

EXPEDIENTE

Prefeito do Recife

Geraldo Júlio de Mello Filho

Vice-Prefeito do Recife

Luciano Roberto Rosas de Siqueira

Secretário de Saúde

Jailson de Barros Correia

Secretária Executiva de Coordenação Geral

Joanna Paula Freire de Lima Silva

Chefe de Gabinete

Liliane Arruda de Andrade Lima

Secretária Executiva de Atenção à Saúde

Eliane Mendes Germano Lins

Secretária Executiva de Administração e Finanças

Juliana Dias Medicis

Secretária Executiva de Vigilância à Saúde

Cristiane Penaforte do Nascimento Dimech

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Kamila Matos de Albuquerque

Secretária Executiva de Regulação em Saúde

Fernanda Casado

Secretário Executivo de Infraestrutura em Saúde

Bruno Azevedo Cabral

Assessoria Técnica Especial

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho

Gerente do Distrito Sanitário I

Alessandra de Lima Araújo

Gerente do Distrito Sanitário II

Romero Nogueira de Souza Mendes

Gerente do Distrito Sanitário III

Maria de Lara Hazin Pires Lira

Gerente do Distrito Sanitário IV

Polyanna Christine Bezerra Ribeiro

Gerente do Distrito Sanitário V

Lígia Ferreira de Lima

Gerente do Distrito Sanitário VI

Silvana Helena Dantas Moreira

Gerente do Distrito Sanitário VII

Ana Sofia Pessoa da Costa Carrarine

Gerente do Distrito Sanitário VIII

Mônica de Moraes Gueiros

Gerente Geral de Planejamento e Orçamento

Paulo Roberto Alves da Silva

Gerente Geral de Assistência Integral à Saúde

Mônica Lisboa C. Vasconcelos

Gerente Geral de Atenção Básica e Políticas Estratégicas

Zelma de Fátima Chaves Pessoa

Gerente Geral de Administração, Finanças Conv. e Contratos

Fernanda Emanuelle A. Castro da Silva

Gerente Geral de Engenharia

José de Brito Júnior

Gerente Geral de Vigilância à Saúde

Maisa Belfort Teixeira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Karina Maria Farias Tenório

Gerente Geral de Regulação Assistencial

Tatieleme Natacha Lima

Gerente Geral de Modernização e Monitoramento

Manuella Sales dos Passos

Gerente Geral de Assuntos Jurídicos

Luciana Lima Pinheiro Caula Reis

Gerente Geral de Tecnologia da Informação

Rogério Domingues Raposo

Gerente de Relações com a Imprensa

Jaqueline Constantino de Macedo

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE GESTÃO 2014 - 2016

USUÁRIOS

Instituto Renascer do Coque - RPA 1

Titular: Reneudo Guedes da Silva

Ponto de Cultura Espaço Livre do Coque - RPA 1

Suplente: Luiz Carlos da Silva Costa

União dos Moradores, Avenida Chagas Ferreira - RPA 2

Titular: José Pereira da Silva

Conselho de Moradores da Ilha do Joaneiro - RPA 2

Suplente: Albanise Gomes da Silva

Clube de Mães dos Moradores do Alto do Refúgio, RPA 3

Titular: Adriana Pinto da Silva

Conselho de Moradores do Lot. Jardim Eldorado - RPA 3

Suplente: Edileusa Maria da Silva

Associação Grupo de Mães da Amizade dos Torrões - RPA 4

Titular: Luciano de Paiva Ferreira

Associação de Moradores do Loteamento Santo Cosme Damião - RPA 4

Suplente: Marcos Emíliano de Lima

Conselho de Moradores do Jiquiá - RPA 5

Titular: Oscar Correia da Silva

Associação de Moradores da Mustardinha - RPA 5

Suplente: André Cristiano de Albuquerque

Centro Comunitário da UR 12 - RPA 6

Titular: José Cleto Machado de Oliveira

Associação Comunitária e Cultural da UR 10 Ibura - RPA 6

Suplente: José Barbosa da Silva

Instituto de Desenvolvimento Social - IDS

Titular: Rosicleide Barbosa da Silva

Associação das Rádios Populares de Pernambuco

Suplente: Angélica Oliveira de Araújo

CEPAS

Titular: Osvaldo Alexandre Celestino Amorim

GESTOS

Suplente: Juliana Araújo Cesar Tavares

Clube da Mulher de Campos

Titular: Maria da Conceição Sampaio da Silva Rodrigues

ADUSEPS – Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde

Suplente: Carlos Antônio Alves de Freitas

Associação Casa do Amor

Titular: Mário César Cavalcanti

FEMOCO HAB - Federação das Associações de Moradores de Núcleos de Cohab e Similares

Suplente: Elivânia Santos Matias de Souza

Associação Pernambucana das Profissionais do Sexo - APPS

Titular: Vanderliza Rezende da Silva

Articulação e Movimento para Travestis e Transexuais de Pernambuco – AMOTRANS

Suplente: Rivânia Rodrigues da Silva

SOS - Crianças

Titular: Lucelena Cândido dos Anjos

Núcleo de Assistência aos Pacientes Hepáticos - NAPHE

Suplente: Judite Maria Álvares Cavalcante

TRABALHADORES

Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Combate as Endemias do Estado de Pernambuco - SINDACS

Titular: Vasti Maria da Silva Soares

Conselho Regional de Serviço Social - CRESS 4ª Região

Suplente: Laila Talita da conceição Costa

Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco - SOEPE

Titular: Ana Lúcia Mota Dantas

Suplente: Vacância

Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco - SINDSPREVPE

Titular: Maria Izabel Fabrício

Conselho Regional de Biomedicina - 2ª Região

Suplente: Luiz de França Ribeiro Neto

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO 1ª Região

Titular: Heloneida Neves Romão

Sindicato dos Médicos de Pernambuco - SIMEPE

Suplente: Maria de Fátima Vieira Campos

Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco - SEEPE

Titular: Keila Mary Tavares de Oliveira Lima

Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado de Pernambuco - SINDSEP/PE

Suplente: José Ribeiro da Silva

Sindicato dos Psicólogos de Pernambuco - PSICOSIND

Titular: Mateus do Amaral Meira

Conselho Regional de Educação Física – CREF 12ª. Região

Suplente: Rosângela Cavalcanti de Albuquerque

GESTORES/PRESTADORES

Secretaria Municipal de Saúde

Titular: Jailson de Barros Correia (Secretário de Saúde)

Secretaria Municipal de Saúde (Secretária Executiva de Coordenação Geral)

Suplente: Joanna Paula Freire de Lima Silva

Secretaria Municipal de Saúde (Gerência Geral de Planejamento e Orçamento)

Titular: Paulo Roberto Alves da Silva

Secretaria Municipal de Saúde (Divisão de Coordenação Geral dos Distritos Sanitários)

Suplente: Gabriella Cristina Pereira de Oliveira Lima

Secretaria Municipal de Saúde (Coordenação de Projetos Estratégicos e Gestão Participativa)

Titular: Janaína Maria Brandão Silva

Secretaria Municipal da Mulher

Suplente: Josilene de Melo Carvalho

IMIP - Instituto Materno Infantil de Pernambuco

Titular: Tereza Cristina Alves Bezerra

Santa Casa de Misericórdia

Suplente: Robério Elias de Almeida Silva

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Titular: Jose Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Junior

FPS - Faculdade Pernambucana de Saúde

Suplente: Liana Chaves Alves

Clínica Radiológica Walter Braga

Titular: Marivaldo Braz da Silva

Clínica Radiológica Walter Braga

Suplente: Alcidez Braz da Silva Filho

SUMÁRIO

1.	Apresentação.....	12
2.	Mesa de Abertura.....	13
3.	Mesas Temáticas.....	13
4.	Plenárias Temáticas – Grupos de Trabalho.....	14
5.	Plenária Final.....	14
6.	Propostas Aprovadas.....	15
6.1.	Eixo Temático I – Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade.....	15
6.2.	Eixo Temático II – Participação Social.....	18
6.3.	Eixo Temático III – Valorização do trabalho e da Educação em Saúde.....	20
6.4.	Eixo Temático IV – Financiamento do SUS e relação público-privado.....	24
6.5.	Eixo Temático V – Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde.....	25
6.6.	Eixo Temático VI – Informação, educação e política de comunicação do SUS.....	27
6.7.	Eixo Temático VII – Ciência, tecnologia e inovação no SUS.....	29
6.8.	Eixo Temático VIII – Reformas democráticas e populares do Estado.....	30
7.	Moções Aprovadas.....	32
7.1.	Moção Aprovada 01.....	32
7.2.	Moção Aprovada 02.....	32
7.3.	Moção Aprovada 03.....	32
7.4.	Moção Aprovada 04.....	32
7.5.	Moção Aprovada 05.....	32
7.6.	Moção Aprovada 06.....	33
7.7.	Moção Aprovada 07.....	35
7.8.	Moção Aprovada 08.....	35
7.9.	Moção Aprovada 09.....	35
8.	Considerações Finais.....	36
9.	Anexos	37
	Anexo I – Resolução de Convocação da 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife.....	38
	Anexo II - Regulamento da 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife.....	39
	Anexo III – Regulamento dos Processos Eleitorais.....	47
	Anexo IV - Regimento Interno da 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife.....	50
	Anexo V – Adendo ao Regimento.....	56
	Anexo VI – Comissão Organizadora da 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife.....	58
	Anexo VII – Comissão Eleitoral da 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife.....	59
	Anexo VIII - Programação da 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife.....	60
	Anexo IX – Programação das Plenárias Distritais.....	61
	Anexo X – Cronograma de Realização das Plenárias Distritais.....	62
	Anexo XI – Cronograma de Realização das Plenárias Microrregionais.....	63
	Anexo XII - Relação dos Delegados para a 8ª. Conferência Estadual de Saúde.....	65
	Anexo XIII - Documento Base da 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife.....	78
	Anexo XIV – Registros Fotográficos.....	134

RELATÓRIO FINAL 12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

1. APRESENTAÇÃO

A 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, visando o fortalecimento do Controle Social e das políticas de saúde, veio compor um processo maior em defesa do Sistema Único de Saúde que se finalizará na 15ª. Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2015. Nesta etapa municipal participaram cerca de 600 pessoas entre delegados, convidados e observadores, sendo 80% mulheres, e respeitando a paridade entre os segmentos de usuários, trabalhadores e gestores.

O processo da Conferência Municipal de Saúde do Recife iniciou em janeiro de 2015 com as primeiras reuniões de mobilização com as lideranças da cidade e organização das comissões do Conselho Municipal de Saúde, e começou a se consolidar no mês de março com a realização das primeiras plenárias microrregionais, seguindo para as etapas Distritais que aconteceram durante todo o mês de maio e finalizando nos dias 16, 17 e 18 de junho com a 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife realizada no Centro de Convenções de Pernambuco.

Com o objetivo de ouvir a população e fazer com que ela participe ativamente da política de saúde, avaliando e propondo mudanças para melhoria da rede assistencial, nos meses de março e abril foram realizadas 19 plenárias microrregionais, onde três mil e duzentas pessoas puderam enriquecer o debate, contribuir com o processo da Conferência e eleger os pré-delegados para participarem das etapas Distritais.

Durante o mês de maio foram realizadas seis plenárias Distritais, onde aproximadamente mil participantes se reuniram para aprofundar as discussões dos eixos temáticos, elaborar as propostas que nortearam toda a discussão da 12ª CMS e eleger os delegados para a Etapa Municipal.

Nos três dias de realização da 12ª. CMS, além de eleger a delegação que representará o município na 8ª. Conferência Estadual de Saúde Vera Baroni, foram realizadas plenárias, mesas temáticas e grupos de trabalho que aprofundaram os debates acerca dos oito eixos temáticos indicados pelo Conselho Nacional de Saúde e a partir daí, foram elencadas as propostas que agora estão sendo encaminhadas para a etapa Estadual.

É importante ressaltar a participação do Conselho Municipal de Saúde do Recife na I Conferência Universitária de Saúde UFPE/UPE, Conferência Livre organizada pelo coletivo "Conferências de Saúde: Articulação Pernambucana", realizada no Auditório do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPE e no auditório da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – UPE, nos dias 03 e 10 de junho respectivamente, com o objetivo discutir e avaliar as políticas de saúde de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Reconhecendo esta plenária como um espaço legítimo de debate em defesa do SUS, foram oferecidas pelo Conselho Municipal de Saúde 05 vagas para cada instituição participar e contribuir nos debates da Conferência Municipal de Saúde do Recife na condição de convidados.

2. MESA DE ABERTURA

A abertura oficial da 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife iniciou conforme previsto no dia 16 de junho de 2015 às 10h (dez horas) com a mesa composta pelo coordenador do CMS-Recife Oscar Correia, o Vice-prefeito da Cidade do Recife Luciano Siqueira, o Secretário de Saúde do Recife Jaílson Correia, a Conselheira Nacional de Saúde, Verônica Lourenço, a Promotora do Ministério Público de Pernambuco Helena Capela, a Secretária-executiva de Coordenação Geral da Secretaria de Saúde do Estado Ana Cláudia Callou, a representante do Ministério da Saúde em Pernambuco Maria de Fátima Helene, a Secretária de Saúde de Olinda Tereza Miranda e o vereador Rogério de Lucca. Neste momento, as falas destacaram os avanços conquistados na saúde do município ao longo dos últimos anos e da grande importância da realização da 12ª. CMS do Recife para o fortalecimento do controle social na capital pernambucana e para o processo de planejamento das políticas de saúde.

Durante a solenidade de abertura, houve também a homenagem à Conselheira Rosicleide Barbosa da Silva, representante do segmento usuário, em reconhecimento à sua luta e participação no Conselho Municipal de Saúde e no Controle Social da cidade do Recife. Representante do Instituto de Desenvolvimento Social (IDS), entidade de âmbito nacional que desenvolve trabalhos relacionados à cultura, meio ambiente e saúde, Cleide vem desenvolvendo um trabalho de educação ambiental nas escolas, projeto que incentiva as crianças a fazerem coletas de lixo dentro da própria comunidade para posterior estudo do seu processo de degradação.

Após a abertura, foi realizada uma mesa expositiva acerca do tema central da conferência “Saúde pública de qualidade no Recife: direito de todos e todas e dever do Estado” que teve como palestrante o assessor técnico do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, Paulo Dantas, e como coordenadora a Conselheira Municipal de Saúde Rosângela Albuquerque.

Na sequência, foi composta nova mesa sob a coordenação dos conselheiros municipais Paulo Roberto (gestor) e Oscar Correia (usuário) e Keila Tavares (trabalhadora) para leitura e aprovação do regimento interno da 12ª. CMS que, após as discussões e esclarecimentos solicitados, foi aprovado pelos delegados presentes na plenária.

3. MESAS TEMÁTICAS

No período da tarde do primeiro dia de atividades, as pessoas presentes na 12ª. CMS puderam participar de duas mesas temáticas cujos debates foram calorosos, produtivos e bem recepcionados pela plenária.

Com o tema “Financiamento tripartite do SUS e as Perspectivas para o setor Saúde”, sob a coordenação do conselheiro municipal Reneudo (Renê) Guedes, a primeira mesa temática teve como expositora a Coordenadora Estadual do Núcleo de Economia da Saúde da Paraíba, Shirleyanne Brasileiro e como debatedoras a Presidente do COSEMS/PE, Gessyanne Vale Paulino e a Coordenadora Estadual do Núcleo de Economia da Saúde de Pernambuco, Roseane da Silva Lemos.

A segunda mesa da tarde teve como tema “Comunicação em Saúde e Interações com as Redes Sociais” e foi composta pela expositora Isabel Levy, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelos debatedores Patrícia Horta, da Universidade Federal de Pernambuco e Diego Gouveia, da Faculdade Pernambucana de Saúde, contando com a coordenação do conselheiro municipal José Ribeiro.

4. PLENÁRIAS TEMÁTICAS – GRUPOS DE TRABALHO

No segundo dia da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, os delegados tiveram a oportunidade de debater os oito eixos temáticos propostos pelo Conselho Nacional de Saúde que nortearam todas as discussões dentro da conferência, foram eles:

- Eixo I:** Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade;
- Eixo II:** Participação Social;
- Eixo III:** Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde;
- Eixo IV:** Financiamento do SUS e Relação Público-Privado;
- Eixo V:** Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde;
- Eixo VI:** Informação, Educação e política de Comunicação do SUS;
- Eixo VII:** Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS;
- Eixo VIII:** Reformas Democráticas e Populares do Estado.

Iniciando as atividades, uma mesa coordenadora, formada pelos conselheiros municipais Keila Tavares, Oscar Correia e Paulo Roberto, repassou as orientações necessárias ao bom funcionamento dos Grupos de Trabalhos, lembrando inclusive as normas aprovadas no dia anterior na leitura do Regimento Interno da 12ª. CMS, destacando a elaboração, em cada grupo, de 10 propostas de nível municipal, 05 propostas de nível regional (referente à Região de Saúde), 05 propostas de nível Estadual e 05 propostas de nível Nacional.

Após as orientações iniciais, os delegados se dirigiram às salas de acordo com o eixo no qual estavam inscritos para que se iniciassem os trabalhos. Cada grupo contou com um facilitador e um relator indicados previamente pela Comissão organizadora e um coordenador e um relator escolhidos dentro do próprio grupo, entre seus participantes.

É importante ressaltar que o “Documento Base” utilizado nos trabalhos de grupo, composto por textos orientadores, questões para debate e propostas, foi construído de forma conjunta entre a Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde do Recife, além de ter contado com contribuições das plenárias microrregionais e também com as propostas elaboradas e aprovadas nas seis plenárias distritais.

Com alto nível de discussões, os Grupos de Trabalho transcorreram durante todo o dia salientando que, além de debater todas as questões contidas no Documento Base, realizaram um processo de priorização das propostas aprovadas pelo grupo, concluindo as discussões obtendo como produto da relatoria um conjunto de propostas importantes para a melhoria do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de gestão.

