaboração de uma agenda intersetorial pactuada que oriente ações conjuntas para a promoção do Controle Social, estabelecendo estratégias e mecanismos – tais como fórum intersetorial de debates, palestras, seminários e encontros – que viabilizem a interlocução continuada entre os diversos conselhos, viabilizando também:
 - i. Estratégias e mecanismos legais para criação de Conferências Intersetoriais Estaduais, não apenas nos grandes centros urbanos, de forma a gerar recursos para estas cidades;
 - ii. Estímulos aos Conselhos de Saúde para a participação de entidades de moradores e ONG na divulgação de serviços de saúde esclarecendo a população quanto a atenção básica de saúde, assim como acerca do Controle Social e da gestão participativa;
 - iii. Estímulo à criação de fórum de patologias, por intermédio dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, visando o fortalecimento do segmento de usuários.
16. Melhorar a interlocução entre os Conselhos Nacionais de Saúde e de Previdência Social, bem como entre os gestores das duas áreas, com vistas a ampliar a discussão sobre direito previdenciário, assistência social, trabalho e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Deliberações relativas aos Conselhos de Saúde:

17. Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde com dotação orçamentária e estimular a criação dos Conselhos Locais de Saúde, por meio de seminários e palestras, com orientação, educação e capacitação dos conselheiros, usuários e gestores, dentro dos Conselhos, apoiados pelas Secretarias Municipais de Saúde, assegurando autonomia estrutural, eleições democráticas das entidades representativas dos segmentos, a paridade conforme a Resolução CNS nº 33/92, bem como eleições de todos os membros das mesas diretoras.
18. Garantir que os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, tenham a sua composição de acordo com a Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, anulando a Resolução nº 36 do CNS que recomenda a inclusão das entidades de empresários no segmento de usuários, garantindo a representação dos empresários no segmento dos prestadores de serviços e:
 - i. propiciando a participação de diferentes etnias e minorias de forma que, nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, a composição da representação de usuários eleita pelos movimentos sociais organizados respeite as especificidades raciais, étnicas, religiosas e demográficas do município e da região;
 - ii. impedindo a participação de conselheiros cônjuges e consanguíneos e afins dos gestores até segundo grau;
 - iii. vedando a participação, como representantes de usuários, de pessoas com vínculos com o executivo correspondente (cargo comissionado, função gratificada ou prestador de serviços);
 - iv. estimulando a participação, como convidado e parceiro, de representante do Ministério Público;
 - v. responsabilizando legalmente quem violar, com indicações indevidas, a representação dos usuários no controle social.

19. Estabelecer, por intermédio do Conselho Nacional de Saúde, que a presidência ou coordenação dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, não seja obrigatoriamente ocupada pelo gestor, sendo que os presidentes dos conselhos devem ser eleitos entre os membros do plenário dos conselhos, por meio de voto direto e secreto.
20. Democratizar o funcionamento dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, implementando coordenações colegiadas ou mesa diretora eleita, realizando reuniões descentralizadas e ou assembleias populares fora de suas sedes, realizando reuniões de planejamento e avaliação dos trabalhos para atingir objetivos estratégicos da política de saúde, garantindo padronização nacional da prestação de contas para maior eficácia na prática do controle social.
21. Garantir a eleição dos conselheiros de saúde, nas três esferas de governo, em assembleias específicas realizadas a cada dois anos para este fim, e que os mandatos não coincidam com a eleição ou fim de mandato dos gestores das três esferas de governo, não podendo a mesma pessoa representar a mesma entidade por mais de dois mandatos consecutivos.

22. Conferir o estatuto de pessoa jurídica aos Conselhos de Saúde, integrante do cadastro de contribuintes com número de CNPJ.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

23. Criar um sistema nacional de monitoramento, acompanhamento e avaliação permanente do Controle Social no país, que inclua a realização de cadastros, estudos, levantamentos e auditorias, bem como:

- i. realizando, sob a responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma avaliação da situação dos Conselhos de Saúde em todos os estados e municípios para identificar problemas e corrigir distorções;
- ii. com ampla divulgação e acesso público às informações para Conselhos e Conselheiros de Saúde, via internet, na imprensa oficial local (Diário Oficial das três esferas de governo) e por outros meios de comunicação, nas três esferas de governo.

24. Definir como principais atribuições dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo:

- i. deliberar e analisar informações sobre os serviços de saúde e sobre o funcionamento de sistemas de vigilância em saúde;
- ii. deliberar e analisar relatórios mensais produzidos pelas ouvidorias e sistemas de controle e avaliação governamentais;
- iii. deliberar e analisar planos de aplicação e prestações de contas da totalidade dos recursos financeiros destinados à atenção à saúde;
- iv. discutir e deliberar sobre os critérios de alocação de recursos para custeio e investimentos, no âmbito da atenção básica, média e alta complexidade, em sua respectiva esfera de governo;

- v. discutir e deliberar sobre os critérios para a contratação dos serviços da rede privada, contratada e conveniada, sobre a assinatura desses contratos, sobre revisão dos valores do SIA e das AIH;

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Suprimir "deliberar sobre a assinatura desses contratos".

- vi. discutir e deliberar sobre processos de captação de recursos financeiros para o SUS, seja de âmbito nacional ou internacional;
- vii. assegurar a participação dos Conselhos de Saúde no processo de elaboração do projeto de Lei Orçamentária Anual (LOA), garantindo que as propostas que irão compor o projeto de Lei Orçamentária Anual (LOA) sejam discutidas e alteradas, quando necessário, pelos Conselhos de Saúde;
- viii. acompanhar a tramitação de propostas de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e de Lei Orçamentária Anual (LOA), enfocando a área da saúde;
- ix. analisar e garantir a implementação dos contratos e convênios com as instituições de ensino médio e superior, preferencialmente públicas, especialmente no que se refere a formação, qualificação e capacitação dos conselheiros, sob a ótica da educação permanente;
- x. acompanhar, avaliar e deliberar sobre a implementação da estratégia Saúde da Família, particularmente no que tange ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf);
- xi. analisar e avaliar a implementação das políticas de proteção à saúde do trabalhador, criando, nas três esferas de governo, Comissões de Saúde do Trabalhador (CST) nos locais de trabalho;
- xii. analisar e avaliar a implementação das políticas de proteção à saúde da população, com oferta de ações de saúde para grupos específicos, considerando raça, geração, etnia, trabalho, orientação sexual e outras demandas;
- xiii. analisar, avaliar e deliberar sobre a contratação de trabalhadores de saúde e a destinação de verbas para garantir sua capacitação igualitária, com análise de resultados;
- xiv. propor, analisar e aprovar programas para o efetivo trabalho dos Conselheiros em todas as esferas de Governo;
- xv. instituir uma identificação, em nível nacional, para os conselheiros de saúde;
- xvi. autorizar a abertura de novas escolas médicas;
- xvii. acompanhar a implementação das mesas permanentes de negociação e periodicamente os seus resultados.

25. Garantir infra-estrutura física, administrativa e financeira aos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, incluindo os conselhos dos distritos sanitários especiais indígenas (DSEI), criando bibliotecas públicas nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, com acervo específico sobre questões relativas à saúde e ao Controle Social. Deve ser responsabilizada do gestor a disponibilidade de sede (funcionários, computadores, telefone, material de consumo), secretaria executiva e assessoria nas áreas de comunicação social, direito, contabilidade e de atenção à saúde. Também deve ser assegurada aos Conselhos autonomia de execução financeira por meio de dotação orçamentária própria e específica, com percentual definido pelo próprio Conselho. Devem ser previstas medidas para punir judicialmente o gestor caso não forneça a infra-estrutura.
26. Realizar a informatização dos conselhos de saúde, com compra de computadores pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, sem que isto isente o município de propiciar a infra-estrutura.
27. Assegurar o livre exercício do mandato de conselheiro, incluindo suporte jurídico, quando necessário. Fortalecer a função de conselheiro, garantindo a sua proteção legal contra assédio moral e político e para fins de estabilidade no emprego durante o mandato e igual período subsequente, com emissão de carteira de identificação para facilitar a fiscalização e o controle de todas as instâncias e órgãos do SUS, reconhecendo e dignificando o seu trabalho, estimulando a imparcialidade partidária dos conselheiros, para garantia do controle social e da gestão participativa.
28. Realizar pelo próprio Conselho de Saúde a oficialização da nomeação de conselheiros quando, após 30 dias do recebimento das indicações, o gestor não tiver realizado a publicação
29. Propor, por intermédio do Conselho Nacional de Saúde, recomendação que proteja os conselheiros:
- que denunciem os gestores;
 - garantindo dispensa de ponto nas sessões plenárias do Conselho e nas demais atividades do conselheiro representando oficialmente o conselho, para todo trabalhador dos quatro segmentos que exerça representação nos conselhos;

iii. criando um fundo de proteção aos conselheiros que lhes assegure cobertura em caso de acidentes debilitantes ou fatais, quando no exercício de suas funções;

Destaque:

- Manutenção do item “iii”, com texto original.
- Supressão total do item “iii”.

iv. garantindo o pagamento de toda a despesa do conselheiro, inclusive telefônica, quando a serviço do Conselho.

35. Propor ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) o estabelecimento de recomendação para escolha da direção das unidades de saúde, a partir de critérios a serem definidos nas três esferas de governo, determinando que sejam trabalhadores da área da saúde com curso superior.

Destaque:

- Manutenção do texto original;
- Suprimir “determinando que sejam trabalhadores da área de saúde com curso superior”;
- Supressão total da proposta.

36. Os conselhos devem promover permanente articulação com o Ministério Público nas três esferas de governo, provocando-o por meio de representação para o exercício de suas funções constitucionais em relação ao:
- cumprimento das determinações da EC 29;
 - acesso, quantidade e qualidade do atendimento oferecido pelo SUS;
 - cumprimento por parte dos gestores da determinação de obrigatoriedade de apresentação pública de planos de aplicação e prestação de contas;
 - divulgação de informações referentes aos serviços oferecidos e aos recursos financeiros do SUS.
37. Dar publicidade ao Ministério Público e ao Poder Judiciário dos protocolos clínicos e terapêuticos adotados pelo Sistema Único de Saúde para balizar tecnicamente a judicialização do direito à saúde e que o Ministério Público seja assessorado por médico sanitário e/ou outro profissional de saúde para qualquer encaminhamento relativo à saúde pública.

38. Incorporar na pauta dos Conselhos de Saúde aspectos relacionados à regulação da saúde das instâncias de relações internacionais como Mercosul, ALCA e OMC, assegurando nesses espaços de negociação a afirmação da saúde como bem público e com participação popular.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

39. Desenvolver, nas três esferas de governo, ações articuladas entre os Conselhos de Saúde em todo o território nacional:

- i. criando mecanismos regulares, jornais e boletins, de informação entre os conselhos estaduais, regionais, municipais e nacional sobre legislação, medidas administrativas, deliberações, moções etc.;
- ii. promovendo a realização de plenárias municipais, regionais, estaduais e nacional de conselhos e conselheiros.

Deliberações relativas a Conferências de Saúde:

40. Garantir o cumprimento das deliberações das conferências de saúde, por parte dos gestores. A não observância implicará punição pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

41. Manter a realização da Conferência Nacional de Saúde a cada 4 (quatro) anos, conforme estabelece a Lei 8.142/90, alterando com Plenárias Nacionais de Saúde.

42. Modificar o parágrafo 1º do Artigo 1º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, modificando o caráter da Conferência de Saúde de propositivo para deliberativo.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

43. Garantir que as três esferas de governo se responsabilizem pelo financiamento dos delegados estaduais e municipais eleitos, de forma a viabilizar a participação digna nas Conferências Nacionais de Saúde, definindo critérios de pagamento de passagens aéreas ou terrestres, conforme a distância. Compete ao governo municipal viabilizar a participação de suas respectivas delegações nas etapas municipais das Conferências de Saúde; compete aos governos municipais e estaduais viabilizar a participação das suas respectivas delegações nas etapas estaduais das Conferências de Saúde; e compete aos governos estaduais e federal viabilizar a participação das delegações na etapa nacional das Conferências de Saúde.

44. Realizar, em 2005, a primeira Conferência da Seguridade Social nas três esferas de governo, tendo em vista a implantação e implementação dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais da Seguridade Social.

45. Convocar, por meio do Conselho Nacional de Saúde, conferências específicas:

- i. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, no 1º semestre de 2004;
- ii. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal;
- iii. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;
- iv. 1ª Conferência Nacional de DST/AIDS/HCV-Hepatite C;
- v. Conferência Nacional de Atenção Básica em Saúde;
- vi. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- vii. 1ª Conferência Nacional de Educação Popular e Saúde;
- viii. 1ª Conferência Nacional de Gestão Participativa;
- ix. 2ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

46. Promover a criação de fóruns de acompanhamento das deliberações das conferências de saúde:

- i. de avaliação do desempenho do SUS;
- ii. de trabalhadores e profissionais do SUS;
- iii. de discussão sobre a gestão do trabalho;
- iv. intersetorial de integração das políticas sociais;
- v. de discussão da assistência farmacêutica e de outras temáticas relevantes para o sucesso do SUS;
- vi. de serviços credenciados do SUS.

47. Estimular que as Conferências Estaduais sejam realizadas em outras cidades, que não necessariamente a capital, bem como as Conferências Municipais, considerando que essas atividades são estratégicas para efetiva participação da comunidade, dos conselheiros e trabalhadores de saúde, evitando sua substituição por Conferências Intermunicipais de Saúde.

48. Garantir que, nos processos de convocação para as Conferências Nacionais, sempre que possível, as Conferências Municipais de Saúde sejam precedidas por pré-conferências.

Deliberações relativas a outros instrumentos para o fortalecimento do controle social:

49. Definir e implementar uma política nacional de ouvidorias do SUS para as três esferas de governo, submetendo-a aos respectivos Conselhos de Saúde, capacitando recursos humanos e disponibilizando recursos financeiros para implementação nos estados e municípios. Esta política deve ampliar os canais de relação e participação com a população, modificar o caráter, a eficiência e funcionamento das ouvidorias. Além de estarem voltadas para a pronta resolução dos problemas denunciados, as ouvidorias também devem ser geradoras de informações para apoio e qualificação, avaliação e planejamento da gestão em saúde e que os serviços tenham ampla e permanente divulgação à população. Para tanto, devem:

- i. dispor de mecanismos interligados de escuta do cidadão usuário nas três esferas de governo;
 - ii. implementar nos meios de comunicação de massa uma ampla divulgação da política nacional de ouvidoria no SUS ampliando este tipo de atendimento nas esferas estaduais e municipais
 - iii. ser realizadas eleições para um (a) ouvidor (a) geral para a esfera estadual e para a esfera municipal, cujo nome deve ser homologado pelos respectivos Conselhos de Saúde.
- 50.** Oferecer urnas lacradas e livro de ocorrência para sugestões, elogios ou queixas, em locais de livre acesso de todas as unidades de saúde, devidamente identificados, que deverão ser abertas e discutidas a cada reunião ordinária do conselho gestor e encaminhadas ao Conselho Municipal e/ou Estadual de Saúde. Devem ser providenciados relatórios de todas as queixas, bem como das providências tomadas pelos respectivos conselhos de saúde, em todas as esferas de governo e que possam subsidiar as comissões de ouvidoria nos Conselhos de Saúde das distintas esferas de governo e o Ministério Público.
- 51.** Criar e implementar, nas três esferas de governo, processo de escuta contínua e interlocução entre usuários do SUS, por intermédio de serviços telefônicos gratuitos (disque denúncia, disque-saúde), desenvolvendo ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e dos profissionais do SUS, nas três esferas de governo, articulando instituições formadoras, conselhos de saúde, instituições prestadoras de serviços de saúde e sociedade civil organizada.
- 52.** Assegurar que o gestor realize audiências públicas para a prestação de contas trimestralmente, com divulgação nos meios de comunicação, de forma clara e objetiva, após discussão e aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde, de acordo com o Artigo 12 da Lei Federal nº 8.689/93 e o Decreto nº 1.651/95, que dispõem sobre o funcionamento do Fundo de Saúde nas três esferas de governo. Estabelecer que o não cumprimento dessa disposição implique em penalidades aos gestores e às Secretarias Estaduais e Municipais, com suspensão de repasse de verbas fundo a fundo.

53. Punir judicialmente os gestores quando não cumprirem os prazos da entrega dos relatórios mensais para os respectivos Conselhos de Saúde.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

54. Criar em todas as comarcas promotorias de políticas do SUS como instâncias do Ministério Público.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

EIXO TEMÁTICO VII - O TRABALHO NA SAÚDE

Introdução

A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Cabe ao Ministério da Saúde propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde, junto com outros segmentos do Governo e os trabalhadores, e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho nas três esferas de governo, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS. Para isso, deve levar em conta os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde e da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), consolidada no documento "Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS".

Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área de saúde. As mudanças no modelo de atenção dependem da adesão dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho. Por sua vez, adesão e qualidade dependem das condições de trabalho e da capacitação para o seu exercício, com remuneração justa.

O valor social do servidor público, como agente do Estado democrático para a proteção social da população, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988, foram burlados nos últimos anos, incentivado-se o estabelecimento de relações precárias de trabalho.

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão. A expansão das equipes de Saúde da Família evidenciou as limitações atuais da formação profissional como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS. Essas limitações têm obrigado os serviços a suprir deficiências da educação formal em saúde de técnicos, graduados e pós-graduados, que não respondem às necessidades de saúde da população. Mesmo considerando uma possível melhora dessa formação, o SUS deve capacitar a todos que lograrem aprovação em concurso público. Tal capacitação deve ser adequada à realidade e às condições de trabalho que o servidor irá enfrentar.

A constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, fruto da articulação interinstitucional, é um passo significativo no sentido de propor e formular uma política de educação permanente em saúde levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da saúde.

