

CONSOLIDADO DOS RELATÓRIOS DAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

**12^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
CONFERÊNCIA SERGIO AROUCA**

**“SAÚDE: DIREITO DE TODOS, DEVER DO ESTADO
A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS”**

Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003

FICHA TÉCNICA

Comissão Organizadora

Conselho Nacional de Saúde

Comissão Executiva

Coordenador Geral – Antonio Sergio da Silva Arouca
(*in memoriam*)

Coordenador Adjunto – Eduardo Jorge Martins Alves
Sobrinho

Coordenadora Adjunta – Maria Fátima de Sousa

Secretária Geral – Eliane Cruz

Secretária Adjuntas – Alessandra Ximenes da Silva e
Conceição Aparecida Pereira Rezende

Secretária de Comunicação – Márgara Raquel Cunha

Comissão de Relatoria

Relator Geral – Paulo Gadelha

Reladoras Adjuntas - Ana Maria Costa e Sarah Escorel

Comissão Especial de Relatoria do Conselho Nacional de Saúde

Carlos Alberto Ebeling Duarte

Cibele G. M. Osório

Gerônimo Paludo

Gysélle Saddi Tannous

Júlia Maria dos Santos Roland

Maria Leda de R. Dantas

Rosane Lowenthal

Luciano Chagas Barbosa

Adalgiza Balsemão de Araújo

Relatores que apoiaram a Comissão de Relatoria na Síntese deste relatório

Alice Branco

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Antonia de Jesus Angulo Tuesta

Armando De Negri Filho

Carmen Teixeira

Cibele Osório

Flávio Magajewski

Janine Cardoso

José Carvalho de Noronha

Lenaura Lobato

Lia Giraldo

Luis Augusto Araújo Marques

Roseni Pinheiro

Regina Célia Borges de Lucena

Ruben de Araujo Mattos

Sonia Maria Cavalcante

Sonia Maria Machado de Souza

Soraya Côrtes

Suzanne Serruya

Relatores Estaduais

Francisco Aécio Vieira de Queiroz (AC)

Joseisa Monteiro da Silva (AL)

Joana Maria Aquino Leão (AP)

José Maria de Castro Santana (AM)

Francisco José Pacheco dos Santos (BA)

Maria Andrade Leite (CE)

Artur Nazaré Aguiar (DF)

Antonia Genecy Teixeira de Oliveira (ES)

Marivalda Marinho de Souza (GO)

Maria Helena Lopes (MT)

Edelma Lene Tiburcio Peixoto (MS)

Renato Almeida de Barros (MG)

Gilfrei Loureiro Macola (PA)

Maria José Martins Torres Cabral (PB)

Maria Betânia Serrano de Andrade Regino (PE)

Ana Maria Amorim (PI)

Joelma Aparecida de Souza Carvalho (PR)

Suzana Nunes e Silva (RJ)

Paulo Antônio Barros Oliveira (RS)

Fábio Luis Storer (RO)

Sônia Maria Machado de Souza (SC)

Marília Cristina Prado Louvison (SP)

Raquel Cima (SP)

Henrique Antônio dos Santos Nunes (TO)

Apoio administrativo

Mariana Cabral Nogueira de Sá

Paola Crespo

Gilberto Ricardo Lins

Revisão

Ricardo Valverde

Caco Xavier

ÍNDICE

EIXO TEMÁTICO I – DIREITO À SAÚDE	08
EIXO TEMÁTICO II – A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE.....	14
EIXO TEMÁTICO III – A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE.....	21
EIXO TEMÁTICO IV – AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS.....	40
EIXO TEMÁTICO V – A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	48
EIXO TEMÁTICO VI – CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA.....	66
EIXO TEMÁTICO VII – O TRABALHO NA SAÚDE.....	77
EIXO TEMÁTICO VIII – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE.....	95
EIXO TEMÁTICO IX – O FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	106
EIXO TEMÁTICO X – INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	118
ATOS NORMATIVOS CITADOS NESTE CONSOLIDADO.....	141

APRESENTAÇÃO

Este é o produto da consolidação das propostas de âmbito nacional aprovadas nas Conferências Estaduais de Saúde. Pela primeira vez as propostas oriundas das conferências estaduais serão a base das discussões da etapa nacional e este Consolidado será o documento discutido nos grupos de trabalho da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

O processo de consolidação teve vários momentos. Todas as propostas apresentadas foram inseridas em um sistema desenvolvido em parceria com o Datasus. Esse sistema, de fundamental importância, permite acompanhar o processo de aglutinação por aproximação temática de todas as propostas provenientes dos estados.

Em cada eixo temático, um ou mais relatores de síntese examinaram todas as propostas redirecionando algumas para outros eixos ou eliminando as propostas que não eram de âmbito nacional. Cada eixo temático foi estruturado em grandes tópicos e as propostas foram agrupadas permitindo a redação do texto do Consolidado Preliminar das Conferências Estaduais de Saúde.

Em 24 e 25 de novembro, o Consolidado Preliminar foi submetido à análise dos relatores estaduais. Na ocasião, foi possível cotejar a fidelidade do documento elaborado com os originais de cada estado. Dessa forma, o resultado final contempla o conjunto de aspectos substantivos e propostas provenientes de 26 conferências estaduais. A data da realização da Conferência Estadual de Maranhão impediu a consolidação de suas propostas.

A ordenação das propostas realizada para atender às solicitações dos relatores estaduais e para organizá-las no formato que auxilie o processo de deliberação tanto nos grupos de trabalho quanto na plenária final da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesse sentido, é importante alertar sobre algumas características do relatório e que deverão ser consideradas em sua leitura:

- a) determinadas propostas classificadas nos estados em determinado eixo temático podem ter migrado para outro, em função dos critérios adotados para a consolidação;
- b) face à confluência de propostas comuns a mais de um eixo foi necessário definir a distribuição delas de acordo com o aspecto predominante de sua redação.

Foram identificados pontos de contato entre os eixos:

- 'A Organização da Atenção à Saúde' e 'O Financiamento da Saúde'
Foram agrupadas em 'O Financiamento da Saúde' as propostas relacionadas com dispositivos legais, fontes, processos de transferências, repasses e formas de pagamento e em 'A Organização da Atenção à Saúde' aquelas que, embora

mencionando aspectos de financiamento, tinham como temática central as ações e os serviços de saúde.

- ‘Informação e Comunicação em Saúde’ e ‘Controle Social e Gestão Participativa’
A informação é um componente central do controle social e formulações mais gerais podem estar presentes nos dois eixos. Entretanto, formas organizacionais, mecanismos e instrumentos de informação foram agrupados no eixo ‘Informação e Comunicação em Saúde’ e em ‘Controle Social e Gestão Participativa’ foram consolidadas as propostas relativas às Conferências, Conselhos de Saúde e Participação Social de maneira geral.
- ‘Direito à Saúde’ e ‘A Seguridade Social e a Saúde’
Os dois eixos também têm interfaces, mas foram consolidadas em ‘Direito à Saúde’ os princípios sobre a garantia dos direitos constitucionais, aspectos relacionados às políticas mais gerais para a garantia dos direitos e propostas de discriminação positiva. Em ‘A Seguridade Social e a Saúde’ foram agrupadas propostas relacionadas com a proteção social em geral, e com a previdência e a assistência social.
- ‘As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS’ e ‘A Organização da Atenção à Saúde’
Neste caso, a principal interface está representada pelas propostas sobre regionalização, que podem ser encontradas nos dois eixos temáticos. Na parte relativa às ‘Três Esferas de Governo e a Construção do SUS’ foram mantidas apenas as propostas que referiam a interação entre as esferas e tipos de atribuições ou formas de relacionamento entre os três entes federados.
- ‘A Organização da Atenção à Saúde’ e ‘O Trabalho na Saúde’
Ambos os eixos tratam de Saúde do Trabalhador. Optou-se por aglutinar as propostas relacionadas com a Saúde do Trabalhador em ‘O Trabalho na Saúde’ e em ‘A Organização da Atenção à Saúde’ as propostas relativas à saúde dos demais trabalhadores.

Em cada eixo foram conferidos subtítulos a conjuntos de propostas para facilitar sua localização, embora nem todas as propostas integrem um subtítulo específico.

Tendo-se em mente que a legislação brasileira da saúde é extremamente avançada e reflete a elaboração e a construção de um pensamento sobre o setor e também as lutas travadas

pelo movimento social para a humanização e a democratização do sistema ao longo das décadas, neste documento procurou-se não repetir as propostas que dizem respeito a fazer cumprir as leis – também esta uma antiga batalha. Há uma secular tradição nacional de não-cumprimento da legislação, o que leva habitualmente o movimento social a defender o acatamento das mesmas leis pelas quais se empenhou para aprovar.

Os princípios que corporificam o SUS são reafirmados como teses centrais e pressupõe-se a sua aplicação em diversas dimensões dos eixos temáticos. Não há, portanto, a necessidade de repetir no documento o propósito de que esses princípios sejam efetivados.

As propostas, enumeradas em ordem crescente em cada eixo temático, têm uma redação que foi capaz de aglutinar as diversas formulações oriundas dos estados.

As propostas contraditórias foram destacadas por meio de letras maiúsculas em negrito (**A.** e **B.**) no início da frase.

Em algumas das propostas foi necessário chamar a atenção para complementos que não puderam ser incorporados na redação consensual. Isso foi feito sob a forma de **Emendas aditivas** enumeradas com letras minúsculas.

As emendas aditivas também admitem redações conflitantes, e nesse caso foram denominadas de **Emendas alternativas**, chamando-se a atenção para esse aspecto.

As propostas estão organizadas segundo a hierarquia das deliberações que devem ser tomadas. Essa hierarquia está composta por uma redação geral, adendos que devem ser examinados separadamente (*Emendas aditivas*) e adendos que são contraditórios (*Emendas alternativas*).

Nos Grupos de Trabalho, vários destaques, tanto de carácter aditivo quanto supressivo, ou mesmo novas propostas, poderão ser acrescentadas pelos delegados para comporem o Relatório de Síntese que irá à consideração da plenária final.

Todo esse processo teve por objetivo aumentar a qualidade das deliberações e facilitar a tarefa dos delegados. Espera-se, com essa metodologia, extrair da 12ª Conferência Nacional de Saúde um Relatório Final que, construído de forma ascendente, explicita os aspectos que representam os objetivos e os desafios para “o SUS que queremos”. Ao mesmo tempo, que permita orientar os gestores nacionais do SUS, da mesma forma que as etapas estaduais e municipais estabeleceram novos compromissos políticos e técnicos para os respectivos gestores, e construir um sólido referencial para o controle social.

Comissão de Relatoria da 12ª Conferência Nacional de Saúde

Paulo Gadelha, Relator Geral

Ana Costa e Sarah Escorel, Reladoras Adjuntas

EIXO TEMÁTICO I – DIREITO À SAÚDE

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 (leis nº 8.080/90 e nº 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 da população. Entretanto, é histórica e estrutural no Brasil 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. Para efetivar o direito à saúde é necessário romper a espiral que caracteriza os processos de exclusão, engajando-se no projeto de gerar condições e oportunidades de desenvolvimento social, compreendido como a apropriação mais equânime das riquezas geradas pela sociedade. Depende, portanto, do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, cabendo especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa.

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 integram um inventário das dificuldades e dos obstáculos a superar. Há uma evidente falta de sintonia entre o que a legislação assegura, o judiciário exige 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 necessárias 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 aos grupos populacionais mais vulneráveis de forma a garantir a universalidade são os desafios postos para que o direito deixe de ser declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros.

Políticas Públicas para a Garantia dos Direitos Constitucionais

- 1) Exigir do Governo Federal o cumprimento do seu papel mantenedor da soberania nacional.
- 2) Exigir do Governo Federal 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) Assegurar políticas sociais amplas que garantam emprego, moradia, saneamento básico, segurança, cultura, acesso à ciência, à tecnologia e a um meio ambiente saudável, articulando-as por meio de projetos intersetoriais com as políticas de saúde, assistência social e previdência.
- 4) 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”.

- 5) Efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) com qualidade no atendimento, consolidando os princípios da universalidade, integralidade e equidade estabelecidos nas leis 8.080/90 e 8.142/90, garantindo sua inclusão como parte integrante do sistema de seguridade social.
- 6) Reafirmar o papel central do Ministério da Saúde de regulador nas 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.
- 7) Exigir do Ministério Público que tome todas as providências necessárias para que a União, os estados e os municípios cumpram a emenda constitucional nº 29, aplicando as penalidades legais quando esta não for obedecida, considerando a relevância para a concretização do direito à saúde no país.
- 8) Garantir a qualidade na atenção à saúde no sistema prisional em parceria com a Secretaria de Administração Penitenciária do Ministério da Justiça e as secretarias estaduais e municipais de Saúde.
- 9) Implementar políticas afirmativas e campanhas educacionais claras e objetivas, nos meios de comunicação, de combate a preconceitos e iniquidades quanto à orientação sexual, às questões de gênero, etnia e a indivíduos em conflito com a lei – crianças em situação de risco, adolescentes infratores e presidiários.
- 10) Ampliar e implementar políticas públicas, em particular os programas sociais do governo na área da saúde, que contemplem as questões de gênero, idade e raça.
- 11) Garantir o atendimento da população indígena às ações de promoção, prevenção e demais serviços de saúde, respeitando a diversidade cultural, as tradições, nos diversos níveis de atenção, com enfermagem diferenciada, observados os pressupostos da Lei Arouca [Lei 9.836/99: Acrescenta dispositivos à lei 8080, instituindo o sub-sistema de atenção à saúde indígena].
- 12) Divulgar informações e dados estatísticos da etnia negra, tais como moradia, condições de vida e saúde e identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias.

Políticas Setoriais

- 13)** Definir e implementar uma política de Reforma Agrária que inclua a atenção integral à saúde em acampamentos e assentamentos de trabalhadores sem-terra.
- 14)** Proibir o plantio, a comercialização e o transporte de produtos agrícolas geneticamente modificados, bem como a venda de alimentos contendo tais componentes, revogando todos os dispositivos legais que contradizem esta orientação e punindo os infratores.
- 15)** Fazer, caso a caso, estudos de impacto ambiental e à saúde após o plantio da safra de soja de 2004, conduzidas por entidades idôneas e independentes, para a liberação da venda, do plantio, do transporte e da industrialização de sementes e organismos geneticamente modificados no território brasileiro, bem como a organização de um plebiscito nacional sobre a questão.
- 16)** Garantir ações de combate ao tabagismo e ao alcoolismo, 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 transmitidos por emissoras de rádio e TV, oferecendo tratamento aos usuários de tabaco e seus derivados pelo SUS.
- 17)** Criar dispositivos legais que impeçam a propaganda em meios de comunicação de massa (televisão, rádio, jornais, internet etc.) e venda de medicamentos e correlatos em estabelecimentos comerciais que não estejam amparados legalmente (lei nº 5.991/73 [que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos]), com o objetivo de reduzir a automedicação e o uso inadequado de remédios.
- 18)** Estabelecer mecanismos (protocolos científicos e outros) que instruem as sentenças judiciais no tocante ao exercício do direito à saúde, em especial relativos ao fornecimento de medicamentos, exames de diagnóstico e fornecimento de órteses e próteses, evitando-se equívocos, a exemplo de sentenças exigindo a aquisição de medicamentos de marca em detrimento de medicamentos genéricos.

DISCRIMINAÇÕES POSITIVAS

Aos que tenham deficiências ou necessidades especiais

19) Favorecer, aos que tenham deficiências ou necessidades especiais, o acesso ao mercado de trabalho, promovendo a cidadania e a dignidade hoje comprometidas pelas práticas de “bolsas de benefício”.

Saúde da criança

20) Assegurar o cumprimento do artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente, [que determina que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência] e garantir a sua implementação, 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 essa clientela.

21) Cumprir o art. 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente [que assegura o atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, o atendimento especializado à criança e ao adolescente portadores de deficiência, e incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação], garantindo o fornecimento gratuito de medicamentos e próteses.

22) Proteger crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiências, pessoas com transtornos mentais de situações de maus tratos, negligência e abandono.