5. PLENÁRIA FINAL

Finalizando a 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife, no dia 18 de junho, foi realizada a Plenária Final que teve como objetivos aprovar os produtos dos grupos de trabalho e as moções apresentadas à Comissão Organizadora, e eleger os delegados dos segmentos de usuários e trabalhadores para a 8ª. Conferência Estadual de Saúde Vera Baroni.

Sendo assim, para dar início aos trabalhos do dia, uma mesa coordenadora composta pelos conselheiros Paulo Roberto (gestor) e Oscar Correia (usuário) e Keila Tavares (trabalhadora) seguiu com a leitura dos documentos para apreciação ou, quando necessário, para votação da plenária. De acordo com o Regimento Interno, foram colocadas para votação apenas as propostas que os Grupos de Trabalho

não conseguiram aprovar no dia anterior, a exemplo do Grupo de Trabalho do Eixo I que elaborou um número excedente de propostas para o âmbito municipal, mas que a plenária, em uso de sua soberania, decidiu por acatar todas elas, não havendo prejuízo no que diz respeito aos debates do grupo.

Após a aprovação do conjunto de propostas advindo dos Eixos Temáticos, seguiu-se então para a leitura e aprovação das moções apresentadas à Comissão Organizadora. Dez moções cumpriram os critérios do Regimento Interno e foram apresentadas à plenária, das quais apenas uma não foi aprovada. As nove moções aprovadas, entre as categorias “repúdio”, “reivindicação” e “apoio”, constam na íntegra no item 7 deste relatório.

Em seu último momento, sob a coordenação da Comissão Eleitoral, a Plenária Final seguiu com o processo de escolha dos delegados para a Etapa Estadual que, apesar de uma votação acirrada, transcorreu tranquilamente e elegeu, ao todo, 122 Usuários e 61 Trabalhadores.

6. PROPOSTAS APROVADAS

6.1. Eixo Temático I - Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade

Propostas aprovadas de Âmbito Nacional:

1. Revisão da Política Nacional de Práticas Integrativas com intuito de construir um instrutivo para implantação de ações e serviços de Práticas Integrativas nos estados e municípios, incluindo também a criação de uma relação nacional de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos no modelo Farmácias Vivas a ser ofertados à população através da prescrição por profissionais de saúde.
2. Criação de uma política de incentivo à ampliação da oferta de unidades móveis de saúde bucal do Brasil Sorridente contemplando áreas descobertas, de difícil acesso, Unidades que estejam em reforma ou não tenham espaço físico para a implantação de uma equipe de saúde bucal, bem como a garantia da implantação do GraduaCEO por parte do Ministério da Saúde em todas as instituições de ensino com curso de odontologia, a fim de ampliar o atendimento especializado em saúde bucal.
3. Fortalecimento da política e das ações de Educação Popular em Saúde em todas as esferas de governo.
4. Ampliação e manutenção do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) incluindo os profissionais de educação física do PAC/PAS.
5. Viabilizar a implantação da Política Nacional de Saúde Funcional, baseada no modelo biopsicossocial, propiciando através da interligação das políticas já existentes, o enriquecimento da promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida dos nossos municípios.

Propostas aprovadas de Âmbito Estadual:

1. Efetivação da UPA nos diversos pontos da rede à atenção à saúde com garantia de referência e contrarreferência.
2. Ampliação do acesso e oferta à rede de exames de diagnósticos de responsabilidade da esfera estadual.
3. Estabelecimento junto à Secretaria Estadual de Saúde do fluxo de acesso à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e regulação de leitos de retaguarda para pacientes inclusos no SAD, bem como parcerias com a rede de reabilitação estadual na aquisição de órteses e próteses.
4. Elaboração de uma Política Nacional e Estadual de controle reprodutivo de cães e gatos.
5. Qualificação e ampliação do acesso de leitos integrais de atenção em saúde mental álcool e outras drogas em hospitais gerais para adolescentes e demais usuários da saúde mental e qualificação dos profissionais com cofinanciamento estadual.

Propostas aprovadas de Âmbito Regional:

1. Apoio da Secretaria Estadual de Saúde à estruturação e consolidação de uma assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios ou regiões de saúde, respeitando as diferenças regionais, no modelo Farmácias Vivas e fomento ao desenvolvimento de arranjos produtivos locais e, conseqüentemente, de toda a cadeia produtiva relacionada ao cultivo, manejo, produção, dispensação e prescrição de fitoterápicos.
2. Apoio à implantação de Unidades de Cuidados Integrais, especializadas em práticas integrativas, como um equipamento importante na composição das regiões de saúde e das redes de atenção à saúde.
3. Fluoretação da rede de abastecimento de água.
4. Garantia e ampliação da oferta de transporte social, nas esferas municipal e estadual, adequado às necessidades dos usuários em tratamento, que possuem dificuldade de locomoção e necessitem de traslado saindo do seu território para tratamento continuado, incluindo os pacientes com transtornos mentais e pacientes que realizam tratamento de hemodiálise.
5. Organização de fluxo e melhoria do acesso às Maternidades com a garantia de priorização das gestantes de risco habitual, munições, nas maternidades municipais junto à Regulação Estadual.

Propostas aprovadas de Âmbito Municipal:

1. Ampliação do número de equipes NAPI (Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas) e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e PAC/PAS, garantindo 100% de cobertura às equipes de saúde da família para os dois primeiros (NASF/NAPI) e o matriciamento para toda a rede municipal com recursos estruturais e de insumos e transporte para os mesmos, bem como a inserção das práticas integrativas e complementares nos serviços de média e alta complexidade, com foco na acupuntura e homeopatia.

2. Fortalecimento da integração do PSE com as equipes de saúde bucal e ampliação do Programa Saúde nas Escolas (PSE) em no mínimo 40% na rede de Atenção Básica com apoio institucional e garantia de subsídio para fortalecimento do pacto entre a Secretaria de Educação e Saúde, intensificando as ações de combate ao álcool e outras drogas.
3. Aumento da cobertura das equipes de saúde bucal, com a mesma proporção que as de Saúde da Família (1:1) assim como aumento da cobertura do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) ampliando o acesso à atenção à saúde bucal para 100% da população com nomeação de profissionais por concurso público, ofertando produtos de melhor qualidade para serem utilizados nos serviços de Odontologia com abastecimento contínuo, bem como a requalificação e garantia de manutenção dos equipamentos de saúde bucal e ampliação do laboratório e da confecção de próteses dentárias contemplando o teto máximo pactuado no município.
4. Criação de Núcleo de Humanização com padronização, qualificação, fortalecimento e garantia da resolutividade do acolhimento ao usuário no sentido de consolidar essa estratégia, assim como fomentar a construção de projeto terapêutico singular, apoio matricial, clínica ampliada nos equipamentos de saúde da rede de atenção municipal, visando à melhoria do atendimento e humanização da atenção básica, média e alta complexidade com observância no compromisso ético, garantindo a educação permanente aos profissionais de saúde e informação aos usuários.
5. Ampliação do acesso e oferta à rede de exames de diagnósticos de responsabilidade da esfera municipal e estadual.
6. Garantia do exame de histeroscopia às usuárias do SUS.
7. Ampliação do planejamento familiar na rede municipal de saúde.
8. Fortalecimento e ampliação da rede de serviços públicos hematológicos.
9. Ampliação do Programa Mãe Coruja Recife.
10. Ampliação da cobertura do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com Implementação de referência e contrarreferência com a rede de atenção a saúde na baixa e média complexidade.
11. Ampliação da oferta da Farmácia da Família e regularização/garantia do abastecimento de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares na rede de saúde.
12. Implementação da política e criação do Comitê de Educação Popular em Saúde no município com representações distritais e municipal.
13. Reorganização do quantitativo de imóveis cobertos pelos agentes de saúde ambiental e controle de endemias (ASACE) de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Controle da Dengue, incluindo o fortalecimento da intersetorialidade do planejamento das ações de saúde ambiental e controle de endemias para atender as necessidades de saneamento ambiental e demandas de saúde das comunidades.
14. Fortalecimento, ampliação, implementação e divulgação, de políticas de Saúde do Homem e Política LGBT, Idoso, População Negra, Pessoas com Deficiência, HIV/AIDS com foco nas linhas de cuidado.

15. Ampliação, implementação da Atenção à Saúde do Homem com garantia do acesso, acompanhamento e tratamento integral na rede de saúde, incluindo exames e especialistas em rede secundária; além de atividades das unidades de saúde em horários diferenciados e implantação de um serviço de Referência para Saúde do Homem.
16. Melhoria das condições estruturais do ambiente de trabalho do PAC/PAS, garantindo manutenção prévia, ampliação de pólos, referência e contrarreferência, climatização das salas de apoio, serviço de segurança 24 horas, abastecimento de insumos e demais recursos materiais/humanos necessários, priorizando a contratação por concurso público.
17. Fortalecimento da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), com garantia de implantação de Centros de Convivência nas comunidades; construção de sede própria para os centros de atenção psicossocial; ampliação do número de Residências Terapêuticas na rede municipal, com respectivo fechamento dos ainda remanescentes cerca de 200 leitos em hospitais psiquiátricos; transformação de CAPSII em CAPS 24 horas e ampliação do número de CAPS 24 horas com garantia por parte da gestão de um modelo de assistência comunitária e interdisciplinar, sem retrocessos ao modelo asilar; implantação de CAPS Infantil 24 horas; garantia de pelo menos um CAPS AD (adulto) em cada distrito sanitário; estímulo às atividades de geração de renda e economia solidária; garantia de acesso dos usuários da RAPS aos serviços ambulatoriais e a exames; capacitação da equipe do SAMU na condução da assistência ao paciente em crise psíquica em situação de urgência, além de adequação das equipes que atuam na RAPS através de concurso público e por fim garantir transporte para as atividades territoriais dos CAPS mediante agendamento prévio.
18. Ampliar a cobertura da ESF, transformando os PACS em ESF, assim como qualificar e fortalecer o processo de trabalho das equipes de saúde da família, gerências das Unidades de saúde, ASACE e coordenadores de área nas comunidades conforme as portarias vigentes.
19. Reestruturação da Policlínica Amaury Coutinho.
20. Ampliação e garantia do acesso às ações e consultas básicas e especializadas (psiquiatria, neurologia, ortopedia, geriatria, Hebiatria etc.), com a melhoria do desempenho na marcação para especialistas e exames com tempo de espera máximo de 30 dias para consulta especializada, respeitando os protocolos de acesso da regulação; cirurgias eletivas e exames de diagnóstico com redução do prazo de entrega do resultado, através de chamada de concurso público que contemple as especialidades e incremento da rede credenciada.

6.2. Eixo Temático II - A Participação Social no SUS

Propostas aprovadas de Âmbito Nacional:

1. Formação imediata de Comissão de Educação Permanente e garantia de recursos direcionados para esta comissão em todos os níveis, com a finalidade de realização de curso de formação e qualificação para conselheiros e entidades sociais, visando o acesso aos conhecimentos técnicos e formação política necessária à defesa do SUS.
2. Garantia de que o conselho nacional, estadual e municipal divulgue, em até 60 dias de antecedência, o documento orientador das Conferências de Saúde.
3. Garantia do acompanhamento e do controle do cumprimento das deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde nas políticas de saúde e estabelecer mecanismos para responsabilizar os gestores que não cumprirem tais deliberações.

4. Garantia de que o Conselho Nacional de Saúde rediscuta o Decreto 8.243/2014 que institui a Política Nacional de Participação Social.
5. Garantia da discussão dos planos de governo/agenda de saúde dos candidatos a prefeitos, governadores e presidentes durante o processo eleitoral.

Propostas aprovadas de Âmbito Estadual:

1. Ampliação e implementação de 100% do Programa Saúde na Escola (PSE) na rede Municipal e Estadual de Educação com objetivo de formar jovens multiplicadores e ampliar sua participação em instâncias de controle social.
2. Garantir a participação dos diversos segmentos sociais historicamente excluídos e vulneráveis (população em situação de rua, população negra, população LGBT, religiões de matriz africana, pessoas com deficiência, pessoas idosas, população indígena, entre outros) nos conselhos de saúde, para além das conferências de saúde.
3. Divulgação do relatório final das conferências de saúde no prazo de 60 dias para todos os delegados, unidades de saúde e publicação no site oficial da Prefeitura, Estado e União.
4. Garantia de que o conselho nacional, estadual e municipal divulgue, em até 60 dias de antecedência, o documento orientador das Conferências de Saúde.
5. Formação continuada dos membros dos conselhos estaduais e municipais de saúde com vistas ao desenvolvimento de um controle social mais efetivo no monitoramento das ações e serviços de saúde e com maior conhecimento dos problemas de saúde dos usuários.

Propostas aprovadas de Âmbito Regional:

1. Fortalecimento da educação popular em saúde por meio da formação de multiplicadores, através de grupos existentes na comunidade, no intuito de fortalecer o empoderamento do controle social das gerações vindouras e inclusão da educação popular em saúde nos grupos esportivos.
2. Garantir a organização e participação da sociedade fortalecendo o estado democrático, assim garantindo seus direitos preconizados na constituição federal.
3. Participação dos conselhos de saúde na elaboração do Plano de Saúde, a partir das deliberações das conferências.
4. Garantir a articulação dos conselhos de saúde, em todos os âmbitos, com os demais conselhos, visando fortalecer a intersetorialidade nas discussões e propostas sobre controle social e SUS.
5. Garantia de que as eleições dos Conselhos de Saúde não sejam realizadas no formato de chapas.

Propostas aprovadas de Âmbito Municipal:

1. Garantir estrutura física adequada para o funcionamento dos Conselhos Distritais e de Unidade de Saúde.
2. Fortalecimento da educação popular em saúde por meio da formação de multiplicadores, através de grupos existentes na comunidade, no intuito de fortalecer o empoderamento do controle social das gerações vindouras e inclusão da educação popular em saúde nos grupos esportivos.
3. Garantia de que o Conselho Municipal de Saúde realize fóruns abertos por RPA, sendo uma por microrregião do município do Recife.
4. Garantia de uma plenária anual dos conselheiros municipais, distritais e de unidades.
5. Garantia da dotação orçamentária para os Conselhos Distritais e de Unidades.
6. Garantir a participação dos diversos segmentos sociais historicamente excluídos e vulneráveis (população em situação de rua, população negra, população LGBT, religiões de matriz africana, pessoas com deficiência, pessoas idosas, população indígena, entre outros) nos conselhos de saúde, para além das conferências de saúde.
7. Garantia da instalação e ampla divulgação de caixas de sugestões e denúncia em todas as unidades de saúde do Recife, através da ouvidoria.
8. Realização de eleição direta de representantes dos(as) usuários(as), por RPA, para o Conselho Distrital e Municipal, conforme normas vigentes até 2005, ficando vetada a participação de um mesmo conselheiro em conselhos distintos, com previsão de punição, com perda do assento no referido conselho, em caso de comprovação.
9. Criação dos instrumentos de divulgação de massa informando sobre o calendário e pauta das reuniões com a comunidade nas Unidades de Saúde da Família.
10. Disponibilização das condições adequadas de estrutura para funcionamento dos conselhos distritais.

6.3. Eixo Temático III – Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde

Propostas aprovadas de Âmbito Nacional:

1. Garantir recursos federais para Implantação das escolas de Saúde Pública estaduais e municipais, objetivando a implementação da política municipal de educação permanente.
2. Consolidação e ampliação do “Programa Mais Médicos” como política de Estado, garantindo o profissional no território, aumentando assim a cobertura da população, visando o fortalecimento do SUS.

3. Realizar diagnóstico do perfil dos trabalhadores do SUS e implantação de sistema de informação para gerenciamento da força de trabalho no SUS e das ações de educação permanente.
4. Implantar custeio federal para equipes feristas em todos os programas da atenção básica (ESF, ESB, PACS, NASF, SAD, PAC), garantindo a entrada dos profissionais através de concurso público.
5. Implantação do observatório de estudos e pesquisas em gestão do trabalho e educação na saúde, nos três níveis de gestão, garantido financiamento tripartite.

Propostas aprovadas de Âmbito Estadual:

1. Apoiar os municípios na implantação de dispositivos gerenciais que permitam e garantam o cumprimento dos direitos trabalhistas dos servidores da saúde e melhoria das condições de trabalho e remuneração.
2. Fortalecer a parceria entre os diversos serviços de saúde da assistência à vigilância com as universidades de forma que se tornem espaços para o serviço, ensino e pesquisa com contrapartidas institucionais entre o município e estas instituições de ensino com vista à qualificação profissional.
3. Instituir política de complementação de bolsa o programa de medicina de família e comunidade e outros programas de residência em saúde de difícil fixação profissional, com financiamento estadual.
4. Promover cursos de capacitação em PIC e práticas populares em saúde por meio de iniciativas federais, estaduais e municipais com o apoio das escolas de saúde pública ampliando o uso de recursos terapêuticos destes no processo de trabalho dos profissionais da atenção básica e os campos de práticas para a formação de profissionais no SUS.
5. Instituir a obrigatoriedade de curso introdutório na perspectiva transdisciplinar, com disciplinas e atividades integradas entre as diferentes categorias de profissionais em saúde, realizando essa construção democraticamente e envolvendo diversos atores, contemplando desde o atendimento ao usuário até enfoques específicos de sua área de atuação.

Propostas aprovadas de Âmbito Regional:

1. Instituir plano de capacitação permanente específica para todos os profissionais de saúde nas questões pertinentes a humanização, cuidados paliativos, direitos humanos, direitos dos usuários em espaço de convivência com o objetivo de qualificar e humanizar a relação com os usuários, melhorando o atendimento e o acolhimento.
2. Implantar a política de incentivo à formação profissional com enfoque na Atenção Básica por meio da educação permanente, observando as necessidades locais e as áreas prioritárias de formação na saúde a partir da estruturação da rede de saúde como campo de prática/estágio e da construção compartilhada entre instituições de ensino profissional, serviços de saúde, movimentos sociais, usuários dos projetos políticos pedagógicos das instituições formadoras.
3. Fortalecer e ampliar o VER-SUS e Implantar programa à sua semelhança de iniciativa municipal que possibilite os estudantes de graduação conhecer o SUS e o processo de gestão durante o recesso do ano letivo.