Deliberações sobre questões gerais para a gestão do trabalho em saúde:

1. Priorizar a gestão do trabalho para o SUS, considerando sua importância para a qualificação das ações de saúde e como apoio à implantação de estruturas de gestão do trabalho nas três esferas de governo.
2. Garantir que as instâncias gestoras do trabalho e da educação na saúde do SUS promovam as condições adequadas para a efetivação da NOB-RH/SUS com cronograma de implantação até 2004, por meio de ampla discussão com os trabalhadores e aprovação nos respectivos Conselhos. Implantar e considerar o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) como instrumento essencial da política de gestão do trabalho, garantindo que o ingresso dos trabalhadores de saúde no serviço público, nas três esferas de governo, se faça exclusivamente através de concurso público, inclusive nos projetos com financiamento internacional, como o Programa da Aids, Saúde das Populações Indígenas e na estratégia de Saúde da Família, implantando mecanismos punitivos aos gestores municipais e estaduais que não cumprirem esse compromisso.
3. Garantir a institucionalização das Mesas Permanentes de Negociação do SUS estaduais e municipais, à semelhança da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, vinculadas às três esferas de governo, definindo-as como fórum privilegiado de discussão das questões relativas à gestão do trabalho e de educação na saúde, encaminhando as propostas pactuadas aos Conselhos de Saúde para deliberação e divulgação.
4. Constituir comissões paritárias (governo e trabalhadores) e garantir recursos financeiros, nas três esferas de governo, para a elaboração, implantação ou reestruturação do PCCS para o SUS, com ênfase na humanização dos serviços de saúde, qualidade de vida no trabalho, caráter multiprofissional do trabalho na saúde, com destaque para os seguintes aspectos:
 - i. definição do trabalho no SUS como carreira essencial de Estado.
 - ii. consideração do currículo e do tempo de serviço, no enquadramento dos profissionais.
 - iii. adoção de política salarial que recomponha as perdas sofridas em decorrência dos planos de política econômica implementados pelos governos anteriores.
 - iv. isonomia salarial, por nível de escolaridade exigido para o cargo, qualificação profissional e carga horária para trabalhadores do setor público, estimulando o tempo integral e a dedicação exclusiva, entre as três esferas de governo.
 - v. piso salarial para todas as categorias profissionais e trabalhadores do SUS.
 - vi. gratificação por dedicação exclusiva e risco de vida.
 - vii. incorporação de gratificações e prêmios.
 - viii. garantia dos direitos aos servidores municipalizados e estadualizados.
 - ix. garantia da incorporação de gratificações aos trabalhadores de carreira cedidos ao SUS quando do desempenho de suas funções em cargos comissionados nas três esferas do Governo.
5. Exigir dos gestores do SUS a observância do dispositivo legal da implantação do PCCS, previsto na Lei 8.142/90, como pré-requisito para a celebração de convênios e repasses financeiros. O Ministério da Saúde deve garantir estímulos, inclusive

por meio de incentivos financeiros, para a implantação dos planos estaduais e municipais, com acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde e por meio da Mesa Nacional de Negociação, estabelecendo mecanismos punitivos às esferas de governo que não os implementarem, até a perda da habilitação para a gestão do SUS.

6. Definir uma política de financiamento para a gestão do trabalho em saúde, que amplie os recursos das três esferas de governo, buscando a valorização dos trabalhadores da saúde, dos conselheiros de saúde e educadores em saúde.
7. Definir uma política de financiamento para a gestão do trabalho em saúde, que amplie os recursos das três esferas de governo e crie um fundo nacional semelhante ao Fundo de Desenvolvimento de Educação Fundamental (Fundef), buscando a valorização dos trabalhadores da saúde, dos conselheiros de saúde e educadores em saúde.
8. Construir e gerenciar um banco de dados dos trabalhadores do SUS, de base territorial e âmbito nacional, que contemple mecanismos de esclarecimento sobre a situação dos trabalhadores, com vistas ao planejamento da gestão do trabalho e controle social. Informações sobre raça, etnia e cargos ocupados pelos profissionais de saúde devem estar incluídas no banco de dados.
9. Criar, implantar e implementar comissões intersetoriais de gestão do trabalho e de educação na saúde nos Conselhos de Saúde das três esferas de governo, segundo a NOB-RH/SUS.
10. Criar, no âmbito dos Conselhos de Saúde, fóruns com o tema "Um novo olhar para os profissionais e trabalhadores de saúde".
11. Encaminhar ao Congresso Nacional projeto de revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), garantindo a ampliação do número de servidores públicos da área da saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, estabelecendo um parâmetro que fundamente a elaboração de um diagnóstico de necessidades, com o acompanhamento dos respectivos Conselhos de Saúde.
12. Cumprir a EC nº 34, que trata do acúmulo de empregos, cargos e funções dos profissionais de saúde.

13. Implantar programas de avaliação de desempenho do trabalho em saúde, garantir a avaliação permanente dos trabalhadores do SUS, por meio de acompanhamento de desempenho, produtividade e qualidade, índice de resolubilidade, motivação, relacionamento interpessoal e nível de satisfação profissional, considerando os princípios da ética profissional, da interdisciplinaridade e da humanização da atenção. Garantir, na forma de incentivo por desempenho, gratificação composta pelo rateio da produção do SUS em partes iguais para todos os membros da equipe de saúde, independentemente da função.

Destaques:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Acrescentar "Destinar um salário extra por ano às equipes que melhorem os indicadores de saúde da população adscrita, com resultados indicativos da qualidade e efetividade dos procedimentos".
- c) Acrescentar "Destinar incentivos na forma de gratificação vinculada ao desempenho, a ser regulamentado, respeitando as medidas locais".

14. Garantir a participação dos profissionais de saúde, em particular os das equipes de Saúde da Família e da epidemiologia e controle de doenças (ECD), que têm recursos específicos, na gestão dos programas.
15. As três esferas do governo, devem garantir às equipes de Saúde da Família, os serviços de referência, com equipes multiprofissionais e multidisciplinares adaptadas ao perfil epidemiológico e à realidade de cada local, incluindo, entre outros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, saúde mental e terapeutas ocupacionais.
16. Garantir maior investimento nas atividades de promoção à saúde, fortalecendo o trabalho das equipes de Saúde da Família e as ações preventivas e educativas com a comunidade, garantindo que os reajustes dos repasses federal e estaduais sejam repassados às equipes do PSF.

17. Garantir a composição multidisciplinar e multiprofissional das equipes de saúde indicadas pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, incluindo, entre outras, as categorias de assistente social, psicólogo, terapeutas ocupacionais, advogados e funcionários administrativos.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Suprimir "advogados e funcionários administrativos".

18. Garantir aos trabalhadores de saúde o direito de participação em atividades extras relacionadas ao trabalho e a sua inserção nos movimentos sociais.
19. Definir uma política permanente de interiorização dos serviços de saúde em substituição ao PITS. Essa política deve incluir os municípios de difícil acesso, e assegurar repasses diferenciados dos recursos da atenção básica que possibilitem ao gestor municipal a constituição das equipes necessárias à atenção integral à saúde.

20. Garantir o cumprimento das normas e diretrizes que regem o funcionamento das equipes de Saúde da Família em todo o país.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Substituir o texto original por “Rever as normas e diretrizes que regem o funcionamento das equipes de Saúde da Família em todo o país”.

21. Manter os direitos e acordos trabalhistas nas três esferas de governo, inclusive dos servidores municipalizados, sem redução salarial, com política salarial que recomponha as perdas sofridas em decorrência dos planos de política econômica implementados pelos governos, criando a exigência do acordo ou convenção coletiva de trabalho negociada e atualizada e de comissões que assegurem ao trabalhador da saúde o cumprimento de seus direitos trabalhistas invalidando contratos de prestação de serviços que ferem direitos constitucionais.

22. Estabelecer jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os trabalhadores de saúde (públicos e privados), com incentivo à dedicação exclusiva no serviço público, debatida e pactuada nas mesas de negociação, respeitando as especificidades locais e as jornadas de categorias profissionais regulamentadas.

23. Garantir a estabilidade dos **trabalhadores de saúde** * quando indicados para a função de conselheiros durante o exercício do mandato assegurando, inclusive, que nenhuma sanção lhes seja imposta em decorrência de sua atuação como conselheiros, por mais um período de um ano e por mais um período subsequente.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Acrescentar “desde que sejam funcionários de carreira” após o asterisco (*).

24. Normatizar a dispensa de ponto com comunicação para todo(a) trabalhador(a) que exerça representação nos Conselhos de Saúde, para participação em reuniões, fóruns, plenárias, conferências e outras atividades, sem nenhuma perda em seus vencimentos e benefícios, uma vez que a atividade é de relevância pública.

25. Assegurar os direitos constitucionais e trabalhistas dos trabalhadores de saúde das três esferas do governo, independentemente da modalidade de contratação, impedidos de exercer suas funções em decorrência de problemas de saúde adquiridos e/ou decorrentes das condições de trabalho.

26. Garantir a regulamentação e implementação, em todas as esferas de governo, do artigo da Constituição Federal que trata das aposentadorias especiais para os trabalhadores do serviço público que atuam em áreas e atividades perigosas, insalubres e penosas.

27. Diminuir, para efeito de aposentadoria, o tempo de serviço dos profissionais de saúde para 30 anos (homens) e 25 anos (mulheres).

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Substituir o texto original por “Diminuir, para efeitos de aposentadoria, em um terço o tempo de serviço dos profissionais de saúde, dos agentes de controle de endemias e dos agentes comunitários de saúde que realizam o trabalho em áreas endêmicas com tempo mínimo de serviço na referida área de acordo com a legislação vigente na referida categoria de profissionais ou criando a mesma no prazo mínimo de 12 meses a contar do encerramento da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003)”.
- c) Supressão total da proposta.

28. Garantir aposentadoria aos 25 anos de trabalho insalubre, independentemente do sexo, para todos os **servidores de saúde** *.

Destaque:

- a) Substituir o texto original por “Fazer cumprir a lei que inclua o servidor público em relação à insalubridade, com isonomia de direitos em relação à CLT, com atuação e fiscalização do Ministério do Trabalho, englobando a incorporação, a cada cinco anos de trabalho, de um ano para a aposentadoria e paridade dos percentuais de gratificação de insalubridade utilizados para celetistas (grau mínimo 10%, grau médio 20% e grau máximo 40% sobre o salário mínimo da região) e servidores do Regime Jurídico Único (RJU) (grau mínimo 5%; grau médio 10% e grau máximo 20% sobre o vencimento do cargo efetivo), unificando o valor adicional de insalubridade com a NR 32 da CLT, quando aprovada, que visa à prevenção da saúde para os trabalhadores da área de saúde”.
- b) Substituir o texto original por “Encaminhar o assunto aposentadoria com tempo reduzido de trabalho por insalubridade na área da saúde para a Mesa Nacional de Negociação Permanente”.
- c) Acrescentar “concursados ou legitimamente contratados” após o asterisco (*).
- d) Substituir “servidores da saúde” por “servidor público independentemente da forma de contratação e do vínculo trabalhista”.

29. Implantar gratificação de atividade de campo, conforme legislação específica, para os servidores da saúde nas três esferas do governo encaminhando esse assunto para a Mesa Nacional de Negociação Permanente.

30. Garantir que as indenizações de campo para o combate a endemias e ações de saneamento sejam pagas pela Fundação Nacional de Saúde ao servidor cedido que exerce estas atividades.
31. Implantar e implementar instrumentos que garantam o pagamento de auxílios e benefícios complementares aos profissionais de todos os níveis que atuem efetivamente em unidades distantes ou de difícil acesso.

32. Definir o piso salarial dos ACS *

Destaque:

- a) Acrescentar “em dois salários mínimos” após o asterisco (*).
- b) Acrescentar “de acordo com o projeto de lei em tramitação” após o asterisco (*).
- c) Acrescentar “com valores compatíveis com a realidade das atividades desenvolvidas pelos ACS, e de acordo com a realidade de cada município, incluídos nos PCCS” após o asterisco (*).

33. Definir piso salarial dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) e dos Agentes da Dengue.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

34. Instituir uma política nacional de gestão do trabalho no sistema prisional, conforme deliberação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, para as três esferas de governo, assegurando os direitos trabalhistas como plano de carreira, concurso público e política salarial.

Deliberações relativas à regularização dos vínculos e desprecarização do trabalho em saúde:

35. Implementar uma política de desprecarização do trabalho no âmbito do SUS, incluindo os profissionais indígenas, para valorizar o funcionário concursado, visando o fim da terceirização, dos contratos temporários e da contratação através de cargos em comissão, que não oferecem garantias ao profissional de saúde nem eficácia ao SUS.

Destaque:

- a) Manutenção apenas do texto original.
- b) Acrescentar “mantendo a terceirização dos contratos temporários para manutenção de serviços essenciais até o novo concurso” ao final do texto original.
- c) Acrescentar “mantendo a terceirização dos contratos temporários para manutenção de serviços essenciais até o novo concurso que terá que ser realizado pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) até 30 de dezembro de 2004” ao final do texto original.

36. Garantir o repasse de recursos federais a fim de viabilizar a regularização dos ACS e outros profissionais (equipes da Vigilância Sanitária, da Saúde Indígena e da Saúde Família) por parte dos municípios, com efetiva fiscalização pelos respectivos Conselhos de Saúde.

37. Regulamentar a Lei nº 10.507, relativa aos agentes comunitários de saúde (ACS), garantindo a permanência de mais de 180 mil agentes em todo o país, por meio de processo seletivo público ou concurso público, posicionando-se favoravelmente à PEC 07/2003, que altera o inciso II, do artigo 37 da Constituição Federal, permitindo a contratação pela administração pública de agentes comunitários de saúde.

38. Garantir os direitos trabalhistas e legalizar a situação de trabalhadores da saúde que não têm vínculo empregatício nem seguridade social (profissionais de Saúde da Família, agentes de vigilância ambiental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde pública, saúde indígena, de redução de danos, multiplicadores de informações sobre DST/AIDS, parteiras tradicionais e cuidadores de idosos) e fiscalizar seu cumprimento.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Suprimir “(profissionais de Saúde da Família, agentes de vigilância ambiental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde pública, saúde indígena, de redução de danos, multiplicadores de informações sobre DST/AIDS, parteiras tradicionais e cuidadores de idosos)”
- c) Supressão total da proposta

39. Incentivar o trabalho voluntário na saúde pública.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

40. Adotar mecanismos antidiscriminatórios para evitar abusos e posturas autoritárias de todos (chefias, coordenações e funcionários), incluindo o assédio moral, sexual e toda e qualquer forma de discriminação aos trabalhadores de saúde, aos portadores de patologias crônico-degenerativas, pessoas com deficiência e demais usuários nos serviços públicos e privados conveniados ao SUS.

41. Cumprir a legislação que garante o amplo direito de defesa aos trabalhadores, através do processo administrativo, antes de serem punidos.
42. Criar cartilha dirigida ao servidor público, independentemente de seu vínculo de trabalho, esclarecendo seus direitos e deveres, destacando informações dirigidas a trabalhadores e usuários para estimular o respeito mútuo e a redução da violência nas relações de trabalho.

43. Priorizar a ocupação dos cargos de chefia de unidades e serviços de saúde ou de direção de estruturas de gestão por profissionais de carreira com compromisso com o **SUS** *.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Acrescentar “por meio de eleição direta pelos servidores ou por lista tríplice” após o asterisco (*).

44. Garantir a criação, em todos os **serviços de saúde** *, da função de **coordenação ou gerência de unidade** **, com jornada integral, qualificação técnica e competência profissional para o cargo.

Destaque 1 (abrangência dos serviços):

- a1) Manutenção do texto original.
- b1) Acrescentar “exceto para as unidades do PSF” após o asterisco (*).

Destaque 2 (atributos da função de coordenação ou gerência)

- a2) Manutenção do texto original.
- b2) Acrescentar “garantindo que sejam privativas de profissionais de carreira de saúde, priorizando os de nível superior, com conhecimento em gestão ou saúde pública” após os asteriscos (**).
- c2) Acrescentar “garantindo que sejam preferencialmente de nível superior e de carreira, com formação em gestão ou saúde pública” após os asteriscos (**).

45. Priorizar a formação e contratação dos trabalhadores indígenas para executar as ações de saúde indígena e promover a integração desses trabalhadores nos serviços de saúde.

Deliberações relativas às relações de trabalho e à saúde do trabalhador da saúde:

46. Criar e implementar uma política integrada e humanizada de promoção, prevenção, atenção e reabilitação à saúde dos trabalhadores da saúde, garantindo-lhes o direito ao um ambiente de trabalho saudável:
- implementando recursos tecnológicos, humanos e financeiros nos serviços de saúde do SUS para a melhoria das condições de trabalho das equipes multiprofissionais;
 - implantando o serviço especializado de equipe multiprofissional em segurança do trabalho e saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS, para realizar ações de intervenção e controle dos condicionantes da saúde e das doenças decorrentes do ambiente de trabalho;
 - incluindo uma política de saúde mental específica para os trabalhadores e o acompanhamento sistemático por equipe multiprofissionais;
 - criando instrumentos que obriguem as três esferas de governo a adequar as legislações trabalhistas e/ou estatutos às normas que regulamentam as atividades, com ênfase na avaliação periódica dos casos decorrentes da exposição ocupacional;
 - criando programa de readaptação, reabilitação e de terapia laboral para o servidor da saúde, com garantia de repasse dos recursos do INSS ao SUS;
 - definindo e criando um sistema informatizado para o registro dos acidentes e patologias adquiridas e/ou desenvolvidas no ambiente de trabalho;
 - encaminhando à junta médica forense o pedido de conclusão ou exclusão de diagnóstico quando o servidor questionar o diagnóstico médico;
 - implantando as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes do trabalho e/ou comissão de saúde do trabalhador (CIPA) e/ou as Comissões Internas de Saúde do Trabalhador em Saúde (CIATS) em todas as instâncias do SUS;
 - garantindo o pagamento do adicional de insalubridade dos servidores amparados pela EC 34 [regulamenta o acúmulo de empregos, cargos e funções dos profissionais de saúde], bem como para os trabalhadores em saúde mental, inclusive da iniciativa privada;
 - garantindo a contagem de tempo paralelo na iniciativa privada para fins de aposentadoria e também no serviço público dos amparados pela EC 34;
 - garantindo a emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e criação de estatísticas, bem como a avaliação do perfil profissiográfico e a adequação dos percentuais de insalubridade;
 - a política deverá levar em conta a legislação do trabalho que define os serviços e ações para a efetivação da política de saúde do trabalhador da saúde;
 - implantando conselho gestor paritário, nos moldes da paridade do controle social do SUS.
47. Implantar e implementar uma política de humanização das condições de trabalho e na atenção ao usuário em conformidade com as premissas da saúde como qualidade de vida, envolvendo profissionais, usuários e gestores, valorizando o respeito à cidadania, respeitando as especificidades regionais e a diversidade cultural, e as relações de trabalho, incentivando e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na sua implementação.