Aos idosos

23) Implantar a Política Nacional de Saúde do Idoso, em consonância com os dispositivos do Estatuto do Idoso, com atendimento prioritário nos serviços do SUS, respeitando as questões étnicas e de gênero.

- 24)** 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 ministérios da Saúde e do Trabalho.
- 25)** Divulgar informações sobre patologias da terceira idade e desenvolver abordagens especiais de comunicação com esse estrato da população.

DEMOCRACIA

- 26)** 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 espaços públicos de participação política.
- 27)** Criar e implementar o código de defesa do usuário do SUS, incentivando a formação de fóruns de discussão sobre o mesmo, com ampla divulgação de sua produção.
- 28)** Garantir o acesso aos documentos básicos que asseguram os direitos de cidadania plena, tais como certidão de nascimento e a utilização do cartão nacional do SUS.
- 29)** Implantar ouvidoria pública para temas de saúde, com a participação de gestores, prestadores de serviços e usuários.

Emenda aditivas

- a) Incluindo o Poder Legislativo.
 - b) Incluindo o Poder Judiciário.
- 30)** Criar ouvidorias nos serviços de saúde, com princípios éticos, nas três esferas de governo.

EIXO TEMÁTICO II - A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE

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 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 e envolvimento do poder público e das empresas.

O sistema de seguridade social é uma responsabilidade de toda a sociedade e do Estado nas três esferas de governo, articulando e implementando as políticas de saúde, assistência social e previdência, organizando e ampliando a rede de proteção social para assegurar os direitos sociais.

A proteção social é uma tarefa e um valor que vai muito além da capacidade dos cidadãos comprarem os bens e serviços essenciais no mercado, ou da visão restritamente previdenciária. A Constituição brasileira contém uma definição ampliada de seguridade social e para viabilizar essa política pública prevê a criação do orçamento da seguridade social.

A partir de 1990, 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. 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.

O SUS é o componente da seguridade social no Brasil que mais tem resistido nos seus princípios e práticas. 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 em uma rede de proteção social que garanta o cuidado às pessoas, do nascimento ao fim da vida.

Para consolidar a seguridade social é necessária uma reforma previdenciária economicamente sustentável, que seja progressiva e eqüitativa em relação aos direitos previdenciários da massa dos trabalhadores do setor público e privado. É necessário também implementar uma reforma tributária progressiva, justa e eqüitativa, que possa viabilizar as responsabilidades de proteção social do Estado e sociedade.

Propostas Gerais

- 1) **A.** Criar o Ministério da Seguridade Social, com as secretarias nacionais de Saúde, Previdência e Assistência Social, que substituiriam os atuais ministérios da Saúde, Assistência e Previdência, vinculando todo o Orçamento da Seguridade Social a esse Ministério subdividindo-o em vinculações fixas para as três áreas excetuando o reservado ao Seguro Desemprego.
B. Manter os atuais ministérios da Saúde, Assistência Social e Previdência, articulando suas políticas, garantindo os orçamentos das diferentes áreas vinculados, conforme a legislação em vigor.
- 2) Dar caráter intersetorial às ações da seguridade social (saúde, assistência social, previdência), reduzindo gastos desnecessários e garantindo melhor qualidade e resolutividade no atendimento dos usuários.
- 3) Utilizar os indicadores do setor da saúde para identificar populações e grupos desprotegidos e expostos a riscos para que sejam priorizados nas ações de saúde e seguridade.
- 4) Garantir um amplo sistema de controle social voltado para a seguridade social nas diferentes esferas de governo, com representação paritária entre Estado, usuários e trabalhadores.
- 5) Prover a educação e a reforma agrária, com base nacional, garantindo a responsabilidade do gestor municipal na promoção e atenção à saúde, educação e crédito à produção dos assentados, com acompanhamento dos governos federal e estadual e com controle social.
- 6) Garantir a participação da comunidade na discussão dos critérios de inclusão das famílias e indivíduos a serem beneficiados com os programas sociais.

- 7) Garantir que as ações de cidadania dos programas descontínuos, pontuais ou campanhistas sejam incorporadas às políticas de seguridade social.
- 8) Garantir moradia para pessoas de baixa renda, que devem ser isentas do pagamento de aluguel ou taxa de água.
- 9) Promover a diminuição dos preços dos alimentos.

Controle social

- 10) Reativar o Conselho Nacional de Seguridade Social, implantando o conceito de seguridade previsto na Constituição de 1988, para assegurar a execução e o acompanhamento das políticas de proteção ao cidadão, garantindo o efetivo planejamento político e orçamentário participativo. O Conselho Nacional de Seguridade Social deve ter dotação orçamentária própria, obedecer ao critério de gestão tripartite, e implantar o orçamento de seguridade social.
- 11) Criar, paralelamente à recomposição do Conselho Nacional de Seguridade Social, os conselhos estaduais e municipais de Seguridade Social.
- 12) 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 e nas três esferas de governo para assegurar a transparência das ações e o controle sobre o uso e a distribuição de recursos.

Emenda aditiva

- a) assegurando o controle social baseado no critério de paridade.
- 13) Garantir e fortalecer o controle social na formulação, regulação e execução das políticas públicas para crianças e adolescentes, mulheres, idosos e trabalhadores.
- 14) Garantir a realização das Conferências de Seguridade Social nas três esferas de governo.
- 15) Definir o percentual de 5% do orçamento da União, dos estados e dos municípios para a assistência social.
- 16) 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 e à assistência social.
- 17) Acionar o Ministério Público Federal para que seja cobrado do Governo Federal e das empresas devedoras os débitos com a Previdência Social.

18) Ampliar os repasses dos incentivos financeiros federais aos municípios da região amazônica, considerando as peculiaridades regionais, visando garantir o fortalecimento da seguridade social.

Previdência

19) Consolidar a Reforma da Previdência de forma progressiva e eqüitativa, garantindo os direitos trabalhistas adquiridos.

20) Garantir que a Previdência tenha como objetivo a distribuição de renda e o combate à exclusão social, e não ser presidida pela visão de sustentabilidade financeira com base em cálculo atuarial.

21) Garantir os direitos previdenciários a todos os trabalhadores, com prioridade para os que estão à margem do trabalho formal ou os que, por qualquer motivo, estejam temporária ou permanentemente impedidos de trabalhar, como os doentes, deficientes físicos e mentais. Com este objetivo devem ser criados novos impostos, contribuições sociais ou podem ser aumentadas as atuais alíquotas.

22) Propor à Frente Parlamentar de Saúde emenda à Reforma Previdenciária para a inclusão dos 40 milhões de brasileiros que hoje estão fora do sistema previdenciário.

23) Garantir a eqüidade entre o salário de contribuição e o salário de benefício para as aposentadorias.

24) Estabelecer a aposentadoria automática a partir dos 60 anos para toda a população.

25) Isentar os aposentados que já contribuíram para o INSS do pagamento da contribuição à Previdência Social.

26) Criar campanhas de esclarecimento estimulando os trabalhadores informais a contribuir para a Previdência, assegurando o acesso aos benefícios.

27) Garantir que os exames solicitados pela perícia do INSS sejam financiados pelo Ministério da Previdência e tenham agilidade em sua realização.

28) Buscar meios para que os ministérios da Previdência e do Trabalho estendam o período de auxílio-maternidade para seis meses, a fim de manter o aleitamento materno por maior tempo.

Emenda aditiva

a) independentemente do tempo de contribuição para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

- 29)** Garantir à população indígena o direito à aposentadoria, considerando as peculiaridades culturais mediante reconhecimento do órgão responsável (Funai) e das organizações indígenas.
- 30)** Facilitar o acesso aos benefícios por parte das famílias nas quais o pai ou a mãe seja dependente químico, sem a exigência de contribuição.
- 31)** Apoiar a aprovação do projeto de Lei de autoria da deputada Luci Choinaski, que prevê a aposentadoria da dona de casa.

Atendimento ao beneficiário da Previdência Social

- 32)** Criar no INSS uma política de humanização do atendimento aos trabalhadores, principalmente na perícia médica e na concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), visando ao tratamento dos indivíduos como pessoas e não como patologias. Tornar mais rápidos os processos de liberação do BPC para os portadores de patologias de caráter degenerativo.
- 33)** Realizar concurso público para médicos peritos e profissionais de serviço social.
- 34)** Inserir equipes multiprofissionais e interdisciplinares na avaliação dos benefícios previdenciários.
- 35)** Eliminar os serviços privados contratados de perícia para concessão de benefícios.
- 36)** Garantir o encaminhamento à junta médica forense dos diagnósticos médicos questionados pelo servidor.

Assistência social

- 37)** Rever os critérios de definição das cotas para programas sociais nos municípios a partir do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e instituir a contrapartida dos estados.
- 38)** Incluir no programa Bolsa Família os portadores de tuberculose, hanseníase, hepatite C, doença de Chagas, epilepsias, HIV e hemofílicos, desde que comprovada a carência de renda.
- 39)** Criar estratégias de profissionalização e inclusão no mercado de trabalho das pessoas beneficiadas pelos programas assistenciais.

Critérios e regras de concessão de benefícios assistenciais

40) Alterar a renda exigida para concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo:

Emendas alternativas

A. para $\frac{1}{2}$ do salário-mínimo *per capita*

B. para 1 salário-mínimo *per capita*

41) Reduzir a idade mínima para a concessão do BPC de 67 anos:

Emendas alternativas

A. para 60 anos

B. equiparando à aposentadoria por idade.

42) Estender a concessão do BPC para:

a) famílias que tenham duas ou mais pessoas com deficiências.

b) usuários de serviços de saúde mental incapacitados para a vida laborativa, suprimindo a exigência da incapacidade jurídica.

c) filhos menores de 18 anos de famílias de baixa renda.

d) todos os portadores de deficiências, independente da intensidade.

43) Garantir que os recursos da seguridade social cubram o pagamento do BPC a portadores de deficiência e idosos acima de 60 anos com a revisão do art. 20 (Lei 8.742/93 [que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências]).

44) Garantir a manutenção do pagamento do BPC ao segurado que tenha condições de exercer uma atividade laborativa.

45) Regionalizar, descentralizar e desburocratizar a gestão das ações, dos serviços e fundos da seguridade social, com a criação de sistema que possibilite a transparência e a fiscalização da alocação dos recursos.

46) Criar, em caráter de urgência, mecanismos que garantam rapidez e agilidade nos encaminhamentos intersetoriais necessários à obtenção dos direitos da seguridade social pelos cidadãos.

47) Garantir o pleno funcionamento do sistema de referência e contra-referência para os usuários, punindo o não cumprimento da contra-referência.

48) A. Instalar um posto de atendimento do INSS nos municípios com população superior a 30 mil habitantes e nas cidades com população menor, principalmente nas que estejam a mais de 60 quilômetros de distância de sua referência domiciliar previdenciária.

Emenda aditiva

a) utilizando o atendimento por intermédio do previmóvel onde não houver postos do INSS.

B. Criar postos do INSS em todos os municípios.

EIXO TEMÁTICO III – A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

Introdução

O corolário natural do preceito constitucional do direito à saúde é um projeto nacional de desenvolvimento sustentável integrador e distributivo com justiça social. A concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersectorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso à terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública e segurança alimentar, 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 deve ser a prática permanente em todas as esferas de governo: orientar todas as políticas públicas sob a lógica da cidadania. Para a cidadania e a inclusão social, seja no plano individual ou coletivo, são necessárias ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo.

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 torna-se mais fácil compreender esse conceito, 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 na medida em que as iniquidades são determinadas pela desigualdade da distribuição e de oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros.

Entre os profissionais de saúde já existe a consciência de que seu saber e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para esses 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.

Diretrizes, Princípios e Estratégias para as Políticas Públicas

- 1) Ampliar a compreensão da saúde no sentido de qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial como política de governo. Nesse sentido, para a inclusão social e a cidadania, seja no plano individual ou coletivo, são necessárias ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelos governos dos municípios, estados e da União.
- 2) Garantir que as políticas sociais e econômicas assegurem uma vida saudável mediante acesso a educação, emprego, renda, alimentação, moradia, segurança, cultura,
 - i. devendo ser planejadas e implementadas de forma articulada por meio de projetos intersetoriais, nas três esferas de governo;
 - ii. incluindo a universalidade e a integralidade como princípios norteadores das políticas intersetoriais para o efetivo impacto de melhoria das condições de vida e de saúde da população;
 - iii. assegurando uma política de infra-estrutura agrária e urbana que garanta o desenvolvimento sócio-econômico e cultural das famílias.
- 3) Garantir a implementação da política de reforma agrária fixando o trabalhador rural no campo, comprometendo o Ministério da Saúde na realização de projetos em parceria com o Incra para contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores acampados e assentados rurais;
 - i. reativando as cooperativas agro-industriais e agropecuárias com agrônomo para prestar orientação técnica;
 - ii. garantindo o escoamento e armazenamento da produção agrícola;
 - iii. incentivando com subsídios, apoio técnico, selo verde (certificação) a agricultura orgânica, com desenvolvimento de unidades produtoras de adubos orgânicos, promovendo o cooperativismo no âmbito da agroindústria, da agropecuária familiar, em articulação com os órgãos afins.
- 4) Romper com a prática de políticas setoriais isoladas, garantindo a construção de agendas intersetoriais, baseadas nas diretrizes das conferências nacionais da

Assistência Social, da Saúde, da Educação, da Cultura, do Meio Ambiente, das Cidades etc., e nas ações conjuntas, evitando a sobreposição de iniciativas e de recursos, permitindo agilidade e otimização nas práticas das políticas sociais.

- 5) Comprometer todas as esferas de governo com a redução de iniquidades e desigualdades sociais; garantindo o acesso universal ao trabalho e renda digna;

Emendas aditivas

- a) construindo pactos sociais para o enfrentamento dos conflitos que são inerentes aos processos, favorecendo situações em favor da vida e superação das iniquidades sociais.
- b) incluindo garantias para melhorar a qualidade de vida com ambientes, alimentos e outros produtos de consumo de qualidade e saudáveis.
- c) desenvolvendo e aprimorando indicadores de desigualdades e exclusão social, incluindo os relacionados com a educação e o meio ambiente para serem usados na formulação e no desenvolvimento das macro-políticas econômicas e sociais fundamentais para a garantia da qualidade de vida e saúde da população.
- 6) Intensificar e aperfeiçoar programas sociais, para ampliar o acesso das famílias carentes e diminuir os riscos à saúde;
- i. garantindo implementação de políticas intersetoriais resultando 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 esferas de governo;
 - iv. garantindo a autonomia dos municípios em todos os programas sociais.
- 7) Promover a articulação entre serviços públicos de saúde e as instituições de pesquisa e da sociedade, nas três esferas de governo, entendendo a intersetorialidade 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 coletividades e avaliação de resultados das ações implementadas.
- 8) Implementar ações integradas de governo para enfrentar problemas nacionais prioritários em defesa da vida, cujas soluções exigem a prática da intersetorialidade:
- i. na segurança alimentar e no combate a fome;

- ii. no combate à dependência química;
- iii. no controle da contaminação ambiental;
- iv. no combate à destruição da biodiversidade.

Emendas aditivas

- a) criando instrumentos normativos, tais como portarias interministeriais, para garantir a perenidade das ações intersetoriais. Um exemplo, já existente, é o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.
 - b) implementando os comitês de segurança alimentar e combate à fome nas três esferas de governo, em todo o território nacional.
- 9)** Preservar a rica diversidade que se expressa no Brasil nas suas dimensões étnico-culturais, sociais e ambientais que, na visão holística, se constitui em elemento fundamental para a compreensão da saúde em seu significado mais amplo.

Emenda aditiva

- a) garantindo os direitos à demarcação e legitimação 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.

Princípios e Diretrizes do SUS

- 10)** Reafirmar os princípios e diretrizes do SUS, de garantia universal 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.

Emendas aditivas

- a) promovendo no âmbito do Governo, articulações intersetoriais que são consideradas fundamentais para alcançar os objetivos da Reforma Sanitária e do desenvolvimento humano sustentável, com vistas a formulação de políticas e realização de ações integradas, incluindo o controle social, sociedade organizada e movimentos sociais para a melhoria da saúde e da qualidade de vida.
- b) garantindo que o Programa Saúde da Família, como modelo de atenção básica à saúde, seja uma instância estratégica na identificação de problemas

sócio-ambientais e de demandas intersetoriais para a efetividade das políticas públicas.