4. Ampliar a oferta de vagas e especialidades para os programas de Residência em saúde como incentivo para melhorias no campo da prática.
5. Criar na estrutura do SUS instâncias responsáveis por conduzir processos administrativos, disciplinares na perspectiva de dar celeridade e qualidade na resolução dos conflitos.

Propostas aprovadas de Âmbito Municipal:

1. Fortalecer e garantir a recomposição imediata das ENASF em 100% da cobertura das ESF no município e a expansão da cobertura, incluindo o profissional de Educação Física considerando a portaria 3124/12, ampliando o numero de vagas através do projeto lei, na Câmara dos Vereadores e nomeando os profissionais de saúde que passaram no concurso vigente, garantindo a oferta do curso de apoio matricial na Atenção Básica com ênfase para ENASF, para todos os profissionais.
2. Revisão da lei de insalubridade contemplando todos os profissionais de saúde (incluindo o NASF e PAC) e buscar celeridade no processo de sua implantação.
3. Implementar e efetivar o plano de cargos e carreiras para os profissionais da saúde/SUS inclusive ESF, NASF, PAC, NAPI, CAPS e VISA como caminho para reconhecimento dos profissionais e melhoria da qualidade do serviço ofertado com garantia de progressão de mérito.
4. Recompôr e ampliar o quadro de profissionais da saúde de forma imediata para atuação na rede de serviços de saúde do recife tendo como referencias as portarias do ministério da saúde incluindo cota para feristas e equipe de retaguarda para os PACS através de concurso público.
5. Criação de vagas em concurso público para seleção de profiçssionais especializados em práticas integrativas e complementares.
6. Garantir coordenação de Educação Popular em saúde nos distritos sanitarios e criação do comitê municipal de eduacação popular em saúde com representação de educadores dos distritos e movimentos sociais.
7. Valorização dos ACS e ASACES enquanto preceptoría técnica e qualificação imediata do trabalho desses profissionais através de cursos técnicos e espaços formativos-educativos com ênfase às ações de educação popular em saúde.
8. Implantar nos DS o projeto cuidando de quem cuida com atividades relacionadas à saúde envolvendo questões trabalhistas em articulação com demais entidades de promoção de direito.
9. Implementação de Projetos de Educação à Distância (EAD) como estratégia de ampliação e democratização do acesso a processos educativos e de comunicação do trabalhador.
10. Desenvolvimento e implantação de uma política municipal de incentivo ao preceptor (profissionais de nível superior, médio e técnico) em serviço, valorizando a preceptoría como atividade de trabalho, com priorização das praticas e espaços de educação em saúde e flexibilização do cumprimento das metas prescritivas e de procedimentos.

6.4. Eixo Temático IV – Financiamento do SUS e relação público-privado

Propostas aprovadas de Âmbito Nacional:

1. Defesa do percentual mínimo de 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde, conforme defendido pelo Movimento “Saúde+10”, destinado exclusivamente para o setor público de administração direta e estatal.
2. Revogação da EC 86, aprovada em 17.03.15 (antiga PEC 358- A PEC do Orçamento impositivo), bem como a extinção das emendas parlamentares que alteram a metodologia de financiamento do SUS, reduzindo consideravelmente o montante de recursos federais a saúde pública. Além de instituir um dia nacional de mobilização para revogar a EC 86/15 do Orçamento Impositivo.
3. Garantir a ampliação da atenção primária de modo a atingir 100% de cobertura, com recursos oriundos das três esferas de governo, independente do recurso do SUS utilizado para isso.
4. Garantia de reajuste na tabela de procedimentos do SUS, bem como ampliação do financiamento de serviços de programas de saúde (Consultório na Rua, Consultório de Rua, NASF, SAD, Residência Terapêutica, entre outros), considerando o cálculo da inflação do ano anterior de acordo com a complexidade do procedimento ou serviço.
5. Extinção de financiamento de planos de saúde privados para servidores públicos com recursos públicos, em todas as esferas; proibição da anulação ou perdão de dívidas destes planos com o Estado; proibição de subsídios diretos, e não promoção de incentivos aos planos privados individuais. No momento em que o SUS for competitivo em relação ao setor privado, haverá uma inversão de valores. O setor público será preterido em relação ao privado.

Propostas aprovadas de Âmbito Estadual:

1. Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para a realização de concursos públicos para ingresso de trabalhadores da saúde, bem como a convocação imediata dos aprovados dos concursos vigentes: no âmbito municipal da prefeitura do Recife de 2012, e no âmbito estadual da Secretaria de Saúde do Estado de 2014 para suprir a defasagem do quadro na saúde na atenção básica, média e alta complexidade, acabando com a contratação dos mecanismos de terceirização e investindo no quadro de servidores próprios da saúde.
2. Garantir financiamento de ordem estadual-federal aos serviços de pronto-atendimento municipal, como formato UPA, sem a necessidade de requalificação estrutural pelo município, conforme comprovação de número de atendimentos.
3. Financiamento estadual e federal para implantação de Centros de Parto normal intra-hospitalar dentro do município.
4. Garantia de que os serviços de saúde sejam predominantemente públicos e quando da necessidade de complementaridade dos serviços de saúde, que as parceiras público-privadas sejam transparentes, acompanhadas e fiscalizadas.
5. Instituir o custeio estadual para manutenção do programa academia da saúde (academia da cidade).

Propostas aprovadas de Âmbito Regional:

1. Garantia da pactuação anual com os municípios na CIR das especialidades e exames ofertados na UPAE.
2. Ampliação e qualificação de rede de referência por parte da Secretaria Estadual de Saúde, atendendo ao desenho da regionalização das redes de urgência e emergência;
3. Garantia do financiamento para implementação e manutenção das redes de atenção à saúde (Rede cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, e RDCC) em todos os níveis da atenção.
4. Assegurar o repasse financeiro para participação de profissionais em atividades de qualificação profissional.

Propostas aprovadas de Âmbito Municipal:

1. Garantia da ampliação da atenção primária com recursos oriundos das três esferas de governo.
2. Construção de agendas propositivas, execução com monitoramento quadrimestrais nas três esferas de governo, com participação paritária a fim de apontar estratégias de melhoria dos serviços públicos de saúde, com gestão transparente.
3. Equiparar recursos financeiros federais para todas as configurações Médicas das Equipes de Saúde da Família.
4. Defesa da inclusão do PMAQ para todos os profissionais da política de atenção básica à saúde nas três esferas de governo, garantindo o mínimo de 50% dos valores de repasse para os trabalhadores.
5. Garantia da aplicação dos recursos decorrentes dos subsídios em especial na atenção básica (Estratégia Saúde da Família, e programa academia da cidade/academia da saúde, Serviço de Atendimento Domiciliar, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Práticas Integrativas) e na média complexidade (atenção especializada com profissionais e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêuticos adequados, Centros de Apoio Psicossocial).
6. Garantia de que os serviços de saúde sejam predominantemente públicos e quando da necessidade de complementaridade dos serviços de saúde, que as parceiras público-privadas sejam transparentes, acompanhadas e fiscalizadas.
7. Criar recursos e orçamento específico para implantação e consolidação das práticas integrativas e complementares nas três esferas de governo e direcionadas aos três níveis de atenção.
8. Garantia da utilização do recurso do Ministério da Saúde para o Programa Academia da Cidade (PAC) de acordo com a portaria 3157 de 27 de dezembro de 2011 que homologa o município do Recife apto a receber o incentivo para o custeio das ações de promoção da saúde do PAC, com monitoramento e transparência do referido recurso.
9. Garantia dos recursos financeiros para construção de novos polos do Academia da Cidade/Academia da Saúde (sede da PCR, Cais José Estelita, Alto do Mandú, Alto José Bonifácio, Sítio dos Pintos, Linha do Tiro, Apipucos e Brejo da Guabiraba) assim como a aquisição/manutenção de materiais dos polos já existentes.
10. Criação de centrais de custos para as unidades de saúde e descentralização da ordenação de despesas para as unidades.

6.5. Eixo Temático V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

Propostas aprovadas de Âmbito Nacional:

1. Garantir a participação social nos fóruns para o acompanhamento, aprovação e controle dos contratos de gestão (OS e OSCIP) e termos de parcerias com as organizações sociais e privadas e demais entidades públicas não governamentais, bem como nas prestações de contas das três esferas de governo a fim de promover a transparência sobre os recursos públicos destinados.
2. Criar e divulgar os mecanismos oficiais de acompanhamento, apuração, divulgação e cumprimento das metas da gestão da saúde no SUS com garantia da participação e do controle social.
3. Implementação e fortalecimento dos instrumentos de planejamento integrado entre os entes federativos e dos mecanismos de cogestão da saúde nas três esferas de governo com o controle social.
4. Fortalecimento da Política de Saúde mental, álcool e outras drogas e da Política de Atenção à Pessoa em Situação de Rua através da articulação com os setores de educação, assistência social e Justiça estruturando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da política de incentivo com cofinanciamento estadual e federal visando o funcionamento dos serviços em sedes próprias do município.
5. Criação de modelo de financiamento per capita para custeio dos profissionais de educação física das academias da saúde.

Propostas aprovadas de Âmbito Estadual:

1. Promoção e ampliação do sistema nacional de gestão farmacêutica (horus) nos serviços farmacêuticos municipais.
2. Garantir a participação dos profissionais de educação física no NASF, NAPI, PSE e CAPS.
3. Fortalecer a instância estadual no monitoramento e avaliação da rede de atenção obstétrica bem como responsabilização dos entes municipais quando ocorrer o NÃO cumprimento do pacto.
4. Garantir nos espaços de discussão a respeito das dificuldades e desafios na implantação do COAP (Contrato organizativo de ação pública da saúde) com a sua adesão por parte do Estado de PE, através de gestão compartilhada com planejamento integrado das ações e serviços de saúde, atualizando valores de repasses do financiamento do SUS.
5. Criar instância/coordenação Estadual de Práticas Integrativas e Complementares oficializada no organograma e estabelecer metas e indicadores para pactuação e avaliação das PICs em todos os instrumentos formais de gestão no SUS e garantir a implantação de Unidades de Cuidados Integrados à Saúde com equipe NAPI, de acordo com o perfil sanitário daquela população.

Propostas aprovadas de Âmbito Regional:

1. Fortalecer o processo de regionalização do SUS, através do aprimoramento dos sistemas de regulação municipal e estadual com o controle social e fortalecendo pactuações entre Municípios e o Estado para o atendimento da média complexidade e encaminhamento para a alta complexidade consolidando o sistema de referência e contrarreferência.

2. Estruturar e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde em seus diversos níveis nas 12 regionais sob responsabilidade dos gestores das Gerências Regionais de Saúde (GERES).
3. Democratização do acesso das pessoas com transtornos mentais aos cuidados e leitos nos hospitais gerais.
4. Fortalecer a atenção básica com garantia de sua articulação com a rede de urgência e emergência (RUE) e RAPS para melhoria dos serviços ofertados.
5. Construção no Estado de uma Política de promoção à saúde com toda atenção básica onde integra as Academias da Saúde.

Propostas aprovadas de Âmbito Municipal:

1. Ampliação das ações do PAC/ PAS garantindo contratação de profissional de educação física e nutrição conforme portaria 122/2006 – GAB Secretaria de Saúde em 28/09/2006 por meio de concurso público (NASF, CAPS, PAC/PAS e PSE), construção de novos pólos, em 25% de total já construído com implantação do sistema de informação para o PAC/ PAS dos insumos necessários: wi-fi, hardware, software.
2. Aprimorar a articulação entre os CAPS e o SAMU no que se refere às questões de atendimento no âmbito da saúde mental, em especial no atendimento às pessoas em situação de rua e garantir o atendimento do SAMU às necessidades de Saúde Mental capacitando os profissionais.
3. Criação de Centros de Convivência conforme preconiza a Rede de Atenção Psicossocial com a democratização do acesso das pessoas com transtornos mentais.
4. Requalificar as Unidades de Saúde existentes (Policlínicas, UBTs, USFs, PAC/ PAS) mediante aquisição de insumos e contratação de profissionais de saúde por concurso público e construção das Upinhas/ USF: no CSU do Pina e DS I Upinha 24h; Sítio Grande, Macaxeira e Campo do Café Upinha dia e garantia da permanência da USF União das Vilas no distrito sanitário III.
5. Garantir a expansão do número de Equipes de Núcleos de Apoio à saúde da família (NASF) através de concurso publico garantindo 100% de cobertura às Equipes de saúde da família, sendo um NASF para até 09 ESF, já previamente estabelecido pela portaria 3124/ 2012, fortalecendo em especial, as redes de Atenção Psicossocial e de deficiência.
6. Garantir a formação/ qualificação dos conselhos de saúde, através da educação permanente, acerca das práticas e instrumentos de gestão do SUS
7. Ampliar a ouvidoria com a participação dos Conselhos de Saúde, suas formas de divulgação e instrumentos criando mecanismos que desenvolvam estratégias incorporando a avaliação dos usuários e funcionários dos serviços de saúde como ferramenta de sua melhoria.
8. Garantir a gestão do território através do aprimoramento dos mecanismos de monitoramento nas áreas, propiciando ao Distrito Sanitário e ESF a escuta das necessidades da população e trabalhadores com fóruns abertos a cada 3 meses.
9. Ampliação da gratificação de insalubridade, incluindo os profissionais de educação física do PAC.

10. Implantar ponto eletrônico biométrico, implementar o sistema de monitoramento das ações dos profissionais de saúde através do E-SUS/PEC e constituir grupo técnico para avaliar de forma sistemática a qualidade da assistência.

6.6. Eixo Temático VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS

Propostas aprovadas de Âmbito Nacional:

1. Fortalecer os Sistemas de Informação em Saúde garantindo padrões de interoperabilidade a nível Municipal, Estadual e Federal.
2. Garantir a eficiência da internet através de link dedicado por meio de estratégia Nacional (Plano Nacional de banda Larga) e Estadual (PE Conectado) para melhor funcionamento dos sistemas de informações.
3. Instituir Política Nacional de Comunicação em Saúde articulando parcerias com os vínculos de comunicação de forma a garantir espaços para desenvolvimento de programas que abordem o SUS e a saúde.
4. Elaborar Projeto de Lei que garanta espaço na programação das grandes mídias (rádio, TV, jornal e redes sociais) e expandir as alternativas de meios de comunicação através da internet, rádios comunitárias e demais meios, assegurando a divulgação das informações em saúde.
5. Investir em propagandas para garantir a divulgação em ampla escala da Rede SUS, das ações e dos programas saúde para a população, através das equipes de saúde e expandindo os meios de comunicação, com a utilização das diversas mídias nas três esferas do governo.

Propostas aprovadas de Âmbito Estadual:

1. Garantir a eficiência da internet através de link dedicado por meio de estratégia Nacional (Plano Nacional de banda Larga) e Estadual (PE Conectado) para melhor funcionamento dos sistemas de informações.
2. Prover ações que fortaleçam e garantam o direito à informação em saúde para a população através de equipamentos sociais (associações, escolas, igrejas, ONG's dentre outros) e para os grupos de educação popular em saúde garantindo estrutura física e financiamento específico para o desenvolvimento de ações relativas à comunicação em saúde.
3. Incluir a divulgação do acesso para medicamentos na rede municipal (profissionais da saúde, gestores e usuários) do elenco padronizado de medicamentos e insumos farmacêuticos que estão no RENAME (relação nacional de medicamentos essenciais) e os que não estão.
4. Garantir capacitação das comissões de comunicação e informação em saúde dos conselhos de saúde, incluindo ensino à distância e o uso de braile e libras, a cada mudança de colegiado.
5. Promover o acesso à informação sobre alimentação saudável, para prevenção do sobrepeso e da obesidade.

Propostas aprovadas de Âmbito Regional:

1. Elaborar material informativo sobre a importância da realização das Conferências de Saúde e a finalidade do conselho municipal de saúde e suas comissões e garantir a participação ativa do conselho nos eventos promovidos pela secretaria de saúde (fóruns, plenárias, seminários etc).
2. Garantir uma maior integração entre as comissões de comunicação dos conselhos de saúde, para criar meios de comunicação que fortaleçam as ações desenvolvidas pelos conselhos, distritos e unidades.
3. Utilizar e fortalecer o PSE como ferramenta potencial e meio de desenvolvimento da educação para a informação em saúde, possibilitando a melhoria da qualidade de vida no intuito de fortalecer a adesão e participação da população.
4. Capacitar com curso de libras os profissionais da rede de saúde garantindo o atendimento às pessoas com deficiência auditiva utilizando recursos da linguagem visual e escrita braile.
5. Garantir a produção e distribuição de materiais informativos que considerem as especificidades de diferentes grupos promovendo a acessibilidade e assegurando a participação do profissional de comunicação dos processos de discussão e elaboração dos mesmos.