48. Implantar e implementar no SUS a promoção da saúde dos usuários e dos servidores, incluindo o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação e formação profissional, bem como na agenda de informação e comunicação, a partir de práticas educativas e estímulo à adoção de hábitos saudáveis e autonomia.

49. Garantir o atendimento integral aos trabalhadores da saúde e seus familiares, criando programas específicos, com prioridade para a dependência química e os transtornos mentais.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

50. Instituir uma política de saúde do trabalhador da saúde nas três esferas de governo, assegurando financiamento permanente para a sua implementação, incluindo a ampliação do acesso aos serviços, de acordo com a realidade local e com horários alternativos de atendimento, inclusive noturnos, que garanta a implementação Lei 8.080/90, nos moldes da norma (NR 7) do Ministério do Trabalho, do programa de controle médico (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO e Programa de Prevenção de Risco Ambiental – PPRA), das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) e da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT).

51. Melhorar as condições de trabalho em âmbito nacional e garantir a realização de uma pesquisa de âmbito nacional pelos técnicos de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde sobre as doenças ocupacionais adquiridas pelos profissionais do sistema prisional e de saúde ao longo dos anos, devido ao ambiente de confinamento, insalubre, sem ventilação, sem iluminação, com espaço pequeno e superlotado, de tensão, de violência e de doenças infecto-contagiosas, bem como a carga horária exorbitante e a precarização do trabalho.

52. Garantir o ambiente adequado e a segurança dos profissionais de saúde quando do atendimento em serviços de saúde, emergenciais, e de pessoas do sistema prisional.

53. Garantir aos trabalhadores da saúde expostos aos riscos ocupacionais um ambiente de trabalho salubre com medidas que visem a eliminação dos riscos e, quando isto não for possível, a adoção de medidas controladoras dos riscos, tais como equipamentos de proteção coletivos (EPC), equipamentos de proteção individual (EPI), garantindo a inclusão de proteção solar (protetor e chapéu) no trabalho dos agentes comunitários de saúde, dos agentes de controle de endemias, dos agentes de saúde ambiental, dos agentes de vigilância sanitária e da equipe de Saúde da Família, respeitando as especificidades de cada região.

Deliberações relativas à regulação das profissões:

54. Contra o Projeto de Lei do Ato Médico.

55. Normatizar e reconhecer a atividade dos facilitadores das Práticas Integrativas de Saúde (PIS).

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

56. Regulamentar a profissão de parteira tradicional como agentes de saúde e reconhecer as parteiras dos povos étnicos brasileiros, que passaram por um processo educativo reconhecido pelas esferas do SUS.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Substituir o texto original por “Encaminhar a discussão do reconhecimento profissional das parteiras atuantes na Região Amazônica e em outras áreas onde constituem alternativas adequadas à atenção ao parto para a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde”.

57. Regulamentar a profissão do agente de saúde ambiental e dos agentes de redução de danos.

58. Regulamentar a categoria profissional dos trabalhadores de nível médio que atuam na área de controle de zoonoses (agentes locais de vigilância em saúde, agentes de vigilância epidemiológica em todas as endemias), pelo governo federal e em âmbito nacional, reconhecendo o trabalho do agente de controle de endemias (ACE), incorporando a categoria profissional em todo país pelo nível federal por meio da revisão da lei que regulamenta os concursos públicos federais, amparando o trabalhador no exercício do trabalho.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

59. Regulamentar o cargo de técnico de farmácia/auxiliar de farmácia para todas as unidades da rede SUS, com formação em curso regulamentado e clareza de atribuições, com reconhecimento e respaldo dos Conselhos Federal e Regionais de Farmácia (*).

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Acrescentar “sob supervisão e coordenação do farmacêutico, de acordo com a legislação sanitária” após o asterisco (*).
- c) Acrescentar “e que mesmo possa ter autonomia respondendo desta forma como responsável técnico pelas farmácias das unidades básicas de saúde” após o asterisco (*).
- d) Supressão total da proposta.

60. Reconhecer e regulamentar a categoria profissional dos agentes indígenas de saúde, definindo os padrões de formação para sua certificação.

61. Permitir e agilizar a legalização dos profissionais de saúde estrangeiros que dão suporte ao atendimento das equipes de Saúde da Família, quando comprovarem junto aos Conselhos Regionais de Medicina sua boa qualificação como profissionais, embora priorizando a contratação de profissionais do nosso país para as equipes de Saúde da Família.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

62. Reconhecer nas três esferas de governo a especialidade de ortóptica no SUS.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

63. Assegurar a criação e regulamentação das profissões de técnico em higiene dental e de auxiliar de consultório dentário no SUS.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

Deliberações gerais sobre a gestão da educação em saúde:

64. Recomendar a criação de coordenações de Educação em Saúde nas três esferas de governo e a organização de núcleos e fóruns permanentes de educação popular em saúde visando à formação e à capacitação de grupos e/ou indivíduos e/ou comunidades para atuar e divulgar ações educativas.

65. Recomendar ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a implementação articulada de uma política e de programas de educação permanente, com ênfase nos princípios da intersetorialidade e com equipes multiprofissionais para romper a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS.

66. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira com instituições nacionais e internacionais, visando à melhoria da qualidade do sistema de educação permanente dos trabalhadores do SUS. Manter permanente processo de avaliação técnica e pedagógica, propondo novas tecnologias, como educação à distância, ambientes colaborativos e internet.

67. Garantir que o acompanhamento dos cursos de formação dos trabalhadores de saúde de nível auxiliar, técnico e superior, assim como o seu financiamento, tenham a efetiva participação dos gestores das três esferas de governo e dos respectivos Conselhos de Saúde.

68. Avaliar de forma continuada o impacto produzido pelas capacitações realizadas para profissionais dos serviços, da gestão e da comunidade, garantindo ajustes para sua adequação às necessidades do sistema de saúde.

69. Garantir os incentivos oferecidos às instituições públicas de ensino superior em saúde que buscam a implantação de novas metodologias de ensino visando à formação de profissionais mais capacitados, voltados para a prática multiprofissional segundo os interesses e necessidades da população.

70. Criar fóruns para a formulação de políticas de educação em saúde, de formação ou capacitação, para todos os níveis (auxiliar, técnico, de graduação e de pós-graduação), incluindo ainda a educação popular, por considerar que a gestão do trabalho no SUS é competência dos Ministérios da Saúde e da Educação, portanto, uma prática intersetorial nas três esferas de governo.

71. Criar um espaço de formulação de uma política para os profissionais de saúde com participação dos atores envolvidos e controle social estabelecendo que, após a sua formação/especialização/residência em universidades públicas e/ou com financiamento público desempenhem atividades nos serviços de saúde do SUS durante um período a ser regulamentado, bem como criar a possibilidade de pagamento de bolsas ou crédito educativo com prestação de serviços de interesse e do serviço público.

72. Constituir em nível estadual e nacional um sistema coordenado pelo SUS responsável pela distribuição de bolsas e programas de residências segundo a formulação de política específica, considerando a necessidade dos municípios, apresentando uma proposta de destinação das vagas de acordo com as necessidades epidemiológicas para as especialidades correspondentes e superando a atual auto-regulação corporativa.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

73. Estabelecer parcerias de âmbito nacional e estadual com o setor de educação para melhor aplicação dos parâmetros nacionais de educação nas escolas públicas, contribuindo com a formação de professores e tornando disponível material didático sobre saúde, visando torná-los agentes multiplicadores das ações de saúde.

74. Garantir a incorporação, nos currículos escolares em todos os níveis de ensino, de conteúdos didáticos que garantam o conhecimento sobre o SUS, a seguridade social, a educação em saúde, alimentação e nutrição, a prevenção de acidentes de trânsito, a sexualidade, o acesso e uso de preservativos e os direitos reprodutivos, a educação ambiental, a saúde individual e coletiva, das populações indígenas, dos grupos étnicos e raciais, as terapias naturais complementares e os demais temas relativos à saúde da população.

75. Praticar a educação ambiental nas escolas municipais, estaduais e federais, fortalecendo a relação da promoção da saúde com a recuperação e o equilíbrio do meio ambiente, educação em saúde, alimentação e nutrição em todas as disciplinas já existentes, de forma transversal.

76. Garantir condições mínimas para que as equipes multiprofissionais capacitem e supervisionem os agentes de saúde escolar, professores e pais, para que os mesmos exerçam o papel de multiplicadores de informações e ações em saúde nas comunidades.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

77. Estimular a formação de multiplicadores de conhecimento em saúde nas comunidades, capacitando-os para o exercício da educação popular em saúde.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

78. Garantir à pessoa sob medida privativa de liberdade a possibilidade de atuar como agente promotor de saúde nas unidades prisionais onde serão implantadas as equipes de saúde do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, provido-se acesso a informações e conhecimentos adequados.

79. Incentivar financeiramente os processos de educação popular originados nos movimentos sociais em relação ao SUS e o fortalecimento do controle social, recuperando a criação de grupos de arte popular voltados para objetivos de educação em saúde, orientação da comunidade.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

Deliberações sobre a formação dos profissionais de saúde:

80. Ampliar e implantar os Pólos de Educação Permanente em Saúde em todos os Estados, com o objetivo de discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal, de educação permanente, de formação técnica, de graduação e pós-graduação dos trabalhadores, gestores e agentes de saúde, para que atendam às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS, com garantia de trabalhadores em quantidade suficiente e recursos físicos e financeiros, com cooperação técnica entre as três esferas de governo, com controle social. ***Os Pólos devem ter caráter autônomo e a gestão deve ser exercida de forma colegiada, democrática e participativa, com a inclusão das estruturas regionais e municipais de gestão do SUS, das instâncias de ensino médio e superior (universidades e escolas técnicas), das Secretarias Estaduais e Municipais e Distritais de Saúde e de Educação. O controle social deve participar da definição de diretrizes de sua gestão e fiscalizar as atividades dos Pólos, por meio dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação.***

Destaque:

a) Manutenção do texto original.

b) Substituir o texto em negrito por “Os Pólos devem ter autonomia apenas em relação às questões técnicas, mas com subordinação às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na definição dos seus respectivos Programas de Educação Permanente, que devem ser negociados e pactuados com os gestores quanto aos tipos de cursos e conteúdos dos programas de ensino, relacionando-os com as necessidades e interesses loco-regionais, submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde”

81. Exigir dos órgãos competentes um rigoroso cumprimento da legislação e das demais normas expedidas pelos órgãos do poder público para abertura e funcionamento de cursos de formação de profissionais da área de saúde, submetendo a autorização à decisão conjunta do Ministério da Saúde, da Educação e dos respectivos Conselhos Nacionais. Tornar política conjunta tanto a autorização de novos cursos na área como a avaliação dos já existentes.

82. Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde. Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade da atenção, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS.

83. Adequar a abertura de cursos na área de saúde às características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas e demográficas e, a partir das diretrizes para a organização da atenção à saúde, das demandas da população e do sistema de saúde.

84. Ampliar o acesso das classes populares e das populações indígenas aos cursos de graduação das áreas da saúde, a partir de uma articulação entre Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

85. Garantir que no mínimo 50% das residências acadêmicas e dos estágios curriculares da área de saúde no setor público sejam feitos no âmbito da atenção básica.

Destaque:

a) Manutenção do texto original.

b) Supressão total da proposta.

86. Recomendar que o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e instituições de ensino, viabilizem a adequação das grades curriculares para os cursos da área da saúde (formação técnica, graduação e pós-graduação) em cumprimento do Artigo 200, inciso III da Constituição Federal, incluindo e priorizando estágios para universitários e técnicos nos serviços públicos de saúde, com auxílio de bolsas, visando à formação de futuros profissionais comprometidos com as diretrizes do SUS.

87. Garantir recursos financeiros para a adequação de estágios para a formação profissional, priorizando os hospitais regionais e as unidades de saúde e de ensino públicos para a realização de estágios de nível médio, de graduação e superior. Tornar obrigatória a criação de convênios para realização de estágios de graduação entre universidades públicas e unidades e serviços de saúde do SUS.

88. Regulamentar, envolvendo todos os segmentos representativos de usuários e trabalhadores, a utilização de serviços de saúde complementares ao SUS para estágios vinculados com cursos de formação de universidades privadas, mediante apresentação detalhada de suas propostas de trabalho. Criar mecanismos que garantam contrapartida das instituições de ensino privado, com investimentos financeiros e/ou tecnológicos, para a celebração de convênios de estágio curricular de nível médio e superior nas unidades de saúde vinculadas ao SUS.

Destaque:

a) Manutenção do texto original.

b) Supressão total da proposta.

89. Viabilizar convênios entre as universidades e órgãos governamentais das três esferas de governo em projetos de vivência no SUS, inclusive nos campos da gestão do SUS, para os universitários dos cursos de graduação da área da saúde, priorizando ações no interior, zonas rurais e terras indígenas, incluindo a participação de acadêmicos de diversas áreas do conhecimento.
90. Implantar, nos municípios, residências em saúde no SUS e incentivar e ampliar internatos rurais e atividades de extensão, priorizando a inserção dos estudantes em serviços e programas no âmbito da atenção básica.
91. Garantir a efetivação de programas de profissionalização do auxiliar de enfermagem que trabalha na rede do SUS para técnico de enfermagem, utilizando recursos das três esferas de governo.
92. Criar cursos de formação para técnico de higiene dental (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD), técnico de prótese dentária (TPD) e auxiliar de prótese dentária (APD), obedecendo à legislação vigente, incluindo as escolas técnicas e as universidades públicas no processo de capacitação dos trabalhadores do SUS.
93. Estabelecer como política do SUS a profissionalização técnica, na qual as Escolas Técnicas de Saúde cumpram o papel fundamental de escolarização, qualificação, habilitação profissional e educação permanente para agentes, auxiliares e técnicos das várias áreas do setor saúde.

Deliberações sobre a educação permanente e educação em serviço:

94. Melhorar a qualidade das práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde que atuam diretamente com a população e, em especial, com os ACS e agentes de controle de endemias, considerando as especificidades de gênero, orientação sexual, raça e etnia, contribuindo para ampliação do saber sobre saúde e o auto cuidado.
95. Promover e implantar educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional e com ênfase na humanização das relações e do atendimento e destacando os seguintes conteúdos:
 - i. ações humanizadas e solidárias, abolindo todas as formas de discriminação por identidade de gênero, orientação sexual, etnia, diferença entre gerações, classe social ou religião;
 - ii. saúde da população, para melhor qualificar os serviços de saúde nas ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação considerando as especialidades epidemiológicas, socioculturais e de gênero;
 - iii. humanização do atendimento dos portadores de DST/Aids, com ênfase na não discriminação dos profissionais de sexo, usuários de drogas, gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e simpatizantes (GLBTS);
 - iv. qualificação para melhor diagnosticar especificidades e características genéticas, culturais e socioeconômicas, tais como anemia falciforme, miomatose, hipertensão arterial, diabetes e outras;
 - v. atenção às pessoas com deficiência, de todos os tipos;
 - vi. abordagem intersectorial da violência, assédio sexual e assédio moral;
 - vii. sistemas de informação em saúde;
 - viii. utilização dos meios de comunicação como internet via rádio, TV via satélite e demais meios existentes;
 - ix. fitoterapia e plantas medicinais, estimulando a prescrição de fitoterápicos e medicamentos manipulados em geral;
 - x. assistência farmacêutica;
 - xi. biotecnologia;
 - xii. homeopatia, acupuntura e práticas integrativas de saúde;
 - xiii. segurança alimentar e nutricional sustentável;
 - xiv. urgência/emergência;
 - xv. assistência odontológica;
 - xvi. atendimento em urgência de acidentes com risco biológico e de bioterrorismo;
 - xvii. saúde do trabalhador e biossegurança;
 - xviii. vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância sanitária;
 - xix. saúde das populações indígenas, assegurando respeito aos aspectos étnico-culturais dos povos indígenas;
 - xx. saúde mental, incluindo a atenção aos dependentes químicos;
 - xxi. geriatria e gerontologia;
 - xxii. adolescentes e jovens com protagonismo juvenil;
 - xxiii. atendimento a todo tipo de patologia e na identificação de doenças raras;
 - xxiv. uso dos equipamentos e tecnologias mais complexas;
 - xxv. conteúdos de ciência e tecnologia, de acordo com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.
96. Garantir, através de legislação própria, programas regulares de capacitação e educação permanente dirigidos para os gestores das três esferas de governo, adequados às realidades regionais, com ênfase nas atividades de planejamento, gestão participativa, execução orçamentário-financeira, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde.
97. Garantir e implementar capacitação para técnicos das secretarias estaduais e municipais, de forma a permitir que eles exijam dos prestadores de serviço o cumprimento da portaria nº 1.469 do Ministério da Saúde que trata da qualidade de água para consumo humano.
98. Garantir a articulação intersectorial das três esferas de governo para a promoção da qualificação profissional de agentes comunitários de saúde, agentes de endemias e agentes ambientais de saúde, agentes indígenas de saúde e saneamento em áreas indígenas, sempre que possível através das Escolas Técnicas do SUS.
99. Capacitar as equipes multidisciplinares e multiprofissionais de Saúde da Família, específicas ou de referência, para a atenção às comunidades indígenas, comunidades rurais quilombolas e comunidades negras urbanas utilizando as estruturas existentes, em especial da Funasa e do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), na

capacitação de técnicos em saúde indígena e agentes locais de saúde para que respeitem e compreendam as diferenças culturais e étnicas, estendendo a capacitação aos povos indígenas brasileiros em todo território nacional.