11) Desenvolver políticas intersetoriais, nas três esferas de governo, assegurando o controle social, voltadas a garantir a promoção da saúde e a qualidade de vida:

- i. no controle da qualidade dos processos produtivos e produtos, das condições de trabalho e dos serviços prestados pelo poder público;
- ii. na qualidade ambiental nos centros urbanos e na área rural;
- iii. na efetividade das ações de fiscalização e de vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária, vigilância do trabalho;
- iv. na eficiência e segurança do transporte coletivo.

Emenda aditiva

a) 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.

12) Efetivar a integralidade das ações que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde, que devem ser dirigidas a todas as fases da vida, ser abrangentes, incluindo toda a população e garantidas por políticas públicas sustentadas por um adequado arcabouço legal e pelo efetivo controle social.

13) Realizar avaliações de impacto das políticas públicas intersetoriais implementadas verificando melhoria no acesso aos serviços públicos de saúde, na educação, no transporte, no lazer e na proteção da vida, garantida por uma rede de seguridade e segurança social efetivas.

14) Garantir a descentralização de recursos do governo para desenvolvimento de ações integradas e sustentáveis, atuando de forma intersetorial e prioritária nas questões de segurança alimentar, saneamento básico, meio ambiente e educação, pautada pela caracterização sócio-cultural e geográfica, configurando os contextos de risco dos diferentes perfis epidemiológicos.

15) Planejar e organizar diferentes serviços para garantir a saúde da população considerando os contextos, as especificidades locais, onde residem e trabalham as pessoas, onde se estabelecem as relações sociais e as relações do ser humano com o ambiente (natural ou construído).

Emendas aditivas

- a) requerendo estratégias de articulação intersetorial entre instituições que implementam políticas sociais de prestação de serviços essenciais à população.
- b) contemplando o processo de planejamento, a execução, a 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.
- c) incentivando métodos e abordagens apropriados para a diversidade e à complexidade dos problemas vivenciados pela população.

16) Promover a produção de conhecimento que fortaleça as evidências sobre os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde em parceria com instituições de pesquisa, universidades, ONGs, garantindo ampla divulgação para orientar ações.

Emenda aditiva

- a) auxiliando a construção da consciência sanitária, ecológica e cidadã.

17) Desenvolver na população, gestores e trabalhadores de saúde uma "cultura" da intersectorialidade que deve se manifestar nos cotidianos e praticas desses atores, nas ações técnicas e nas rotinas de trabalho dos profissionais de saúde.

Emendas aditivas

- a) requerendo mudanças no setor educacional nos diversos níveis de ensino e da formação profissional que resultem no desenvolvimento de informações adequadas, da melhoria da capacidade gerencial, da ação política da sociedade e dos técnicos das diversas instituições.
- b) introduzindo, no sistema de formação continuada dos gestores, técnicos e demais operadores dos serviços de saúde, a ênfase na intersectorialidade e na interdisciplinaridade, difundindo princípios para a ação colaborativa e solidária.

18) Introduzir 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 e a proteção da saúde;

iv. de uma consciência cidadã voltada para a proteção ambiental, a qualidade de vida e da saúde da população.

19) Favorecer o intercâmbio entre os serviços e as universidades e escolas para ensino superior.

Emendas aditivas

- a) implementando programas de estágio e de extensão, cumprindo um papel ativo no levantamento de necessidades dos usuários mediante pesquisas operacionais.
- b) contemplando, no processo de formação profissional, conteúdos que auxiliam o entendimento da necessidade da ação interdisciplinar e intersetorial, para a garantia da integralidade das ações de saúde.
- c) ampliando a consciência e a responsabilidade pela vida individual e coletiva e pela paz.
- d) exigindo o cumprimento da lei 8.080/90, que dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições públicas 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.
- e) integrando projetos de atividades culturais extra-escolares (música, esportes, teatro, leitura, trabalhos manuais) em centros comunitários para crianças, pré-adolescentes e adolescentes, 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.

Institucionalidade

20) Integrar as políticas e as resoluções das diversas conferências setoriais que interferem na saúde e na qualidade de vida, para realizar uma Conferência Intersetorial Nacional.

21) Criar fóruns permanentes de discussão e definição das políticas públicas intersetoriais saudáveis amplamente participativas, voltadas para o enfrentamento dos problemas prioritários de saúde e promoção da qualidade de vida.

22) 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 das ações conjuntas e

a avaliação dos resultados, com vistas à garantia da segurança, promoção à saúde, proteção ao meio ambiente, a ação social comunitária e a fiscalização dos investimentos realizados.

- 23)** Criar conselhos de Desenvolvimento Regional, para o controle sobre os projetos de desenvolvimento, os investimentos de infra-estrutura e o 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, regulando a constituição, funcionamento e deliberação desses conselhos, de acordo com o que for pactuado intersetorialmente.
- 24)** Implementar uma articulação internacional e nacional nas três esferas do governo brasileiro em defesa da Amazônia, com o objetivo de realizar normatização, fiscalização e desenvolvimento de tecnologias que visam a melhor utilização de seus recursos hídricos, de fauna e flora, 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. Nesse processo, criar fóruns amazônicos locais e regionais, com a presença de representação dos estados brasileiros, Governo Federal e países amazônicos.
- 25)** 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 deve integrar as ações de vigilâncias epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador, entomológica e de zoonoses. Núcleos de vigilância em saúde ambiental deverão ser criados nas três esferas de governo.
- 26)** 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, com os órgãos correspondentes de Meio Ambiente, Educação, Trabalho, Cidades, Agricultura, Assistência Social, Previdência, Ministério Público, Justiça, Segurança Pública, Transportes, OAB e outras entidades de classe, ONGs, empresas, hospitais, Procons, comissões parlamentares, universidades e outros atores sociais, segundo a natureza do problema a ser tratado.
- 27)** Garantir que a agenda intersetorial do governo inclua a distribuição de responsabilidades entre todos os seus ministérios relacionados ao problema abordado, considerando o seu caráter intersetorial e o compartilhamento das responsabilidades. No âmbito do SUS, organizar uma agenda para aprimorar e

qualificar o trabalho intersetorial dentro da estrutura do SUS, nas três esferas de governo, com a participação da sociedade.

Emendas aditivas

- a) estabelecendo uma agenda intersetorial entre os ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho, com a finalidade de erradicar as doenças oriundas do ambiente de trabalho.
- b) promovendo a ampliação da responsabilidade social das empresas, especialmente com a saúde, o ambiente e a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades.
- c) responsabilizando as empresas poluidoras, públicas e privadas, obrigando-as a contribuir com programas de educação ambiental respeitando estritamente as leis contra crimes ambientais.

28) Fortalecer a intersetorialidade na elaboração dos planos anuais e plurianuais dos ministérios e secretarias do Governo Federal, que devem compatibilizar os planos setoriais afins, para a garantia da saúde e qualidade de vida da população.

Emendas aditivas

- a) divulgando, nos meios de comunicação, os resultados obtidos pelas políticas públicas intersetoriais.
- b) descentralizando as ações intersetoriais e integradas, assegurando recursos específicos por setor, garantindo o repasse dos recursos federais e estaduais aos municípios.
- c) 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.

29) Articular ações de promoção ao ambiente saudável, de acordo ao estabelecido pela Agenda 21, por meio de:

- i. políticas de conservação dos recursos hídricos;
- ii. controle do uso de produtos químicos;
- iii. destinação correta do lixo, especialmente do lixo hospitalar;
- iv. controle do desmatamento com a aplicação de penalidades legais aos causadores de danos ambientais.

Emendas aditivas

- a) apoiando nos centros urbanos o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias que viabilizem uma maior efetividade dos órgãos de fiscalização, tais como vigilância sanitária, de meio ambiente, de trabalho e de transporte.
 - b) implementando ações intersetoriais de fiscalização de todas as áreas verdes, reservas naturais e aquíferas nas três esferas governamentais.
 - c) estimulando os municípios a desenvolverem políticas locais de desenvolvimento sustentável, utilizando a perspectiva estruturante das “cidades saudáveis”.
 - d) divulgando e valorizando as experiências exitosas, centradas em enfoques intersetoriais de promoção à saúde e qualidade de vida.
- 30)** Exigir o cumprimento da lei 8.080/90, que dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições públicas de ensino superior e dos serviços de saúde de promoverem de maneira articulada as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção a saúde da população abrangendo as diferentes áreas da saúde.
- 31)** Garantir que o Estado cumpra e faça cumprir a legislação ambiental sobre o uso do solo, dos mananciais hídricos, a poluição ambiental e o uso indiscriminado de produtos agrotóxicos na produção agropecuária e na embalagem de alimentos.
- 32)** Regulamentar, urgentemente, o Estatuto da Cidade e viabilizar o cumprimento da lei. Garantir que o Estatuto da Cidade seja aplicado na forma da lei com a anuência dos órgãos e entidades que compõem o Fórum da Cidade a todas as áreas do município com ocupação desordenada e com risco ambiental.
- 33)** Garantir que o financiamento de projetos estaduais e municipais tenha prioridade, quando propuserem ações intersetoriais orientadas pela resposta às necessidades da população.
- 34)** Propor ações intersetoriais com recursos combinados dos Ministérios responsáveis pelas áreas envolvidas na execução de projetos de promoção da saúde.

Emendas aditivas

- a) garantindo investimentos por parte das três esferas de governo nas áreas de: política habitacional, geração de emprego e renda, lazer e segurança alimentar, como forma de promoção da saúde da população.
- b) garantindo o aumento dos investimentos financeiros pelas três esferas de governo para as ações de saneamento básico, como a coleta de lixo, o

fornecimento de água tratada e a implantação da rede de esgotos, como medidas indispensáveis à promoção da saúde.

Saúde ambiental

35) Incorporar na formulação de políticas, a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de risco à saúde – como o êxodo rural, o desemprego, a fome, a violência, a habitação insalubre e a contaminação ambiental – fazendo com que nas três esferas de governo haja serviços qualificados para atuar nos problemas e agravos, erradicando situações de risco e atendendo as necessidades imediatas das pessoas.

Emendas aditivas

- a) incluindo centros de referência para ações de prevenção de riscos ambientais e de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- b) controlando os riscos à saúde resultantes da relação do ser humano com o ambiente/natureza, contextualizado no modo de analisar o processo de causalidade em saúde.

36) Incorporar como responsabilidade do SUS o controle da qualidade da água entendido como ação de vigilância sanitária e ambiental, desde as fontes de abastecimento aos processos de tratamento, de distribuição e a garantia do acesso. Estas ações devem se realizar nas três esferas de governo, mediante políticas integradas, com controle social e participação popular.

Emendas aditivas

- a) criando padronização dos procedimentos universais para fluoretação da água.
- b) garantindo que a água é direito universal, devendo ser acessível para todos.

37) 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 (*clusters* tecnológicos, pólos e cadeias de produção).

Emendas aditivas

- a) cumprindo efetivamente a legislação pertinente que aprova projetos urbanísticos no tocante às áreas verdes e de preservação ambiental.

- b) desenvolvendo programas conjuntos entre os setores de saúde, educação, agricultura e comunidades, para projetos de farmácias fitoterápicas (mediante indicação médica), utilizando hortos municipais, jardins botânicos e hortas comunitárias, com bula, promovendo geração de emprego e renda local.
- c) incluindo ações educativas em saúde com base na realização de fóruns intersetoriais para discutir saúde e meio-ambiente.
- d) 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.
- e) implantando um amplo programa de educação ambiental, nas diversas instâncias governamentais e nos diferentes níveis de formação, baseado em experiências já 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.

38) Fortalecer o sistema de vigilância do uso indiscriminado de agrotóxicos, envolvendo os setores saúde, trabalho e meio ambiente, desenvolvendo ações intersetoriais visando à conscientização dos perigos para a saúde e para o ambiente decorrente da utilização dos agrotóxicos na agricultura, diante dos problemas ambientais decorrentes do modelo insustentável de produção agrícola e do impacto negativo sobre a qualidade de vida e a saúde humana.

Emenda aditiva

- a) incluindo a fiscalização do uso de agrotóxicos, da aplicação, coleta e destino final das embalagens, e orientações de promoção e proteção da saúde individual e coletiva mediante processos pedagógicos adequados.
- 39)** Realizar a vigilância dos problemas de saúde relacionados com as queimadas de cana, organizando e capacitando os agricultores e seus familiares.
- 40)** Criar e implementar uma Política de Saneamento básico para o governo, entendida como política pública essencial para a qualidade de vida, definindo responsabilidades de cada setor nas três esferas de governo, no sentido de garantir o saneamento básico nos municípios, incluindo: água potável com controle periódico da qualidade, ampliação da rede de distribuição das adutoras e perfuração de poços onde não exista fonte de água potável, com instalação de dessalinizadores, disposição do lixo e esgotamento sanitário.

Emendas aditivas

- a) democratizando o acesso dos municípios a recursos na área de saneamento, já que a grande maioria das doenças está relacionada à pequena infraestrutura em saneamento básico nos centros urbanos.
- b) estabelecendo o saneamento básico como prioridade no plano diretor dos municípios, respeitando a sua autonomia e diversidade.
- c) universalizando o acesso, municipalizando os serviços e aumentando os investimentos públicos para o setor.
- d) incluindo populações dos assentamentos rurais e aldeias indígenas, especialmente no abastecimento de água de qualidade.

41) Articular, em conjunto com o Governo Federal (ministérios das Cidades, da Saúde e do Meio Ambiente/Agência Nacional de Águas (ANA) 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.

Emendas aditivas

- a) garantindo uma política de infra-estrutura nas cidades, de forma a contemplar ações simultâneas de pavimentação e saneamento (drenagem e esgotamento sanitário, coleta de lixo).
- b) ampliando, até 2007, estruturas de serviços e saneamento básico em 100% dos municípios com até 30 mil habitantes.
- c) responsabilizando a Agência Nacional de Águas (ANA) pela regulamentação das garantias de que as cidades com mais de cinco mil habitantes tenham, obrigatoriamente, estações de tratamento de esgoto, evitando assim a contaminação dos mananciais de água.

42) Garantir o aumento dos investimentos financeiros pelas três esferas de governo para as ações de saneamento básico, como medidas indispensáveis à promoção da saúde.

Emendas aditivas

- a) estabelecendo cota anual (no Orçamento da União), para a realização de saneamento básico para os municípios, priorizando as áreas críticas.
- b) realizando as parcerias entre as três esferas de governo para enfrentar os problemas de saneamento básico e abastecimento de água.

43) Promover e articular o funcionamento de mecanismo de controle social sobre os produtos e serviços como: sistema de abastecimento, fluoretação e controle da qualidade da água que estão sobre a responsabilidade dos governos Federal, estaduais e municipais e entidades comunitárias.

Emendas aditivas

- a) definindo metas para o saneamento básico com prazos previstos e articulação com entidades não-governamentais.
- b) cumprindo os mecanismos para identificar e punir ligações clandestinas à rede pluvial.
- c) implantando um sistema de controle da qualidade da água fornecida à população, assegurando a publicação periódica dos resultados pela imprensa.

44) Promover o acesso da população das zonas rural, urbana e das periferias à rede de saneamento básico, priorizando os municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Emendas aditivas

- a) promovendo a construção de instalações sanitárias residenciais nas comunidades municipais de menor concentração populacional.
- b) articulando ações de educação da comunidade sobre o uso adequado.
- c) estimulando a construção de aterros sanitários com a criação de consórcios intermunicipais para reciclagem do lixo (com usina em cada cidade-pólo).

45) Incentivar a população em geral, principalmente os residentes em localidades de poucos recursos, à criação e à implantação de sistemas de tratamento de esgoto e saneamento ecológico, tendo em vista o aproveitamento dos resíduos em energias e adubos.

Emenda aditiva

- a) garantindo equipamentos básicos para usinas de reciclagem e compostagem de resíduos sólidos.

46) 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 e população, principalmente através da ampliação da rede coletora e tratamento do esgoto, recuperação da mata ciliar e educação ambiental.

47) Garantir o monitoramento permanente da qualidade do ar, realizando ações intersetoriais de melhoria das condições e da qualidade do ar das cidades.