Propostas aprovadas de Âmbito Municipal:

1. Garantir o uso da Sala de Situação e a disponibilização de todos os projetos desenvolvidos na rede da Secretaria de Saúde a serem divulgados em sites e/ou outros tipos de mídia dos municípios, para aumentar o acesso à informação, com linguagem clara e acessível à população de forma irrestrita com espaço para participação do usuário.
2. Criar Política Municipal de Informática e Informação em Saúde estabelecendo padronização de fluxos informacionais entre os vários atores da secretaria para viabilizar a melhoria da comunicação instituindo a comissão multiprofissional de informação e comunicação em saúde.
3. Garantir maior divulgação dos serviços existentes na Rede Municipal de Saúde própria e conveniada para pessoas com deficiência.
4. Utilizar e fortalecer o uso das redes sociais e envolver a EMPREL no desenvolvimento de aplicativos para divulgação de ações de saúde pública, que auxiliam na melhoria da qualidade de vida do cidadão, seja para a promoção da saúde, prevenção de doenças ou adesão da população às mobilizações de campanhas.
5. Ampliar e fortalecer a Ouvidoria Municipal como ferramenta/canal de controle social através da qualificação do trabalho do interlocutor para o aumento de sua autonomia e da agilidade nas respostas aos usuários com utilização de ferramenta online de mensagens telefônicas instantâneas, fiscalizando e avaliando a efetividade do funcionamento para o aprimoramento da Ouvidoria Municipal de Saúde, fornecendo verdadeira solução ao usuário através dos conselhos distritais.
6. Firmar parcerias com a Secretaria de Turismo visando ampliar o projeto Conecta Recife para todo o município criando um canal específico de notícias para saúde garantindo o acesso à internet nas comunidades e na rede de saúde, nos Distritos e nas Unidades de Saúde.

7. Informatização dos serviços de Atenção Básica, incluindo os pólos de Academia da Cidade/Academia da Saúde, garantindo o fornecimento de ferramentas móveis e eletrônicas para os profissionais de saúde itinerantes: ACS, NASF, NAPI, CAPS, ASACES e outros, possibilitando o registro das informações de maneira mais ágil e com menor risco de perda de dados.
8. Garantir a informação e comunicação da PNPICS (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) existente na rede municipal, assegurando aos usuários e profissionais de saúde, conhecimento para usos dessas práticas.
9. Garantir a inserção das informações distritais, de forma padronizada, no jornal informativo do CMS.
10. Criação de um portal da secretaria de saúde do recife na internet vinculado ao site da PCR constantemente atualizado com o objetivo de facilitar o acesso à informação ao usuário e aos profissionais como um todo.

6.7. Eixo Temático VII - Ciência, Tecnologia e Inovações do SUS

Propostas aprovadas de Âmbito Nacional:

1. Desenvolvimento e incorporação de tecnologias com base nas necessidades de saúde da população, voltadas ao desenvolvimento de vacinas, imunobiológicos, considerando a importância das doenças tropicais e negligenciadas.
2. Fortalecimento e ampliação da indústria nacional produtora de fármacos, a exemplo da penicilina, e outros produtos como Kits diagnósticos e equipamentos para a saúde, de modo a ampliar e assegurar o acesso da população brasileira às tecnologias de diagnóstico e terapia, destacando a ampliação das pesquisas em doenças crônicas não transmissíveis, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças cardiovasculares, neoplásicas, tropicais e negligenciadas, incluindo o desenvolvimento de vacinas.
3. Fortalecimento da rede dos laboratórios farmacêuticos públicos para viabilizar a transferência de tecnologia das indústrias privadas, nacionais e internacionais, garantindo subsídio para que esses laboratórios façam uso dessas tecnologias.
4. Garantir a primazia do interesse público no mercado de produtos e serviços de saúde, com ênfase na indústria de medicamentos e outros insumos.
5. Aprimorar os sistemas de informação existentes, incluindo o desenvolvimento de aplicativos para dispositivos móveis, garantindo os recursos para sua implementação.

Propostas aprovadas de Âmbito Estadual:

1. Racionalização da oferta dos serviços no SUS por meio de critérios fundamentados em evidências científicas e em princípios éticos, socialmente validados, considerando a necessidade e a realidade local.
2. Fortalecimento de parcerias com os Centros Educacionais que contemplem em seu programa políticas que sejam aplicadas em saúde pública, com incorporação da discussão da política de ciência, tecnologia e inovação e aperfeiçoamento dos Programas de residência em Saúde.

3. Articular com a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde — REBRATS nos três níveis de Governo.
4. Ampliar o investimento no LAFEPE incentivando à produção de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica.

Propostas aprovadas de Âmbito Regional:

1. Adoção de novas tecnologias viáveis e eficazes no combate de vetores causadores de endemias.
2. Definição, por parte da região, das linhas prioritárias de pesquisa e de acompanhamento e avaliação dos projetos incluindo a incorporação, utilização dos produtos e resultados, evidenciados a partir do contexto territorial e que tenham relevância pública.
3. Incentivar estudos e pesquisas para produzir conhecimento sobre o uso, eficácia e a segurança das práticas integrativas e complementares.
4. Implementação de estratégias que fortaleçam a atenção básica através do fomento à ciência e tecnologia, garantindo recursos financeiros e maior investimento em pesquisas através de editais temáticos.

Propostas aprovadas de Âmbito Municipal

1. Criação de um Comitê multidisciplinar da área de saúde e intersetorial para colaborar com as decisões judiciais que determinam a incorporação de tecnologias, procedimentos e insumos em saúde, para que considerem as necessidades individuais, as coletivas estabelecidas nos Planos de saúde (municipais, estaduais e federais), os limites orçamentários, a integralidade das ações de saúde, os processos de regulação da rede e as responsabilidades específicas de cada Ente Federativo dentro do SUS, evitando distorções no planejamento e na execução orçamentária.
2. Desenvolvimento de estratégias com vistas a uma maior participação popular no desenvolvimento tecnológico e científico e nas Políticas do SUS.

6.8. Eixo Temático VIII - Reformas Democráticas e Populares do Estado

Propostas aprovadas de Âmbito Nacional

1. O financiamento 100% público das campanhas eleitorais com distribuição equânime e fiscalizados pelo Tribunal de Contas da União e pelo Tribunal Superior Eleitoral e isonomia na distribuição do tempo de exposição em propagandas político-partidárias assim como o horário político a ser utilizado, nos três níveis federativos, veiculadas por televisão e rádio para os candidatos; e criação de um comitê de ética objetivando avaliar o conteúdo da propaganda eleitoral e definindo regras para as propostas dos candidatos aos eleitores.
2. Reforma do Estado através de uma Constituinte Popular Exclusiva e Soberana, fortalecendo os mecanismos de democracia direta (referendo e plebiscito) e aprimoramento da democracia representativa com instituição do voto distrital misto e fortalecimento das estratégias de formação e capacitação dos diversos segmentos e representações sociais.

3. Reforma tributária ampla e progressiva, desonerando os bens de consumo essenciais e os investimentos produtivos, passando a incidir mais diretamente sobre renda, fortuna e patrimônio, com estabelecimento de percentuais de tributação progressiva, de acordo com classe e renda social, com ampliação do teto mínimo, favorecendo a diminuição da concentração de renda incluindo teto máximo nas deduções com gastos privados em saúde.
4. Garantir que a Reforma Política não afete e nem possibilite modificações na Lei do SUS, que venham a ampliar a lógica mercadológica, que ameaça o direito à saúde através da participação do capital estrangeiro diretamente na prestação dos serviços de saúde.
5. Posicionamento contrário à Redução da maioria Penal, objetivando o fortalecimento das Políticas Sociais para crianças e adolescentes, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Propostas aprovadas de Âmbito Estadual

1. Maior eficiência nas atividades do estado através de novos paradigmas gerenciais que flexibilizem as formas tradicionais de controle burocrático, garantindo a fiscalização e o controle social.
2. Manutenção e ampliação do acesso à informação e a participação efetiva e autônoma de todos os seguimentos sociais em todos os níveis de discussão da reforma do Estado, assim como na construção das políticas e dos programas sociais.
3. Investir em fontes alternativas e variadas de comunicação (garantia de espaço em concessão pública, rádio, panfletos, redes sociais, etc.) para esclarecimento da população acerca do papel e responsabilidades dos vereadores, deputados estaduais e federais, senadores, governadores, prefeitos e presidente.
4. Retirar das atribuições do legislativo, qualquer serviço assistencial, os quais devem ser prestados através do executivo.

Propostas aprovadas de Âmbito Municipal

1. Garantia da instituição da fiscalização, com participação popular, das obras inacabadas com previsão de punição dos ordenadores das obras.
2. Garantir a existência e efetividade das auditorias nos serviços de Saúde do SUS.
3. Fortalecer e garantir o pleno funcionamento da Ouvidoria municipal da Saúde com ampliação de sua estrutura e do quadro de funcionários através de concurso público.
4. Ampliar e fortalecer a Comissão de Inquérito municipal, visando dar celeridade às demandas dos processos administrativos.
5. Implantação de uma Política Municipal de Participação Social, visando o fortalecimento da participação de todos os segmentos sociais na formulação das Políticas Públicas municipais.
6. Garantia do preenchimento dos cargos de Gestão por servidores públicos através de concurso, nas três esferas de governo, como um dos caminhos para a diminuição das interferências políticas e para o aprimoramento da gestão SUS.

7. Criação de carreira única e piso nacional para os trabalhadores do SUS.
8. Intensificar o monitoramento do uso do Programa Bolsa Família objetivando o resultado do propósito do Programa, garantindo o direito da população que necessita.
9. Posicionamento nas conferências municipais, estaduais e nacional da saúde contra PL 4330, de regulamentação da terceirização, propondo-se um debate amplo sobre a garantia dos direitos do trabalhador, respeitando o processo histórico de consolidação do trabalho no SUS, que defende a não precarização dos vínculos trabalhistas.

7. MOÇÕES APROVADAS

7.1. Moção Aprovada 01 – Moção de Reivindicação

Venho solicitar por meio desta moção, dos delegados da 12ª CMS Cleide Barbosa, a retirada da prática de distribuição de fichinhas para marcação de consultas e outros no serviço de saúde básica (USB) do município. Fato este que vai de encontro à humanização e ao acolhimento, além de criar vínculos viciosos desestabilizando a boa conduta na atenção básica.

7.2. Moção Aprovada 02 – Moção de Reivindicação

Nós, delegados e delegadas da 12ª Conferência Municipal de Saúde, reivindicamos que o Distrito Sanitário III retorne à Unidade de Saúde União Das Vilas nas questões administrativas e de resolução da rede de saúde do referido Distrito. É de suma importância a retomada dessa Unidade de Saúde da Família por parte do Distrito Sanitário III, fato já encaminhado ao Secretário de Saúde do Recife, Sr. Jailson Correia. Esta mesma moção foi apresentada e aprovada na 11ª Conferência Municipal de Saúde do Recife. Nestes termos pedimos deferimento.

7.3. Moção Aprovada 03 – Moção de Reivindicação

Venho solicitar uma Academia da Cidade para nossa comunidade do Alto José do Pinho onde as pessoas fazem caminhada junto com os carros.

7.4. Moção Aprovada 04 – Moção de Reivindicação

Venho solicitar a ampliação do PSF com mais 03 Equipes de Saúde da Família na comunidade do Alto José do Pinho e a implantação de Equipes de Saúde Bucal onde nós temos mais de 35 mil habitantes.

7.5. Moção Aprovada 05 – Moção de Repúdio

Nos dias 03 e 10 de Junho de 2015 foi realizada a I Conferência Universitária da UFPE e UPE, respectivamente. Como proposta do grupo de trabalho: Financiamento do SUS e relação público-privado encaminhou-se a presente moção de repúdio a três projetos de lei:

1º. Pela revogação do Art. 142 da Lei 13.016/2015 que permite a participação direta e indireta de empresas ou capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil. Esta cobertura de capital estrangeiro vem para desmontar o SUS, estimulando a participação do setor privado na condição de suplementar ao público.

2º. Ao projeto de emenda constitucional 451 de 2014 de autoria do deputado Eduardo Cunha, que se encontra em tramitação no Congresso Nacional alterando o artigo 7º da Constitucional, que obriga todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados serviços de assistência curativa a saúde, excetuando aos trabalhadores domésticos.

3º. A emenda constitucional nº86/2015 que trata de Orçamento Impositivo, revogou o dispositivo legal que estabelecia a destinação para a saúde de 25% dos recursos adquiridos pela exploração do Pré-sal e que torna obrigatório a execução das emendas parlamentares e altera a metodologia do financiamento do sistema único de saúde (SUS), reduzindo consideravelmente o montante de recursos federais destinados à saúde pública.

Entendemos e defendemos que esse projeto de lei vem mais uma vez atacar e propiciar o desmonte ao sistema único de saúde (SUS).

A proposta da EC 451/2014 e art.142 da lei 13.016/2015 ferem a nossa Constituição a qual, no art.196, diz que a saúde é um direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômica que reduzam o risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. E através desta emenda e desta lei vem a dizer que o direito à saúde do trabalhador, a assistência à saúde é dever do empregador e incentivo ao consumo de planos privados.

Quanto à EC 86/2015 que, mais uma vez, vem a atacar o sistema de financiamento do SUS, pois estabelece regras para o clientelismo, através das emendas parlamentares, onde dá aos parlamentares o poder de repassar os recursos aos municípios e estado de acordo com interesses políticos particulares, sendo que estes recursos deveriam ser repassados automaticamente fundo a fundo, o que dificulta o controle da sociedade sobre a aplicação de recursos.

Por esse rumo, o congresso nacional está desmontando o SUS e fortalecendo o setor privado dos planos de saúde. Através destas medidas o mercado opera ainda mais livremente, consolidando o tratamento da saúde como uma mercadoria.

Defendemos uma saúde pública, estatal e de qualidade. Onde a saúde não seja mercadoria e assim direito de todas/os as/os cidadãs/cidadãos brasileiras/os, sendo necessário, desta forma, fazer-se cumprir nossa constituição.

7.6. Moção Aprovada 06 – Moção de Apoio

Considerando que nem todas as propostas referentes à essa política puderam ser aprovadas, não por motivos de reprovação, mas por impossibilidade de inserção devido ao limite no número de propostas a serem consolidadas no Relatório Final, nós, delegados reunidos na 12ª. Conferência Municipal de Saúde do Recife, realizada entre os dias 16 e 18 de junho de 2015, manifestamos nosso apoio e exigimos dos gestores, profissionais e usuários da saúde, o compromisso com a Política de Práticas Integrativas e Complementares através da implementação das seguintes sugestões:

Definir uma relação Estadual de Medicamentos Fitoterápicos para dispensação pela assistência farmacêutica, respeitando as avaliações científicas e o saber popular;

Apoiar a estruturação e consolidação de uma assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios ou regiões de saúde, respeitando as diferenças regionais, no modelo de Farmácias Vivas;

Fomentar o desenvolvimento de Arranjos Produtivos Locais e, conseqüentemente, de toda a cadeia produtiva relacionada ao cultivo, manejo, produção, dispensação e prescrição de fitoterápicos;

Apoiar a implantação de Unidades de Cuidados Integrals, especializadas em práticas integrativas, como um equipamento importante na composição das regiões de saúde e das redes de atenção à saúde;

Apoiar e implementar o uso da homeopatia na rede de atenção à saúde, a partir de estudos e evidências, em casos de epidemias;

Fomentar a produção de medicamentos homeopáticos em laboratórios públicos e/ou a abertura de farmácias homeopáticas públicas que atendam às demandas epidemiológicas de estados e municípios;

Criar uma Relação de Medicamentos Homeopáticos a serem ofertados à população por demanda espontânea e de prescrição irrestrita a todos os profissionais de saúde, considerando a demanda epidemiológica e as dinamizações homeopáticas, fortalecendo o direito ao acesso a medicamentos sem efeitos iatrogênicos e ao desenvolvimento do autocuidado a partir do saber homeopático e do resgate da dimensão social da homeopatia;

Inserir as práticas integrativas e complementares nos serviços de média e alta complexidade;

Revisão da PNPIC, Portaria no. 971/2006, no intuito de construir um instrutivo para a implantação de ações e serviços de práticas integrativas e complementares nos estados e municípios;

Garantir a formação de profissionais de saúde da rede pública em práticas integrativas e complementares como mais um recurso terapêutico e para a pluralização de práticas terapêuticas na rede de atenção à saúde;

Incluir o estudo de práticas integrativas e complementares no currículo das residências multiprofissionais de saúde e nos cursos de gestão na saúde pública, no intuito de gerar continuidade e sustentabilidade para a política de práticas integrativas e complementares;

Criar diretrizes nacionais e promover cursos de formação em Práticas Integrativas e Complementares por meio de iniciativas Federais, Estaduais e Municipais com ênfase nas Escolas de Saúde Pública;

Criar vagas em concursos públicos para a seleção de profissionais especializados em práticas integrativas e complementares, tal qual acupuntura e homeopatia;

Incluir no processo de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica a possibilidade de uso de recursos terapêuticos das práticas integrativas em suas agendas de trabalho;

Fomentar o uso dos espaços especializados em práticas integrativas e complementares como campo de prática para a formação de profissionais de saúde no SUS;

Realizar seminários Nacionais, Estaduais e Municipais que discutam o custo-efetividade das Práticas Integrativas e Complementares e sua contribuição para o uso racional dos recursos financeiros do SUS;

Nomear as gerências operacionais das UCIS – Unidades de Cuidados Integrals em Saúde, de acordo com critérios técnicos da Coordenação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares;

Criar recurso e orçamento específicos para a implantação e consolidação das práticas integrativas e complementares nas três esferas de governo e direcionadas aos três níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade);

Fomentar a discussão da relação público-privado e o campo das práticas integrativas e complementares no SUS, no intuito de preservá-lo de uma lógica utilitarista e mercantilista;

Criar instância estadual, oficializada no organograma, de Práticas Integrativas e Complementares;

Estabelecer metas e indicadores para pactuação e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares em todos os instrumentos formais de gestão do SUS;

Incentivar estudos e pesquisas no intuito de produzir conhecimento sobre o uso, eficácia e a segurança das práticas integrativas e complementares;

Incluir Práticas Integrativas e Complementares como eixo prioritário no Edital Programa Pesquisa para o SUS – PPSUS.

7.7. Moção Aprovada 07 – Moção de Reivindicação

Nós, Delegados e Delegadas, vimos nesta 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Reivindicar a Ampliação e Implantação de novos pólos da Academia da Cidade com inclusão de atividades de hidroginástica.