100. Criar instrumentos que incentivem e apoiem a participação do trabalhador em saúde em cursos, inclusive de graduação e pós-graduação em saúde, garantindo a liberação do profissional e o financiamento dos cursos. Incluir na política de capacitação do trabalhador de saúde a formação de pós-graduação dos profissionais de saúde, especialmente a especialização em saúde pública para os profissionais de nível universitário, de acordo com os critérios das instituições responsáveis. Estabelecer tempo de permanência no serviço público para os profissionais que participarem de formações custeadas pelo SUS, sob pena de indenização dos custos do curso.

101. Garantir a profissionalização do pessoal da saúde com a oferta de educação técnica em saúde em todos os estados, dando continuidade ao Programa de Aperfeiçoamento dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e às prioridades já identificadas, assegurando sua avaliação, ampliando o número de municípios em que o Profae é desenvolvido, garantindo o repasse dos recursos financeiros para capacitação dos profissionais de nível técnico e outros programas, estabelecendo cronograma para o pagamento dos corpos docente e discente, capacitando os agentes comunitários de saúde e **agentes de dengue (*)** nos moldes do Profae.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Acrescentar “e os agentes da Pastoral da Criança” após o asterisco (*).
- c) Supressão total da proposta.

102. Garantir capacitação introdutória individual e em equipe a todos os servidores admitidos no serviço público, para o desenvolvimento das habilidades e o atendimento humanizado aos usuários.

103. Apoiar financeira e tecnicamente a criação de centros regionais públicos de práticas terapêuticas naturais, com o objetivo de fomentar as atividades de assistência, pesquisa e ensino, promovendo por meio de convênios com instituições de ensino e pesquisa o acesso à educação continuada para a implementação do atendimento em atividades e terapias naturais.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

104. Recomendar, em contratos de prestação de serviços para o SUS, a inclusão de cláusula exigindo a educação permanente dos trabalhadores de saúde.

105. Assegurar que os trabalhadores de serviços terceirizados tenham capacitação adequada e condições dignas de trabalho, garantindo segurança no trabalho.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

EIXO TEMÁTICO VIII – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE

Introdução

A pesquisa em saúde no Brasil é a mais antiga, a que acumula as maiores contribuições no âmbito mundial e a que detém o maior número de pesquisadores, linhas e grupos ativos de pesquisa. A política de pesquisa em saúde é um componente da Política Nacional de Saúde e deve ser incorporada na agenda da Reforma Sanitária. Para tal, a pesquisa em saúde deve ocupar um outro patamar político, orçamentário e financeiro, com a construção de uma Política de Ciência e Tecnologia em Saúde. Processos nessa direção foram iniciados com a criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. Esta política deve abarcar todas as dimensões da cadeia do conhecimento, os atores envolvidos na pesquisa em saúde e a complexidade dos processos de produção de conhecimento científico e tecnológico no setor. Uma agenda de pesquisa prioritária, para ser bem sucedida, deve decorrer do consenso político, técnico e ético entre os múltiplos atores que operam a pesquisa em saúde e estar orientada para a melhoria das condições de vida da população. Deve ser lembrado que a pesquisa científica e tecnológica em saúde leva em consideração o desenvolvimento sustentável.

No atual momento de aceleração da revolução científica, deve-se incorporar ampliar e utilizar a intersectorialidade do panorama sanitário, considerando-se aspectos tão díspares e relevantes quanto os epidemiológicos e demográficos, das doenças e dos agravos, dos fatores de risco, dos impactos ambientais e laborais no desgaste da saúde humana, do complexo produtivo da saúde (medicamentos, vacinas, hemoderivados, equipamentos), entre outros.

O processo de inovação tecnológica em saúde é um problema relevante para os países, pelas pressões que exercem sobre o sistema de saúde relacionadas com o aumento dos custos, formação e capacitação dos trabalhadores de saúde, atualização de instrumentos de regulação e investimentos em infra-estrutura. A incorporação acrítica e o uso inadequado das tecnologias implicam riscos à população, assim como comprometem a efetividade do sistema de saúde.

No campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde, assim como nos demais, a debilidade dos mecanismos de cooperação e coordenação intragovernamental tem sido um fator de perda da eficiência das ações. No plano federal, adquirem especial relevo as relações com o Ministério da Ciência e Tecnologia e o fortalecimento dos laços com os estados e municípios.

O aumento da capacidade científica e tecnológica do Brasil implica novos esforços para a conquista da tão necessária auto-suficiência nacional de insumos essenciais e indispensáveis à promoção, à prevenção, ao controle, reabilitação, e à recuperação da saúde. Os equipamentos médico-cirúrgicos e de diagnóstico e os insumos (medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados etc.) representam custos elevadíssimos para o SUS e o setor saúde. Apesar do enorme volume de gastos do setor público nesse mercado de equipamentos e insumos, eminentemente privado, o poder público não exerce a sua regulação pública, seja da oferta, seja do consumo.

Políticas industriais no campo da saúde que fortaleçam e desenvolvam o potencial nacional e público de intervenção na área, face ao perfil epidemiológico da população, às inovações e às políticas tecnológicas, incentivam a geração de empregos, maior associação entre saúde e agricultura no campo da biotecnologia, estabelecimento de projetos para o futuro, definindo o papel das universidades e das instituições públicas de pesquisa, e a capacidade do poder público de induzir o desenvolvimento de pesquisas nas empresas.

Deliberações sobre diretrizes gerais para a política de Ciência e Tecnologia na Saúde:

1. Promover o diálogo entre a comunidade científica e a sociedade, por meio de mecanismos de articulação para a democratização, a compreensão crítica e a participação pública em questões relacionadas à ciência, à tecnologia e à saúde.
2. Ampliar, através de todos os meios de comunicação, os canais de divulgação dos resultados das pesquisas nacionais voltados para a sociedade civil e o controle social, independentemente de terem sido publicados pelos veículos tradicionais de divulgação científica, assegurando a linguagem adequada às pessoas com deficiências.
3. Garantir maior permeabilidade do Sistema Nacional de Ciência & Tecnologia à participação popular e efetivar o controle social nas instâncias de fomento à pesquisa em saúde.
4. Garantir como uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde a pesquisa em saúde com alocação de recursos específicos e padrões de ética definidos.
5. Definir estratégias conjuntas e articuladas das políticas públicas de pesquisa e desenvolvimento na área de saúde, a cargo dos Ministérios da Saúde e de Ciência e Tecnologia, Educação, Meio Ambiente e outros afins, com vistas ao fortalecimento e consolidação do SUS, com amplo controle social e participação social.
6. Divulgar amplamente a proposta da ciência e tecnologia e inovação em saúde para o SUS, como componente da política nacional de saúde.
7. Estimular e fortalecer as instituições públicas de ciência e tecnologia e de saúde que desenvolvam pesquisas em saúde.
8. Estabelecer a relevância social e o mérito técnico-científico como critérios relevantes de análise dos projetos de pesquisa pelos órgãos de fomento.
9. Incentivar, por parte das três esferas de governo, a aplicabilidade das pesquisas em saúde criando mecanismos de controle de sua eficácia.
10. Fomentar e descentralizar a pesquisa científica, tecnológica e inovação em saúde baseadas na interdisciplinaridade, de acordo com a realidade encontrada, respeitando os usos e costumes locais, visando ao aumento da equidade no cuidado à saúde da população e enfatizando a produção das instituições públicas. Deve-se, ainda, ampliar a divulgação dos editais de fomento à pesquisa em saúde, por meio de jornais de grande circulação, telejornais e outros meios que não apenas os tradicionalmente utilizados no meio acadêmico, com divulgação dos resultados das pesquisas

nos serviços de saúde e comunidades onde os dados foram coletados, e com retorno às áreas de estudo, principalmente quando forem realizadas em áreas indígenas, neste caso, devendo, ainda, ser acompanhadas por entidades como FUNAI.

11. Desenvolver centros de C&T em saúde no interior dos estados, com integração das universidades, garantindo o princípio do ensino, pesquisa e extensão e fortalecendo a cultura local de saúde.
12. Fortalecer e criar, quando necessário, núcleos específicos para o campo de saúde pública nos âmbitos regional, estadual e nacional, para articular as diferentes instituições e grupos de pesquisa na elaboração de projetos que respondam às necessidades da agenda de prioridades de pesquisa em saúde.
13. Incrementar os recursos destinados à pesquisa, ao desenvolvimento e à disseminação de informações em saúde, visando melhorar o atendimento aos usuários dos serviços de saúde.
14. Implantar, no âmbito do Ministério da Saúde, política de reconhecimento e incentivo às instituições de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde.
15. Incentivar profissionais de saúde e fortalecer as instituições participantes do SUS para o desenvolvimento de pesquisas no âmbito dos serviços de saúde, voltadas para a sua melhoria, mediante uma política de educação permanente em saúde.
16. Ampliar a quantidade de pesquisas em saúde, por meio de incentivos especiais que possam fomentar estudos regionais e a criação de um sistema integrado de dados em pesquisa.
17. Estimular a produção científica e tecnológica direcionada às necessidades regionais com, no mínimo, cinco projetos por área de atuação por ano, ou por outro meio de mensuração de resultados, pelas faculdades, centros de pesquisa e de ensino, voltadas prioritariamente para o setor público.
18. Assegurar o desenvolvimento e implementação de padrões elevados de ética na pesquisa em saúde, no âmbito do território nacional, para empresas públicas e privadas, nacionais ou internacionais, na perspectiva da segurança e dignidade dos sujeitos de pesquisa, de acordo com o estabelecido na Resolução CONEP nº 196/96 e complementares, instituindo mecanismos que assegurem seu cumprimento, devendo-se, ainda, estimular a criação e o fortalecimento dos comitês de ética em pesquisa. Cabe também aprimorar o sistema de revisão e aprovação ética de pesquisas envolvendo seres humanos, exigindo responsabilidade quanto a qualquer dano à saúde dos indivíduos envolvidos.
19. Fortalecer as instituições de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S), tendo como principais eixos de atuação a capacitação dos trabalhadores da saúde e pesquisadores, a implementação de infra-estrutura e a disseminação de informações em C&T/S, com aplicação na promoção da saúde, criando parcerias entre universidades públicas e privadas e secretarias de saúde, com o intuito de permitir o intercâmbio de novos conhecimentos e a melhoria da gestão local, priorizando as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste e as áreas menos favorecidas.
20. Garantir parcerias entre sociedade, instituições de pesquisa e universidades públicas para o desenvolvimento de pesquisas sobre o perfil epidemiológico das populações, visando ao controle de doenças e agravos prioritários bem como o perfil de qualidade do desenvolvimento global em crianças de zero a sete anos.
21. Buscar parcerias de outras nações a fim de revisar o acordo internacional sobre as patentes de insumos, equipamentos e medicamentos visando a garantir que os avanços tecnológicos que favoreçam a vida sejam considerados como de propriedade e utilidade pública.
22. Estimular a cooperação técnica horizontal entre países, no que se refere ao intercâmbio de tecnologias para produção de medicamentos, preservativos, capacitação dos trabalhadores de saúde, logística, operacionalização e outros conhecimentos necessários ao controle adequado dos principais problemas de saúde da população, em especial das DST, HIV/Aids e hepatites crônicas virais (HCV).
23. Garantir o estabelecimento de parcerias para inclusão e incentivo de uma política de produção de matéria prima vegetal de espécies medicinais, através da agricultura orgânica natural, garantindo a demanda e o acesso aos medicamentos dela derivados, primando pela segurança de seu uso, fortalecendo a educação e saúde popular.
24. Estabelecer políticas que impeçam a biopirataria nos municípios, estados e União, por meio de mecanismos para o controle da extração, pesquisa e industrialização de produtos ou matérias-primas brasileiros, utilizados como insumos em saúde.
25. Definir, avaliar, incorporar e utilizar os avanços biotecnológicos na saúde, com ênfase na análise, no gerenciamento e no monitoramento de biossegurança, assim como as implicações e repercussões no campo do bioética e da ética na perspectiva da segurança e dignidade dos sujeitos da pesquisa.
26. Levantar em consideração no desenvolvimento científico e tecnológico os saberes populares e desenvolver estudos/pesquisas acessíveis à participação da população urbana e rural.
27. Criar mecanismos e critérios rigorosos de regulação e regulamentação do uso dos transgênicos, levados com clareza para a sociedade, através de amplo debate com a participação das três esferas de governo, das empresas que desenvolvem pesquisas com transgenia, da comunidade científica, dos Ministérios do Meio Ambiente e da Agricultura, entre outros.

Deliberações sobre gestão da Ciência e Tecnologia do Setor Saúde:

28. Envolver as três esferas do governo na organização, funcionamento, produção, avaliação e incorporação da ciência e tecnologia no SUS.
29. Garantir a elaboração, implementação e acompanhamento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde com a efetiva participação das esferas estaduais, municipais e federal, instituições de ensino e pesquisa, prestadores, representantes da sociedade, Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas e sociedades científicas indicadas pela Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e aprovadas pelos representantes da sociedade.

30. Recomendar às agências de apoio à pesquisa científica e tecnológica, que levem em consideração como critérios fundamentais para a aprovação dos projetos, a Agenda de Prioridades de Pesquisas em Saúde e a relevância dos projetos para os problemas de saúde pública.
31. Viabilizar pesquisas com recursos do Ministério da Saúde, cujas linhas sejam definidas com base na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, considerando-se as necessidades regionais e os seguintes temas:
- i. Promoção e prevenção na saúde conforme a biodiversidade nacional, respeitando as diferenciações étnicas;
 - ii. Pesquisa social na esfera da saúde;
 - iii. Determinantes e condicionantes intersetoriais dos problemas de saúde, subsidiando diagnósticos e intervenções sócio-ambientais;
 - iv. Gênero e etnias afrodescendentes e indígenas, incluindo a avaliação do estado de doenças prevalentes nas populações afrodescendentes e indígenas;
 - v. Monitoramento ambiental de campos eletromagnéticos em áreas vizinhas a torres de celulares, visando conhecer os agravos e evitar os possíveis danos à saúde;
 - vi. Avaliação do impacto ambiental na implantação das novas tecnologias e pesquisas, e dos organismos geneticamente modificados;
 - vii. Alterações hormonais (inclusive osteoporose e menopausa precoces entre as mulheres), lipodistrofia, patologias concomitantes ou associadas ao HIV/Aids, colesterol e triglicérides, doença celíaca, HPV e as neoplasias, causados por dosagem de antiretrovirais, contracepção hormonal e cirúrgica, interações medicamentosas, efeitos colaterais e adversos, aumento dos índices de morbimortalidade;
 - viii. Desenvolvimento de tecnologias para a redução de custos em saneamento básico e saúde;
 - ix. Atenção básica, saúde ambiental, agravos relacionados ao trabalho, segurança alimentar, patologias de alta complexidade e biossegurança;
 - x. Pesquisas em vigilância à saúde, na análise de produtos e serviços de interesse à saúde, inclusive nos aspectos toxicológicos de alimentos e de água para consumo humano, com especial atenção a fluoretação dos cremes dentais infantis e casos de fluorose;
 - xi. Princípios básicos de alimentos agroecológicos (sem agrotóxicos e insumos químicos);
 - xii. Pesquisa de âmbito nacional na área de doenças ocupacionais adquiridas pelos profissionais de saúde e do sistema prisional;
 - xiii. Estudos sobre práticas de cuidado à saúde consideradas alternativas, holísticas, naturais e complementares, bem como a homeopatia;
 - xiv. Pesquisas e estudos sobre atenção de média complexidade, incluindo métodos complementares de diagnóstico e terapêutica, e de alta complexidade;
 - xv. Tecnologias de gestão e organização e economia em saúde;
 - xvi. Avaliação da adequação do consumo de energia e nutrientes através do consumo alimentar da população, incluindo os alimentos fortificados utilizados nos tratamentos, fomentando a elaboração de tabela nacional de composição de alimentos;
 - xvii. Métodos e produtos das dietas de restrição alimentar (a exemplo de celíacos, fenilcetonúricos, deficientes na absorção na proteína do leite bovino, entre outros) e suas conseqüências na saúde;
 - xviii. Avaliação do impacto dos agrotóxicos sobre o ambiente e saúde humana;
 - xix. Destino a ser dado aos resíduos dos serviços de saúde, resíduos industriais e outros resíduos tóxicos, visando minimizar seu impacto ambiental e à saúde;
 - xx. Organização de sistema de vigilância a violência que viabilize a obtenção de informações de morbimortalidade por causas externas e vigilância epidemiológicas dos óbitos articulando institutos médico-legais, unidades de saúde e departamento de trânsito;
 - xxi. Medicamentos e insumos originários da flora nacional;
 - xxii. Estudo e avaliação de substâncias transgênicas e carcinogênicas na saúde humana e animal;
 - xxiii. Saúde reprodutiva da mulher, tais como avaliação das práticas de atenção à mulher, mortalidade materna e aborto.
32. Fortalecer a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.
33. Ampliar os recursos para pesquisas em saúde por meio de contribuições financeiras compulsórias oriundas dos setores industriais que produzem dívidas sanitárias em especial as de bebidas alcoólicas e tabacos.
34. Estabelecer uma cota específica dos três níveis de governo para um fundo de Ciência e Tecnologia para a pesquisa em saúde.
35. Criar mecanismos adequados de fomento vinculados ao Ministério da Saúde, voltados para o fortalecimento da pesquisa, do desenvolvimento tecnológico, da capacitação técnica e da difusão dos resultados alcançados, sendo orçamento e resultado divulgados para o controle social.
36. Criar incentivos à iniciação em pesquisa científica e tecnológica na área de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal.
37. Garantir o incentivo e a normatização pelos Ministérios da Saúde, da Educação, e da Ciência e Tecnologia, e fundações de amparo à pesquisa, da participação de entidades não-governamentais e não universitárias na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias em saúde.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