48) Aplicar a lei ambiental e a de zoneamento urbano para loteamentos clandestinos ou não, e Estações de Tratamento de Esgoto (ETE), identificando e controlando áreas que oferecem riscos à saúde, coibindo a construção de moradias nessas localidades.

Combate à Fome

49) Promover a articulação dos diversos setores envolvidos com o problema da fome, incentivando a parceira intersetorial, implantando os comitês de segurança alimentar e combate à fome, visando a sua erradicação no país.

Emendas aditivas

- a) articulando as políticas de saúde com as de alimentação e nutrição, nas três esferas de governo.
- b) implementando a política nacional de alimentação e nutrição, com sensibilização, informação e educação em saúde com base na segurança alimentar.
- c) ampliando o Programa do Leite, extensivo à área rural, 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.

50) Garantir a segurança alimentar mediante uma efetiva fiscalização das três esferas de governo.

- i. no controle do desmatamento;
- ii. no uso de agrotóxico;
- iii. na produção e no consumo de plantas geneticamente modificadas;
- iv. na proteção da fauna e flora.

Emenda aditiva

- a) incentivando e apoiando a prática da agricultura orgânica, assim como estimulando o consumo desses alimentos.

51) Integrar as unidades básicas de saúde às escolas implantando projetos educativos e alimentares com a orientação de nutricionistas e assistentes sociais e em parceria com as secretarias de Agricultura.

Grupos Populacionais Vulneráveis

52) Reconhecer a existência de grupos humanos mais vulneráveis, seja por condições sociais, culturais, biológicas, orgânicas ou mentais, que requerem ações intersetoriais visando à garantia dos direitos básicos de cidadania, em função dos contextos favorecedores da susceptibilidade. Incluem-se entre os vulneráveis idosos, crianças, adolescentes, portadores de transtornos mentais e necessidades especiais, população carcerária, ostomizados, indígenas e quilombolas.

Emendas aditivas

- a) integrando, em todos os níveis, as diversas instituições não governamentais que assistem aos portadores de necessidades especiais.
- b) promovendo ações articuladas com a participação da sociedade civil organizada, para assistência, trabalho, emprego e renda de grupos sociais vulneráveis.

53) Definir estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde que devem ser diferenciadas segundo as questões específicas de grupos populacionais vulneráveis.

- i. buscando a articulação interconselhos para fortalecer o controle social;
- ii. aprimorando legislações e normas capazes de garantir o direito desses grupos de forma integral, como as referentes aos índios, às mulheres, aos negros, às crianças, aos idosos, aos portadores de patologias específicas e portadores de deficiências, entre outros.

54) Implementar programas em parceria envolvendo os setores de educação e saúde nas três esferas de governo, para a prevenção e promoção em saúde nas escolas, abordando temas como:

- i. drogas lícitas e ilícitas;
- ii. educação sexual, prevenção da gravidez precoce;
- iii. prevenção de DST e outras doenças de interesse da saúde pública;
- iv. acidentes e violências.

Emendas aditivas

- a) capacitando os professores, pais e alunos como agentes multiplicadores, com recursos para sua operacionalização, envolvendo também o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente;

- b) buscando parcerias e apoios com ONGs, entidades religiosas, associações de moradores e consórcios intersetoriais regionais voltados para os diferentes centros de referência.

55) 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, para assegurar o cumprimento do artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente que estabelece o direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existências.

Emenda aditiva

- a) incentivando os órgãos competentes e organizações comunitárias, na promoção de ações educativas direcionadas às famílias e adolescentes.

56) Criar um programa de integração entre educação e saúde, com o objetivo de capacitar os professores que atendem crianças com dificuldade de aprendizagem com origens diversas (orgânicas, psicológicas e sociais).

Emendas aditivas

- a) criando programas de apoio psicológico para a recuperação da estrutura familiar, incluindo o Conselho Tutelar, serviço social e apoio religioso.
- b) possibilitando a inclusão do portador de necessidades especiais nas escolas regulares.

57) Intensificar e qualificar a integração dos órgãos de educação e da saúde, nas três esferas de governo, para o desenvolvimento e financiamento de projetos de atividades culturais extra-escolares (música, esportes, teatro, leitura, trabalhos manuais) em centros comunitários para crianças, pré-adolescentes e adolescente, 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.

58) Ampliar a implementação de ações preventivas na área de saúde bucal articulada com as escolas e organizações comunitárias.

59) 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.

Emenda aditiva

- a) desenvolvendo centros de convivência e cooperativas nos parques, praças e demais espaços públicos apoiados pelo SUS.

60) Fazer parcerias entre a educação e saúde para que haja discussão da questão do idoso através de conteúdos transversais sobre envelhecimento e atividades envolvendo as diferentes gerações.

Emenda aditiva

- a) realizando com as pessoas, preparação para a aposentadoria nos últimos cinco anos que a antecedem.

61) Prover assistência aos moradores de rua e portadores de transtornos mentais, através da rede de atenção à saúde, articulada às políticas intersetoriais.

Causas externas e violências

62) 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.

Emendas aditivas

- a) articulando nas três esferas de governo os setores de educação, saúde, segurança pública, direitos humanos e cidadania para combinar investimentos em ações educativas, como forma de prevenção à violência.
- b) propondo ações intersetoriais visando combater o uso de drogas lícitas e ilícitas (álcool e fumo) e a redução de danos nessas várias formas de violência doméstica, contra a mulher, contra menores, usuários e trabalhadores de saúde.
- c) garantindo a atuação do controle social.
- d) comprometendo todos os profissionais da saúde, da educação, da Justiça e da segurança no combate à violência e aos decorrentes agravos à saúde.

63) Estabelecer maior integração entre as políticas setoriais de saúde, assistência e previdência, no sentido de acompanhar e monitorar o acesso de benefícios, bem como reverter as condutas de dependência química e manipulação por parte dos usuários, buscando efetivar a promoção da saúde e cidadania e a redução da violência.

64) Ampliar as bases comunitárias da Polícia Militar nas áreas com maior índice de violência, articulando as diferentes esferas da sociedade (segurança pública, Conselho de Segurança e comunidade organizada), para que não seja fator de recusa do profissional de saúde o atendimento na periferia.

65) Combater a violência contra a mulher por via de articulação intersetorial promovendo educação pela equidade entre os gêneros e abolição de todas as formas de discriminação.

Emendas aditivas

a) implantado a rede intersetorial de atenção às pessoas em situação de violência.

b) apoiando a implantação de novas “casas-abrigo” para mulheres e demais pessoas em situação de vulnerabilidade, por meio de ações intersetoriais, com a participação do governo e sociedade.

c) incluindo entre os compromissos da atenção a saúde do SUS a identificação de vulnerabilidades.

66) Combater a violência no trânsito estimulando a educação de trânsito nas escolas, visando à redução de acidentes e agravos na saúde.

EIXO TEMÁTICO IV – AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS

Introdução

O Brasil é o único país com três instâncias de poder governamental, característica que confere uma grande complexidade às relações entre as esferas de governo, principalmente quando se trata da gestão de uma competência comum à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, como é o dever de cuidar da saúde. A dimensão geográfica, a diversidade regional e uma história marcada por um poder excessivo no nível central, com ausência de autonomia real dos entes subnacionais, seja por ausência de normas legais seja pela dependência dos recursos vindos da instância governamental máxima, ampliam essas dificuldades.

No decorrer da organização do SUS o princípio da descentralização foi sendo cumprido, com ênfase na municipalização da saúde. Constitucionalmente o município é 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 no que se refere à integração e à coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre as três esferas de governo, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de co-gestão que possam lidar com os conflitos ainda presentes.

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.

Relações entre as Esferas de Governo

- 1) Estimular a sociedade a rediscutir o pacto federativo e aprovar uma lei de responsabilidade social, para restabelecer as responsabilidades das esferas de governo no financiamento, na formulação e na execução de políticas sociais, criando similaridade entre os sistemas educativos, de assistência social, seguridade social e outras formas de organização.
- 2) Publicar as atribuições de cada esfera de governo, em linguagem acessível à população.
- 3) Aprimorar e criar instrumentos legislativos e de gestão capazes de efetivar as responsabilidades comuns de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema de saúde nas três esferas de governo.
- 4) Suspensão imediata da gestão plena dos municípios e estados que não cumpriram até o ano 2003 o estabelecimento da Emenda Constitucional 29
- 5) Regulamentar o fluxo das pactuações no SUS, fortalecendo as comissões intergestores bipartites (CIB) e tripartite (CIT) como instâncias fundamentais para a efetivação do SUS e esclarecendo que as suas deliberações devem ser submetidas à apreciação dos respectivos conselhos de saúde.
- 6) Criar mecanismos eficientes para efetivar as comissões intergestores e garantir a repactuação dos serviços de saúde com envolvimento dos gestores das três esferas e participação dos trabalhadores e da sociedade.
- 7) Superar o processo burocrático-normativo, que tem pautado a ordenação de atribuições e responsabilidades no processo de habilitação à gestão de municípios e estados, com vistas à formalização de contratos em que se explicitem responsabilidades, objetivos e metas sanitárias socialmente construídas e passíveis de avaliação, com garantia do acesso.
- 8) 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.

- 9)** Definir as competências das três esferas de governo, em especial do gestor estadual, de articular, co-financiar e assessorar tecnicamente os municípios.
- 10)** Criar e garantir o efetivo funcionamento das câmaras de regulação e câmara de compensação estadual e interestadual para dinamizar, desencadear e ampliar o processo de pactuação pelas comissões intergestores, propiciando avanço na regionalização da saúde, atendendo aos requisitos de racionalidade econômica e de efetividade na atenção, respeitadas as diversidades regionais, evitando-se também os prejuízos da invasão de atendimentos em serviços de saúde e de assistência farmacêutica por usuários oriundos de outras cidades ou estados.
- 11)** 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 para atendimento interestadual;
 - ii. a implantação de equipes mínimas 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;
 - iv. aumento da contrapartida de medicamentos do estado e da União para o município;
 - v. atendimento da cesta básica de medicamentos, o fornecimento de medicamentos excepcionais aos usuários e a necessidade e intensidade de campanhas do Ministério da Saúde.
- 12)** Estimular uma maior intervenção do Ministério da Saúde na pactuação, regulação e supervisão da utilização dos recursos financeiros nos municípios.
- 13)** Implantar mesas nacionais, estaduais e municipais permanentes de negociação do SUS, ligadas aos respectivos conselhos de saúde.
- 14)** Desenvolver esforços no sentido de maior empenho das comissões regionais, estaduais e federais para a agilização dos processos de negociação, respeitando a posição dos conselhos municipais e estaduais de Saúde, quando das reivindicações das necessidades apresentadas pelos municípios.
- 15)** 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.

16) Dinamizar a cooperação técnica entre as esferas de governo, particularmente do federal para os estados e municípios, visando à efetivação dos princípios, diretrizes e atribuições do SUS.

Emendas aditivas

- a) conferindo prioridade para a estruturação da regulação, controle e avaliação e o funcionamento do sistema nacional de auditoria.
- b) conferindo prioridade para a educação permanente dos profissionais.

Regulação

17) 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 e usuários obtenham com facilidade o rápido atendimento das suas demandas, com o objetivo de garantir 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.

18) Definir clara e objetivamente o comando único, visando garantir o direito universal à saúde e o repasse regular, a partir de um marco regulatório para reorganizar as funções e a atuação do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de Saúde em relação aos municípios com os objetivo de cumprir:

- i. as responsabilidades legais, dos pactos e prazos estabelecidos.
- ii. os processos de habilitação das esferas nas respectivas condições de gestão plena do sistema.
- iii. o papel regulador nas relações com o setor privado, da indústria farmacêutica e de serviços de referência nacional.

Emendas aditivas

- a) criando mecanismos de ruptura da relação hierárquica entre as esferas.

- b) estabelecendo que um mesmo prestador de serviço (público ou privado) deve estar sob comando de um único gestor (municipal ou estadual), que o gestor municipal só poderá contratar serviços nos limites de seu território e que o gestor estadual não poderá contratar serviços em outro estado.

19) O acesso da população referenciada a serviços de municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema municipal, será regulado por:

A. Secretaria estadual de Saúde, em articulação com o gestor municipal, quando se tratar de referências intermunicipais e de prestadores de serviços de municípios não habilitados, após homologação dos conselhos municipais e estaduais

B. Município em gestão plena no que se refere à rede de abrangência intramunicipal, pactuando com as demais esferas de governo.

Emenda aditiva

- a) inclusive os de urgência e emergência.

20) **A.** Transferir a gestão dos serviços de média e alta complexidade, segundo os princípios da NOAS, e de todos os hospitais da rede SUS, ao gestor municipal, desde que habilitado em gestão plena, e de forma progressiva buscar a municipalização com controle social.

B. Estabelecer como competência do Ministério da Saúde a regulação das referências interestaduais e dos sistemas de alta complexidade, conforme definido no inciso III do artigo 16 da lei 8.080/90.

21) Fortalecer a integração e a articulação entre as três esferas de governo, através de programas de suporte direcionados ao atendimento das realidades locais, no sentido de criar a infra-estrutura necessária ao desenvolvimento do SUS e à melhoria significativa da atenção à saúde.

22) Cumprir a Agenda Nacional de Saúde em articulação com todos os setores e organizações envolvidos, contemplando atividades de coordenação, repasse, monitoramento e organização do calendário de ações de saúde.

23) 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.

24) As três esferas de governo devem viabilizar a implementação de normas de biossegurança na rede de serviços.

25) Garantir 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, pelos portadores de patologias, sendo a entrega feita pelas secretarias municipais de Saúde, diretamente aos usuários cadastrados ou aos seus responsáveis.

- 26)** Tornar obrigatória, por meio de legislação específica, a capacitação de gestores das três esferas de governo para qualificar a gestão do SUS.
- 27)** Criar uma comissão técnica interestadual e estabelecer parcerias para o controle de endemias e outros agravos nas divisas estaduais.
- 28)** Realizar estudos epidemiológicos de morbimortalidade envolvendo as três esferas de governo para implementar ações educacionais com integração entre comunidade e serviços públicos e privados, visando à efetiva mudança de comportamentos nocivos à saúde da população.
- 29)** Estabelecer parcerias entre as três esferas do governo e outras instituições públicas visando à promoção da saúde; para garantir o saneamento básico nos assentamentos rurais, nas aldeias indígenas, com ênfase para o abastecimento de água e para assistência em reabilitação.

Regionalização e descentralização

- 30)** Definir em comum acordo com as três esferas de governo o real significado do termo descentralização e a partir do consenso reorientar a organização do SUS.
- 31)** 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 e dever do Estado, fortalecendo a autonomia municipal, o seu planejamento e execução das ações, com a descentralização de recursos financeiros e também como forma de repúdio às ações clientelistas, corporativas e à mercantilização da saúde.
- 32)** Realizar revisão anual do PPA.
- 33)** Realizar a PPI baseada nas necessidades da saúde e não na lógica da série histórica, respeitando os princípios do SUS, com revisão semestral e efetivamente implantada.
- 34)** 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 em todas as etapas.

35) Garantir a operacionalização da NOAS, com destaque para os seguintes pontos:

- i. pactos financeiros entre os gestores, acompanhados pelas auditorias federal e estadual;
- ii. PPI integrando o PPA;
- iii. execução pela secretaria estadual de saúde das suas responsabilidades na PPI;
- 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.

36) 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 pólos;
- ii. qualificação da cooperação técnica em todos os níveis e do fortalecimento dos escritórios regionais de Saúde;
- iii. adequação das redes assistenciais de caráter regional e macrorregional a fim de permitir o acesso à integralidade da atenção e a racionalização dos 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 por sistemas de troca de acordo com a capacidade instalada;
- iv. estruturação das referências interestaduais, considerando proximidade, capacidade instalada e facilidade de acesso de modo a viabilizar condições para estruturação de macro e microrregiões de saúde e módulos assistenciais, capacitando-os a ofertarem serviços resolutivos nos respectivos níveis de complexidade, com maior equidade e acessibilidade.

37) Regulamentar, implantar, implementar e garantir o funcionamento segundo os princípios do SUS de consórcios intermunicipais e entre estados limítrofes para a garantia do atendimento especializado de média e alta complexidade pelas três esferas de governo.