7.8. Moção Aprovada 08 – Moção de Reivindicação

A Articulação Nacional de Educadores Populares em Saúde – ANEPS em consonância com a implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde = PNEPS/SUS, através da portaria 2761 (19-11-2013), pleiteia a inclusão da tenda Paulo Freire na Programação oficial da Conferência Municipal de Saúde da Cidade do Recife. Buscando promover rodas de conversas, trocas de saberes e cuidados através das práticas integrativas e populares de cuidados em saúde.

7.9. Moção Aprovada 09 – Moção de Repúdio

Nós, abaixo-assinado(as), delegados(as) participantes da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, apresentamos moção de repúdio a posturas, atitudes, expressões e colocações agressivas e desrespeitosas contra componentes da mesa de trabalhos desta Conferência, componentes do Conselho Municipal de Saúde e da plenária, por parte do delegado José Marcos, Conselheiro Estadual de Saúde de Pernambuco.

A liberdade de expressão e manifestação democrática são pressupostos de um processo de consulta popular bem sucedido. No entanto, alguns casos isolados de excessos individuais no modo de colocação das ideias e opiniões, que iam contra, inclusive, o que expressava a ampla maioria da plenária, atentaram contra esse processo e promoviam, na verdade, a ruptura da condução democrática da Conferência. Além do seguimento das regras, o mútuo respeito entre todos(as) os(as) participantes, independente de segmento, é fundamental para que se alcance o principal objetivo deste evento, que é o fortalecimento e a construção de políticas públicas de saúde que beneficiem nossa população.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com perfil político-mobilizador de caráter reflexivo, avaliativo e propositivo, e com o tema central “Saúde Pública de Qualidade no Recife: Direito de Todos e Todas e Dever do Estado”, a 12ª Conferência Municipal de Saúde foi a culminância de um processo que envolveu a realização de dezenove plenárias microrregionais e seis plenárias Distritais.

O Município cumpre o seu papel com a concretização deste espaço democrático, contribuindo para o processo de planejamento do SUS e compondo uma etapa da 15ª Conferência Nacional de Saúde, que terá o objetivo estratégico de aprovar prioridades que possam influenciar e incidir na formulação dos Planos de Saúde e Planos Plurianuais, dos governos eleitos, para o período de 2016 a 2019.

Como resultado deste processo descentralizado de discussões, foi aprovado um conjunto de propostas distribuídas entre os oito eixos temáticos, conforme os grupos de trabalho citados anteriormente, além das moções aprovadas na Plenária Final. Os temas e as propostas debatidas resultam em importantes contribuições que visam à consolidação do SUS e à melhoria e qualificação da assistência e do acesso à saúde da população. O que se apresenta neste relatório representa o que os participantes apontaram como questões prioritárias para a condução das políticas de saúde em Recife, em Pernambuco e no Brasil.

ANEXOS

ANEXO I

RESOLUÇÃO DE CONVOCAÇÃO DA 12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

RESOLUÇÃO Nº 04, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2015.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde do Recife, em sua 281ª Reunião Ordinária, realizada no dia 26 de Fevereiro de 2015, no uso das atribuições que lhes são conferidas pela Constituição Federal (Art. 198), Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, na Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e na Lei Municipal 17.280 de 22 de dezembro de 2006 e do Regimento Interno e suas alterações posteriores.

Resolve:

Art. 1º Convocar, em conjunto com a Secretária de Saúde, na forma do artigo 4º da lei 17.280, de 22 de dezembro de 2006, a 12ª Conferência Municipal de Saúde que terá como Tema "Saúde Pública de Qualidade no Recife: Direito de todos e todas e Dever do Estado";

Art. 2º Aprovar e Publicar o Regulamento da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, conforme anexo I;

Art. 3º Publicar o Calendário das etapas Microrregional, Distrital e Municipal da 12ª Conferência Municipal de Saúde, conforme anexo II;

Art. 4º Aprovar e Publicar o Regulamento dos Processos Eleitorais das Eleições dos (as) pré-Delegados (as) da etapa Microrregional e dos (as) Delegados (as) da Etapa Distritais e a delegação municipal com vistas a participação da 8ª Conferência Estadual de Saúde e a 15ª Conferência Nacional de Saúde, conforme anexo III;

OSCAR CORREIA DA SILVA
Coordenador do Conselho Municipal de Saúde do Recife

JAILSON DE BARROS CORREIA
Secretário de Saúde do Recife

ANEXO II

REGULAMENTO DA 12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS

Art. 1º A 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, convocada pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Secretaria de Saúde do Recife têm como objetivos eleger os delegados municipais do Recife para a 8ª Conferência Estadual de Saúde; e definir propostas do município para a 8ª Conferência Estadual de Saúde e a 15ª Conferência Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II DA REALIZAÇÃO

Art. 2º A 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife será realizada no período de 16 a 18 de Junho de 2015 no Centro de Convenções de Pernambuco.

Parágrafo único - A 12ª Conferência Municipal de Saúde será realizada em três etapas: as pré-conferências microrregionais, as pré-conferências distritais e a Conferência Municipal onde serão debatidos o tema central e os eixos temáticos.

I - Serão realizadas 19 (dezenove) Plenárias Microrregionais, sendo 03 (três) por RPA, nas quais serão eleitos (as) os (as) pré-delegados (as) para a Etapa Distrital;

II - Serão realizadas 06 (seis) Plenárias Distritais, sendo uma por RPA, nas quais serão eleitos (as), entre os pré-delegados (as), os (as) delegados (as) para a Conferência Municipal;

SEÇÃO I DO TEMA

Art. 3º A 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife terá como tema central: “Saúde Pública de Qualidade no Recife: Direito de todos e todas e Dever do Estado”

SEÇÃO II DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Art. 4º Serão consideradas como instâncias deliberativas da 12ª CMS:

I - Plenária de Abertura;

II - Plenária Final.

§1º A Plenária de Abertura terá como objetivo deliberar sobre o Regimento Interno da 12ª CMS.

I - O Regimento Interno da 12ª CMS é um instrumento, elaborado pela Comissão Organizadora, que define as diretrizes de funcionamento da etapa Municipal, como as mesas redondas, grupos de trabalhos e outras medidas organizativas da conferência.

§ 2º A Plenária Final terão como objetivos:

I - Discutir e aprovar o Relatório Final da Conferência;

II - Discutir e aprovar moções;

III- Eleger os delegados (as) para a 8ª Conferência Estadual de Saúde.

§ 3º Nas etapas preparatórias da 12ª CMS, para os casos omissos deste regulamento, a instância deliberativa é o Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A estrutura organizacional da 12ª Conferência Municipal de Saúde será a seguinte:

- I** - Presidência
- II** - Coordenação Geral
- III** - Comissão Organizadora
- IV** - Comissão Eleitoral

§ 1º A 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife será presidida pelo (a) Secretário (a) Municipal de Saúde ou por uma representação por ele (a) designada.

§ 2º A Coordenação Geral da 12ª Conferência Municipal de Saúde será exercida pelo (a) Coordenador (a) do Conselho Municipal de Saúde ou por uma representação da Comissão Organizadora por ele (a) designada.

§ 3º A Comissão Organizadora será composta por membros do Conselho Municipal de Saúde e por representantes da Secretaria de Saúde, definidos em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde.

§ 4º As Comissões Eleitorais serão responsáveis pelos processos eleitorais para as definições dos pré-delegados (as) e delegados (as) da 12ª CMS e delegados (as) para a 8ª Conferência Estadual de Saúde, cumprindo as normas desta resolução.

I - Cada Distrito Sanitário terá uma comissão eleitoral composta por 03 membros do Conselho Distrital de Saúde, sendo preferencialmente um de cada segmento, além de 02 membros do Conselho Municipal de Saúde, sendo responsável pelos processos de definições dos (as) pré-delegados (as) nas plenárias microrregionais e dos (as) delegados (as) à 12ª CMS na plenária distrital.

II - Uma comissão eleitoral composta por: 07 membros do Conselho Municipal de Saúde, sendo responsável pelo processo de definição dos (as) delegados (as) para 8ª Conferência Estadual de Saúde durante a 12ª CMS.

SEÇÃO I DAS ATRIBUIÇÕES DA PRESIDÊNCIA

Art. 6º São atribuições do (a) Presidente:

I - Aprovar o orçamento e o plano de aplicação da 12ª Conferência Municipal de Saúde, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde;

II - Determinar aos setores da Secretaria Municipal de Saúde total apoio e providências necessárias à plena realização da Conferência;

III - Presidir a sessão de abertura da 12ª Conferência Municipal de Saúde na ausência do Prefeito do Município, bem como a plenária final.

SEÇÃO II DAS ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO GERAL

Art. 7º São atribuições do (a) Coordenador (a) Geral:

I - Coordenar os trabalhos da Comissão Organizadora;

II - Convocar a Comissão Organizadora ou o Plenário do Conselho Municipal de Saúde para as reuniões extraordinárias;

III - Acompanhar as atividades da Comissão Organizadora e deliberações do Conselho Municipal de Saúde;

SEÇÃO III DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 8º A Comissão Organizadora tem por atribuições:

I - Elaborar os regimentos e resoluções da 12ª Conferência Municipal de Saúde, submetendo-os ao Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

II - Propor estratégias de divulgação da Conferência;

III - Organizar subcomissões de trabalho;

IV - Encaminhar as definições quanto à organização de local onde acontecerá a 12ª Conferência Municipal de Saúde bem como alimentação, material e transporte;

V - Garantir acesso e condições de participação às pessoas com deficiência;

VI - Aprovar a proposta de indicação de conferencistas, expositores, debatedores, componentes das mesas de trabalho e relatores de grupos;

VII - Aprovar proposta de plano de aplicação de recursos financeiros relativos à 12ª Conferência Municipal de Saúde e posterior prestação de contas ao Conselho Municipal;

VIII - Selecionar documentos técnicos oficiais para subsidiar os trabalhos da Plenária Final;

IX - Definir estratégias metodológicas para a elaboração dos relatórios das Plenárias intermediárias e dos grupos de trabalho durante a plenária final;

X - Redigir os relatórios parciais e consolidar os relatórios finais visando à publicação das Resoluções da 12ª Conferência Municipal de Saúde;

XI - Acompanhar todos os processos da realização da 12ª CMS com vistas ao cumprimento das deliberações do Conselho Municipal de Saúde expressas nesta resolução.

XII - Garantir a infraestrutura necessária da Conferência, no período entre o credenciamento de delegados (as) e o encerramento da Plenária Final;

XIII - Coordenar os grupos de operacionalização das plenárias e Conferência: cadastramento, distribuição de materiais e demais atividades;

IVX - Resolver todas as questões administrativas e de logística, que as subcomissões de trabalho não resolverem, durante o período das Conferências;

XV - Garantir recursos técnicos e audiovisuais, que deem suporte logístico para a apresentação dos expositores;

XVI - Executar todas as atividades estruturais e administrativas necessárias à realização das Conferências.

SEÇÃO IV DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES ELEITORAIS

Art. 9º São atribuições das Comissões Eleitorais:

- I** - Definir as estratégias metodológicas de operacionalização das etapas eleitorais;
- II** - Coordenar todo o processo eleitoral em todas as etapas da 12ª Conferência Municipal de Saúde, de acordo com as definições desta resolução.

SEÇÃO V DA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 10. A Comissão Organizadora será composta por 12 membros do Conselho Municipal de Saúde, com representações de todos os segmentos;

- I** - As Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde atuarão no apoio operacional.
- II** - O (a) Coordenador (a) do Conselho Municipal de Saúde do Recife é integrante nato (a) da Comissão Organizadora para a 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife.

SEÇÃO VI DA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ELEITORAL

Art. 11. A Comissão Eleitoral será composta por 07 membros do Conselho Municipal de Saúde, com representações de todos os segmentos;

Parágrafo Único: Os membros da comissão eleitoral não poderão se candidatar a delegados para a conferência Estadual.

CAPÍTULO IV DOS PARTICIPANTES

Art. 12. São membros delegados (as) da 12ª CMS com direito a voz e voto:

- I** - Delegados (as) representantes do segmento de usuários de RPA, eleitos (as) proporcionalmente ao número da população da Região Política Administrativa (Distrito Sanitário);

II - Delegados (as) representantes do segmento de trabalhadores de saúde eleitos (as), tomando por base a proporcionalidade do número de trabalhadores da saúde lotados nos Distritos Sanitários, nas Plenárias Microrregionais e Distritais;

III - Delegados (as) representantes de instituições governamentais e prestadores de serviços, indicados por suas respectivas direções;

IV - Delegados (as) natos (as): os Conselheiros (as) Municipais de Saúde titulares e suplentes.

Art.13 O processo de eleição dos (as) delegados (as) usuários e trabalhadores de cada distrito se dará nas conferências distritais.

I - Os (as) trabalhadores (as) terceirizados (as) participarão do processo eleitoral no segmento trabalhador, de acordo com o entendimento do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo Único: Os (as) delegados (as) titulares dos segmentos usuário e trabalhador serão substituídos (as) pelos suplentes presentes, no momento de encerramento da inscrição do titular, durante as plenárias distritais, e na Conferência Municipal, neste último caso, a partir das 12:00 horas do dia 16 de Junho, respeitando a ordem de classificação.

Art. 14 A participação de convidados será limitada a 5% do número de delegados (as), indicados (as) pelo Conselho Municipal de Saúde e Secretaria de Saúde do Recife.

Art.15 A participação de observadores será limitada a 15% do número de delegados.

I - O credenciamento de observadores será realizado por email eletrônico com divulgação em todas as plenárias, cartazes e folders, a partir das 0:00 horas do dia 16 de junho de 2015, até o término das vagas.

§ 1º Os observadores e convidados não terão direito a voto.

§ 2º Os observadores e convidados terão direito a voz, exceto na plenária final.

CAPÍTULO V DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 16. As despesas com a organização geral para a realização da 12ª CMS, incluindo as etapas microrregionais e distritais, ocorrerão por conta da Secretaria de Saúde do Recife da dotação orçamentária do controle social.

§ 1º Para as plenárias distritais serão assegurado o transporte e o almoço aos pré-delegados (as) inscritos (as);

§ 2º Para a etapa municipal serão custeadas as despesas com transporte e hospedagem dos palestrantes convidados (as) e as despesas de deslocamento e alimentação de todos (as) os (as) delegados (as);

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17. O relatório aprovado pela Plenária Final será publicado pela Secretaria de Saúde do Recife e pelo Conselho Municipal de Saúde, no prazo de 60 dias.

Art. 18 Serão conferidos certificados específicos aos membros participantes da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife.

ANEXO III

REGULAMENTO DOS PROCESSOS ELEITORAIS

CAPÍTULO I DAS ELEIÇÕES DOS (AS) DELEGADOS (AS) DA 12ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 1º Serão 572 delegados (as), conforme deliberação do Conselho Municipal de Saúde, de forma paritária, sendo 262 delegados (as) representantes dos usuários, 131 delegados (as) representantes dos trabalhadores da saúde, 131 delegados (as) representantes da gestão / prestadores de serviços de saúde, acrescidos dos 48 conselheiros (as) municipais que são delegados (as) natos (as).

§ 1º Os 48 conselheiros (as) titulares e suplentes serão delegados (as) natos (as) da conferência municipal.

§ 2º A distribuição das 572 vagas de delegados (as) representantes dos segmentos dos (as) usuários, trabalhadores e gestores/ prestadores se dará conforme o Quadro I em Anexo.

Art. 2º As eleições dos (as) delegados (as) da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife ocorrerão através das Plenárias Microrregionais e Plenárias Distritais, perante a Comissão Eleitoral, bem como, a eleição dos delegados para a 8ª Conferência Estadual de Saúde, conforme as definições desta resolução.

§ 1º Em caso de ocorrência de empate entre os (as) candidatos (as) será eleito (a) aquele (a) de maior idade, comprovado através de documento oficial.

§ 2º Nas plenárias microrregionais com até 50 (cinquenta) pessoas inscritas entre os segmentos de usuários e trabalhadores serão assegurados 10 vagas de pré-delegados (as) para o segmento de usuários e 05 vagas de pré-delegados (as) para o segmento de trabalhadores à etapa distrital, sendo eleitos (as) os (as) candidatos (as) com as melhores votações;

§ 3º Nas plenárias microrregionais com número de pessoas inscritas superior a 50 (cinquenta), entre os segmentos de usuários e de trabalhadores de saúde, serão garantidas as vagas citadas no § 2º, acrescidas proporcionalmente na relação de 01 (uma) vaga para cada 10 (dez) pessoas inscritas acima das 50 (cinquenta), sem prejuízo da paridade mínima de duas vagas para usuários para cada uma vaga para trabalhador. Sendo eleitos (as) os (as) candidatos (as) com melhores votações até o preenchimento das vagas;

§ 4º Para a definição do número de vagas de pré-delegados (as), os arredondamentos dos inscritos serão sempre para mais, garantindo a paridade entre os segmentos;

Art. 3º As eleições nas microrregiões serão coordenadas por uma Comissão Eleitoral formada por 05 (cinco) membros, sendo 02 (dois) Conselheiros Municipais indicados pela Comissão Eleitoral do CMS-Recife, 03 (três) Conselheiros Distritais e sendo preferencialmente um de cada segmento.

Art. 4º Os membros da Comissão Organizadora da Conferência, que estiverem presentes, poderão compor a comissão eleitoral distrital, se a mesma o definir em caso de vacância.

Art. 5º O processo eleitoral será iniciado no momento final das plenárias.

§ 1º As inscrições de candidatos permanecerão abertas do início até o final do credenciamento, quando a comissão eleitoral iniciará o processo eleitoral, e serão produzidas cédulas separadas para eleição de usuários e trabalhadores de saúde;

§ 2º A comissão eleitoral informará o início do processo eleitoral.