38. Garantir que os Ministérios da Saúde, da Educação e de Ciência e Tecnologia destinem recursos específicos para estimular os grupos de pesquisas, universidades e escolas técnicas à produção de pesquisas de interesse da saúde, prioritariamente as instituições oficiais do poder público, devidamente cadastradas.
39. Apoiar a publicação e circulação de revistas em língua portuguesa que veiculem temas relevantes para o SUS. Eleger indicadores de avaliação que valorizem as publicações nacionais e outras formas de difusão da produção científica além da publicação em periódicos internacionais ou nacionais indexados, visando disseminar seus resultados para a sociedade.
40. O Ministério da Saúde deve, em suas ações de fomento à pesquisa, buscar a articulação política ou com agências de fomento de outros Ministérios no que se refere à concessão de bolsas de estudo para o setor.
41. Garantir equidade nos investimentos de C&T em saúde nas três esferas de governo, com base nas agendas de prioridade em pesquisa em saúde estaduais e nacional, estimulando a cooperação técnico-financeira entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de saúde e as Fundações de Amparo à Pesquisa.
42. Fortalecer as Comissões de Ética em Pesquisa (CEP) no controle social das pesquisas em seres humanos, priorizando os princípios do SUS.
43. Criar a Comissão Nacional e comissões estaduais de Bioética visando o debate das questões éticas em conflito na sociedade, incluindo as referentes ao campo da saúde.
44. Criar comitês oficiais de bioética nos serviços de saúde dos estados e municípios, quando necessário, para avaliação dos protocolos de pesquisas que envolvam seres humanos e discussão de questões éticas envolvidas na atenção à saúde.
45. Promover a captação de recursos junto a agências financiadoras, com rubricas específicas para a pesquisa em saúde, proporcionando parcerias entre estados, universidades, laboratórios e instituições de pesquisa pública.
46. Proporcionar apoio técnico-científico e financeiro para que as universidades sejam estimuladas a criar núcleos de estudos de saúde da população negra e indígena. Estabelecer linhas de pesquisas em saúde da população negra e indígena por agências de fomento à pesquisa e pós-graduação, tais como CNPq, CAPES, FINEP e fundações estaduais de pesquisa (FAP).
47. Estimular a interação das universidades, laboratórios das Forças Armadas e outros laboratórios oficiais e do Ministério de Ciência e Tecnologia com o SUS, respeitadas as suas missões institucionais.
48. Ofertar cursos de capacitação em pesquisa pelas universidades, priorizando as públicas, para os profissionais atuantes no SUS e para os pólos de educação permanente.

49. Articular as esferas governamentais, promovendo parceria entre estado, municípios, universidades, instituições de pesquisa em saúde, órgãos como Sebrae, BNDES e terceiro setor para pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Suprimir "e terceiro setor".

50. Incluir, no calendário das Conferências de Saúde, a Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde, com a criação de fóruns permanentes, vinculados aos respectivos Conselhos de Saúde e ao Ministério da Saúde e às secretarias estaduais e municipais.
51. Implementar as Comissões Temáticas de Ciência e Tecnologia em Saúde no âmbito dos Conselhos de Saúde, com participação efetiva do controle social.
52. Revisar a Lei de Patentes, com audiências públicas e outras formas de participação da população, visando proteger os interesses nacionais. Exigir a quebra de patentes de medicamentos e insumos, utilizando critérios epidemiológicos que justifiquem urgência de saúde pública, sustentando em todos os acordos internacionais que o direito à vida e a saúde precedem qualquer acordo comercial.
53. Estabelecer que os institutos de pesquisa e agências financiadoras em ciência e tecnologia em saúde forneçam informações sobre gastos previstos e executados, anualmente, aos Conselhos de Saúde.

Deliberações sobre a incorporação tecnológica e as inovações no setor saúde:

54. Estruturar uma política de avaliação tecnológica em saúde que envolva as três esferas de governo na avaliação de tecnologias no SUS, subsidiando a decisão para a incorporação crítica e independente de produtos e processos. Esta política deve envolver pesquisadores, gestores, prestadores de serviços, usuários e profissionais de saúde, buscando a melhor relação custo/efetividade e definindo mecanismos intersetoriais que avaliem a eficácia, segurança e eficiência no uso de novos fármacos alopáticos, homeopáticos e fitoterápicos, bem como tecnologias ou produtos, considerando pareceres das sociedades científicas.
55. Os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, devem incentivar e promover discussões sobre a avaliação das demandas em tecnologia para a saúde local, visando à descentralização das ações tecnológicas.
56. Avaliar, em todos os âmbitos do sistema de saúde (local, distrital, estadual e nacional), bem como em instituições de ensino e pesquisa da área de saúde, a necessidade de aquisição e implementação de tecnologia e equipamentos, facilitando o desenvolvimento do trabalho e aumentando a confiabilidade de gestores, trabalhadores e usuários nos resultados das ações e serviços de saúde, conforme critérios estabelecidos nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.
57. Estabelecer um plano de incorporação e democratização de tecnologias e pesquisas regionalizadas com avaliação de impacto social e ambiental das novas tecnologias.
58. Incorporar, após avaliação criteriosa, novas tecnologias na melhoria, implementação e modernização do sistema de saúde, buscando maior equidade regional, de gênero, de raça/etnia e de orientação sexual, com garantia de acesso e amplo controle social.

59. Criar parques tecnológicos regionais para pesquisa e desenvolvimento e formação de profissionais em equipamentos de saúde e criar e desenvolver laboratórios para pesquisas nos municípios, capacitando os jovens para descobertas na esfera de tecnologia, nanotecnologia e biotecnologia.
60. Apoiar e financiar o desenvolvimento de protocolos de estudo e pesquisa de avaliação da eficácia clínica das atividades de práticas terapêuticas naturais e seus impactos epidemiológicos, sociais e antropológicos.
61. Implementar políticas de desenvolvimento do complexo produtivo da saúde, integrando centros de pesquisas, laboratórios oficiais, universidades públicas e empresas nacionais visando à diminuição da dependência nacional no campo tecnológico e produtivo, bem como a garantia de maior auto-suficiência nos itens definidos como estratégicos para o país. Consolidar o papel do Ministério da Saúde no apoio ao desenvolvimento do complexo produtivo da saúde.
62. Incentivar a pesquisa e o desenvolvimento de equipamentos para o setor saúde com patente nacional, com ênfase nos estudos sobre equipamentos e tecnologias destinados aos hospitais e laboratórios do SUS.
63. Implantar políticas para produção nacional de hemoderivados, agilizando a criação de fábricas para suprir a demanda nacional.
64. Desenvolver equipamentos, insumos e outros meios auxiliares para assegurar a acessibilidade de pessoas com deficiência e portadoras de necessidades especiais.
65. Investir prioritariamente no desenvolvimento de um parque farmacêutico, utilizando a biodiversidade nacional de forma sustentável, para o fortalecimento da produção de medicamentos pelos laboratórios oficiais.

66. Instituir a exigência da realização de testes de bioequivalência e biodisponibilidade nos laboratórios que fornecem os medicamentos da farmácia básica, com ampla divulgação dos resultados.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

67. Pesquisar os efeitos colaterais causados por medicamentos usados no tratamento de doenças graves e crônicas (HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, hepatites virais, entre outros), levando em consideração o recorte étnico/racial e de gênero.
68. Investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para a produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.
69. Financiar, por meio dos Ministérios da Saúde, Agricultura, Meio Ambiente e Ciência e Tecnologia, pesquisas sobre plantas medicinais, alimentos alternativos e biodiversidade nacional promovidas por instituições nacionais.

70. Opor-se à clonagem de seres humanos, sob qualquer circunstância, admitindo somente as pesquisas com clonagem de células ou tecidos humanos com finalidades terapêuticas.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Suprimir "admitindo somente as pesquisas com clonagem de células ou tecidos humanos com finalidades terapêuticas".

EIXO TEMÁTICO IX – O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Introdução

O SUS deve ser analisado no conjunto da política social e econômica brasileira. A garantia do direito à saúde exige volume crescente de recursos para investimentos, manutenção da rede assistencial, aporte de medicamentos e insumos estratégicos, ações de vigilância, promoção, prevenção e educação em saúde, entre tantas outras. Os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção só podem ser viabilizados com um modelo de financiamento forte, expresso em leis e atos normativos que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis, com agilidade no uso dos recursos; e com sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação; e com recursos alocados prioritariamente na implementação de redes de serviços públicos para a substituição gradativa da contratação dos serviços privados, principalmente os de alta complexidade.

É nítida a perspectiva do SUS de racionalizar seus recursos, ao propor hierarquização e regionalização do atendimento (níveis de atenção e sistemas de referência e contra-referência), a divisão de responsabilidades entre as esferas de gestão (União, estados e municípios) e a mudança dos modelos de atenção (prioridade para a organização da atenção básica articulada aos demais níveis). Apesar desses esforços, a ortodoxia fiscal e o ajuste estrutural representados pela necessidade de produção de superávit primário e a redução dos recursos disponíveis para gastos específicos do setor saúde contribuem pesadamente para a exclusão imposta a segmentos expressivos da população.

Em 2000, após amplo processo de luta, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC 29), que assegura a efetiva co-participação da União, dos estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde. Entretanto, em 2002, 17 estados e 41% dos municípios não gastaram o que deveriam nas referidas ações e serviços públicos de saúde.

A discussão atual concentra-se na regulamentação e aplicação da EC 29 e nos projetos de Reforma Tributária e Previdenciária. A desvinculação de receitas tem sido temática permanente do debate, em particular da pauta de governadores com o Governo Federal, tornando-se um problema para a estruturação do SUS. Todavia, a vinculação traz maior segurança em relação ao volume de recursos para o setor e compromete as três esferas de governo no financiamento da saúde. Alguns pontos em debate podem ter efeito drástico sobre os recursos estáveis para o setor saúde por tratarem de tributos diretamente vinculados a receitas previstas para a Saúde, como CPMF, Cofins, ICMS e DRU e outros.

Deliberações gerais relativas ao financiamento da saúde:

1. Promover ação vigorosa na defesa da retomada do desenvolvimento socioeconômico, ambientalmente saudável e socialmente justo.
2. Renegociar as dívidas interna e externa, com ampla participação social e das entidades nacionais que representam os trabalhadores.
3. As Reformas Tributária e Previdenciária, que precisam ser realizadas com ampla discussão com a sociedade, devem garantir recursos específicos e suficientes para o fortalecimento da seguridade social nas três esferas de governo e para o desenvolvimento do SUS, destinando mais recursos à saúde para aos municípios e estados e ampliando as garantias de regulação do repasse de recursos fundo a fundo da União e dos Estados para os Municípios, com Controle Social.
4. Apoiar o veto ao Artigo 96 da Reforma Tributária, que trata da desvinculação de recursos da União (DRU), assim como rejeitar possíveis iniciativas de desvinculação de recursos dos estados e municípios (DRE e DRM) e exigir a aplicação, pelas três esferas de governo, da EC 29 e da Resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde, com a punição dos gestores que não as cumprirem. Dessa forma, os recursos do orçamento da saúde serão aplicados em ações e serviços específicos da saúde e não em condicionantes e determinantes (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais), que devem ser financiados por outras fontes.
5. Garantir, com base em indicadores locais de saúde e em ações articuladas intersetorialmente, recursos mínimos para o saneamento básico, entendido como ação supletiva do setor saúde, e financiado por recursos do orçamento fiscal e de outras fontes da União, Estados e Municípios, respeitando as normas legais e resguardando os recursos específicos do SUS, definindo estes recursos por meio de emenda constitucional específica para esse fim, nos moldes da EC 29.
6. Regular e fazer cumprir o dispositivo constitucional que trata da destinação de recursos para o setor saúde, com o objetivo de precisar responsabilidades para o financiamento do sistema e definir as responsabilidades do gasto sanitário, de acordo com a Resolução nº 322/03 do Conselho Nacional da Saúde, mantendo-se a obrigatoriedade de vinculação de recursos orçamentários para a saúde de no mínimo de 12% para os estados, 15% para os municípios e 10% das receitas correntes da União. No que se refere à aplicação de recursos em ações e serviços de saúde, a regulamentação deve prever, a partir de um amplo debate com a sociedade, alternativas para Estados e Municípios que necessitam expandir serviços e contratar trabalhadores de saúde com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde, com modificações da Lei de Responsabilidade Fiscal para permitir o cumprimento dessas disposições.
7. Garantir que a aplicação dos recursos em saneamento realizada pelas três esferas de governo no âmbito do SUS seja feita de acordo com a Resolução nº 322/03 do Conselho Nacional de Saúde.
8. Garantir que o repasse da arrecadação da CPMF seja destinado exclusivamente à saúde.
9. Garantir linhas de crédito para o financiamento do setor saúde, priorizando os serviços públicos e os filantrópicos com certificado de filantropia devidamente fiscalizado pelos órgãos competentes, que atendam no mínimo 60% SUS, com juros subsidiados, através do BNDES, da Caixa Econômica Federal (CEF), do Banco do Brasil e de outras agências públicas, assegurando o Controle Social.

10. Impedir, por meio de legislação específica, que os três poderes (judiciário, legislativo e executivo), nas três esferas de governo, utilizem recursos públicos para o financiamento de planos de saúde aos servidores e exigir que os governos realoquem para a saúde os recursos previstos na EC 29.
11. Destinar os recursos públicos da saúde alocados no orçamento da seguridade social prioritariamente para o setor público vinculado ao SUS, sendo sua utilização para serviços privados apenas quando apresentam caráter complementar, conforme determinado na legislação.
12. Incrementar a participação do orçamento público no financiamento do setor saúde, nas três esferas de governo, sob supervisão dos Conselhos de Saúde e o acompanhamento dos Tribunais de Contas, Controladorias e do Ministério Público.
13. Prosseguir com a discussão nos Conselhos de Saúde visando à determinação de parâmetros para a elaboração de planilha de itens orçamentários, com a finalidade de proporcionar a indispensável visibilidade, sem superposições dos seguintes conjuntos de itens: custeio; investimentos; atenção básica, média complexidade e alta complexidade.
14. Efetivar a obrigatoriedade do preenchimento do Siops, tornando-o pré-requisito para as transferências de recursos para estados e municípios.
15. Garantir que os relatórios de gestão do SUS, previstos na legislação, após deliberação dos Conselhos de Saúde, sejam considerados para fins de aprovação das contas pelas Assembléias Legislativas, Câmaras Municipais e Congresso Nacional, tornando-os pré-requisitos para as transferências de recursos para estados e municípios.
16. Estabelecer e implantar no SUS sistemas de controle de compras e de preços, tais como registro de preços e pregão eletrônico e, em particular, o Banco Nacional de Preços e Produtos Hospitalares do Ministério da Saúde.
17. Incrementar e implementar ações sistemáticas de controle, regulação, avaliação e auditoria nos gastos do sistema de saúde, com a participação do Conselho Municipal de Saúde, visando coibir e eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos.
18. Implementar a obrigatoriedade da elaboração de Planos de Aplicação para cada fonte dos recursos do Piso da Atenção Básica (PAB), com aprovação pelos Conselhos de Saúde, para estabelecer maior controle sobre os gastos.

Deliberações sobre volume e novas fontes de recursos para a saúde:

19. Elevar gradativamente o gasto anual *per capita* total com saúde de US\$ 185 (cento e oitenta e cinco dólares) para US\$ 500 (quinhentos dólares) até 2007.
20. Aumentar de 45% para 50% o percentual de participação do gasto público no gasto anual com saúde.
21. Repassar ao orçamento da saúde, além dos recursos determinados pela EC 29 para o ano fiscal, os recursos não utilizados no ano fiscal anterior, aplicando as penalidades previstas na EC nº 29/00 e nas Leis Federais nº 8080/90 e nº 8142/90.
22. Fixar a taxa de contribuição para o financiamento da saúde sobre o cigarro e semelhantes (charutos, fumo etc.), bem como sobre as bebidas alcoólicas, devendo ser esses recursos repassados ao Ministério da Saúde para custear o tratamento e a prevenção das doenças provocadas pelo uso dessas substâncias, no valor de 15% a 20% sobre a fabricação e comercialização ou 20% do valor arrecadado pelo IPI.
23. Estabelecer um Piso de Atenção Básica (PAB) estadual como forma de repasse fundo a fundo de recursos financeiros estaduais para os municípios.
24. Alocar recursos provenientes das loterias estaduais e federal para o Fundo Nacional de Saúde com repasse equânime aos municípios, para aplicação na atenção à saúde na ordem de 10%, além dos 38% já assegurados na seguridade social, fixando um percentual destinado ao saneamento básico.
25. Criar dispositivo legal para que sejam destinadas à atenção à saúde de 10% a 30% da arrecadação das multas de trânsito federais, estaduais e municipais e o repasse se dê através dos fundos competentes.
26. Repassar o percentual de 60% da arrecadação do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) para os fundos de saúde sendo distribuídos nas seguintes proporções: 50% para os Fundos Municipais de Saúde dos municípios onde são licenciados os veículos, 30% para os Fundos Estaduais de Saúde e 20% para o Fundo Nacional de Saúde, para o investimento e a melhoria das condições de atendimento às urgências e emergências, bem como as demais ações de saúde, com prioridade para a prevenção e a promoção.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Suprimir "onde são licenciados os veículos".