38) Formar equipes com representações do Ministério da Saúde (73%), estados (12%) e municípios (15%) para elaborar Plano Plurianual de Saúde com base em diagnóstico por município, em que sejam estabelecidas prioridades e metas a curto, médio e longo prazos para custeio e investimentos na rede e que incluam obras, equipamentos, recursos humanos e financiamento das três esferas.

Emenda aditiva

a) criando comissões entre os diversos órgãos de saúde, gestores, trabalhadores e usuários para o diagnóstico das necessidades regionais, apresentando alternativas de atendimento, com total apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde e da secretaria estadual da Saúde.

39) 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 com a participação de conselheiros, 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, bem como excluindo da rede pública de serviços de saúde os que não têm caráter filantrópico;
- v. incluindo instrumentos de avaliação externa dos mecanismos de alocação e repasse de recursos para reorientar a gestão e os modelos de atenção vigentes.

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. Essa “blindagem” do SUS pelo Movimento da Reforma Sanitária, ao mesmo tempo em que o preservou, impediu as radicais mudanças que são necessárias no “modo de se fazer saúde”. Este é o maior desafio no presente momento: 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 e envolve o diagnóstico das desigualdades no âmbito de microterritórios, 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 devem ser 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; 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 buscar respostas para enfrentar as atuais necessidades de saúde, levando também em consideração os problemas futuros agravados pela contínua transição demográfica e pelas evidências que apontam para uma sociedade mais violenta, com mais idosos e menos jovens. É importante considerar também os desafios para a saúde relacionados ao risco do consumo de produtos, à exposição 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 à 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.

Propostas Gerais

- 1) Definir uma política de humanização da atenção à saúde como eixo estruturador da atenção e da gestão da saúde, nas três esferas de governo, mediante a elaboração de planos diretores a serem implementados em toda a rede de serviços de saúde.
- 2) 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;
 - ii. mecanismos de valorização dos trabalhadores e usuários, com direito à educação permanente e 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 para todas as pessoas internadas nos serviços de saúde públicos e privados.

3) Garantir a regionalização e a hierarquização da atenção, para o acesso da população à atenção da saúde nos três níveis de complexidade (atenção básica, média, alta complexidade e internações hospitalares), baseadas nos princípios apontados pela NOAS 2002, de forma a romper o princípio da oferta e orientar-se pelas necessidades de saúde, mudando 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 e os princípios do SUS, respeitando os fluxos estabelecidos, garantindo o acesso da população a serviços fora do município, quando necessário;
- ii. garantia da resolutividade em cada nível de atenção e com todas as vagas sob controle da central de regulação;
- iii. melhoria da capacidade instalada – rede física, equipamentos e pessoal, para maior resolutividade dos serviços de saúde (ambulatórios e hospitais), como forma de substituir e evitar práticas de “ambulancioterapia”.

Emenda aditiva

- a) priorizando a atenção básica e a média complexidade dentro do Plano Diretor de Investimento.
- 4)** Apoiar financeira e tecnicamente estados e municípios na efetivação dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e na implementação da oferta de toda a capacidade pública instalada para a Programação Pactuada Integrada (PPI), de modo a viabilizar condições para estruturação de macro-regiões, micro-regiões de saúde e módulos assistenciais.
- 5)** Fortalecer o processo de regionalização por meio dos consórcios intermunicipais de saúde públicos, com o acompanhamento efetivo do controle social através dos conselhos de Saúde.
- 6)** Integrar a Rede Sarah ao SUS de forma harmônica para referência geral em distúrbios do aparelho locomotor.
- 7)** Redefinir as relações dos hospitais universitários com os gestores, nos âmbitos da atenção, ensino e pesquisa, considerando suas inserções regionais no sistema de saúde.

Atenção Básica

- 8) Ampliar a cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na atenção básica, priorizando a estratégia da saúde da família e dos agentes comunitários de saúde, possibilitando a mudança de orientação do modelo de atenção do atendimento à demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária com adscrição de clientela, a reestruturação da equipe, e garantindo supervisão, capacitação e educação continuada para 100% dos profissionais envolvidos.
- 9) Organizar e ampliar a atenção básica, tendo o Programa de Saúde da Família como porta de entrada e estratégia estruturante da rede de serviços de saúde a partir do qual sejam feitas as referências e contra-referências, com garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade, englobando os aspectos de promoção e resolução da maioria dos problemas de saúde da população, fortemente articulada com os planejamentos local e regional.
- 10) Criar incentivos técnicos e financeiros para implantação na atenção básica de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar, implantação de programa de reabilitação domiciliar para portadores de limitações físicas que dificultem ou impeçam a locomoção até os serviços, incentivo técnico e financeiro para implantação de programas de internação domiciliar.

Emendas aditivas

- a) revisando os parâmetros do número de famílias sob responsabilidade da equipe de saúde da família, considerando a realidade de cada município (locais de difícil acesso, grau de dispersão da população no território e perfil epidemiológico da população).
 - b) garantindo a equipe mínima atual e contratar por meio de concurso público, ou utilizar profissionais já concursados com complementação salarial para compor a equipe de supervisão da saúde da família (nutricionista, psicólogo, assistente social, odontólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, entre outros), organizados em unidade de referência.
 - c) aumentando o número de agentes comunitários por equipe.
- 11) Garantir a regularidade nas entregas dos insumos básicos, incluindo medicamentos e materiais logísticos para as equipes de saúde da família.

Emenda aditiva

- a) relatando aos respectivos conselhos de Saúde o recebimento e a distribuição dos produtos e as entregas às pessoas.
- 12)** Implementar, no SUS, a atenção nutricional, considerando a importância da nutrição e da alimentação na promoção, no controle e na recuperação da saúde.
- 13)** Estabelecer parcerias entre governo e entidades para que sejam feitas oficinas sobre alimentação enriquecida. Que seja produzida a multi-mistura e que as UBS saibam orientar e distribuir para crianças, gestantes e idosos como prevenção e também para as entidades que trabalham com portadores de imunodeficiências e/ou subnutrição para uma recuperação mais rápida.

Atenção de Média e Alta Complexidade

- 14)** Garantir a implantação das centrais de regulação de consultas especializadas, internação e exames, consolidando a referência e contra-referência das pessoas e efetuar a compra de serviços privados somente quando esgotada a capacidade de oferta dos serviços públicos, respeitando-se as necessidades de cada região.
- 15)** Definir protocolos que orientem melhor os profissionais de saúde na tomada de decisão sobre condutas diagnósticas e terapêuticas.
- 16)** Organizar o sistema de regulação médica: número de telefone único, auxiliar de regulação médica e médico regulador, 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.
- 17)** Exigir o cumprimento da obrigatoriedade de entregar à pessoa o seu relatório de alta hospitalar.
- 18)** **A.** Estruturar a atenção hospitalar, com mudança da demanda espontânea aos hospitais, em uma perspectiva de articulação e complementaridade da rede de serviços, adequando os pequenos hospitais aos sistemas locais de saúde e modificar a forma de financiamento.
- B.** Organizar a atenção hospitalar por nível de complexidade e criar critérios de financiamento dos serviços de referência em municípios de pequeno porte, baseado no perfil epidemiológico, abolindo a AIH nesse caso.
- 19)** Garantir a integração dos três níveis de atenção nas ações de reabilitação.
- 20)** Otimizar o Sistema Nacional de Transplantes, integrando todos os hospitais do SUS em uma campanha permanente de doação de órgãos.

21) Propiciar tratamento oftalmológico e odontológico completo, incluindo óculos, próteses, cirurgias e lentes de contato.

22) Efetivar a política de saúde para urgência e emergência, regulamentada pelas portarias ministeriais 2.048 de 05/11/2002, 1.864 de 29/09/2003 e 1.863 de 29/09/2003, garantindo nos estados a estruturação de rede de urgência e emergência articulada à rede geral de serviços de saúde, com atendimento da pequena à grande urgência, incluindo os serviços pré-hospitalares,

Emendas aditivas

a) avaliando os serviços de regulação médica de urgência e emergência.

b) oferecendo suporte financeiro para os pequenos municípios se integrarem ao sistema de urgências e emergências.

23) Ampliar a “hemorrede” para o atendimento de emergência e ambulatorial hematológico de doentes com anemias hereditárias, hemofilias e outras doenças hemorrágicas e onco-hematológicas.

24) Qualificar os profissionais da rede de emergência e garantir a estrutura adequada para manutenção e transporte dos órgãos para doação.

25) Fazer cumprir a portaria 863/2002 do Ministério da Saúde, ou a que venha a substituí-la, garantindo aos portadores de hepatites virais crônicas o acesso aos exames de biologia molecular para diagnóstico e monitoramento do tratamento.

Assistência Farmacêutica

26) Garantir a implementação de uma política de medicamentos que responsabilize as três esferas de governo pela efetiva assistência farmacêutica, envolvendo todas as etapas do processo, (prescrição, dispensação, comercialização de medicamentos), 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 o de média e alta complexidade;
- iii. existência de profissional habilitado nas unidades de saúde.

Emenda aditiva

- a) buscando mecanismos que inibam a dispensação e venda de medicamentos a menores de 16 anos.

- 27)** Assegurar a fiscalização das farmácias nas unidades de saúde, com informatização do controle, para evitar extravio de medicamentos.
- 28)** Proibir a dispensação de medicamentos via assistência social.
- 29)** Aumentar a oferta de medicamentos da Farmácia Básica nas unidades de saúde, incluindo material de saúde bucal (escova, pasta e fio dental) e medicamentos de uso nos Caps (saúde mental) e promover campanhas de esclarecimentos quanto ao uso indevido dos mesmos.
- 30)** Garantir a inserção dos fitoterápicos na política nacional de assistência farmacêutica e medicamentos feita na atenção básica de saúde, inclusive pelos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família.
- 31)** Revisar periodicamente a Relação Nacional de Medicamentos (Rename), elaborando os protocolos terapêuticos com imediata divulgação, especialmente para os médicos das unidades básicas, e garantir o controle de qualidade nos produtos farmacêuticos usados no SUS, inclusive com a padronização dos rótulos dos medicamentos, como já existe para medicamentos genéricos.
- 32)** Reavaliar e ampliar a lista de medicamentos da assistência farmacêutica básica, que compõe a atenção de Saúde Mental e Saúde da Família, e fazer com que as reposições dos mesmos sejam realizadas impreterivelmente na data prevista pela lei e de acordo com consumo real de cada município.
- 33)** Mudar os parâmetros utilizados para o cálculo do quantitativo dos medicamentos fornecidos aos municípios considerando o aumento dos usuários SUS.
- 34)** Exigir do Governo Federal a garantia dos medicamentos para os indivíduos com hipertensão e diabetes.
- 35)** Garantir o suprimento, em quantidade suficiente, e o acesso por meio de cadastro a medicamentos de uso contínuo para as pessoas portadoras de doenças crônicas.

Será feita avaliação médica periódica para a prescrição, conforme a necessidade da patologia (tuberculose, diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, hanseníase, doenças mentais, doenças oportunistas em portadores de Aids, disfunção da tireóide, doença de Gaucher, doenças sexualmente transmissíveis), baseada em protocolos clínicos elaborados a partir de estudos que comprovem eficácia terapêutica.

36) Garantir o suprimento e acesso a medicamentos de alto custo e os exames necessários para a sua dispensação, dos distribuídos aos usuários da rede básica (de marca ou genérico), e à medicação pactuada em planos de assistência farmacêutica.

37) Ampliar os pólos de dispensação de medicamentos em saúde mental, fornecendo aos usuários divulgação periódica sobre endereços, telefone e horários de funcionamento.

38) Garantir e ampliar a oferta de medicamentos para doenças oportunistas e intercorrências adversas inclusive para portadores de Aids, DST e hepatites virais.

Emenda aditiva

a) garantindo medicamentos para a redução das altas taxas de colesterol e triglicérides.

39) Garantir a dispensação de medicamentos após a alta hospitalar para continuidade de tratamento.

40) Aumentar os recursos do Ministério da Saúde e dos estados para o cumprimento na íntegra da portaria 1.318 de 23/07/2002 [que define grupo de 36 medicamentos excepcionais], com atenção especial para os medicamentos destinados às pessoas portadoras de problemas reumáticos.

41) 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.

42) Proibir qualquer forma de privatização e terceirização de hospitais e serviços de saúde pública. Tampouco financiar organizações sociais (ONGs e OSCIPs) por entendê-las como forma de privatização dos serviços públicos de saúde.

43) Proibir o financiamento a cooperativas contratadoras de trabalhadores da saúde.

44) Proibir a propaganda e comercialização de planos de saúde privados dentro de qualquer órgão público vinculado ao SUS.

45) Estabelecer uma sistemática de avaliação periódica dos serviços de saúde prestados pelas unidades filantrópicas conveniadas com o SUS, visando à elevação

da qualidade dos serviços prestados à população, com emissão de parecer sobre a continuidade do convênio.

46) Utilizar prioritariamente os equipamentos adquiridos com recursos públicos para atendimento aos usuários do SUS.

47) Garantir o cumprimento da legislação em vigor, para que as filantrópicas realizem, no mínimo, 60% de serviços de saúde para o SUS.

Vigilância em Saúde

48) Organizar o Sistema de Vigilância em Saúde em todas as esferas de governo, através da articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e em especial a vigilância em ambientes de trabalho, além da valorização desse sistema com investimentos e equipamentos adequados, integração às demais ações de saúde e descentralização, acompanhamento e avaliação de indicadores, com ênfase no trabalho educacional formando uma rede comprometida com todos os segmentos da sociedade.

49) Estabelecer políticas claras de ações em vigilância sanitária 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 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 e saúde do trabalhador sejam executadas por profissionais especialistas da área, conforme o disposto na legislação vigente, e de modo articulado com as vigilâncias ambiental e epidemiológica.

50) A. Manter a atual estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, implantada na nova gestão, com a coordenação articulada das áreas de vigilância epidemiológica e sanitária.

B. Integrar a Divisão Epidemiológica e Ambiental e Saúde (Divep) e o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) como departamentos da Funasa, e manter a estrutura de representação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde no âmbito das coordenações regionais da Funasa, como forma de assegurar a efetivação da parceria das secretarias estaduais e municipais de Saúde com o gestor federal.

51) Realizar fórum de vigilância em saúde, com a participação dos poderes Executivo, Judiciário e Legislativo e também de trabalhadores e usuários.

52) 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, resíduo sólido, permitindo melhorias sanitárias domiciliares, com adequada cobertura geográfica, assegurando a qualidade e eficiência, adequada aos segmentos da população e ao controle dos agravos, em particular os transmitidos por vetores.

53) Estabelecer uma política do uso indiscriminado e de monitoramento dos efeitos nocivos dos agrotóxicos nos seres humanos, e, em especial, nos trabalhadores rurais, priorizando as ações educativas quanto ao uso, à intoxicação e aos efeitos adversos, assim como garantir a atenção à população rural incluindo como atividades regulares das vigilâncias epidemiológica e sanitária, definindo indicadores de controle.

54) Elaborar programas de saúde ambiental auto-sustentáveis para as famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST).

55) Garantir que todos os estabelecimentos integrantes do SUS tenham licença de funcionamento, com revalidação periódica, expedida pelo respectivo órgão de vigilância sanitária.

56) Implantar a hemovigilância em todos os serviços de saúde do SUS.

57) Reintegrar a Anvisa ao SUS, conforme determinação da I Conferência de Vigilância em Saúde (Convisa), para exercer o seu papel regulador de forma integrada dentro do sistema.

58) Consolidar e ampliar o Programa Nacional de Imunizações:

Emendas aditivas

- a) Incluindo a vacinação de rotina contra influenza em crianças menores de 5 anos.
- b) Incluindo a vacinação contra rubéola nas mulheres em idade fértil
- c) .garantindo vacinas anti-rábica em quantidade suficiente para as demandas dos municípios.

59) Dar maior atenção à problemática da hanseníase (diagnóstico, controle e tratamento), capacitando os profissionais e promovendo informação permanente à população através dos veículos de comunicação, visando à eliminação da doença.

60) Estabelecer nas diretrizes da política de saúde, por instrumento legal, 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, dispondo 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.