§ 3º Apenas os (as) delegados (as) com participação mínima de 75% no tempo estimado dos trabalhos de grupo, devidamente registrado por sistema eletrônico, estarão aptos a candidatar-se a delegados para a 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 6º O processo de eleição dos (as) delegados (as) dos segmentos dos usuários e trabalhadores se dará nas Plenárias Distritais, compostas pelos (as) pré-delegados (as) natos (as) e os eleitos (as) nas plenárias microrregionais, obedecendo a um calendário divulgado amplamente.

§ 1º Nas plenárias distritais, os (as) Conselheiros (as) Distritais de Saúde e os (as) Conselheiros (as) de Unidades de Saúde, titulares e suplentes, serão pré-delegados (as) natos (as);

Art. 7º As plenárias distritais serão abertas ao público, garantida a voz, contudo apenas os (as) pré-delegados (as) natos (as) e os (as) eleitos (as) em plenárias microrregionais terão direito a voz, votar e serem votados (as).

Art. 8º. Os nomes dos (as) delegados (as) de todos os segmentos (eleitos/as ou indicados/as) deverão ser formalizados à Comissão Organizadora da 12ª Conferência Municipal de Saúde até o dia 05 de junho de 2015, das 09:00 às 17:00 na sede do CMS-Recife, impreterivelmente.

Art. 9º O Conselho Municipal de Saúde convidará um representante do Ministério Público para acompanhar a etapa Municipal da 12ª Conferência Municipal de Saúde.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, recorrendo, se necessário, ao Plenário do Conselho Municipal ou à Plenária da 12ª Conferência Municipal de Saúde.

DISTRIBUIÇÃO DAS VAGAS DE DELEGADOS POR SEGMENTO

USUÁRIOS: DS I 14, DS II 38, DS III 52, DS IV 48, DS V 46, DS VI 64
Subtotal - 262.

TRABALHADORES: DS I 7, DS II 19, DS III 26, DS IV 24, DS V 23, DS VI 32
Subtotal - 131.

GESTORES E PRESTADORES:
Subtotal - 131.

Total de Delegados Eleitos e Indicados - 524

Delegados(as) Natos(as) - Conselheiros Municipais de Saúde - 48

Total Geral de Delegados - 572

Observadores 15% do total de delegados - 78

Total Geral de Participantes - 650

ANEXO IV

REGIMENTO INTERNO DA 12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

Art. 1º Este regimento interno da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa tem como finalidade definir as diretrizes de funcionamento para a organização dos trabalhos da 12ª Conferência Municipal de Saúde Cleide Barbosa

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS DA 12ª CONFERÊNCIA

Art. 2º A 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa, convocada pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Secretaria de Saúde do Recife tem como objetivos debater o tema central “Saúde Pública de Qualidade no Recife: Direito de Todos e Todas e Dever do Estado”; definir propostas do município para a 8ª Conferência Estadual de Saúde e a 15ª Conferência Nacional de Saúde; e eleger os (as) delegados (as) municipais do Recife para a 8ª Conferência Estadual de Saúde.

CAPÍTULO II DA REALIZAÇÃO

Art. 3º A 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa será realizada no período de 16 a 18 de junho de 2015 no Centro de Convenções em Olinda, Pernambuco.

CAPÍTULO III DO TEMA

Art. 4º A 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa terá como tema central: “Saúde Pública de Qualidade no Recife: Direito de Todos e Todas e Dever do Estado”.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º Os trabalhos da 12ª Conferência Municipal de Saúde Cleide Barbosa serão realizados da seguinte forma:

- I** – Plenária de Abertura para aprovação do Regimento Interno da 12ª Conferência Municipal de Saúde Cleide Barbosa;
- II** – Mesas redondas com exposições e debates dos eixos temáticos;
- III** – Trabalhos de grupo para aprofundamento das discussões temáticas e elaboração das proposições;
- IV** – Plenária Final de deliberação de propostas e moções.

§ 1º Os (as) delegados (as) terão direito a voz e voto;

§ 2º Os (as) Observadores (as) e convidados (as) não terão direito a votar, mas terão direito a voz.

Art. 6º O credenciamento obrigatório dos observadores, convidados (as) e delegados (as) titulares será feito das 8h às 18h do dia 16/06/2015.

§ 1º A participação dos observadores será limitada a 15% (quinze por cento) do número de delegados.

§ 2º O pré-credenciamento de observadores será realizado via internet, no dia 16 de junho de 2015, a partir das 0:00 horas até o término das vagas.

§ 3º O credenciamento será aberto para os suplentes das 8:00h às 13:00h do dia 17/06/2015, no caso do não credenciamento do (a) delegado (a) titular no dia anterior.

Art. 7º As mesas de trabalho que abordam os eixos temáticos da 12ª Conferência Municipal de Saúde Cleide Barbosa serão dirigidas por um (a) coordenador (a) e composta por dois (duas) expositores (as) e dois (duas) debatedores (as), todos (as) indicados (as) pela Comissão Organizadora.

Art. 8º O (a) expositor (a) em mesa redonda e/ou painel disporá de vinte (20) minutos prorrogáveis por mais dez (10) minutos, para apresentar o tema para o qual foi convidado (a) pela Comissão Organizadora.

Art. 9º Os debates serão iniciados após as exposições, sendo a palavra franqueada ao plenário, mediante inscrições, durante 45 minutos e, cada pessoa inscrita terá dois (02) minutos para apresentar suas intervenções, prorrogáveis por mais um (01) minuto.

Art. 10 Os trabalhos de grupo se desenvolverão em 8 (oito) eixos temáticos com no máximo 81 participantes, tendo uma coordenação, um facilitador/moderador e dois relatores, com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação de todos os membros, de acordo com roteiro previamente distribuído pela Comissão Organizadora.

§ 1º Os eixos temáticos da 12ª Conferência Municipal de Saúde Cleide Barbosa são:

- I** - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade;

- II** - Participação social;
- III** - Valorização do trabalho e da educação em saúde;
- IV** - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado;
- V** - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde;
- VI** - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS;
- VII** - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS;
- VIII** - Reformas democráticas e populares do Estado;

§ 2º A Etapa Municipal da 15.ª Conferência Nacional de Saúde, com base em Documento Orientador e sem prejuízo de outros debates, tem o objetivo de analisar as prioridades locais de saúde, formular propostas no âmbito dos Municípios, dos Estados e da União, e elaborar Relatório Final, nos prazos previstos por este Regimento.

§ 3º No ato do credenciamento deverá ser definido o grupo de trabalho de interesse dos (as) delegados (as), tendo como base de orientação para a escolha das informações contidas na programação da 12ª Conferência Municipal de Saúde Cleide Barbosa, não sendo permitida mudança posterior.

§ 4º O preenchimento das vagas de cada grupo será de acordo com a ordem de inscrição até o número máximo estipulado;

§ 5º Os suplentes que se credenciarem como titulares deverão fazer a escolha de seu grupo no ato do credenciamento, com exceção dos casos previstos no parágrafo 2º do artigo 6º;

§ 6º Cada grupo contará no máximo com 10 (dez) observadores;

§ 7º O término dos trabalhos de grupos será às 17h do dia 17/06/15;

§ 8º O documento sistematizado a ser encaminhado para votação na plenária final será elaborado por uma subcomissão de consolidação do Relatório definida pela Comissão Organizadora da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa;

Art. 11 A Plenária Final terá como objetivos:

- I** – Discutir e aprovar o Relatório Final;
- II** – Discutir e aprovar moções;

Art. 12- A apreciação e votação das propostas concernentes ao Temário Central, constantes da consolidação dos relatórios dos grupos de trabalho terão os seguintes encaminhamentos:

I – A Coordenação da Plenária Final procederá à leitura do relatório geral, de modo que os pontos de divergência possam ser identificados como destaque para serem apreciados;

II – Após a leitura geral, os pontos não anotados como destaques serão considerados aprovados por unanimidade pela Plenária Final e, em seguida, serão chamados por ordem, um a um dos destaques para serem apreciados;

III – Todas as propostas de alterações de texto dos destaques deverão ser apresentadas por escrito à Mesa Coordenadora da Plenária;

IV – Os (as) proponentes de destaque terão cada um (a), o tempo máximo de três (03) minutos para defesa do seu ponto de vista, após o que, o Coordenador dos trabalhos concederá a palavra se necessário a um membro que se apresente para defender posição contrária, tendo o mesmo tempo para defesa de sua proposta;

V – A aprovação das propostas apresentadas será pela maioria simples dos (as) delegados (as) presentes.

VI – As questões de ordem ou de encaminhamento serão apresentadas a Coordenação dos Trabalhos, que será concedida ou não, de acordo com sua pertinência cabendo recurso ao plenário.

VII – Iniciado o processo de votação não serão permitidas questões de ordem ou encaminhamento.

Parágrafo Único - Apenas os (as) delegados (as) poderão apresentar destaques ao texto do Relatório Final.

Art. 13 Encerrada a fase de apreciação do relatório final, o (a) Coordenador (a) da mesa procederá à leitura, apreciação e votação de moções.

Art. 14 Qualquer delegado (a) da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa poderá apresentar moções, que deverão ser encaminhadas à Comissão Organizadora até às 12:00h do dia 18/06/15 (quinta-feira) para serem classificadas por área temática a fim de facilitar o andamento dos trabalhos.

Art. 15 Cada moção deverá ser assinada por no mínimo cinquenta (50) delegados (as).

§ 1º - Para defesa da moção, um (a) dos (as) propositores (as) disporá de três (03) minutos;

§ 2º - Será facultado a qualquer delegado (a) da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa, defender pelo mesmo tempo, ponto de vista contrário à moção, não cabendo modificações no texto.

§ 3º – Depois de realizada uma defesa a favor e uma contra seguirá imediatamente para votação.

Art. 16 A aprovação das moções será por maioria simples dos (as) delegados (as) presentes.

CAPÍTULO V

DO PROCESSO ELEITORAL PARA PARTICIPAÇÃO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

- Art. 17** O processo eleitoral será conduzido pela Comissão Eleitoral após o encerramento das atividades da plenária final.
- Art. 18** Estarão aptos (as) a participarem do processo eleitoral, na condição de candidato para delegados (as) da 8ª Conferência Estadual de Saúde os participantes da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa que obtenham no mínimo 75% de frequência das atividades de grupo.
- Art. 19** Serão eleitos 244 delegados (as) titulares e seus respectivos suplentes para participação da 8ª Conferência Estadual de Saúde, sendo 122 do segmento Usuário, 61 do segmento Trabalhador em Saúde e 61 do segmento Gestor (indicado), garantindo a paridade entre os segmentos.
- Art. 20** Qualquer delegado (a) da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa poderá se candidatar a delegado (a) da 8ª Conferência Estadual de Saúde desde o credenciamento no dia 16/06/15 até às 12:00h do dia 18/06/15. Ficando aberta, nesse período, a possibilidade de retirada de candidatura.
- Art. 21** Os (as) candidatos (as) não eleitos (as) irão compor a lista de suplência, por segmento, conforme a ordem de votação.
- Art. 22** Estarão aptos a votar e ser votado (a) todos (as) os (as) delegados (as), por segmento, credenciados (as) na 12ª Conferência Municipal de Saúde Cleide Barbosa.
- Art. 23** Os segmentos poderão, desde que haja consenso, propor a formação de única delegação (delegados/as) caso em que será concedida a aclamação.
- Art. 24** Os casos omissos serão tratados pela Comissão Eleitoral, dando ciência à Plenária Final da 12ª. CMS-Recife.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 O relatório aprovado pela Plenária Final será publicado e divulgado pela Secretaria de Saúde do Recife e Conselho Municipal de Saúde no prazo de 60 dias.

Art. 26 Serão conferidos certificados específicos aos membros participantes da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa, apenas aos participantes que obtenham no mínimo 75% de frequência de todas as atividades.

Art. 27 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora ou pela Plenária Final da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife Cleide Barbosa.

Recife, 30 de Abril de 2015
Conselho Municipal de Saúde

ANEXO V

ADENDO AO REGIMENTO

Normas de funcionamento dos grupos de trabalho

- 1.** Os Grupos de Trabalho terão como objetivo o aprofundamento das discussões temáticas e a elaboração das propostas de âmbito Municipal, Regional (da Região de Saúde), Estadual e Nacional;
- 2.** Os Grupos de Trabalho se desenvolverão em 08 (oito) eixos temáticos;
- 3.** No ato do credenciamento deverá ser definido o Grupo de Trabalho de interesse dos(as) delegados(as), observadores(as) e convidados(as);
- 4.** O preenchimento das vagas de cada grupo será de acordo com a ordem de inscrição até o número máximo estipulado respeitando a paridade dos(as) delegados(as);
- 5.** Cada grupo contará com no máximo 10 (dez) observadores e 3 (três) convidados;
- 6.** Os/As Delegados(as) terão direito à voz e voto. Os/As observadores(as) e convidados(as) terão direito à voz, mas não terão direito ao voto;
- 7.** Cada pessoa inscrita terá 03 (três) minutos para apresentar suas intervenções;
- 8.** Cada grupo contará com um(a) coordenador(a), um(a) facilitador(a)/moderador(a) e dois/duas relatores(as), com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação de todos e todas;
- 9.** O/A facilitador(a) e o(a) 1º. Relator(a) serão previamente indicados(as) pela Comissão Organizadora da 12ª. CMS;
- 10.** O/A Coordenador(a) e o(a) 2º. Relator(a) será escolhido no grupo;
- 11.** O término do trabalho dos grupos será às 17h do dia 17/06/2015;
- 12.** Os Grupos de Trabalho terão como apoio ao debate o Documento Orientador e o consolidado de propostas aprovadas nas 06 (seis) Etapas Distritais;
- 13.** Serão consideradas aprovadas as propostas que obtiverem 70% ou mais de votos favoráveis dos delegados participantes do grupo;
- 14.** As propostas que obtiverem mais de 50% e menos de 70% de votos favoráveis dos delegados participantes do grupo serão encaminhadas para apreciação e votação na plenária final;

- 15.** Serão consideradas NÃO APROVADAS as propostas que não atingirem o mínimo de 50% de votos favoráveis dos delegados participantes do grupo;
- 16.** Cada Grupo de Trabalho deverá apresentar no máximo 25 (vinte e cinco) propostas, sendo até 10 (dez) de âmbito Municipal, 05 (cinco) de âmbito Regional, 05 (cinco) de âmbito Estadual e 05 (cinco) de âmbito Nacional;
- 17.** Caso o Grupo de Trabalho não elabore o número máximo de propostas para cada âmbito federativo, caberá à Plenária Final a inclusão ou não de novas propostas, respeitando o limite máximo estabelecido;
- 18.** Caso o Grupo de Trabalho elabore um número de propostas que exceda o limite máximo estabelecido, caberá ao próprio Grupo a priorização e a definição das propostas que comporão o Relatório Final da 12ª. CMS;
- 19.** Se o Grupo de Trabalho não conseguir aprovar as propostas que deverão compor o Relatório Final, esta definição caberá à plenária final, a partir das prioridades eleitas no Grupo, respeitando o limite máximo estabelecido.

ANEXO VI

COMISSÃO ORGANIZADORA DA 12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

Oscar Correia da Silva

Conselho de Moradores do Jiquiá - RPA 5,

André Cristiano de Albuquerque

Associação de Moradores da Mustardinha - RPA 5,

Reneudo Guedes da Silva

Instituto Renascer do Coque - RPA 1,

Edileusa Maria da Silva

Conselho de Moradores do Lot. Jardim Eldorado RPA 3,

Lucelena Cândido dos Anjos

Centro Pernambucano da Criança e do Adolescente SOS Criança,

Maria Izabel Fabrício

Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco - SINDSPREV - PE,

Keila Mary Tavares de Oliveira Lima

Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco - SEEPE,

Vasti Maria da Silva Soares

Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Combate de Endemias do Estado de Pernambuco -SINDACS,

José Ribeiro da Silva

Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado de Pernambuco SINDSEP/PE,

Rosangela Cavalcanti de Albuquerque

Conselho Regional de Educação Física - CREF 12ª Região,

Janaína Maria Brandão Silva

Secretaria Municipal de Saúde (Coordenação de Projetos Estratégicos e Gestão Participativa),

Paulo Roberto Alves da Silva

Secretaria Municipal de Saúde (Gerência Geral de Planejamento e Orçamento).

ANEXO VII

COMISSÃO ELEITORAL DA 12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

Elivânia Santos Matias de Souza

FEMOCOHAB - Federação das Associações de Moradores de Núcleos de Cohab e Similares

José Pereira da Silva

União dos Moradores, Avenida Chagas Ferreira - RPA 2

Lucelena Cândido dos Anjos

SOS - Crianças

Luciano de Paiva Ferreira

Associação Grupo de Mães da Amizade dos Torrões - RPA 4

Paulo Roberto Alves da Silva

Secretaria Municipal de Saúde (Gerência Geral de Planejamento e Orçamento).