27. Suspender os subsídios oriundos da dedução de Imposto de Renda para gastos com planos e seguros de saúde, revertendo os valores correspondentes arrecadados para a constituição de um fundo nacional voltado para o financiamento de ações emergenciais em saúde e de atenção básica.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

28. Estabelecer formas de participação das instituições de ensino no financiamento do sistema quando essas utilizarem os serviços de saúde do SUS para atividades práticas com seus alunos.

Deliberações sobre critérios e mecanismos para distribuição de recursos da saúde:

29. Regulamentar e fazer cumprir o Artigo 35 da Lei 8.080/90, que define o processo nacional de repartição dos recursos do SUS, estabelecendo os critérios de definição dos valores a serem transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios.
30. Diminuir progressivamente, até a completa extinção, os repasses federais com vinculação prévia de utilização ("carimbo"), inclusive na forma de convênios para investimentos, incentivos e repasses extra-teto e para a compra de medicamentos, com sua transformação em transferências aos Fundos de Saúde para uso na função saúde, para maior transparência nas prestações de contas e facilitação da fiscalização pelos respectivos Conselhos, conforme Artigo 7º, Parágrafo 3º, da EC 29.
31. Avaliar anualmente os tetos físico e financeiro dos estados e municípios, levando em conta não somente a produção apresentada, como também os excedentes de produção, conforme as metas pactuadas no plano municipal de saúde e submetidas à aprovação dos Conselhos de Saúde correspondentes.
32. Definir prioridades para a alocação de recursos através do planejamento ascendente integrado, aprovando-as nos respectivos Conselhos de Saúde conforme prevê a legislação e integrando-as com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI), o Plano Plurianual (PPA) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), considerando as diferenças regionais e promovendo a avaliação das execuções desses Planos.
33. Garantir que todos os recursos para a saúde, transferidos de outras esferas ou de fontes próprias dos Municípios, Estados e da União, sejam depositados nas contas dos Fundos de Saúde, para maior transparência nas prestações de contas e facilitação da fiscalização pelos respectivos Conselhos.
34. Fazer cumprir os prazos no repasse de recursos financeiros entre as esferas de governo.
35. Aumentar os tetos financeiros dos municípios pólos, com recursos federais e/ou estaduais, para o reembolso dos atendimentos realizados para habitantes de fora do seu território e para atender de forma satisfatória a demanda de municípios circunvizinhos, de acordo com parâmetros pactuados após a habilitação/certificação, submetendo à análise e aprovação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com avaliação anual de indicadores e da série histórica dos tetos físico e financeiro.
36. Atualizar a transferência de recursos da União para estados e municípios, procurando diminuir as diferenças regionais, corrigindo-os segundo a variação anual com as seguintes opções: do orçamento de Ministério da Saúde, do índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA) e do Índice Geral de Preços.
37. Garantir maior equidade na distribuição de recursos financeiros, com redução das diferenças principalmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, cumprindo a deliberação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, com incremento imediato das diferenças com ajuste da média nacional, de acordo com o aprovado no orçamento federal de 2003 da ordem de R\$ 68,81 *per capita* ano, para todos os estados que se encontram abaixo deste valor.
38. Definir uma nova política de investimentos em saúde, que seja mais equitativa e transparente, após realizar rigorosa auditoria nos investimentos do REFORSUS nos últimos 5 anos.
39. Rever a forma atual de gastos com investimentos, baseada em convênios e emendas parlamentares, transformando-os em um padrão de investimentos sustentados, com recursos alocados nos respectivos Fundos de Saúde, tendo como base os planos de saúde e planos diretores, discutidos e pactuados nas Comissões Intergestores e aprovados pelos Conselhos de Saúde.
40. Priorizar e ampliar os investimentos do governo federal em municípios com menos de 100 mil habitantes, respeitando o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimentos e o Projeto de Expansão e Consolidação da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, sem prejuízo da assistência nos municípios pólos.

41. Destinar 50% dos recursos da União para a saúde na atenção básica, considerando as necessidades regionais.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

42. Ampliar os atuais valores do Piso de Atenção Básica (PAB), estabelecendo o valor mínimo de R\$ 20,00/habitante/ano e aumentar os valores do PAB para municípios com população inferior a 30 mil habitantes.
43. Garantir, nos municípios com população flutuante, repasses financeiros proporcionais aos incrementos sazonais de população.
44. Garantir o financiamento para as ações e serviços de saúde na área rural e terras indígenas, inclusive para a aquisição de veículos e unidades móveis que se façam necessários.
45. Garantir o incremento de recursos financeiros para os municípios em que existam acampamento e assentamento de trabalhadores rurais, população indígena, afrodescendentes, população ribeirinha e áreas de remanescentes de quilombo, com ou sem titulação de posse.
46. Garantir a alocação de recursos específicos no Ministério da Saúde para solucionar as questões dos municípios de fronteira.

47. Assegurar e implementar o financiamento do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, pelo Ministério da Justiça, que deverá repassar recursos (*) para os fundos nacional e estaduais de saúde, com gestão e gerência das secretarias estaduais da saúde.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Acrescentar "equivalentes ao valor de R\$ 150,00 per capita/ano" após o asterisco (*).
- c) Acrescentar "equivalentes ao valor de R\$ 250,00 per capita/ano" após o asterisco (*).

48. Destinar maior volume de recursos financeiros para a implantação e ampliação de Programas de Internação Domiciliar, com destinação do valor equivalente à diária do SIH/SUS para cobrir despesas extras dos usuários (fraldas, sondas, roupas etc.).
49. Garantir repasse de recursos financeiros para campanhas de vacinação, calculados com base na população e na extensão territorial dos municípios e aumentando o prazo de cumprimento de metas para regiões de difícil acesso.
50. Redefinir a forma de pagamento por procedimento, adotando outros critérios para repasse de recursos como agravos prioritários, estruturação da rede de atenção e incremento do sistema nacional de alta complexidade, instituindo tabelas diferenciadas de remuneração pela oferta de procedimentos por região, como forma de redução das desigualdades no acesso.
51. Nas tabelas SUS de referência para a remuneração dos serviços de saúde, garantir que os valores sejam compatíveis com a complexidade e o custo dos procedimentos.

Deliberações Sobre Projetos, Programas e Ações Específicas:

- Questões Relativas à Atenção Básica e à Saúde da Família:

52. Nos municípios com 100% de cobertura pela estratégia de Saúde da Família (PSF), deve ser utilizada a população cadastrada no SIAB como base de cálculo para o Piso de Atenção Básica (PAB).
53. Garantir financiamento tripartite (União, estados e municípios) para a estratégia de Saúde da Família.
54. Estabelecer repasse diferenciado para equipes de Saúde da Família, considerando como critério a densidade populacional (dispersão e concentração da população no território).
55. Criar incentivos financeiros para viabilizar a inclusão de profissionais da área de saúde contemplando a multidisciplinaridade nas equipes de Saúde da Família, segundo as necessidades locais.
56. Garantir o financiamento adequado às ações de Saúde da Família em municípios com populações indígenas, considerando a necessidade de equipes multidisciplinares de saúde indígena, de agentes comunitários de saúde indígena e de agentes indígenas de saneamento.

- Questões Relativas à Vigilância em Saúde:

57. Fortalecer as ações de vigilância em saúde, revendo o seu financiamento. Estas ações, inclusive as de saúde do trabalhador, deverão estar contemplados nos Planos Nacional, Estadual e Municipal de saúde que serão submetidas à deliberação dos respectivos Conselhos de Saúde.
58. Transferir 50% dos recursos arrecadados nos âmbitos federal e estadual com multas por infração ao meio ambiente para investimento na vigilância ambiental nos estados e municípios.
59. Destinar taxas e multas provenientes da vigilância sanitária, nas três esferas de governo, integralmente para o financiamento da vigilância à saúde e sanitária.
60. Destinar taxas e multas provenientes da vigilância sanitária, nas três esferas de governo, integralmente para o financiamento da vigilância à saúde e sanitária.

- Questões Relativas a Áreas Técnicas Estratégicas:

61. Ampliar os recursos do SUS com transferências *per capita*s para atendimento integral na área odontológica, com garantia da oferta de atendimentos especializados de média e alta complexidade como próteses dentárias, procedimentos cirúrgicos endodônticos e ortodônticos.
62. Alocar recursos das três esferas de governo para atendimentos oftalmológicos e optométricos (consulta e aquisição de óculos) aos alunos da rede de ensino e aos adultos e idosos com deficiências visuais e em processo de alfabetização, por meio de atendimentos prestados prioritariamente por entidades públicas, conforme determina a legislação.
63. Redirecionar os recursos destinados à internação psiquiátrica para a atenção básica em saúde mental, garantindo a efetiva realocação das AIH extintas, objetivando a ampliação dos CAPS e residências terapêuticas.
64. Garantir recursos para investimento e custeio dos serviços de urgência e emergência nos municípios de referência regional e microrregional que prestam estes serviços, de modo que possam oferecer atendimento digno e de qualidade.

- Questões relativas ao atendimento de doenças e agravos:

65. Garantir recursos para que instituições que prestam serviços de atenção e de reinserção social para dependentes de álcool e outras drogas se adequem aos critérios da RDC 101/01 da ANVISA, com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

66. Ampliar recursos para o financiamento da atenção às pessoas com deficiência, doenças crônicas e portadoras de necessidades especiais.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

67. Alocar recursos das três esferas de governo para aquisição de equipamentos especiais às pessoas com deficiências nas escolas, assim como para implantar as regras de acessibilidade determinadas pelas normas da ABNT.

68. Financiar órteses, próteses e bombas de infusão ambulatorial, de boa qualidade, com fornecedores devidamente credenciados, obedecendo os critérios de indicação médica, com revisão do rol descrito em tabelas referenciais, mediante consultas às organizações da sociedade civil de pessoas com deficiência, estabelecendo como fonte de financiamento recursos advindos dos seguros de acidentes de trânsito e de veículos e do orçamento do Ministério da Saúde, através do Fundo de Ações Estratégicas (FAEC) e dos estados e municípios.

Destaque:

a) Manutenção do texto original.

b) Acrescentar “Mediante preços previamente aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde” ao final do texto original.

69. Ampliar recursos para o financiamento da prevenção e do tratamento das DST/Aids, das hepatites, doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, hanseníase, doença celíaca, infecção do HTLV I e II, leishmaniose tegumentar e visceral (Calazar).

70. Garantir recursos financeiros do Ministério da Saúde, dos Estados e Municípios para a implantação e implementação dos Centros de Orientação à Sorologia (COAS) para HIV e hepatites, suficientes para seu funcionamento em todos os municípios de referência, tendo como fonte financiadora:

- **Questões Relativas à Saúde de Grupos Populacionais:**

71. Garantir o financiamento para cumprimento dos direitos de saúde contidos no Estatuto do Idoso (capítulo 4), já sancionado, e no Estatuto da Criança e do Adolescente inclusive para a capacitação e especialização de trabalhadores da saúde em geriatria e gerontologia.

72. Garantir, nas três esferas de governo, fontes de financiamento permanentes e específicas, com repasse contínuo, para a implementação de Política Nacional, Estadual e Municipal de Saúde do Trabalhador, com rubrica própria, para execução de ações e serviços públicos de saúde, de acordo com os planos de saúde das três esferas de governo.

73. Garantir recursos financeiros específicos para o desenvolvimento da atenção à saúde indígena, conforme as Leis 8.142/90, 8.080/90 e o Artigo 19 da Lei 9.836/99.

74. Garantir recursos financeiros específicos para a implementação da política de saúde da população negra, nas três esferas de governo.

Destaque:

a) Manutenção do texto original.

b) Supressão total da proposta.

- **Questões Relativas à Assistência Farmacêutica:**

75. Ampliar e garantir recursos destinados à assistência farmacêutica, nas três esferas de governo, para custeio de medicamentos da farmácia básica, incluindo homeopáticos, manipulados e fitoterápicos, com qualidade e teste de bioequivalência e biodisponibilidade, respeitando as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica incrementando os recursos para R\$ 12,00 (doze reais) habitante/ano, sendo R\$ 6,00 (seis reais) habitante/ano do Ministério da Saúde, R\$ 3,00 (três reais) habitante/ano das secretarias municipais e R\$ 3,00 (três reais) habitante/ano das secretarias estaduais de saúde.

76. Ampliar os recursos federais e estaduais de modo a garantir o suprimento adequado de medicamentos especiais e excepcionais, de acordo com os protocolos aprovados pelo Ministério da Saúde.

- **Questões Relativas ao Tratamento Fora do Domicílio:**

77. Implantar uma política adequada de financiamento para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), com aumento de recursos, garantindo-o à todos que necessitem, com maior agilidade de transporte e ampliação das referências regionalizadas de média e alta complexidade, conforme Portaria Ministerial 55 de 24 de fevereiro de 1997.

i. com revisão dos parâmetros de distância.

ii. tornando obrigatório às três esferas do governo a garantia da assistência ao doente em estágio terminal.

iii. criando um recurso específico para o financiamento dos pernoites e alimentação.

- **Questões Relativas à Atenção Hospitalar:**

78. Criar incentivos financeiros para os hospitais de referência públicos nos municípios que tenham uma cobertura das equipes de Saúde da Família maior que 50%.

79. Garantir recursos para custeio em hospitais públicos e filantrópicos, com menos de 50 leitos, em municípios de pequeno porte, independentemente da produção de serviços, a partir de contratos de gestão firmados após a avaliação de necessidades pelo sistema de saúde, conforme previsto na NOAS, coibindo qualquer cobrança de taxas aos usuários.

80. Estabelecer incentivo financeiro com recursos do Fundo Nacional de Saúde aos hospitais que atinjam metas mínimas estabelecidas através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH).

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

81. Conferir tratamento equitativo aos hospitais de ensino públicos e filantrópicos nas transferências de recursos das três esferas de governo, com prestação de contas aos Conselhos de Saúde.

– ***Questões Relativas à Saúde Suplementar:***

82. Garantir que os Planos e Seguros Privados de Saúde repassem ao SUS valores correspondentes à assistência de saúde prestada pelos serviços da rede pública ou conveniada com o SUS aos seus associados. (*) Também deve ser garantido o repasse ao SUS do cadastro de seus associados, com as especificações contratuais necessárias ao cumprimento dessa disposição, tais como valores contratados, tabelas de remuneração aos prestadores e prazos de pagamento. A autorização para a operação dessas entidades deve considerar como obrigatória a quitação com essas transferências financeiras e de dados, a exemplo das exigências legais já existentes sobre obrigações fiscais e previdenciárias. (**).

Destaque 1 (valores a serem repassados):

- a1) Manutenção do texto original.
- b1) Acrescentar “Os valores repassados ao SUS devem ser de acordo com a tabela TUNEP (que estabelece valores hoje correspondentes a mais de duas vezes as tabelas SIA/SUS e SIH/SUS)” após o asterisco (*).
- c1) Acrescentar “Os valores repassados ao SUS devem ser equivalentes à tabela de remuneração prevista no contrato entre o associado e seu plano” após o asterisco (*).

Destaque 2 (destino dos recursos arrecadados):

- a2) Manutenção do texto original.
- b2) Acrescentar “Os prestadores devem ser reembolsados com valores equivalentes à diferença apurada entre o valor cobrado das Operadoras de Planos e Seguros Privados de Saúde e os valores constantes nas tabelas do SUS” após os asteriscos (**).
- c2) Acrescentar “Os valores equivalentes à diferença apurada entre o valor cobrado das Operadoras de Plano e Seguros Privados de Saúde e os valores das tabelas do SUS devem ser alocados no Fundo Nacional de Saúde” após os asteriscos (**).

EIXO TEMÁTICO X – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Introdução

No cenário mundial e no Brasil as políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação encontram-se no eixo central das possibilidades de geração de novos processos e produtos e de mudanças nos modelos institucionais de gestão. No Brasil, o trabalho conjunto da União, dos estados e dos municípios para a construção dos sistemas de informações em saúde teve um crescimento acelerado nos últimos anos e alcançou reconhecimento nacional e internacional. A sociedade brasileira e, em particular, diferentes segmentos que atuam no setor de saúde apresentam crescentes demandas de informação e comunicação.

Em meio ao excesso de informação presente nos dias atuais, é preciso desencadear um novo esforço coletivo para produzir a informação que é de interesse comum, de escolher, selecionar e redirecionar informações conforme necessidades concretas, de possibilitar o acesso e levar em consideração o conhecimento produzido por seus interlocutores, não reduzindo a política nesses campos ao acesso a conhecimentos técnico-científicos.

A saúde demanda e deve orientar-se por políticas que incorporem o saber popular no seu processo de planejamento e gestão das atividades de informação e comunicação. A população não quer a informação substituindo as ações e os serviços de saúde, obrigando-a a assumir, individualmente, a responsabilidade por sua situação de saúde. A sociedade brasileira e suas representações em âmbitos nacional, regional e local, com suas particularidades, são os pontos de partida dos processos de interlocução institucional.

Ao atender às demandas crescentes de organismos centrais da gestão do SUS, os sistemas de informação passaram a consumir parte importante da força de trabalho em saúde, sem a conseqüente melhora da operação nos serviços de saúde, nos quais geralmente a captura do dado é manual, os instrumentos de coleta são múltiplos e o sistema não é informatizado.