61) Ampliar investimentos para implementar o programa de prevenção às DST/HIV/Aids e o planejamento familiar na atenção básica, pela criação de serviços municipais de coleta para o teste sorológico de HIV com o devido aconselhamento pré e pós teste anti-HIV, garantindo a realização do teste para todas as gestantes no pré-natal, com medicação profilática para parturiente e crianças quando resultar HIV positivo, garantindo medicamentos e aumento do número de preservativos distribuídos regularmente aos portadores de DST/Aids (inclusive ao programa de saúde mental), e conscientizando os seus parceiros sexuais e seus familiares.

62) Incluir ações de prevenção e assistência às DST/Aids na NOAS.

63) 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 serviços de prótese e endodontia. Para isso, há que se garantir a implantação em caráter de urgência da equipe de saúde bucal em relação a todas as equipes da saúde da família, com o aumento do incentivo financeiro destinado a essas equipes, assegurando também o aumento do volume de recursos destinados a essas ações em todas as esferas de governo.

- 64)** Garantir a promoção e a prevenção de saúde bucal das crianças, mediante a orientação para limpeza da cavidade bucal dos recém-nascidos após a mamada e para a escovação; garantindo o fornecimento de *kits* de higiene bucal para o desenvolvimento de atividades educativas nos municípios; exigindo “escovários” próximos aos refeitórios das creches e das escolas de ensino fundamental; fazendo a doação trimestral de escovas e creme dental fluoretado nas escolas e creches; substituindo doces, macarrão, biscoitos e refrigerantes por frutas, legumes e verduras na merenda escolar e das creches; impedindo a venda de balas, doces e refrigerantes nas cantinas das escolas; incluindo a formação de agentes promotores de saúde bucal nos currículos das 7^a e 8^a 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.
- 65)** Criar centros regionais de referencia de especialidades odontológicas para pessoas com necessidades especiais e com deficiência com cirurgia buco-maxilo, disfunção de ATM, diagnóstico de câncer e outros.

Saúde da criança e do adolescente

- 66)** Assegurar políticas específicas de atenção integral à saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, priorizando a articulação intersetorial de educação e saúde, com a implementação de ações de prevenção, promoção e assistência que possibilitem a inclusão do portador de necessidades especiais nas escolas regulares; a ampliação do acesso de crianças e adolescentes moradores das zonas rurais aos serviços de saúde; o atendimento integral à criança e ao adolescente, segundo os níveis de complexidade, por equipe multidisciplinar, visando à prevenção da gravidez indesejada, da transmissão vertical do HIV, sífilis e outras DST.
- 67)** Tornar de notificação compulsória as carências nutricionais para crianças até 10 anos, visando o combate à desnutrição.
- 68)** Assegurar às crianças e adolescentes apresentando neoplasias, anemias falciformes e outras que sejam devidamente encaminhadas para exames e tratamentos.
- 69)** Garantir que as crianças egressas de unidades de cuidados intensivos neonatais (UTI ou UI) tenham o acompanhamento de equipe multidisciplinar, reduzindo e

controlando as complicações próprias dessas crianças, diagnosticando, tratando e fornecendo medicamentos e materiais necessários aos seus cuidados.

70) Atender aos dez passos das iniciativas Hospital Amigo da Criança (HAC) e unidade básica amiga da amamentação (Ubam).

71) Implementar atenção ao adolescente com dependência química, tanto em nível ambulatorial quanto de internação.

72) Garantir a atenção a saúde visual e auditiva, inclusive com terapias, principalmente para crianças em idade escolar (visual) e para neonatos até idade escolar (auditiva), considerando-se que esses dois sentidos são essenciais ao aprendizado.

73) Implantar a triagem auditiva neonatal nas maternidades e garantir o apoio diagnóstico com direito às concessões dos aparelhos auditivos dos segmentos especializados.

Saúde da mulher

74) Avançar na implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) no Brasil, garantindo as suas ações tradicionais, propostas em 1983, e incorporando as novas necessidades identificadas, tais como atenção:

- i. à saúde das mulheres em situação de violência, com abordagem intersetorial; as especificidades da saúde da mulher negra;
- ii. a interrupção da gravidez prevista em lei, garantindo os recursos, a infraestrutura, os insumos e os medicamentos necessários;
- iii. a atenção ao pré-natal, com incentivo à prática do parto vaginal;
- iv. a humanização do atendimento, em especial às gestantes portadoras de transtornos mentais e às soropositivas;
- v. a implantação de equipe multiprofissional para o atendimento das gestantes; a intensificação das ações de vacinação de gestantes com ATT;
- vi. a garantia dos medicamentos da “grade” e os especiais, e o acesso para a realização da sorologia para hepatite;
- vii. garantia, no momento de alta da maternidade, de agendamento da consulta de revisão para a mulher em puerpério;
- viii. de coleta de material do recém-nato para o “teste do pezinho” até o sétimo dia de nascimento;

ix. de vacinação e avaliação clínica do recém-nato, de agendamento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e do incentivo ao aleitamento materno.

75) Utilizar todo o sistema de saúde para a realização do atendimento integral às pessoas vítimas de violência sexual, incluindo no protocolo de atendimento à necessidade de acolhimento, respeito à integridade física, moral e psíquica das pessoas e a humanização do pronto atendimento.

76) Implementar o programa especial de atenção ao climatério, com equipe multidisciplinar, incluindo ações educativas e reflexão sobre saúde e sexualidade na terceira idade.

77) Substituir o programa de planejamento familiar por um programa de atenção integral à saúde garantindo os direitos sexuais e reprodutivos.

78) 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.

Emenda aditiva

a) criando um serviço de planejamento natural na família, em algumas unidades dos municípios com casais voluntários.

79) 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 que ofereçam serviços de tomografia, ultra-som, mamografia e RX, garantindo no mínimo um ultra-som por gestação.

80) Realizar avaliação periódica das unidades públicas e privadas, por parte dos órgãos competentes, do cumprimento das normas do Ministério da Saúde no que diz respeito ao pré-natal, à atenção ao parto, ao puerpério, e da adequação das unidades a estas normas.

81) Garantir a efetiva implementação de práticas alternativas de saúde nos serviços do SUS (fitoterapia, homeopatia, acupuntura e massoterapia) por se tratarem de práticas reconhecidas oficialmente e por ser um direito do cidadão ter opções terapêuticas

para a atenção à sua saúde, assegurando o tratamento e os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos.

82) Incluir no desenvolvimento das políticas específicas o programa de saúde do homem implementando campanhas de prevenção do câncer de próstata e mama, o rastreamento do câncer de próstata com acesso a exames e encaminhamento aos serviços secundários e terciários e garantir 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).

Saúde do idoso

83) Fazer cumprir a Lei 8.842, 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 portaria 702/2002 do Ministério da Saúde, a criação de mecanismos para implantação e/ou implementação do programa no nível municipal, a garantia de financiamento para a atenção ao idoso na modalidade de centro-dia, hospital-dia e centros de convivência, a garantia do fornecimento de medicamentos de uso contínuo, da oferta e gratuidade de vacinas para terceira idade, e a garantia do atendimento oftalmológico de urgência e de doenças crônico-degenerativas.

Emenda aditiva

a) viabilizando junto ao Governo Federal a extensão do programa de tratamento de asma para adultos e idosos.

84) Promover a fiscalização das instituições de longa permanência, de forma que elas garantam condições dignas de atendimento ao idoso, valorizando a sua integração social.

Saúde mental

85) Mapear as necessidades e prioridades de saúde mental da população dos 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, da qualidade e da resolutividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde traduzam as necessidades municipais.

86) 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 as portarias ministeriais que determinam a criação de uma rede pública de cuidados (Caps I/II/III, Caps Álcool e Drogas e o 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 comunidade (usuários, familiares, trabalhadores e gestores) de acordo com a III Conferência de SM com a participação do setor público, filantrópico e privado, dentro dos princípios do SUS), e o acesso aos medicamentos psicotrópicos de uso contínuo aos usuários da saúde mental nos grupos de saúde e nos Caps.

Emendas aditivas

- a) promovendo a incorporação do atendimento de saúde mental na atenção primária.
- b) garantindo a implantação de Caps, em municípios com a população igual ou maior a 40 mil habitantes, viabilizando recursos para o seu funcionamento.
- c) 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 da ativação de outros serviços.

87) Tratar os dependentes químicos e os alcoólatras separadamente dos doentes mentais.

88) Garantir a adequação do financiamento para a implementação da rede substitutiva em saúde mental nos municípios por meio de rubricas específicas nos orçamentos de saúde das três esferas de governo, 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.

Saúde do Trabalhador

89) Rever o credenciamento dos sindicatos para atenção à saúde do trabalhador, considerando que esses serviços atendem apenas aos sindicalizados e, portanto, não são universais e são duplamente financiados (contribuição sindical e SUS).

- 90)** Garantir a atenção à saúde para as áreas de assentamento de trabalhadores rurais, incluindo campanhas de prevenção ao câncer de pele, distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI) e de protetor solar, produzido pelo governo, nas áreas onde os efeitos do sol são potencializados pelo uso de agrotóxicos por trabalhadores.
- 91)** Estabelecer políticas de saúde que garantam a comunicação de acidentes de trabalho, bem como o cumprimento dos direitos à saúde do trabalhador que implicam na expedição correta de laudos e atestados de saúde.
- 92)** Desenvolver políticas específicas direcionadas aos grupos vulneráveis, de acordo com o princípio da equidade, assegurando a sua participação nas distintas representações em nível municipal, estadual e federal.

Saúde das pessoas com deficiência ou com necessidades especiais

- 93)** Garantir o cumprimento da política nacional de saúde para o portador de deficiência, viabilizando a atenção integral à saúde, a reabilitação e a inclusão social. O Estado deve assumir a responsabilidade e o cumprimento de lei, organizando e articulando uma rede de atenção levando 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 do portador de deficiência. As ações a serem implementadas devem portanto incluir a garantia da acessibilidade da pessoa com deficiência a todos os serviços de saúde, com eliminação de barreiras arquitetônicas, viabilizando adaptações e adequações de acordo com o que determinam as normas da ABNT, a ampliação do acesso das pessoas portadoras de deficiências e idosos às ações e serviços em todos os níveis de complexidade, o acesso descentralizado com a criação de serviços de dispensação dos insumos (órgãos, próteses, bolsas coletoras para ostomizados, medicamentos e qualquer outro que se faça necessário), com prestação da atenção por equipe multiprofissional especializada no atendimento de pessoas portadoras de deficiências que atuará respondendo pareceres e/ou por meio de intervenções técnicas.
- 94)** Implantar política pública de saúde às pessoas com deficiência, incluindo a estratégia de reabilitação baseada na comunidade (RBC) e a inclusão de psicomotricistas como alternativas de reabilitação.

95) Garantir, como responsabilidade dos órgãos governamentais, o transporte gratuito e local para a hospedagem, se necessário, para todas as pessoas com deficiência física e mental, e também para um acompanhante para tratamento médico no seu município, em outros municípios e, se for necessário, em outros estados.

Saúde da população indígena

96) Efetivar a política de saúde para as nações indígenas com participação das três esferas de governo, incorporando o desenvolvimento de ações que respeitem a cultura de cada etnia, fornecendo serviços específicos nos vários níveis de atenção e garantindo apoio logístico a todas as equipes de agentes comunitários de saúde e de saúde da família que atuam com populações indígenas.

97) Criar uma comissão multidisciplinar de assessoria técnica em vigilância em saúde, ciências humanas e áreas afins para os distritos sanitários indígenas.

98) Garantir que a gestão da Saúde Indígena permaneça como responsabilidade do governo federal (Funasa/Ministério da Saúde), reestruturando a Funasa para que, em parceria com as secretarias estaduais e municipais, fortaleçam o subsistema regional de saúde indígena voltado para um atendimento universal equitativo e integral no âmbito do SUS. Para garantir ao órgão gestor da saúde indígena do Ministério da Saúde a execução direta das ações de saúde, o governo federal deve viabilizar mecanismos para contratação de trabalhadores, preenchimento dos cargos necessários por meio de concurso público, suspendendo, no menor prazo possível, os convênios firmados com ONGs.

99) Implantar e manter de equipe multidisciplinar, com apoio aéreo, nas aldeias indígenas.

100) Garantir a formulação e implementação de uma política pública nacional específica para a atenção aos portadores de anemia falciforme que inclua a garantia de recursos financeiros adequados, o desenvolvimento de ações integrais englobando o diagnóstico precoce, o acompanhamento contínuo e regionalizado, e a atenção tanto a familiares quanto a portadores da anemia falciforme e do traço falcêmico, por aconselhamento genético, educação e qualificação dos profissionais da saúde para a atenção apropriada, bem como para o registro adequado das ocorrências e óbitos por anemia falciforme, e a ampliação do serviço de hematologia na rede ambulatorial, com ênfase no atendimento da criança com a referida enfermidade.

EIXO TEMÁTICO VI – CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA

Introdução

O controle social da política de saúde e 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. Qualificar o controle social do SUS envolve o fortalecimento e a estruturação de uma rede de conselhos de Saúde e uma ação sinérgica e inclusiva que incorpore os movimentos sociais organizados.

Os conselhos de Saúde realizaram avanços significativos no processo de formulação e controle da política pública de saúde, mas enfrentam obstáculos importantes, entre os quais: o seu caráter deliberativo ainda não é exercido 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 na gestão pública na difusão de informações; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados.

Outro componente estratégico da gestão participativa é aquele que, em cada instituição do SUS, promove maior participação dos profissionais e funcionários, gerando ambientes solidários e novas possibilidades de vínculos institucionais dos trabalhadores.

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, e a publicidade e transparência dos mecanismos de prestação de contas e dos relatórios de gestão, contribuem para uma perspectiva de administração pública comprometida com a participação popular e voltada para o cidadão.

Participação social nas políticas públicas e em defesa do SUS

1) Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã dos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando 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”.

Emendas aditivas

- a) Fortalecendo os conselhos de Saúde das distintas esferas e as representações políticas;
 - b) divulgando os direitos, capacitando lideranças, promovendo educação popular informando sobre o SUS, conselhos de Saúde, os conselhos gestores e as conferências como instâncias do controle social do SUS;
 - c) criando canais de comunicação entre o cidadão e o governo, possibilitando a participação popular nas discussões e resoluções dos problemas da comunidade e efetivação do controle social;
 - d) criando um espaço para discussão com usuários, divulgando agenda dos conselhos, serviços prestados pelo SUS e divulgando as reais necessidades dos usuários;
 - e) ampliando o debate sobre o SUS e controle social com a participação da sociedade, imprensa, poderes Legislativo, Executivo e Ministério Público.
 - f) incentivando a implantação do orçamento participativo da saúde, nas três esferas de governo.
- 2) Criar um sistema nacional de monitoramento do controle social no país, que inclua a realização de cadastros, estudos, levantamentos e auditorias.

Gestão participativa nas três esferas de governo

3) Implantar a gestão participativa promovendo a inclusão dos trabalhadores de saúde no planejamento, decisões e na gestão em todas as instituições das três esferas de governo.

Emendas aditivas

- a) criando colegiados de gestão integrados com os conselhos.

- b) implantando mecanismos de gestão colegiada nas empresas estatais fabricantes de medicamentos.
 - c) na formulação de políticas de recursos humanos.
 - d) nos fundos de saúde.
 - e) no controle da qualidade da água.
- 4)** Definir e implementar uma política nacional de ouvidoria do SUS, na qual o Ministério da Saúde disponha de mecanismos de escuta do cidadão usuário, que também devem estar disponíveis nas demais esferas de governo. Esta política deve ampliar os canais de comunicação com o cidadão, modificando o caráter, a eficiência e o funcionamento das atuais ouvidorias, com vistas à resolução pronta dos problemas denunciados e, ao mesmo tempo, que sejam transformadas em informações para apoio e qualificação da gestão em saúde.
- 5)** Garantir que a agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde seja construída com ampla participação de representantes da sociedade, tanto na sua elaboração, como também na sua implementação, acompanhamento e avaliação.
- 6)** Assegurar que o gestor faça audiências públicas para a prestação de contas trimestralmente, após discussão nos respectivos conselhos e, de acordo com o decreto 1.651/95 que dispõe sobre o funcionamento do Fundo de Saúde, nas três esferas de governo.
- 7)** Oferecer urnas fechadas e livro de ocorrência para sugestões, elogios ou queixas, em locais de livre acesso em todas as unidades de saúde, devidamente identificados, que deverão ser abertas e discutidas a cada reunião ordinária do conselho gestor; bem como deve ser providenciado relatório de todas as queixas, assim como das providências tomadas pelo conselho.
- 8)** Estimular a organização e garantir a efetiva participação dos conselhos gestores na definição das políticas de saúde e organização do sistema, nas três esferas de governo, em todas as unidades de serviço.