Rosângela Cavalcanti de Albuquerque

Conselho Regional de Educação Física – CREF 12ª. Região

Carlos Antônio Alves de Freitas

ADUSEPS – Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde

ANEXO VIII

PROGRAMAÇÃO DA 12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

16/06 - Terça-feira

8h às 18h - Credenciamento

Academia da Cidade
Atração Cultural
Apresentação dos Conselheiros Municipais e Distritais de Saúde

10h - Solenidade de abertura

Composição da mesa com autoridades convidadas

Prefeitura do Recife
Secretaria Municipal de Saúde do Recife
Conselho Municipal de Saúde do Recife
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco
Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Saúde
Ministério Público de Pernambuco
Câmara Municipal de Vereadores do Recife

Exposição acerca do tema central da 12ª Conferência

Coordenação: Rosângela Albuquerque (Conselheira Municipal de Saúde - Trabalhadora)

Palestrante: Paulo Dantas (Conselheiro Honorário do CONASEMS e Assessor Técnico do COSEMS - PE)

11h - Leitura da proposta de Regimento Interno da 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife

Coordenação de mesa:

Oscar Correia - (Coordenador do Conselho Municipal de Saúde - **Usuário**)
Keila Tavares (Conselheira Municipal de Saúde - **Trabalhadora**)
Paulo Roberto - (Conselheiro Municipal de Saúde - **Gestor**)

12h Almoço

14h - Mesa temática 1 “Financiamento tripartite do SUS e as Perspectivas para o setor Saúde”

Coordenador: Reneudo (Renê) Guedes (Conselheiro Municipal de Saúde - Usuário)
Expositor: Shirleyanne Brasileiro (Coordenação Estadual do Núcleo de Economia da Saúde - PB)
Debatedor 1: Gessyanne Vale Paulino (Presidente do COSEMS/PE)
Debatedor 2: Roseane da Silva Lemos (Coordenação Estadual do Núcleo de Economia da Saúde - PE)

16h - Mesa temática 2 “Comunicação em Saúde e interações com as redes sociais”

Coordenador: José Ribeiro (Conselheiro Municipal de Saúde - Trabalhador)
Expositora: Isabel Levy (UFRJ)
Debatedor 1: Patrícia Horta (UFPE)
Debatedor 2: Diego Gouveia (FPS)

17/06 - Quarta-feira

8h às 12h - Credenciamento dos suplentes a delegados

8h - Academia da Cidade

8:30h - Trabalhos dos grupos

12h - Almoço

14h - Continuação dos trabalhos dos grupos

17:30h – Encerramento

18/06 - Quinta-feira

8h - Academia da Cidade

8:30h - Plenária Final para aprovação do Relatório da 12ª Conferência Municipal de Saúde

12h - Almoço

14h - Continuação da Plenária Final para aprovação do Relatório da Conferência

16h - Processo de eleição dos delegados municipais (usuários e trabalhadores) para a 8ª Conferência Estadual de Saúde

17h - Encerramento

ANEXO IX

PROGRAMAÇÃO DAS PLENÁRIAS DISTRITAIS

HORÁRIO	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
8:00 - 8:30	Mesa de Abertura	Secretário de Saúde, Gerente do Distrito Sanitário, Coordenador do Conselho Municipal de Saúde e Coordenador do Conselho Distrital de Saúde, Gerente Geral de Planejamento.
8:30 - 9:00	Apresentação do Distrito sanitário	Gerente do Distrito Sanitário
9:00 - 12:00	Trabalhos de grupo	Distrito Sanitário, Nível Central da Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Distrital de Saúde.
12:00 - 13:00	Intervalo para Almoço	Todos
13:00 - 15:00	Continuação dos trabalhos de grupo	Distrito Sanitário, Nível Central da Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Distrital de Saúde.
15:00 - 16:00	Plenária Final	Coordenador do Conselho Distrital de Saúde e Gerente de Distrito.
16:00 - 17:00	Eleição dos delegados para a etapa municipal	Comissão eleitoral do Conselho Distrital e do Conselho Municipal de Saúde.

ANEXO X

CRONOGRAMA DE REALIZAÇÃO DAS PLENÁRIAS DISTRITAIS

DISTRITO	DATA	LOCAL
Distrito Sanitário I	30 de Maio	Escola Reitor João Alfredo - Ilha do Leite
Distrito Sanitário II	23 de Maio	SEST/SENAT - Beberibe
Distritos Sanitários III/VII	16 de Maio	Escola Dom Bosco de Casa Amarela
Distrito Sanitário IV	09 de Maio	Escola Darcy Ribeiro - Cordeiro
Distrito Sanitário V	23 de Maio	Escola Estadual Amaury de Medeiros - Afogados
Distritos Sanitários VI/VIII	16 de Maio	Centro Universitário Maurício de Nassau Boa Viagem

ANEXO XI

CRONOGRAMA DE REALIZAÇÃO DAS PLENÁRIAS MICRORREGIONAIS

12ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

DISTRITO SANITÁRIO I

MICRORREGIONAL	DATA / HORA	LOCAL
1.1	08 / 04 às 19h	Escola Aníbal Fernandes - Santo Amaro
1.2	15 / 04 às 19h	URB - Boa Vista
1.3	22 / 04 às 19h	Academia da Cidade - Coque

DISTRITO SANITÁRIO II

MICRORREGIONAL	DATA / HORA	LOCAL
2.1	15 / 04 às 19h	Centro Organizacional Chão de Estrela
2.2	22 / 04 às 19h	Gigante do Samba - Água Fria
2.3	29 / 04 às 19h	Academia da Cidade - Coque

DISTRITO SANITÁRIO III

MICRORREGIONAL	DATA / HORA	LOCAL
3.1	17/03 às 19h	Sítio da Trindade
3.2	24 / 03 às 19h	Auditório da Secretaria da Juventude e Qualificação
3.3	31 / 03 às 19h	Quadra de Esporte do Campo do União da Macaxeira

DISTRITO SANITÁRIO IV

MICRORREGIONAL	DATA / HORA	LOCAL
4.1	19/03 às 19h	Escola Darcy Ribeiro - Cordeiro
4.2	26 / 03 às 19h	Escola Pintor Lauro Vilarés - Torrões
4.3	09 / 04 às 19h	Escola Divino Espírito Santo - Várzea

DISTRITO SANITÁRIO V

MICRORREGIONAL	DATA / HORA	LOCAL
5.1	16/04 às 19h	Academia da Cidade - Mustardinha
5.2	23 / 04 às 19h	Colégio André de Melo - Estância
5.3	29 / 04 às 19h	Academia da Cidade - Jd. São Paulo

DISTRITO SANITÁRIO VI

MICRORREGIONAL	DATA / HORA	LOCAL
6.1	18/04 às 13h 30 / 04 às 19h	Escola Júlio de Oliveira - Imbiribeira Escola Osvaldo de Lima Filho - Boa Viagem
6.2	11 / 04 às 13h	Escola Simões Barbosa - Ibura de Baixo
6.3	25 / 04 às 13h	Escola Carlúcio Castanha - UR1 - Ibura

ANEXO XII

RELAÇÃO DOS DELEGADOS PARA A 8ª. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE VERA BARONI

DELEGADOS/AS ELEITOS/AS DO SEGMENTO TRABALHADOR

NOME	ENTIDADE	SEXO	NASCIMENTO
ABIGAIL BORGES DA COSTA	DISTRITO SANITÁRIO V	FEMININO	05/12/1963
ADRIANO MARTINS DANTAS	SOVA - EQUIPE 01	MASCULINO	02/12/1980
ALEXSANDRA GOMES DOS SANTOS	UPINHA DIA CORREGO DO EUCLIDES MARIA RITA	FEMININO	21/10/1974
ANA CAROLINA FONSSXECA MARQUES	LUIS WILSON	FEMININO	26/02/1983
ANDRE LUIZ SOARES DE SOUZA	MATERNIDADE BANDEIRA FILHO	MASCULINO	29/12/1972
ANGELA MARIA DA SILVA	CONSELHO DISTRITAL	FEMININO	24/01/1975
AVANI MARIA SILVA FERREIRA	CONSELHO DISTRITAL	FEMININO	19/01/1959
BERENICE GARCES SANTOS	USF SAN MARTIN	FEMININO	24/12/1970
CAROLINE SANTOS TEIXEIRA	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CHICO MENDES / XIMBORÉ	FEMININO	12/09/1978
CESAR AUGUSTO BARBOSA DA SILVA	PSF SANTO AMARO 2	MASCULINO	18/05/1982
CÍCERA CABRAL	PACS - ZUMBI/ BERARDO/ LESSA	FEMININO	04/12/1969
CÍCERO ADRIANO MELO DE FIGUEIREDO	ACADEMIA DA CIDADE POLO CABANGA	MASCULINO	01/05/1972
CIRLEIDE DE OLIVEIRA MATSUSHITA	USF STO AMARO II EQUIPE II	FEMININO	31/03/1953

NOME	ENTIDADE	SEXO	NASCIMENTO
CLAUDIANA SOARES DA SILVA	SOVA - EQUIPE 08	FEMININO	18/11/1977
EDILEUZA SILVA DIAS COSTA	SOVA - EQUIPE 05	FEMININO	02/10/1960
EGIDIO DO PRADO JUNIOR	DISTRITO SANITÁRIO V	MASCULINO	27/10/1982
ELENA NUNES DE MENEZES	PSF SANTO AMARO 2	FEMININO	04/02/1961
FABRICIO DA COSTA PEREIRA	ACADEMIA DA CIDADE	MASCULINO	02/07/1973
FERNANDO MOREIRA DE OLIVEIRA	USF JORDÃO ALTO	MASCULINO	05/10/1967
FERNANDO SEVERINO DA SILVA	CONSELHO DISTRITO 3	MASCULINO	30/04/1973
GIOVÂNIA UMBELINA DE FONSECA	USF CAFESÓPOLIS	FEMININO	21/07/1968
GISELLE MARIA DA SILVA LUZ	ACADEMIA DA CIDADE	FEMININO	29/03/1980
ILCYLEA LUCIA DO NASCIMENTO	USF ALTO DO CAPITAO/ EQUIPE I	FEMININO	08/08/1975
ISIS FELIX DE MOURA	LUIS WILSON	FEMININO	03/08/1977
IVONETE MARIA DA SILVA	SECRETARIA DE SAÚDE	FEMININO	28/12/1964
JANDIRA BATISTA PEREIRA	USF VILA DAS AEROMOÇAS	FEMININO	11/09/1949
JOSE EURICO DE OLIVEIRA JUNIOR	ACADEMIA DA CIDADE	MASCULINO	15/04/1982
JOSE JULIO DE SANTANA SILVA	SEM ENTIDADE	MASCULINO	12/09/1976
JOSÉ RIBEIRO DA SILVA	SIND. DOS SERVIDORES FEDERAIS NO ESTADO DE PE	MASCULINO	10/03/1956
JOSELITA MARIA DA SILVA	SINOS	FEMININO	12/05/1965

NOME	ENTIDADE	SEXO	NASCIMENTO
JOSELITA MARIA DOS SANTOS DA SILVA	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CHICO MENDES / XIMBORÉ	FEMININO	02/12/1960
KEILA MARY TAVARES DE OLIVEIRA LIMA	SINDICATO DOS ENFERMEIROS NO ESTADO DE PERNAMBUCO - SEEPE	FEMININO	14/08/1978
LIANA DE LISBOA PEREIRA EMERENCIANO	ACADEMIA DA CIDADE	FEMININO	08/09/1975
LUCIA MARIA DOS SANTOS	US ROMERO MARQUES	FEMININO	27/10/1955
MARCIA MARIA DA SILVA SANTOS	SECRETARIA DE SAÚDE	FEMININO	25/11/1971
MARCOS DAVID DOS SANTOS ARAÚJO	CAPS LIVREMENTE	MASCULINO	18/09/1971
MARIA ALICE BULHOES DE FARIAS	VILA BOA VISTA	FEMININO	20/10/1975
MARIA DAS GRAÇAS GONÇALVES	SOVA	FEMININO	30/03/1966
MARIA IZABEL FABRÍCIO	SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS FEDERAIS DA SAÚDE	FEMININO	09/11/1957
MARIA JOSE LIMA FERREIRA	CAPS ZALDO ROCHA	FEMININO	22/12/1958
MARIA SOLENE DOS SANTOS	MANGABEIRA	FEMININO	25/06/1964
MARILENA JOSE ALVES PEREIRA	CS BARRO	FEMININO	25/03/1952
MARLI MARIA DE ALCÂNTARA	ENGENHO DO MEIO	FEMININO	10/04/1967
MATEUS GUSTAVO DE FARIAS BRAINER	ACADEMIA DA CIDADE	MASCULINO	07/02/1976
MILTON JOSE LEMOS JUNIOR	ACADEMIA DA CIDADE	MASCULINO	17/04/1979
NADILSON SILVA TORRES GALINDO	CONSELHO DISTRITO 3	MASCULINO	14/04/1973

NOME	ENTIDADE	SEXO	NASCIMENTO
NATECIA ALVES DE CARVALHO	ACADEMIA DA CIDADE DO CAVOUÇO	FEMININO	06/11/1972
OTAVIA FELIX DA SILVA	USF STO AMARO II EQUIPE I	FEMININO	09/09/1948
PAULO MURILO DOS SANTOS	MARIO MONTEIRO	MASCULINO	07/09/1969
QUITERIA BERNARDO DA LUZ	CONSELHO DISTRITAL	FEMININO	30/01/1965
RITA MARIA SILVA DOS SANTOS	SANTA TEREZA	FEMININO	09/09/1959
ROBERTA FERREIRA DA SILVA	UPINHA DIA CORREGO DO EUCLIDES MARIA RITA	FEMININO	07/12/1974
ROSEANE FREITAS DE OLIVEIRA	CONSELHO DISTRITO 3	FEMININO	23/03/1972
SEMARES GENUINO VIEIRA	SEDE	FEMININO	18/08/1983
SILVANA CRISTINA RAMOS DE BRITO ALMEIDA	DISTRITO SANITÁRIO V	FEMININO	09/02/1968
SIMONE FIRMINO SANTOS COSTA	USF APIPUCOS/ ESF I	FEMININO	18/05/1966
SOLANGE DE FATIMA GOMES	USF UR 04/05	FEMININO	14/03/1968
VALERIA SOARES DE MELO	USF BIANOR TEODOSIO/ EQUIPE I I	FEMININO	07/10/1972
VANESSA BARBOSA DO NASCIMENTO	MACAXEIRA	FEMININO	07/12/1986
VASTI MARIA DA SILVA SOARES	SINDICATO DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE- SINDACS	FEMININO	22/02/1974
VIVIAN CRISTINA NASCIMENTO DA SILVA	ACADEMIA DA CIDADE - FERISTA	FEMININO	05/08/1981

DELEGADOS/AS ELEITOS/AS DO SEGMENTO USUÁRIO

NOME	ENDEREÇO	BAIRRO	SEXO	NASC.
ABIGAIL MELO DA SILVA	RUA DR. MACHADO, 570	CAMPO GRANDE	FEMININO	8/09/1950
ADEILDO SOARES CORREIA	RUA CNS BARROS BARRETO, 149	PORTO DAMADRA	MASCULINO	25/10/1956
ALUIZIO DO SANTOS BARROS	RUA PROFESSOR BANDEIRA 342	IPUTINGA	MASCULINO	18/06/1947
ANDERSON COSTA DO NASCIMENTO	RUA CAMPO DA UNIAO, 90	MACAXEIRA	MASCULINO	30/11/1975
ANE CAROLINE MONTEIRO DA SILVA	RUA ALMENARA, 63	LINHA DO TIRO	FEMININO	25/02/1994
ANGELICA OLIVEIRA DE ARAUJO			FEMININO	12/03/1974
ANTONIO JOSÉ GOMES DE OLIVEIRA	RUA ALTO DO BENJAMIN,115	FUNDÃO	MASCULINO	15/06/1954
ARLINDA MARIA LEITE	RUA PROF EVERARDO DA CUNHA LIMA, 03	SAN MARTIN	FEMININO	29/10/1952
AURICEA FERREIRA DOS SANTOS	2ª TRAV CORREGO DO EUCLIDES, 3312	ALTO JOSÉ BONIFÁCIO	FEMININO	07/04/1948
BERNADETE CABRAL DE OLIVEIRA	RUA CATALÃO, 122	ILHA JOANA BEZERRA	FEMININO	10/05/1960
BERNARDETE FELIPE DE MELO	RUA DEZ DE JANEIRO, 67	ÁGUA FRIA	FEMININO	23/03/1950
CARLINDA FRANCISCA DA SILVA	4ª TRV PROF HENRIQUE LUCENA, 15	JARDIM SÃO PAULO	FEMININO	16/05/1975
CARLOS ALBERTO VILAR	RUA ZUMBI DOS PALMARES, 1070-A	TORRÕES	MASCULINO	16/11/1961
CARLOS AUGUSTO DA SILVA PEREIRA	RUA QUARTA ESPINHARA, 112	SANTO AMARO	MASCULINO	15/05/1963
CLEA MARIA OLIVEIRA DA SILVA	RUA BROCOTO, 78	AREIAS	FEMININO	15/03/1944
CREONICE MARIA JESUS DE LIMA	RUA SARGENTO SOBRINHO DE MACEDO, 181	IMBIRIBEIRA	FEMININO	25/12/1955

NOME	ENDEREÇO	BAIRRO	SEXO	NASC.
DENIVALDA DOS ANJOS	RUA MARECHAL TEODORO, 255	TORREÃO	FEMININO	07/11/1973
DINILDA FERREIRA CAVALCANTI	RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA, 21	CAMPINA DO BARRETO	FEMININO	22/10/1943
EDILEUSA MARIA DA SILVA			FEMININO	01/12/1956
EDNA MARIA SILVÉRIO DE VASCONCELOS	RUA LAVRAS DO SUL	IPUTINGA	FEMININO	24/08/1961
EDVANIA MARIA DA SILVA	RUA SNTA. QUITÉRIA, 113	VÁRZEA	FEMININO	02/11/1969
ELZA MARIA DE SÁ	RUA JOAO LIRA	SANTO AMARO	FEMININO	02/04/1958
ERMANO DE ALMEIDA COUTO	RUA CORONEL URBANO RIBEIRO DE SENA, 92	FUNDÃO	MASCULINO	25/11/1958
ERNESTO LUIZ GRAF	RUA CAMPO DA UNIAO, 39	MACAXEIRA	MASCULINO	13/11/1960
EURIDICE MARIA DA SILVA ANDRADE	RUA CATALANO, 111	ILHA JOANA BEZERRA	FEMININO	04/08/1957
EVARISTO LINDOSO NETO	RUA ARNOLPOLIS, 28	MANGABEIRA	MASCULINO	28/06/1961
EVIO ROBERTO DE MIRANDA	AV SAPUCAIA, 94	COHAB	MASCULINO	24/01/1962
GILVAN GOMES DA SILVA	AV GUARAPUARA, 29	COHAB	MASCULINO	02/11/1959
GUILERME CASTELO BRANCO DO PRADO	RUA JORGE DE ALBUQUERQUE	CASA FORTE	MASCULINO	22/12/1970
HILÁRIO DE LIMA CORREIA	RUA DOUTOR SOLANO CARNEIRO DA CUNHA, 270	VÁRZEA	MASCULINO	22/09/1954
HILDA DE SOUZA SIMÕES	RUA ALVORADA, 11	IPSEP	FEMININO	23/10/1942
IRIS ANTONIO DO NASCIMENTO	RUA:GUAMARI, 71	MANGABEIRA	MASCULINO	25/04/1966
ISAAC MACHADO DE OLIVEIRA	AV RIO XINGU, 20	IBURA	MASCULINO	09/11/1970