A informação produzida deve estar adequada ao processo de descentralização e gestão participativa. Ainda é pequena a contribuição que essa área vem prestando aos conselheiros de saúde, aos gestores, aos trabalhadores e à população usuária do SUS. Portanto, é necessário desenvolver uma política e processos de capacitação para uso da informação na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

A construção de uma política de informação, comunicação e informática em saúde para o SUS deve integrar, conceitual e operacionalmente, a informação gerada pelos sistemas de informação e a infra-estrutura de informática e comunicação, padronizar para representar e compartilhar a informação em saúde, orientar o processo de informatização dos serviços de saúde dirigidos a indivíduos e coletividades e produzir informações de maior confiabilidade e uso para a gestão, prestação de serviços, geração de conhecimentos, controle social e articulação intersetorial.

Parte importante dessa política é estimular a expansão nacional das iniciativas bem sucedidas para regular o mercado de tecnologias de informação para o sistema de saúde, ampliando a competência brasileira na área de produção de *softwares* e desenvolvendo uma política de capacitação de trabalhadores para a operação e desenvolvimento de aplicações.

Superar o quadro das desigualdades de acesso às ferramentas da educação, informação e comunicação é uma tarefa urgente, o que exigirá firme presença do Estado. Para dar conseqüência à informação como instrumento do fortalecimento do SUS, é necessário estabelecer mecanismos de acesso que considerem os princípios de privacidade, confidencialidade, preservação, autenticidade, integridade da informação, assim como os usos recomendados e os mecanismos de escolha de tecnologias.

É preciso superar a visão que reduz a comunicação às suas tecnologias. Comunicação envolve informação e discursos que concorrem para a construção e a transformação de sentidos sociais a partir do uso de meios e tecnologias – imprensa escrita, rádio, televisão, internet –, mas não se reduz a nenhum deles. Envolve interlocução, busca do diálogo, outros processos sociais e culturais, como o da educação, da popularização da ciência e o da promoção à saúde, compartilhados e mediados pelos meios de comunicação, mas não determinados por eles. Significa estimular a utilização, em cada local, das manifestações culturais como veículo importante de comunicação. Envolve também o reconhecimento da pluralidade, do dissenso e dos conflitos inerentes a democracia.

Diretrizes em relação ao campo de interfaces da informação, da comunicação e da educação em saúde:

1. O Conselho Nacional de Saúde deverá definir estratégias, em conjunto com o Ministério da Saúde, para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, das ações e da utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sociais, permitindo:
 - i. democratizar a informação e a comunicação, em todos os aspectos;
 - ii. garantir, nas três esferas de governo, com definição de prazos, a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com sistemas e bases de dados de interesse para a saúde;
 - iii. viabilizar a rede de informação em saúde de âmbito nacional;
 - iv. investir em projetos educacionais e em campanhas continuadas, que favoreçam a participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde, utilizando todos os meios de comunicação e mídias populares, com linguagem adequada a cada público específico.
2. Realizar, até 2005, a I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde.
3. Implementar, nas três esferas de governo, as diretrizes de "Informação, Educação e Comunicação", recomendadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e reforçadas na 12ª, incorporando o campo da educação popular.

4. Garantir, nas três esferas de governo, financiamento específico para ações e projetos de informação, informatização, educação e comunicação na saúde, incluindo o campo popular, com transferências intergovernamentais na modalidade Fundo a Fundo. Entre outras ações, deverá ser elaborado e executado o plano anual de comunicação social e marketing do Sistema Único de Saúde, para fortalecer o vínculo e o comprometimento da sociedade organizada e dos atores do SUS com os seus princípios e postulados, com a participação dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde.
5. Ampliar os investimentos financeiros na contratação de recursos humanos, conforme a Norma Operacional de Recursos Humanos do SUS (NOB-RH/SUS) e na capacitação para as atividades associadas à comunicação, à produção, análise e garantia de acesso às informações em saúde, de forma a estimular o uso continuado, principalmente para a avaliação e o planejamento de ações de saúde nas três esferas de governo.
6. As iniciativas na área de informação, educação e comunicação em saúde devem respeitar as características regionais, étnicas, culturais e as possibilidades de acesso a tecnologias por parte das entidades e movimentos sociais, buscando a universalidade da comunicação, garantindo a pluralidade de expressão e a imparcialidade. As ações e os materiais produzidos devem ter claros os seus objetivos, âmbito de distribuição e as formas de avaliação dos resultados.
7. Desenvolver projetos nas três esferas de governo para garantir a divulgação permanente para a população de informações e decisões dos Conselhos, Conferências de Saúde e na mídia convencional e alternativa, nas instituições públicas e privadas, nas comunidades e também entre os gestores.
8. Implantar e implementar um plano permanente de informação, educação e comunicação em saúde na mídia em geral, tendo como referência a educação formal e popular em saúde, com garantia de espaço para a divulgação, distribuindo os custos de produção entre as três esferas de governo.
9. Garantir e implementar uma política de educação, informação e comunicação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), formulada e articulada com os Conselhos de Saúde regionais, estaduais, municipais e locais, visando ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade, favorecer a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde. Deve ser garantida a ampla divulgação dos eventos e deliberações dos conselhos das três esferas e a realização de:
 - i. atividades para informar e garantir os direitos à saúde em parceria com Ministério Público, Procon, Ordem de Advogados do Brasil (OAB), conselhos profissionais, Ouvidoria, Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), entre outros órgãos;
 - ii. parcerias com instituições de produção do conhecimento (universidades), comunicação (escolas de comunicação e mídia), informática, movimentos sociais e populares para realizar oficinas, seminários e capacitações acerca dos temas: controle social, informação em saúde, gestão participativa, comunicação e formação de redes de controle social;
 - iii. criação nos Conselhos de Saúde de uma comissão de comunicação, informação e educação popular em saúde que garanta permanente espaço de interlocução entre os diversos conselhos e destes com a sociedade, divulgando para a população as informações e decisões dos conselhos, conferências e comissões intergestoras de saúde, inclusive do conselho gestor local. A comissão deve buscar espaço em todos os meios de comunicação, em especial nas rádios comunitárias, para divulgar as ações dos Conselhos de Saúde de forma ampla e eficiente;
 - iv. confecção de calendário anual e divulgação antecipada das reuniões dos Conselhos de Saúde estaduais, distritais, regionais e municipais, contendo pauta, dia, horário e local, bem como sua composição, ações e deliberações, como estratégia de sensibilizar a comunidade para o controle social; com ênfase no convite à participação popular;
 - v. ampla divulgação da aplicação dos recursos na saúde, através da grande mídia, bem como por meio das associações de profissionais de saúde, sindicatos, ONG, Conselhos de Saúde, Assembleias Legislativas, Câmara de Vereadores, rede de serviços de atenção à saúde do SUS, visando garantir sua correta utilização e o cumprimento da EC 29;
 - vi. divulgação de matérias específicas relacionadas à saúde, em especial as decisões e votações dos três poderes da federação, na mídia convencional e alternativa, nas comunidades étnicas e entre os gestores;
 - vii. calendário de reuniões entre os Conselhos de Saúde, as entidades de usuários e trabalhadores para que os conselheiros municipais e estaduais prestem contas de sua atuação.

viii.criação de órgão objetivando registrar todos os eventos de saúde, evitando-se, assim, o agendamento de várias programações de saúde no mesmo dia, mês e hora.

Destaque:

- a) Manutenção do item (viii), com texto original;
- b) Supressão total do item (viii).

10. Aplicar recursos do Fundo de Universalização das Telecomunicações (Fust) na efetiva ampliação de recursos para a rede de comunicação, informação e documentação a todos os municípios, como meio de transmissão dos dados e informações em saúde, inclusive referentes ao controle social, definindo mecanismos e estratégias que assegurem aos estados e municípios condições técnicas e financeiras para implantação e funcionamento desta rede em todas as instâncias do SUS.
11. O Ministério da Saúde deverá promover articulação com o Ministério da Educação para viabilizar a inserção dos temas concernentes à informação, comunicação e controle social no currículo escolar de ensino fundamental, adequando-os às matérias de cunho social já existentes.
12. Implementar uma política editorial com a parceria das três esferas de governo, garantindo a produção, o intercâmbio, a disseminação e a avaliação dos produtos informacionais, com suporte em diversos meios e linguagens, para acesso às pessoas com deficiências.

- 13.** Divulgar, de forma contínua, as políticas de saúde, os dados epidemiológicos, as atividades e atribuições das vigilâncias epidemiológica e sanitária, o financiamento, o trabalho em saúde, os programas, as ações e os serviços prestados pelo SUS, por meio de parcerias com as comunidades, a sociedade civil organizada e os meios de comunicação, estimulando a população para a gestão participativa na saúde:
- i. informando e conscientizando a população sobre os problemas do SUS;
 - ii. publicando sistematicamente informações sobre a realidade epidemiológica de cada estado e município;
 - iii. criando um espaço físico com infra-estrutura (equipamentos audiovisuais etc.) para desenvolver ações de educação e comunicação social em saúde, para informar, educar e sensibilizar segmentos sociais e grupos sobre fatores de risco à saúde e sobre hábitos saudáveis;
 - iv. instalando aparelhos de TV para permitir a audiência de vídeo e reportagens educativas durante o expediente das unidades de saúde;
 - v. divulgando os objetivos dos conselhos e de suas atividades, através da mídia televisionada, imprensa escrita e boletins periódicos;
 - vi. possibilitando aos usuários o acesso à informação sobre novas modalidades de promoção, manutenção e recuperação da saúde desenvolvidas no SUS, como medicina natural, fitoterapia, práticas tradicionais indígenas e práticas complementares e alternativas de saúde, priorizando a informação correta sobre indicação e sobre o resultado de pesquisas científicas, inclusive para os profissionais de saúde, como forma de combater a burocracia, facilitando e garantindo o acesso e um atendimento com qualidade e humanizado;
 - vii. garantindo a abordagem de temas de saúde em seus aspectos locais, utilizando linguagem e instrumentos acessíveis e adequados a cada público específico (rádios e jornais comunitários, informativos, postos de saúde, conselhos municipais de saúde, agentes comunitários de saúde, meios de comunicação);
 - viii. propiciando esclarecimento da população sobre os princípios da universalidade, equidade e integralidade e o objetivo e funcionamento de estratégias de implantação do SUS, tais como a Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde, a Interiorização do Trabalho em Saúde, democratizando o acesso às informações dos sistemas de informações existentes, com a criação e divulgação de *folders* explicativos, cartilhas, treinamentos e cursos;
 - ix. garantindo a socialização das informações sobre a gestão da saúde, melhorando sua qualidade, por meio de boletins municipais, regionais, estaduais e nacional, incluindo dados estatísticos de morbimortalidade;
 - x. utilizando datas comemorativas e de lutas da saúde como oportunidade de sensibilizar e esclarecer a população em geral para o tema;
 - xi. informando sobre recursos aplicados em saúde, cobrando responsabilidades dos gestores e prestadores de serviços de saúde.
- 14.** Promover ampla e adequada divulgação de toda a legislação do SUS e do papel do Conselho de Saúde e do Ministério Público para que sejam acionados em qualquer situação que represente risco à saúde e afronta à lei.
- 15.** Democratizar as informações científicas e epidemiológicas, garantindo ampla divulgação dos conhecimentos, programas e projetos da comunidade científica em saúde individual e coletiva, ao alcance da sociedade, por meio de veículos populares, estimulando a discussão crítica e pública de aspectos relacionados à ciência, à tecnologia e à saúde.
- 16.** Realizar convênios e parcerias com escolas de ensino médio e fundamental e universidades, nas três esferas de governo, para melhorar a divulgação dos serviços de saúde para a população e os usuários, incluindo a decodificação dos relatórios das Conferências de Saúde, em cartilhas, fitas de vídeo e outros veículos, utilizando linguagem simples e acessível.
- 17.** O Ministério da Saúde deve promover campanhas efetivas de saúde preventiva, oferecendo subsídios (equipamentos e capacitação dos profissionais) aos municípios e estados, não restritos aos materiais de divulgação já elaborados. O conteúdo das campanhas deve ser elaborado em conjunto com as demais esferas de governo, considerando o perfil epidemiológico, alimentar e nutricional e as realidades locais, inclusive com o uso de meios de comunicação de massa, com a participação dos conselhos locais, distritais de saúde indígena, municipais, estaduais e nacional de saúde e em parceria com a sociedade civil organizada.
- 18.** Intensificar estratégias de sensibilização, como campanhas e outras, sobre a importância dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde na política de informação e comunicação do SUS.
- 19.** Viabilizar, prioritariamente com as instituições públicas de formação, a garantia de cursos técnicos, de extensão e de pós-graduação em informação, educação e comunicação para os profissionais que atuam na área da saúde, nas três esferas de governo.
- 20.** Articular com as Instituições de ensino superior, inclusive da área de saúde, a inclusão, em seus cursos, de disciplinas de informação e informática em saúde e comunicação social.

Deliberações sobre Informação e Informática em Saúde:

- 21.** Assegurar, agilizar e ampliar, com definição de prazos e sob o controle dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de saúde, a informatização do SUS, nas três esferas de governo. Esse processo deve ser orientado por uma política de informação e informática para implantar infra-estrutura de tecnologia da informação, com capacitação profissional e aporte de recursos financeiros, incluindo as unidades básicas de saúde e os demais níveis da rede de serviços. O governo federal deve destinar recursos do Fundo de Universalização das Telecomunicações (Fust) para este fim, de forma a permitir interligar os serviços de saúde, integrar os sistemas de informação, disseminar informações, simplificar os processos de marcação de consulta, os resultados de exames, a implantação do Cartão SUS, o prontuário digitalizado e o controle do estoque de medicamentos, insumos e almoxarifados, de forma a prestar um atendimento mais rápido e integral ao usuário. A tecnologia de informação e telecomunicações deve ser empregada para apoiar a prática profissional na assistência à saúde, incluindo ensino a distância, acesso eletrônico à literatura e sistemas de apoio à decisão, visando suprir necessidades de usuários,

- profissionais, gestores, instituições de ensino, pesquisa e controle social, estabelecendo convênios específicos com os municípios, para aquisição dos equipamentos.
22. Definir volume de recursos, fontes de financiamento, prazos, cronograma e critérios para implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o país, por meio de amplo debate com gestores estaduais, municipais, Conselhos de Saúde e prestadores de serviços, incluindo os pré-requisitos de informatização das unidades e infra-estrutura tecnológica, capacitação de gestores e profissionais de saúde, e implantação da rede de informações. Os recursos deverão ser provenientes de financiamento pelas três esferas de governo, por meio de transferência fundo a fundo.
 23. Reforçar a importância da identificação unívoca (única e inequívoca) de usuários, profissionais de saúde e estabelecimentos para o Sistema de Informação em Saúde.
 24. Agilizar a implementação do cadastro único e multifinalitário de usuários destinado às diversas políticas sociais, como a assistência social, a saúde e a educação.
 25. Garantir a celebração de parcerias não onerosas entre os gestores e os conselhos e associações de profissionais da área da saúde no sentido de colaborar com a atualização dos cadastros nacionais de serviços e usuários do SUS e assegurar o controle social no processo de identificação.
 26. Informatizar as farmácias dos estabelecimentos assistenciais de saúde, estabelecendo interface com o Cartão SUS, visando à regulação dos estoques, ao controle do desperdício e a um melhor controle dos medicamentos oferecidos à população.
 27. Implantar mecanismos de suspensão dos recursos financeiros específicos, incluindo da vigilância sanitária, por falta de alimentação dos dados relacionados aos sistemas de informação.
 28. Promover e estimular, com os gestores, o uso analítico das informações dos sistemas de informação do SUS, para o planejamento e a avaliação das ações de saúde nas comunidades, bem como das demais informações e indicadores de saúde produzidos nos serviços, tendo como ênfase a avaliação e efetivação dos princípios do SUS, em detrimento da lógica de faturamento e pagamento, garantindo - se a capacitação dos técnicos e gestores, bem como a fiscalização pelos Conselhos de Saúde.
 29. Estabelecer e facilitar acesso em tempo real aos gestores e Conselhos de Saúde (municipais e estaduais) aos bancos gerenciais das agências e autarquias do Ministério da Saúde.
 30. Produzir indicadores de saúde, incluindo a qualidade do atendimento prestado, promovendo a sua ampla divulgação e facilitando o acesso aos sistemas de informação existentes, em linguagem clara e acessível a todos os níveis de conhecimento para facilitar a fiscalização e o controle por parte dos movimentos populares e sindicais em relação aos riscos sanitários e não apenas às demandas pela assistência.
 31. Incorporar tecnologia para apoio ao diagnóstico nos serviços de saúde das cidades do interior (videoconferência e outros mecanismos) utilizando a rede INFOSUS.
 32. Viabilizar convênios e parcerias entre as três esferas de governo para operacionalizar e implementar os serviços de informação em saúde, mediante transferências 'fundo a fundo'.
 33. Desenvolver projetos de informação e informatização da saúde de forma hierarquizada e regionalizada, prevendo a informatização de todas as unidades de saúde, com recursos adaptados às pessoas com deficiência.
 34. Implantar no âmbito do SUS, gradativamente, uma política de *software* livre e aberto nas três esferas de governo.
 35. Empreender amplo processo de divulgação da proposta de criação de uma biblioteca nacional de *softwares*, com vistas à difusão dos fundamentos em *softwares* livres e incorporação de iniciativas de criação de ferramentas para captura de informações (aplicativos) para o SUS.
 36. Estender o princípio da complementaridade do setor privado, um dos princípios organizacionais do SUS, aos sistemas de informação em saúde, regulando a produção e oferta de soluções de informática para a saúde e recomendando que os gestores utilizem prioritariamente os programas e sistemas disponibilizados pelo Ministério da Saúde, deixando de investir na compra de softwares privados, em geral não compatíveis e de difícil adequação às necessidades do SUS. O Ministério da Saúde deve atualizar seus programas periodicamente e desenvolvê-los com características de facilidade de uso e integração (com os sistemas já existentes) e de implementação pelos estados e municípios.
 37. Garantir o efetivo papel das regionais do Datasus e das secretarias estaduais de saúde na implementação da política de informação e informática em saúde no seu âmbito de atuação, em parceria com o controle social, tornando-as ponto de apoio em informática e porta de entrada das demandas oriundas das necessidades dos usuários, gestores e entidades do SUS.
 38. Aperfeiçoar os instrumentos de informação, garantindo a divulgação, nas três esferas de governo, da política de financiamento, do volume de recursos, gastos e investimentos na saúde, incluindo os relatórios de prestação de contas e da Lei de Responsabilidade Fiscal, com linguagem acessível para a população, bem como a divulgação do endereço eletrônico do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) como instrumento de controle social, mantendo todas as informações *on-line*, a fim de permitir ao cidadão a fiscalização dos recursos financeiros da saúde:
 - i. publicando boletins trimestrais dos recursos recebidos, dos investimentos e gastos, garantindo a periodicidade;
 - ii. com envio de carta periódica sobre recursos do SUS para conselheiros, que deverão ter os endereços atualizados;
 - iii. capacitando os conselheiros a utilizar o Siops e informando ao Ministério Público os dados requisitados e divulgados que não contemplem a Emenda Constitucional 29.
 39. Garantir e implementar capacitação em sistemas de informação em saúde e uso de informações, nas três esferas de governo, e viabilizar, com aporte financeiro, a incorporação de trabalhadores com qualificação na área de informação e informática em saúde, garantindo educação permanente para a atualização dos técnicos que trabalham com os sistemas de informação.
 40. Estabelecer, efetivar e consolidar fluxos de informação e comunicação entre as unidades de saúde, os serviços do SUS (incluindo o sistema de referência e contra-referência), os Conselhos de Saúde e demais instâncias gestoras nas esferas

federal, estadual e municipal, determinando que as coordenações locais e direções das unidades de saúde apresentem, à população de sua área de abrangência, em formato adequado e linguagem acessível, relatório sobre as condições de saúde, os perfis dos atendimentos prestados e os resultados alcançados, conforme apresentado pelo gestor na reunião de audiência pública de prestação de contas ao Conselho de Saúde.