Emendas aditivas

- a) estabelecendo caráter paritário e deliberativo, em todos os níveis de complexidade do SUS.
- b) criando conselhos gestores, inclusive, nos serviços privados e filantrópicos conveniados.

9) 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) e pesquisas de opinião.

Emenda aditiva

- a) criando espaços de discussão com usuários e “grupos mais vulneráveis” para a definição de conteúdos e capacitação dos trabalhadores de saúde, visando à melhoria do atendimento das necessidades destes usuários.

Conferências

10) Garantir o cumprimento das deliberações e resoluções das conferências de Saúde, nas três esferas de governo que devem, sistematicamente, implementar sua execução.

Emendas aditivas

- a) propondo ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde a aplicação de penalidades aos gestores que não respeitarem tais deliberações.
- b) suspendendo o repasse de recursos financeiros federais e estaduais aos municípios que não realizarem conferências de Saúde.

11) Apresentar, ao início de cada Conferência de Saúde, nas três esferas de governo, as realizações de gestão, baseadas nas propostas contidas no relatório da conferência anterior, para conhecimento do plenário.

12) A. Manter a realização da Conferência Nacional de Saúde a cada 4 (quatro) anos, conforme estabelece a Lei 8.142/90.

B. Propor a alteração da Lei 8.142/90 para que a Conferência Nacional de Saúde se realize a cada 2 (dois) anos.

13) Garantir que o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde se responsabilizem pelo financiamento dos delegados estaduais eleitos de forma a viabilizar a participação na Conferência Nacional de Saúde.

14) Realizar a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, a ser convocada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Fortalecimento da Ação dos Conselhos

15) Definir como principais atribuições dos conselhos de Saúde, nas três esferas de governo:

- i. analisar informações sobre os serviços de saúde e sobre o funcionamento de sistemas de vigilância em saúde;
- ii. analisar relatórios mensais produzidos pelas ouvidorias e sistemas de controle e avaliação governamentais;
- iii. analisar planos de aplicação e prestações de contas da totalidade dos recursos financeiros destinados à atenção à saúde; discutir e deliberar os critérios de alocação de recursos para custeio e investimentos, no âmbito da atenção básica, média complexidade e alta complexidade;
- iv. discutir e deliberar sobre a contratação dos serviços da rede privada e sobre revisão dos valores das AIH;
- v. discutir e deliberar sobre processos de captação de recursos financeiros para o SUS, seja de âmbito nacional ou internacional;
- vi. acompanhar a tramitação de propostas de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e de Lei Orçamentária Anual (LOA), enfocando a área da saúde;
- vii. analisar a implementação dos convênios com as instituições de ensino superior, especialmente no que tange a formação, qualificação e capacitação dos conselheiros;
- viii. acompanhar e avaliar a implementação da estratégia Saúde da Família, particularmente no que tange ao Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf);
- ix. analisar e avaliar a implementação das políticas de proteção à saúde do trabalhador.

16) Democratizar o funcionamento dos conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, implementando coordenações colegiadas e reuniões descentralizadas, fora de suas sedes. Para atingir objetivos políticos estratégicos, os conselhos devem fazer reuniões de planejamento e avaliação de seus trabalhos.

17) Garantir infra-estrutura administrativa e financeira aos conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, que deve ser da responsabilidade do gestor-sede, (funcionários, computadores, telefone, material de consumo).

Emendas aditivas

- a) incluindo assessoria nas áreas de comunicação social, jurídica, contábil e de atenção à saúde.
- b) assegurando aos conselhos autonomia financeira por meio de dotação orçamentária específica.

18) Realizar um amplo trabalho de comunicação social sob a responsabilidade dos conselhos e dos gestores de saúde das três esferas de governo, usando diversos meios de comunicação, visando informar a população sobre o seu papel e importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS, sua composição e cronograma de reuniões.

Emenda aditiva

- a) divulgando informações sobre suas realizações, deliberações, e sobre os princípios e diretrizes do SUS.

19) 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.

Emenda aditiva

- a) estabelecendo estratégias e mecanismos – tais como fórum intersetorial de debates, palestras, seminários e encontros – que viabilizem a interlocução continuada entre os diversos conselhos.

20) Desenvolver, nas três esferas de governo, ações articuladas entre os conselhos de saúde em todo o território nacional.

Emendas aditivas

- a) criando mecanismos regulares de informação entre os conselhos estaduais e nacional dirigidas aos conselhos municipais sobre legislação, medidas administrativas, deliberações, moções etc.
- b) promovendo a realização de plenárias regionais, estaduais e nacionais de conselheiros.

21) 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 e trabalho.

22) Promover ação articulada entre os conselhos e os gestores de saúde, nas três esferas de governo, e os órgãos de controle, avaliação e auditoria interna do SUS, promotorias públicas estaduais e federal, conselhos profissionais, tribunais de contas, comissões de Saúde do Legislativo e outros órgãos da administração pública com vistas a aumentar a eficácia do controle social sobre qualidade da atenção.

Emenda aditiva

a) comunicando a desobediência às recomendações e os ajustes ao Ministério Público, para providências.

23) Promover articulação permanente entre os conselhos de Saúde e o Ministério Público, nas três esferas de governo. Os conselhos devem pressionar o Ministério Público para que o órgão seja mais atuante no que tange ao cumprimento das determinações da Emenda Constitucional 29; à qualidade do atendimento oferecido pelo SUS; ao cumprimento por parte dos gestores da determinação de obrigatoriedade de apresentação pública de planos de aplicação e prestações de contas; à divulgação de informações referentes aos serviços oferecidos e aos recursos financeiros do SUS.

Constituição e Funcionamento dos Conselhos

24) Garantir que os gestores de saúde, nas três esferas de governo, realizem audiências públicas trimestralmente, para prestação de contas, após discussão nos conselhos e divulgação nos meios de comunicação.

25) A. Garantir que os conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, tenham a sua composição de acordo com a Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde.

Emendas aditivas

a) propiciando a participação de diferentes etnias e minorias de forma que, nos conselhos estaduais e municipais, a composição da representação de usuários respeite as especificidades étnicas e demográficas do município e região.

b) impedindo a participação de conselheiros parentes em primeiro e segundo grau dos gestores.

- c) vedando a participação, como representantes de usuários, de pessoas com vínculos com o executivo (cargo comissionado, função gratificada ou prestador de serviços).
- d) estimulando a participação, como convidado e parceiro, de representante do Ministério Público.

B. Estabelecer que 25% da participação do segmento “prestadores e gestores” seja assim distribuída: 20% para gestores e 5% para prestadores de serviços.

26) A. Regulamentar a eleição de conselheiros, nas três esferas de governo, através de resolução a ser proposta pelo Conselho Nacional de Saúde, após amplo debate sobre o tema.

B. Garantir a eleição dos conselheiros de saúde, nas três esferas de governo, em fóruns realizados a cada dois anos, não podendo o mesmo conselheiro ser eleito para mais de dois mandatos consecutivos.

27) A. 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.

Emendas aditivas

- a) alternando, na direção dos conselhos, representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde e gestores e prestadores de serviços de saúde;
- b) estabelecendo que os presidentes dos conselhos devam ser eleitos entre os membros do plenário dos conselhos, através de voto direto e secreto.

B. Estabelecer, por intermédio do Conselho Nacional de Saúde, que a presidência ou coordenação dos conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, nunca seja ocupada por gestor ou por pessoas que detenham cargo de confiança ou função gratificada.

28) Estimular a imparcialidade partidária dos conselheiros, para garantia do controle social e da gestão participativa.

29) Fortalecer a função de conselheiro, garantindo a sua proteção legal contra assédio moral 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.

30) Propor, por intermédio do Conselho Nacional de Saúde, recomendação que proteja os conselheiros:

- i. que denunciem os gestores.

- ii. garantindo dispensa de ponto, 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.

31) Garantir que os gestores de saúde, nas três esferas de governo, respeitem a legislação que define composição e papel dos conselhos e o cumprimento das suas deliberações. Garantir que os conselhos tenham, acesso às propostas de lei orçamentárias (Lei de Diretrizes Orçamentárias, Orçamento Anual e Plano Plurianual), antes de serem encaminhadas ao Legislativo.

Emenda aditiva

- a) punindo os gestores que não respeitarem a exigência legal de prestação de contas públicas da aplicação de recursos de SUS.

32) Oferecer condições de acesso irrestrito a informações, que devem ser apresentadas aos conselheiros em linguagem clara e em tempo hábil para análise prévia. Os conselhos deverão divulgar as suas pautas e atas de reuniões pela internet ou por outro meio de divulgação disponível e acessível para a população interessada.

33) Apresentar proposta de legalização dos conselhos locais e regionais na esfera federal.

34) Estimular a criação de comissões intersetoriais de saúde do trabalhador (Cist) nos conselhos municipais de Saúde, em especial nos municípios-sede dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST).

Capacitação de Conselheiros

35) Capacitar os conselheiros de saúde, visando à qualificação do controle social a partir de processo continuado em parceria com centros de formação, incluindo este objetivo nos compromissos dos pólos de educação permanente e nas estruturas correspondentes da secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Emendas aditivas

- a) utilizando metodologias baseadas em problemas concretos enfrentados pelos conselheiros, em uma perspectiva emancipatória e libertadora. Os materiais educativos devem ser elaborados em linguagem acessível e clara.
- b) criando conteúdos programáticos dos processos de capacitação relacionados principalmente às seguintes temáticas: financiamento e orçamento em saúde,

políticas de saúde, organização da atenção, direito à saúde e ciência e tecnologia em saúde.

- c) criando fóruns nacional e estaduais integrados por gestores e conselheiros e oferecendo recomendações sobre os conteúdos a serem apresentados nas capacitações.
- d) estendendo as ações de capacitação para lideranças comunitárias, culturais e políticas locais.

36) Garantir a continuidade, aprimoramento e generalização da capacitação de conselheiros – inclusive de conselhos gestores de unidades de saúde, conselhos locais e lideranças políticas e sociais. Para viabilizar a realização da capacitação, os gestores em cada esfera de governo devem assegurar a disponibilidade de recursos financeiros e de infra-estrutura.

Novos Desafios para o Controle Social

37) Garantir o fortalecimento do controle social na formulação, regulação e execução das políticas públicas para a criança e o adolescente, mulher, idoso, trabalhador.

38) Estimular a organização da juventude para o exercício do efetivo controle social da saúde.

39) Fortalecer o controle social por meio do incentivo à formação e à estruturação dos conselhos locais de Saúde, bem como promover o fortalecimento dos conselhos municipais para exercerem o seu papel deliberativo.

40) 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.

41) Criar caixas de sugestões e críticas nos conselhos das distintas esferas de governo, cujo conteúdo seja debatido regularmente durante as reuniões plenárias.

42) Incentivar a formação e estruturação dos conselhos locais de Saúde e apoiar e dinamizar as ações desta modalidade de conselhos já existentes, viabilizando a

participação dos conselheiros locais em conferências, fóruns de saúde e outros eventos semelhantes.

- 43)** Apresentar proposta de recomendação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para o estabelecimento de consulta ampliada para escolha da direção das unidades públicas de saúde, a partir de critérios a serem estabelecidos.
- 44)** Promover ampla mobilização para acompanhar votações e decisões, no poder legislativo e judiciário, de matérias relacionadas à saúde.
- 45)** Promover moção contrária à Adin nº 2.999 (ação direta de inconstitucionalidade) impetrada pela governadora do Estado do Rio de Janeiro contra a resolução 322 do CNS, que aprova diretrizes acerca da emenda 29.
- 46)** Criar câmara técnica regional visando pactuar condutas, através da construção de protocolos mínimos de racionalização dos recursos gastos com ações judiciais na área da saúde, com a participação dos gestores, conselhos municipais e estaduais de Saúde, conselhos de secretários municipais e estaduais de Saúde, Ministério Público e juizes.
- 47)** Organizar conferências locais, aproveitando os espaços já existentes nas comunidades (escolas, igrejas, centros comunitários) com o objetivo de discutir saúde e informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres.

EIXO TEMÁTICO VII – O TRABALHO NA SAÚDE

Introdução

A gestão do trabalho e da educação para o trabalho na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Cabe ao Ministério da Saúde, levando em conta os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde junto com os segmentos do governo e dos trabalhadores, e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho nas esferas estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS.

Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área de saúde. As mudanças no modelo de atenção à saúde 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.

Nos últimos oito anos, foi incentivado o estabelecimento de relações precárias de trabalho, que burlam 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.

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 deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS. A educação técnica, de graduação e pós-graduação, em saúde, geralmente, não estão voltadas para as necessidades de saúde da população e o SUS acaba tendo que suprir as deficiências da formação formal com capacitações.

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.

Propostas Gerais

- 1) Recomendar prioridade à gestão do trabalho para o SUS, considerando a sua importância para a qualificação das ações de saúde e como apoio à implantação de estruturas de gestão do trabalho nos estados e municípios.
- 2) Garantir que as instâncias gestoras de do trabalho e da educação na saúde do SUS promovam as condições necessárias 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. Considerar o PCCS como instrumento essencial da política de gestão do trabalho.
- 3) Vincular o repasse das verbas do SUS, para os serviços públicos e privados, ao cumprimento da NOB-RH/SUS, cabendo à União definir formas de incentivo financeiro para que as esferas de governo a cumpram.
- 4) 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 das áreas assistencial, administrativa, gerencial e dos conselheiros de saúde.
- 5) 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.
- 6) Criar ou 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.
- 7) Criar, no âmbito dos conselhos de Saúde, fóruns com o tema "Um novo olhar para o profissional de saúde".
- 8) Garantir a instituição das mesas permanentes de negociação do SUS, de acordo com a Lei, vinculadas aos conselhos de Saúde das três esferas de governo, definindo-as como fórum privilegiado de discussão das questões relativas a gestão do trabalho

e da educação na saúde em todas as instâncias de gestão do SUS, com ampla divulgação dos resultados das discussões para o controle social.

Emendas aditivas

- a) de acordo com critérios de paridade e representatividade semelhantes aos dos conselhos de Saúde.
- b) até março de 2004.

Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)

- 9) Recomendar aos gestores do SUS a observância do dispositivo legal da implantação do PCCS como pré-requisito para a celebração de convênios e repasses financeiros, com acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde através da Mesa Nacional de Negociação na implantação dos planos estaduais e federal, estabelecendo mecanismos punitivos aos municípios e estados que não os implementarem, qualquer que seja a forma de habilitação para a gestão do SUS.
- 10) Constituir comissões paritárias (governo e trabalhadores) e garantir recursos financeiros, nas três esferas de governo, para a elaboração e implantação 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 de Estado;
 - ii. consideração do currículo e do tempo de serviço, no enquadramento dos profissionais;
 - iii. 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 e carga horária para trabalhadores do setor público, estimulando o tempo integral e a dedicação exclusiva;
 - v. piso salarial para todas as categorias profissionais;
 - vi. estímulo ao regime de tempo integral e dedicação exclusiva;
 - vii. gratificação por dedicação exclusiva e risco de vida.
 - viii. definição das cargas horárias dos profissionais de acordo com a realidade local;
 - ix. incorporação de gratificações e prêmios;
 - x. garantia dos direitos aos servidores municipalizados.

11) Implementar uma política de desprecarização do trabalho no âmbito do SUS, visando o fim da terceirização, dos contratos temporários e o fim da contratação através de cargos em comissão, que não oferecem garantias ao profissional de saúde e eficácia ao SUS.

12) 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, e legalizar a situação de outros profissionais da área da saúde que não têm vínculo empregatício e seguridade social (profissionais de saúde da família, ACS, agentes de vigilância ambiental, de vigilância sanitária, saúde indígena).

Emendas alternativas

A. definindo na 12ª Conferência Nacional de Saúde a modalidade de seleção:

a1) através de concurso público.

a2) através de seleção com prova de títulos, incluindo como critérios a experiência e o tempo de serviço.

a3) posicionando-se desfavoravelmente ao concurso público para ACS em função da peculiaridade de suas funções e formas de recrutamento.

B. sem definir na 12ª CNS a modalidade de seleção

13) Garantir que o ingresso dos trabalhadores de saúde no serviço público, nas três esferas de governo, se faça exclusivamente através de concurso público.

Emendas aditivas

a) inclusive nos projetos com financiamento internacional, como o Programa da Aids e Saúde das Populações Indígenas;

b) implantando mecanismos punitivos aos municípios e estados que não cumprirem esta cláusula.

14) 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;

15) Propor a criação de emenda constitucional que altere o artigo 37, inciso 2, da Constituição Federal, que exige concurso público para a investidura em cargo ou emprego público, para regularizar a situação funcional dos trabalhadores que hoje se encontram em situação irregular.

16) Cumprir a EC nº 34, que trata do acúmulo de empregos, cargos e funções aos profissionais de saúde.

17) Incentivar o trabalho voluntário na saúde pública.

18) Garantir que as secretarias estaduais de Saúde optem por profissionais concursados e capacitados para o desempenho das ações e serviços do SUS, quando da nomeação para as unidades do sistema prisional brasileiro, conforme deliberação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, assegurando essas premissas no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Direitos e deveres dos trabalhadores de saúde

19) Implementar uma política de humanização das condições de trabalho e na atenção ao usuário, envolvendo profissionais, usuários e gestores, valorizando o respeito à cidadania e às relações de trabalho, incentivando e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na sua implementação.

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

21) Adotar mecanismos para evitar abusos e posturas autoritárias das chefias ou coordenações dos serviços, incluindo o assédio moral aos trabalhadores de saúde nos serviços públicos.

22) Garantir o amplo direito de defesa aos trabalhadores, antes de serem punidos.

23) Criar fóruns de discussão, nos locais de trabalho, sobre temas como violência, drogas, educação sexual, prevenção DST/Aids.

24) Criar cartilha dirigida ao servidor público esclarecendo seus direitos e deveres, seja ele efetivo, contratado ou estatutário.

25) Priorizar a ocupação dos cargos de chefia e de gestão por profissionais de carreira com compromisso com o SUS.

26) Garantir a criação, em todas as unidades de saúde, da função de coordenação ou gerência de unidade, com jornada integral e competência profissional para o cargo.

Emenda aditiva

a) garantindo que sejam privativas de profissionais de nível superior e de carreira, com formação em gestão ou saúde pública.

27) Priorizar a formação e contratação dos trabalhadores indígenas para executar as ações de saúde indígena.

- 28)** Manter os direitos e acordos trabalhistas nas três esferas de governo, inclusive dos servidores municipalizados, sem redução salarial, relativos à jornada de trabalho de 30 horas semanais, conforme orientação da OMS.
- 29)** Garantir a estabilidade dos trabalhadores de saúde quando indicados para a função de conselheiros.
- 30)** Normatizar a dispensa de ponto para todo(a) trabalhador(a) que exerça representação nos conselhos de Saúde respectivos, quando da participação em reuniões, fóruns, plenárias, conferências e outras atividades no exercício da função de conselheiro.
- 31)** Assegurar os direitos trabalhistas dos trabalhadores de saúde impedidos de exercer suas funções, em decorrência de problemas de saúde adquiridos e/ou decorrente das condições de trabalho.
- 32)** Garantir a regulamentação e implementação, em todos 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.
- 33)** Garantir os direitos trabalhistas para as equipes da saúde da família, fiscalizando o seu cumprimento.
- 34)** Regulamentar a jornada de trabalho de 30 horas semanais no âmbito da seguridade social (saúde e previdência), assegurando o atendimento ininterrupto à população com a ampliação do quadro de profissionais de saúde.
- 35)** Garantir a jornada de trabalho de 30 horas semanais para a área de enfermagem através de lei federal.
- 36)** Diminuir em um terço o tempo de serviço dos profissionais de saúde que trabalham em áreas endêmicas.
- 37)** Regulamentar uma lei que contemple o servidor público em relação à insalubridade, com isonomia de direitos em relação a CLT.

Emendas aditivas

- a) incluindo a incorporação, a cada cinco anos de trabalho, de um ano para a aposentadoria e paridade dos percentuais de gratificação de insalubridade (10%, 20% e 30% do salário base para celetistas e 10% e 20% para servidor público), independentemente da forma de contratação e vínculo trabalhista;

- b) unificando o valor do adicional de insalubridade com a NR 32 da CLT, quando aprovada, que visa à prevenção da saúde para os trabalhadores da área de saúde.

38) A. Implantar gratificação de atividade de campo para os servidores da saúde nas três esferas do governo;

B. 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.

39) 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.

40) A. Definir o piso salarial dos ACS em dois salários mínimos e meio;

B. Definir o piso salarial dos ACS em dois salários mínimos.

Saúde do trabalhador da saúde

41) Criar e implementar uma política integrada de promoção, prevenção, atenção e reabilitação à saúde dos trabalhadores da saúde, garantindo-lhes o direito ao um ambiente de trabalho saudável.

Emendas aditivas

- a) implementando recursos tecnológicos, humanos e financeiros nos serviços de saúde do SUS para a melhoria das condições de trabalho das equipes multidisciplinares;
 - b) expandindo o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) nas três esferas de gestão do SUS, para realizar ações de monitoramento dos condicionantes da saúde e das doenças decorrentes do ambiente de trabalho (em especial nos hospitais da rede pública).
 - c) incluindo uma política de saúde mental específica para os trabalhadores e o acompanhamento sistemático por psicólogos;
 - d) 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 à avaliação periódica dos casos decorrentes da exposição ocupacional;
 - e) criando programa de readaptação, reabilitação e de terapia laboral para o servidor da saúde, com garantia de repasse dos recursos do INSS ao SUS;
 - f) definindo e criando um sistema informatizado para o registro dos acidentes e patologias adquiridas e/ou desenvolvidas no ambiente de trabalho;
 - g) encaminhando à junta médica forense o pedido de conclusão ou exclusão de diagnóstico quando o servidor questionar o diagnóstico médico.
 - h) implantando as comissões internas de prevenção de acidentes do trabalho (Cipa) em todas as instâncias;
- 42)** Criar programas específicos para o atendimento integral aos trabalhadores da saúde e seus familiares, com destaque para a dependência química e os transtornos mentais.
- 43)** 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, com horários alternativos de atendimento, de acordo com a realidade local.
- 44)** Apoiar a aprovação do projeto de Lei nº 1.011/2003, do deputado Roberto Gouveia, que regulamenta as ações e serviços da Saúde do Trabalhador no SUS.
- 45)** 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 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.

- 46)** Garantir o ambiente adequado e a segurança dos profissionais de saúde quando do atendimento, em serviços de saúde, de pessoas do sistema prisional.
- 47)** Garantir aos trabalhadores da saúde, expostos aos riscos, equipamentos de proteção coletivos (EPC) e equipamentos de proteção individual (EPI) e outras medidas controladoras de risco para tornar o ambiente de trabalho salubre.

Emenda aditiva

- a) garantindo a inclusão do protetor solar como EPI no trabalho dos ACS e dos agentes de saúde ambiental
- 48)** Garantir aos trabalhadores de saúde o direito de participação em atividades relacionadas ao trabalho e a sua inserção nos movimentos sociais.
- 49)** Garantir, na forma de incentivo de produtividade e/ou desempenho, gratificação composta pelo rateio da produção do SUS em partes iguais para todos os membros da equipe de saúde, independente da função.
- 50)** Reestruturar o programa e ampliar o número de municípios participantes do Programa de Interiorização do Trabalhador em Saúde (Pits), incorporando novas alternativas para interiorização de profissionais.

Emendas aditivas

- a) efetivando o profissional do Pits no serviço público federal;
- b) estimulando a interiorização dos profissionais de saúde recém-formados, por tempo definido, com garantia posterior de aprimoramento e especialização definidos pelo Estado;
- c) garantindo a manutenção da remuneração e dos benefícios do Pits sem perda salarial se houver o repasse de responsabilidade do programa aos governos estaduais e/ou municipais.
- d) assegurando a inclusão no Pits do odontólogo que integrar a equipe de saúde bucal na saúde da família.
- e) equiparando as gratificações dos profissionais médicos e enfermeiros.
- 51)** Garantir o cumprimento das normas e diretrizes que regem o funcionamento das equipes da saúde da família em todo o país.

- 52)** 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 tem recursos específicos, na gestão dos programas.
- 53)** Garantir às equipes da saúde da família os serviços de apoio promovidos por equipes multidisciplinares (nutricionistas, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social etc.) pelas unidades de referência.
- 54)** Garantir maior investimento nas atividades de promoção à saúde, fortalecendo o trabalho das equipes de saúde da família e as ações preventivas e educativas junto à comunidade.
- 55)** Reestruturar o quadro de trabalhadores de saúde das equipes de saúde da família para que o mesmo conte com equipe multidisciplinar adaptada à realidade de cada local.
- 56)** Incluir profissionais de saúde mental nos serviços de atenção básica.
- 57)** Implantar equipe de saúde bucal nas equipes de saúde da família, conforme portaria MS 396/03.
- 58)** Instituir uma política nacional de gestão do trabalho no sistema prisional, assegurando os direitos trabalhistas como plano de carreira, concurso público, política salarial, carga horária de 20 horas semanais e/ou plantão de 24 por 72 horas, gratificações de periculosidade de 150%, insalubridade de 30% e quinquênio de 10%, com aposentadoria aos 25 anos para as mulheres e 30 anos para os homens.
- 59)** Garantir, no âmbito do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, a criação do cargo de agente promotor de saúde, garantindo os seus direitos trabalhistas nos moldes da especificidade de sua atuação profissional.
- 60)** Incluir nas equipes de saúde indicadas pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário as categorias de assistente social, psicólogo, advogado e funcionários administrativos.
- 61)** Garantir a avaliação permanente dos trabalhadores do SUS por meio de acompanhamento de desempenho, produtividade e qualidade, índice de resolutividade, motivação, relacionamento interpessoal e nível de satisfação profissional, considerando os princípios da ética profissional, da interdisciplinaridade e da humanização da atenção.

Emenda aditiva

- a) destinando 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.

Regulamentação de profissões

- 62)** Regulamentar a profissão do agente de saúde ambiental.
- 63)** Reconhecer como categoria profissional os trabalhadores em controle de zoonoses (agentes locais de vigilância em saúde, agentes de vigilância epidemiológica/dengue), em âmbito nacional.
- 64)** Exigir do Governo Federal a regulamentação imediata da Lei 10.507 de 2002, que cria a profissão do ACS.
- 65)** Criar o cargo de auxiliar de farmácia para todas as unidades da rede SUS.
- 66)** Reconhecer e regulamentar a categoria profissional dos agentes indígenas de saúde.

Emenda aditiva

- a) definindo os padrões de formação para sua certificação.
- 67)** Agilizar a legalização dos profissionais de saúde estrangeiros que atuam na região amazônica e dos médicos cubanos que dão suporte ao atendimento das equipes de saúde da família.
- 68)** Reconhecer a especialidade de ortóptica no SUS.
- 69)** Assegurar a criação e regulamentação da carreira de técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário no SUS.
- 70)** Regulamentar a profissão de parteira tradicional e reconhecer as parteiras dos povos étnicos brasileiros, que passaram por um processo educativo reconhecido pelas esferas do SUS, como agentes de saúde.
- 71)** Assumir posição crítica em relação ao projeto de Lei do Ato Médico, que impede o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na atenção à saúde, restringindo ao médico a possibilidade de diagnosticar e tratar os problemas de saúde, impedindo a atenção de forma integral.
- 72)** Normatizar e reconhecer a atividade dos facilitadores das Práticas Integrativas de Saúde (PIS).

EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Educação Permanente (capacitação)

- 73)** 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, da educação permanente, da 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 recursos humanos, físicos e financeiros e cooperação técnica entre as três esferas de governo.
- 74)** Avaliar o impacto produzido pelas capacitações realizadas para profissionais dos serviços, da gestão e da comunidade.
- 75)** Garantir a todos os servidores admitidos no serviço público, capacitação introdutória individual e em equipe para o desenvolvimento das habilidades e o atendimento humanizado aos usuários.
- 76)** Recomendar, em contratos de prestação de serviços para o SUS, a inclusão de cláusula exigindo a educação permanente dos trabalhadores de saúde.
- 77)** Assegurar que os trabalhadores de serviços terceirizados tenham capacitação adequada e condições dignas de trabalho, garantindo segurança no trabalho.
- 78)** Criar fóruns para a formulação de políticas de educação em saúde, de formação ou capacitação, para todos os níveis (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.
- 79)** Recomendar ao Ministério da Saúde a implementação do programa de educação continuada, com ênfase nos princípios da intersetorialidade, a fim de romper a formação fragmentada e reafirmando os princípios da reforma sanitária.
- 80)** Estabelecer parcerias com entidades de ensino superior para a educação continuada dos agentes comunitários de saúde, (usar modelo de Procef, Profae e Proformar - Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde).
- 81)** 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.

82) Garantir a continuidade do Profae, ampliando o número de municípios em que ele é desenvolvido.

Emendas aditivas

a) garantindo o repasse dos recursos financeiros para capacitação dos profissionais de nível técnico (Profae) e outros programas, estabelecendo cronograma para o pagamento dos corpos docente e discente;

b) capacitando os agentes comunitários de saúde nos moldes de Procef e Profae;

c) criando instrumentos para a avaliação da qualidade dos cursos e profissionais formados pelo Profae.

83) Capacitar as equipes de saúde da família específicas ou de referência para a atenção às comunidades indígenas, utilizando a estrutura já montada por Funasa e Proformar na capacitação de técnicos em saúde indígena e agentes locais de saúde para que respeitem e compreendam as diferenças culturais e étnicas.

84) Criar programas de profissionalização do auxiliar de enfermagem para técnico de enfermagem, utilizando recursos das três esferas de governo.

85) Criar cursos de formação para THD, ACD, TPD, APD, obedecendo à legislação vigente.

Emenda aditiva

a) incluindo as escolas técnicas e as universidades públicas no processo de capacitação dos trabalhadores do SUS;

b) garantindo aos estados o gerenciamento das políticas de capacitação permanente junto aos municípios, visando ao fortalecimento do SUS.

86) Criar instrumentos que incentivem e apoiem a participação do trabalhador em saúde, em cursos 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.

87) Criar centros regionais de medicina natural, com o objetivo de fomentar as atividades de assistência, pesquisa e ensino, promovendo por meio de convênios com

instituições de ensino e pesquisa acesso à educação continuada para a implementação do atendimento em atividades e terapias naturais.

88) Garantir a articulação intersetorial das três esferas de governo para a promoção da qualificação profissional de ACS, agentes escolares de saúde e agentes ambientais de saúde, visando uma capacitação unificada.

89) 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.

90) Promover educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, segundo as necessidades locais, destacando os seguintes conteúdos.

- i. humanização da atenção e ética profissional, enfocando práticas profissionais humanizadas e solidárias, abolindo todas as formas de discriminação por gênero, etnia, classe social, religião;
- ii. humanização do atendimento dos portadores de DST/Aids, com ênfase na não discriminação dos profissionais de sexo, usuários de drogas e GLBTS.
- iii. saúde da população negra, a fim de melhor diagnosticar especificidades e características genéticas, culturais e socioeconômicas, tais como anemia falciforme, câncer de pele etc;
- iv. abordagem intersetorial da violência;
- v. sistemas de informação em saúde;
- vi. utilização dos meios de comunicação como internet via rádio, TV via satélite e os demais meios existentes;
- vii. fitoterapia, estimulando a prescrição de fitoterápicos;
- viii. assistência farmacêutica;
- ix. urgência/emergência;
- x. atendimento em urgência de acidentes com risco biológico e de bioterrorismo;
- xi. saúde do trabalhador e biossegurança;
- xii. vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária;
- xiii. saúde mental, incluindo a atenção aos dependentes químicos;
- xiv. geriatria;
- xv.