41. Determinar, fomentar e estimular a alimentação e o preenchimento do Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (Siops) e demais sistemas de informação, condicionando as transferências intergovernamentais à sua correta e efetiva alimentação. Disponibilizar ao Ministério Público as informações do Siops para garantir o cumprimento efetivo da Emenda Constitucional 29, com punição do gestor que não cumpri-la.
42. Divulgar informações e implantar banco de dados epidemiológicos/estatísticos socioeconômicos, por etnia, tais como moradia, condições de vida e saúde, com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias, utilizando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desagregado por sexo e cor e os índices de exclusão social como parâmetros para monitorar as doenças prevalentes entre as populações negras e indígenas.
43. Desencadear uma discussão para a correção geográfica e populacional dos dados do IBGE, aprimorando a qualidade e periodicidade do censo populacional, levando-se em conta a flutuação populacional relacionada aos fatores sazonais.
44. Implantar e implementar o sistema nacional de vigilância conforme deliberado na 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária/COOD, integralizando e divulgando o banco de dados nas três esferas de governo, permitindo assim a participação efetiva do controle social.
45. A ANS deverá divulgar, de forma imediata e regular, os dados referentes ao número de beneficiários de planos e seguros de saúde por município e estado com o objetivo de subsidiar os gestores na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.
46. Utilizar na formulação de políticas de saúde os dados dos sistemas de informação do SUS e não apenas os dados do IBGE, que podem apresentar defasagem, especialmente para as metas de imunização.
47. Tornar obrigatória a notificação de ocorrência de acidentes, doenças do trabalho e mortes por causas externas, por meio de uma rede de atendimento referencial, informando aos conselhos de direitos sociais.
48. Otimizar e melhorar o sistema de registro de dados dos atendimentos de urgência para que possam ser utilizados em observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a resolução dos problemas.
49. Considerar as necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, instituições de ensino, pesquisa e controle social na produção, na análise e na disseminação de informação em saúde.
50. Garantir o retorno das informações dos sistemas de abrangência nacional para os municípios e Conselhos de Saúde, de acordo com o que já foi estabelecido pela 11ª Conferência Nacional.
51. Promover o diálogo entre a comunidade científica, a sociedade e os movimentos sociais, para a democratização, a compreensão crítica e a participação pública em questões relacionadas à ciência, à tecnologia e à saúde, entre as quais:
 - i. intensificar o intercâmbio técnico-científico nacional e internacional por meio da consolidação e expansão do modelo de biblioteca virtual em saúde, fortalecendo a posição de liderança do Brasil na América Latina e Caribe;
 - ii. promover o modelo biblioteca virtual em saúde como espaço democrático de acesso equitativo e eficiente à informação científica e técnica atualizada e de convergência de produtores, intermediários e usuários de informação em saúde, com destaque para inserção, de forma descentralizada, da produção do conhecimento gerado no âmbito das instituições integrantes e parceiras do SUS;
 - iii. promover ações que favoreçam a sistematização das fontes de informações em saúde para o apoio a processos de decisão baseada em conhecimento técnico-científico;
 - iv. adotar uma política editorial com diretrizes de qualificação, normalização, produção, intercâmbio, disseminação e avaliação da informação em saúde veiculada em qualquer suporte e meio, favorecendo a parceria federal com as esferas estaduais e municipais, a agilidade e o acesso aos produtos informacionais em saúde.
52. Garantir que os serviços privados de saúde forneçam dados e informações, com cadastro obrigatório dos prestadores de serviços privados de saúde, para as secretarias municipais e estaduais de saúde, no sentido de qualificar os estudos estatísticos e epidemiológicos relacionados aos agravos e riscos à saúde. Os dados requisitados devem ser consolidados e divulgados, inclusive via internet.
53. Garantir legalmente que a informação sobre custos da atenção à saúde e dos valores repassados aos gestores do SUS esteja disponível a todos os usuários. Especificamente, deve ser garantido que o usuário receba, após qualquer internação hospitalar, informações sobre os custos do seu atendimento para o SUS, e que usuários dos hospitais contratados sejam notificados quando internados em regime particular, para não alegarem ignorância sobre esse aspecto no momento da alta.
54. Divulgar as atribuições da Central de Informações Medicamentosas (CIM), criando uma central telefônica gratuita (0800), operada por pessoas preparadas para dar informações sobre medicamentos (posologia, composição, efeitos colaterais, etc.), possibilitando melhor acesso às pessoas com deficiência visual, idosos e população desfavorecida em geral, e elaborar folhetos de orientação, questionários, palestras, entrevistas e debates na área de saúde com a população, sobre o uso correto de medicamentos, incluindo fitoterápicos e legislação pertinente. Garantir, nos municípios, informação aos usuários e profissionais da saúde sobre o acesso a medicamentos padronizados no SUS e onde encontrá-los.
55. Estimular a implantação e implementação, assim como a utilização de centro de informação sobre medicamentos (CIM), com financiamento público, vinculado aos Centros Brasileiros de Informação sobre Medicamentos (CEBRIM) nos estados e municípios, para possibilitar aos profissionais de saúde o acesso à literatura técnico-científica idônea sobre medicamentos e medicação.
56. Manter cadastro de organizações não governamentais e divulgar grupos descentralizados de Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Al-Anon, Amor Exigente e outros grupos de auto-ajuda e de prevenção e assistência à saúde, utilizando como apoio os Conselhos de Saúde e conselhos distritais indígenas.

57. Realizar periodicamente por intermédio dos Conselhos de Saúde, pesquisa de opinião pública com os usuários e trabalhadores do SUS sobre grau de satisfação, acesso a exames de referência, obtenção de medicamentos, qualidade do atendimento prestado, condições de trabalho e impacto dos serviços ofertados, objetivando a reprogramação de planos de saúde, com divulgação dos resultados e acompanhamento pelos Conselhos de Saúde, com premiação que incentive a melhoria do atendimento.
58. Implementar, em cada unidade de saúde e hospitais, métodos de avaliação do índice de aprovação dos usuários quanto aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, tais como caixas de coleta de sugestões, críticas e opiniões, a serem recolhidas e sistematizadas por uma comissão ou equipe e avaliadas pelo gestor e pelo respectivo conselho.
59. Criar um núcleo de inteligência em vigilância à saúde (vigilância epidemiológica, ambiental, nutricional, saúde do trabalhador etc.).
60. Tornar possível a toda a população o acesso aos sistemas de informação em saúde e aos laboratórios comunitários de informática vinculados aos Conselhos de Saúde, propiciando sua democratização.
61. Estabelecer padrões para a disseminação de informações, para as três esferas de governo, a partir do Portal Saúde.
62. Estimular e incrementar a criação de novos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registro Hospitalares de Câncer (RHC), com financiamento federal e integrando-os em rede nacional para permitir avaliação das políticas de prevenção, detecção e tratamento do câncer.

Deliberações relativas à Comunicação em Saúde:

63. Estabelecer o ano de 2005 como o ano nacional do SUS, com amplitude de cobertura máxima em todos os meios de comunicação e efetivo envolvimento de todos as esferas governamentais na promoção da divulgação do SUS.
64. Aprimorar as relações entre as secretarias e Conselhos de Saúde, movimentos sociais e populares e universidades na área de comunicação social, para facilitar o acesso amplo e direto às informações na área de saúde, com o apoio da rede de educação continuada e a instituição de prêmios jornalísticos, entre outras iniciativas, para reconhecer o trabalho de comunicadores ao divulgar os princípios do SUS e o controle social.
65. O Ministério da Saúde deve criar um prêmio de jornalismo Sérgio Arouca, para que os comunicadores se motivem a produzir notícias e reportagens sobre os princípios do SUS e o Controle Social, propiciando a população um maior conhecimento da Saúde Pública.
66. Apoiar e realizar pesquisas com os movimentos e práticas de educação popular de saúde incluindo a realização e divulgação do mapeamento do patrimônio informacional e cultural da saúde pública e das expressões artísticas populares que se desenvolvem no campo da saúde, a partir de uma articulação entre os Ministérios da Saúde, Cultura, Previdência, Assistência Social e demais entidades interessadas.
67. Assegurar recursos orçamentários para viabilizar e implantar a Rede Pública e Nacional de Comunicação, de acordo com a recomendação das 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada, que fortaleça as redes e movimentos sociais. Articulada ao controle social, deve garantir o acesso à informação, troca de experiências, capacitação para o controle social e para a gestão democrática do sistema, fornecendo informações em saúde *on line*, com livre acesso para os usuários do SUS.
68. Assegurar participação tripartite nos conselhos de comunicação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, criando Conselhos de Comunicação em todos os municípios, com participação popular.
69. Garantir o acesso da população às informações de saúde, sobre o SUS, seus princípios e espaços de participação, divulgando obrigatoriamente em todos os meios de comunicação os resultados das conferências em todas as esferas de governo assim como conteúdos de educação e educação popular em saúde, visando o cumprimento da Constituição Federal e das Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90. O Ministério das Comunicações deve assegurar espaço gratuito em todos os meios de comunicação públicos e privados e na concessão de canais de rádio e televisão, para programas e matérias de promoção e prevenção à saúde com linguagem acessível e informações de saúde de relevância pública e interesse local.
70. O controle social deve assumir a fiscalização das propagandas referentes aos serviços prestados pelo SUS criando, nos Conselhos de Saúde, câmaras especiais para análise da propaganda governamental, se possível em parceria com sindicatos e federação de jornalistas, radialistas e publicitários, para evitar a propaganda enganosa e garantir sua finalidade educativa, na forma da lei.
71. Fazer cumprir a lei que proíbe a propaganda de cigarros nos meios de comunicação em qualquer evento e criar lei com o mesmo fim para bebidas alcoólicas.
72. O Ministério Público deve coibir a veiculação de propaganda enganosa e ou programas de televisão ofensivos ao SUS.
73. Proibir a propaganda e comercialização de planos de saúde privados dentro de qualquer órgão público que atenda diretamente a população, bem como de medicamentos não genéricos, sobretudo nos Hospitais Universitários (HU) e faculdades/universidades públicas na área de saúde.
74. Criar canal de TV aberto em rede nacional para divulgação e informação sobre saúde em todo o país.
75. Ampliar o programa Canal Saúde em rede nacional, pela TV Educativa, extensiva às demais concessionárias de canal aberto.
76. Reconhecer e implementar as rádios e televisões comunitárias como instrumentos públicos de comunicação e divulgação do interesse da sociedade, do SUS e da saúde, bem como dos direitos dos usuários:
 - i. exigindo que a lei de concessão de rádios comunitárias seja cumprida pela concessionária;
 - ii. apoiando a criação de rádio comunitária indígena respeitando as especificidades etnoculturais;
 - iii. aumentando a potência de 25 para 50 *watts*, para que os trabalhos sociais sejam mais abrangentes;

- iv. criando e implementando, em conjunto com Ministério das Comunicações, uma rede de rádios educativas para abranger toda a Amazônia Legal, garantindo informações do SUS a todos usuários desta região;
 - v. fazendo o Ministério da Saúde gestão junto ao Ministério das Comunicações, objetivando a criação de uma política de análise diferenciada na concessão de rádios e televisões comunitárias pleiteadas por conselhos em todas as esferas, aplicando assim o princípio da intersectorialidade das ações.
- 77.** Articular ações entre a secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, os Ministérios da Saúde, das Comunicações, da Cultura e da Educação para estabelecer uma política de comunicação e informação alternativa para a saúde orientada para jornais, televisões e rádios comunitárias, levando-se em conta as informações dos Conselhos de Saúde das três esferas de governo.
- 78.** Tornar obrigatória e com dotação orçamentária específica a criação de veículos de comunicação, com edição regular e distribuídos à população em locais públicos, rádios comunitárias e pela internet, para divulgar em tempo hábil os objetivos, atividades e deliberações dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, garantindo informação dirigida aos respectivos segmentos incluindo a divulgação da eleição dos seus representantes. Garantir também a possibilidade de acesso público as atas com suas deliberações e resoluções.
- 79.** Normatizar, com prazo de implantação, a obrigatoriedade de fixar, nas unidades de saúde do SUS e conveniadas, em local visível e acessível, placa padronizada contendo o logotipo do SUS, informações sobre a habilitação do sistema municipal, o nome do gestor responsável pelo serviço, com telefone e local para contato e relação dos serviços ofertados, como forma de garantir aos usuários informações que lhes permitam, *in loco*, fazer sugestões e reclamações sobre a qualidade de serviços ofertados.
- 80.** Divulgar entre os estados, municípios e conselhos as experiências e práticas exitosas e inovadoras para a saúde da população.
- 81.** Aprovar previamente nos Conselhos de Saúde, nas respectivas esferas de governo, as campanhas institucionais.
- 82.** O poder público deve implementar e ampliar campanhas de estímulo à utilização de medicamentos genéricos, manipulados e fitoterápicos, permitindo ampliar o acesso racional aos medicamentos, contrapondo-se aos laboratórios que investem contra a credibilidade dos genéricos.
- 83.** Promover, nas três esferas de governo, parcerias com as empresas concessionárias de serviços públicos e com instituições filantrópicas, para veicular nas contas de luz, água, gás e telefone mensagens de promoção à saúde e contra o uso de drogas ilícitas e o abuso de drogas lícitas.
- 84.** Criar um sistema de comunicação institucional, integrando profissionais, serviços e usuários, intensificando o compromisso com a qualidade e confiabilidade dos registros, possibilitando o compartilhamento das informações em saúde.
- 85.** Articular com as faculdades de comunicação social a implementação de linhas de pesquisa em comunicação e saúde e a criação de cursos de extensão sobre comunicação para profissionais e estudantes da área da saúde.
- 86.** Articular com as faculdades de saúde pública e de ciências da saúde, faculdades de medicina e escolas de enfermagem do Brasil, a criação, ao longo dos próximos quatro anos, de cursos de extensão sobre saúde pública para estudantes de comunicação, profissionais da grande imprensa e comunidades populares.

Deliberações relativas à Educação e à Educação Popular em Saúde:

- 87.** Efetivar e valorizar a educação permanente em saúde, formal e popular, em escolas, igrejas, trabalho e comunidade em geral, articulando estratégias de educação a uma política de informação e comunicação permanente e continuada.
- 88.** Adquirir, com recursos dos fundos de saúde, equipamentos de apoio audiovisual para ações de educação formal e popular em saúde nas três esferas de governo, envolvendo os municípios pequenos e as comunidades rurais, ampliar a produção e a veiculação de material gráfico, como folhetos, boletins, cartazes e informativos, e regularizar as remessas procedentes das esferas estadual e federal para que cheguem em tempo hábil aos municípios. Os municípios, por sua vez, devem produzir material próprio de acordo com suas realidades específicas.
- 89.** Fortalecer os fóruns permanentes que estão sendo criados pelo Movimento de Práticas de Educação Popular em Saúde com o apoio da Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e do Ministério da Saúde, inclusive um fórum virtual coordenado pelo Conselho Nacional de Saúde.
- 90.** Organizar e fortalecer encontros anuais de educação em saúde, incluindo as práticas e movimentos de educação popular em saúde, em parceria com usuários e apoiados pelas esferas governamentais e demais integrantes do SUS, com a participação da Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS).
- 91.** Elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros, visando o fortalecimento de sua atuação no controle social do SUS.



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, junho de 2004

OS 0731/2004



**Conselho
Nacional
de Saúde**

**Ministério
da Saúde**