NOME	ENDEREÇO	BAIRRO	SEXO	NASC.
ISMAEL FERREIRA RAMOS FILHO	RUA JOSE MOREIRA REIS, 623	MUSTARDINHA	MASCULINO	23/05/1969
IVANUSA DA SILVA BARBOSA	RUA BARBACENA, 15 B	TORRÕES	FEMININO	26/01/1975
JANCE GLEICE PEREIRA DA SILVA	RUA ANDRE VIEIRA DE MELO, 200	ESTANCIA	FEMININO	17/01/1974
JANILENE MORAIS DA SILVA	RUA COLORADO, 22	CAMPINA DO BARRETO	FEMININO	20/06/1961
JOÃO JOSÉ DA SILVA		GUABIRABA	MASCULINO	20/12/1967
JONAS ESEQUIEL FERREIRA DA SILVA	RUA DOS CASADOS, 141	SANTO AMARO	MASCULINO	11/06/1966
JORGE LUIZ COSME PEREIRA	RUA CORREGO JOAO CARVOEIRO, 292	ÁGUA FRIA	MASCULINO	14/06/1958
JOSE CARLOS DE FRANÇA	RUA BARRO BARRETO, 1035	SANTO AMARO	MASCULINO	02/05/1964
JOSE CLETO MACHADO DE OLIVEIRA			MASCULINO	26/04/1959
JOSÉ EDSON LIRA E SILVA	RUA BARÃO DE SÃO BORJA, 321/ 104	BOA VISTA	MASCULINO	01/09/1947
JOSE GERALDO DA SILVA SANTOS	RUA ARY SERGIO CARDIM, 36	JIQUIA	MASCULINO	28/04/1954
JOSE MARCOS INACIO RIBEIRO	RUA BOA VENTURA RODRIGUES, 185	PINA	MASCULINO	03/04/1958
JOSÉ ROQUE CAETANO	RUA GILBERTO TRAJANO, 105	LINHA DO TIRO	MASCULINO	25/12/1965
JOSELMA BOUDOUX DA SILVA	RUA MARIA, 384	JARDIM SÃO PAULO	FEMININO	27/01/1966
JOSENILDA MARIA DA SILVA	RUA CATALAO, 92	ILHA JOANA BEZERRA	FEMININO	10/07/1972
JOVANIA VICENTE DA SILVA	RUA CONSELHEIRO TEODORO, 348	ZUMBI	FEMININO	16/11/1973
JUDITE MARIA DO NASCIMENTO	AV CENRAL, 1797	AFOGADOS	FEMININO	17/11/1962

NOME	ENDEREÇO	BAIRRO	SEXO	NASC.
JULIANA ARAUJO CESAR TAVARES			FEMININO	24/12/1979
LEONILDE DE SOUZA CUNHA	RUA ENGENHEIRO ESTEVIÃO MARINHO, 701	SÃO JOSÉ	FEMININO	10/01/1953
LILIANA TERESA CAVALCANTI ENDRISS	RUA JORGE DE ALBUQUERQUE, 88	CASA FORTE	FEMININO	16/07/1953
LUCY CRISTINA COSTA SANTIAGO DE OLIVEIRA	RUA MARIA DIGNA, 24	ÁGUA FRIA	FEMININO	18/04/1959
LUDMILA MEDEIROS OUTTES ALVES	AV CONDE DA BOA VISTA, 1295 APT 606	BOA VISTA	MASCULINO	18/02/1988
LUIZ GUSTAVO SOARES TEIXEIRA	RUA PINTOR HELIO FEIJO	TORRÕES	MASCULINO	05/06/1964
LUIZ JOSE DA SILVA			MASCULINO	21/10/1949
LUIZ MENDES DA SILVA	RUA FREI GONZAGA, 103	COQUEIRAL	MASCULINO	06/03/1960
LUIZ NICEAS DA SILVA GUSMÃO			MASCULINO	19/01/1953
MANOEL JOSE DA SILVA	RUA PORTÃO DO G BLOCO C CASA 01	LINHA DO TIRO	MASCULINO	24/01/1954
MARCO ANTONIO DA SILVA	RUA 2ª TRAVESSA HORACIO SILVA, 43	ALTO JOSÉ DO PINHO	MASCULINO	12/06/1970
MARCOS ANTONIO DA SILVA LINS			MASCULINO	18/08/1953
MARIA CRISTINA SILVA DOS REIS	RUA PARAGUASSU, 192	ZUMBI	FEMININO	19/04/1953
MARIA DA PAZ SANTOS LEITE LIBERATO	RUA COSME VIANA, 187	AFOGADOS	FEMININO	22/02/1955
MARIA DAS DORES SILVA	PRIMEIRA TRAVESSA DA LIBERADE, 219	VÁRZEA	FEMININO	10/03/1960
MARIA DAS GRAÇAS VIEIRA	RUA AGUANIL 341	JARDIM SÃO PAULO	FEMININO	15/12/1951
MARIA DE LOURDES ALVES	RUA CARNEIRO DE MARIZ	ENGENHO DO MEIO	FEMININO	28/07/1957

NOME	ENDEREÇO	BAIRRO	SEXO	NASC.
MARIA DE LOURDES ARAUJO DA SILVA	PRIMEIRA TRAVESSA DEPUTADO JOAQUIM COUTINHO, 55	COHAB	FEMININO	03/11/1953
MARIA DO CARMO MARTINS DE SANTANA	RUA RIO GRANDE DO NORTE, 150	TORRÕES	FEMININO	07/08/1968
MARIA DO ROSARIO TRINDADE DOS SANTOS	RUA OUREM, 111	SAN MARTIN	FEMININO	04/11/1953
MARIA EUNICE DE BRITO NASCIMENTO	RUA DR MIGUEL VIEIRA FERREIRA, 371	TORRÕES	FEMININO	14/06/1954
MARIA FRANCISCA DA SILVA	RUA DO HOSPICIO, ,981 APT 2103	SANTO AMARO	FEMININO	12/12/1975
MARIA JOSE ALVES DOS SANTOS	RUA ERNESTO CAVALCANTI, 5	AFOGADOS	FEMININO	01/12/1952
MARIA JOSE SERAFIM DOS SANTOS	RUA CANATIBA	IBURA	FEMININO	13/12/1949
MARIA OFELIA DA SILVA	RUA PROFESSOR SEVERINO JORDAO MERICIANO, 137	IPUTINGA	FEMININO	05/05/1975
MARINALVA DA SILVA SANTOS	RUA ALFREDO GAMA	CASA AMARELA	FEMININO	24/11/1947
MARLENE FELIZANDO DA SILVA	RUA ENBOGUAÇU, 46	ILHA JOANA BEZERRA	FEMININO	27/08/1955
MARLENE GABRIEL DE LIMA		CASA AMARELA	FEMININO	10/02/1951
MAURILIO JOSÉ BARROS	SEGUNDA TRAVESSA PARANA OESTE, 94	BEBERIBE	MASCULINO	08/06/1970
NANCI LUIZA BARBOSA	AV, BEBERIBE, 4622	BEBERIBE	FEMININO	11/11/1962
NEIDE MARIA DE SANTANA	RUA COSMO AVELINO FERREIRA S/N	IPUTINGA	FEMININO	12/06/1956
ORLANDO JOAQUIM DOS SANTOS	RUA VILA MIAMI, 37	AFOGADOS	MASCULINO	14/09/1957
OSCAR CORREIA DA SILVA			MASCULINO	03/03/1962
OSMAR FRANKLIN MARTINS DE ARRUDA	TRAVESSA JAGUARUNA , 38	COHAB	MASCULINO	22/08/1972

NOME	ENDEREÇO	BAIRRO	SEXO	NASC.
OSMARIO VALERIO DA SILVA	RUA FRANCISCO BELTRÃO, 44	IBURA	MASCULINO	16/11/1968
OSVALDO ALEXANDRE CELESTINO AMORIM			MASCULINO	03/05/1971
OTONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA	RUA SANTA ROSA DE LIMA	MUSTARDINHA	MASCULINO	10/05/1970
PAULO JOSE DA SILVA GOMES	ESTRADA DAS UBAIAS, 195 APT 20	CASA FORTE	MASCULINO	28/10/1954
RAQUEL DA SILVA	RUA PROFESSOR SEVERINO JORDAO EMERICIANO, 200 CASA 19	IPUTINGA	FEMININO	06/07/1967
REGINA FERNANDES DA SILVA	RUA CONJ. RES. OVIDIO FERREIRA DE PAULA, 41	CAMPINA DO BARRETO	FEMININO	25/03/1959
REJANE MARIA DE ARAUJO ROCHA	RUA IRAQUITA, 21	JORDÃO	FEMININO	03/08/1949
RENEUDO GUEDES DA SILVA			MASCULINO	24/11/1964
RENILDO DA SILVA PETRA	RUA PIRAMUTABA, 1381	ÁGUA FRIA	MASCULINO	16/03/1983
RILDO ALVES FEITOSA			MASCULINO	13/04/1965
RILDO FERNANDES			MASCULINO	22/12/1950
RITA FRANCISCA DA SILVA	RUA ALEXANDRINO, 54	CASA AMARELA	FEMININO	02/09/1952
RIVALDO ELIAS DE LIMA	RUA LUIZ AUGUSTO ABELO, 101 C LOTE- AMENTO SANTOS COSME E DAMIÃO	VÁRZEA	MASCULINO	29/11/1961
RIVANIA RODRIGUES DA SILVA			FEMININO	18/06/1972
ROBSON DIAS DOS SANTOS	AV. ENCANTA MOÇA, 741	PINA	MASCULINO	19/03/1977
RODRIGO BARBOSA DA SILVA	RUA SAO PAULO, 27	ILHA JOANA BEZERRA	MASCULINO	15/09/1972
ROMERO DO CARMO AZEVEDO	RUA BISPO CARDOSO AYRES, APT 101	BOA VISTA	MASCULINO	08/04/1957

NOME	ENDEREÇO	BAIRRO	SEXO	NASC.
ROSANGELA MARIA DOS ANTOS	AVENIDA DOIS RIOS, 632	IBURA	FEMININO	03/12/1965
ROSIANE FARIAS DA SILVA	RUA ROSALANDIA, 104	ALTO JOSÉ BONIFÁCIO	FEMININO	26/04/1968
ROSICLEIDE BARBOSA DA SILVA			FEMININO	18/11/1977
SAMUEL BASILIO DA COSTA	RUA JOAO TRAJANO DA SILVA	MUSTARDINHA	MASCULINO	22/06/1967
SEBASTIANA MARIA DOS PRAZERES	RUA LUIZ RODOLFO DE ARAUJO JUNIOR	COHAB	FEMININO	20/01/1962
SERGIO MACHADO DA SILVA	RUA VENTUROSA, 19	COHAB	MASCULINO	31/05/1996
SONIA GOMES ALVES	RUA CONGOGI N, 455	COHAB	FEMININO	28/06/1959
SONIA MARIA DE OLIVEIRA PINTO	RUA BOM JARDIM 295	MANGUEIRA	FEMININO	27/01/1954
SUELY BEZERRA DE FREITAS	RUA DA COMUNIDADE, 48	IMBIRIBEIRA	FEMININO	12/02/1975
SYDIA FERNANDES DA SILVA	RUA VEREADOR LUIZ CAVALCANTE, 120	VÁRZEA	FEMININO	05/03/1968
TALITA KATHELEN FERREIRA DA SILVA	RUA ALFREDO MARCONDES, 55 A	IMBIRIBEIRA	FEMININO	08/12/1989
TAYNAN BARBOSA MENDES BARRETO	RUA TUPIRAÇABA, SN ALTO DO CAPITÃO	DOIS UNIDOS	FEMININO	17/05/1990
TEREZA CRISTINA SICILIANI VILA ASSUNÇÃO		IPUTINGA	FEMININO	05/12/1949
VAGNER LUCAS GODOY	RUA SERRA CAIADA	COHAB	MASCULINO	19/09/1991
VALMI R FERREIRA DOS SANTOS			MASCULINO	14/12/1962
VANESSA MARIA JOSE DA CONCEIÇÃO	RUA BARÃO DE SANTO ANGELO, 265	PINA	FEMININO	15/11/1981
VANESSA SOARES DE LIMA VICENTE	RUA AVENCA, 299	ALTO JOSÉ DO PINHO	FEMININO	21/11/1988

NOME	ENDEREÇO	BAIRRO	SEXO	NASC.
VERA LÚCIA DE ANDRADE	RUA DOS CASADOS, 310	SANTO AMARO	FEMININO	08/07/1964
VERA LUCIA MARIA DA SILVA	RUA RIO INDAI, 201	COHAB	FEMININO	11/04/1960
VOLEIDE DE OLIVEIRA ARRUDA	RUA JOSE BEZERRA CAVALCANTE, 34	MUSTARDINHA	FEMININO	18/01/1959
ZULEIDE SALE DA SILVA	AV HILDEBRANDO VASCONCELOS, 2215	DOIS UNIDOS	FEMININO	20/03/1947

DELEGADOS/AS DO SEGMENTO GESTOR

Jailson de Barros Correia	Cybelle dos Santos Silva	Helton Bruno Feitosa dos Santos
Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho	Silvana Helena Dantas Moreira	Ana Karla Goes Liberato Mattos
Rosalina dos Santos Rafael Menezes	Mariso da Silva Fontes	Sony Maria dos Santos
Joanna Paula Freire de Lima Silva	Ana Sofia Pessoa da Costa Carrarine	Fabiana Maria de Aguiar Bello
Paulo Roberto Alves da Silva	Flávia Inojosa Coutinho de Lima	Claudenilson Codeceira do Nascimento
Mariana Wanderley Pires Ferreira	Mônica de Moraes Gueiros	Erlane Fonseca das Neves Braga
Sergio Severino dos Santos	Andrea Cristina Pires de Azevedo Pinto Ribeiro	Adriana Cavalcanti Bezerra
Juliana Maria Oriá de Oliveira	Maria Hygina Carvalho Duarte Fonseca	Lucia Helena Correa de Araújo Amorim
Janaina Maria Brandão	Kamila Matos de Albuquerque	Maria das Graças Dias Marinho Oliveira
Lélia Maria Cavalcanti Moreira	Valderez Ribeiro de Andrade	Carlos Eduardo Marques de Macedo
Gabriella Cristina Pereira de Oliveira Lima	Juliana Dantas Torres Ribeiro	Fernanda Casado

Alessandra de Lima Araújo	Christianne dos Santos Macedo Costa	Tatielem Natacha Lima
Maria Valéria Ferreira de Barros	Eliane Mendes Germano Lins	Cassia Gabrielle Barbosa de Albuquerque
Romero Nogueira de Souza Mendes	Mônica Lisboa da Costa Vasconcelos	Gabriela Linhares Peitoral
José Roberto Teles de Medeiros	Zelma de Fátima Chaves Pessoa	Gabriela Moraes Duarte Miranda
Maria de Lara Hazin Pires Lira	Arturo de Pádua Walfrido Jordan	Manuela Sales dos Passo
Roberta Antunes de Araujo Gusmão	Sandra de Fátima Bezerra Brito	Cristiane Penaforte do N. Dimech
Polyanna Cristine Bezerra Ribeiro	João Mauricio de Almeida	Maisa Belfort Teixeira
Gabriela Andrade Lima	Telma Maria Albuquerque Gonçalves Melo	Jurandir Alves de Almeida Júnior
Lígia Ferreira de Lima	Ana Beatriz Vasconcelos de Lima Araújo	Clênio Azevedo Guedes
		Adeilza Gomes Ferraz

ANEXO XIII

DOCUMENTO BASE DA 12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

1. INTRODUÇÃO

O Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria de Saúde do Recife realizaram em junho de 2015, a 12ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, espaço político-mobilizador de caráter reflexivo, avaliativo e propositivo, que nesta edição tem como tema **“Saúde Pública de qualidade no Recife: Direito de todos e todas e dever do Estado”**. Serão debatidos temas cruciais para garantir a sustentabilidade do SUS e a sua capacidade de promover, de fato, o direito à saúde. É um momento para pensar coletivamente e construir propostas que serão levadas para a 8ª Conferência Estadual de Saúde Vera Baroni e para a 15ª Conferência Nacional de Saúde que ocorrerão até dezembro deste ano.

Na última década, conseguiu-se manter o crescimento econômico com distribuição de renda, com melhoria no padrão de consumo e no pleno-emprego. Todavia, o momento atual é de crise política e contexto macroeconômico pouco favorável. Mas é preciso construir caminhos que não nos levem ao retrocesso e a perdas de direitos já conquistados. Por meio das Conferências de Saúde, a população pode promover mudanças e melhorar o Sistema Único de Saúde a partir da sua realidade local. Neste espaço e momento, é importante travarmos um debate propositivo que possa polemizar e discutir estratégias viáveis, sem reiterar diagnósticos pessimistas ou o discurso do pragmatismo utilitário e subalterno. O momento é de reivindicação, proposição e avanços.

Assim, dentre as diferentes perspectivas e desafios, destacam-se o de aproximar a agenda reivindicatória da sociedade à agenda dos novos governos eleitos e a ampliação da representação dos sujeitos participantes, entre outros.

Certamente, questões como o financiamento para a saúde, um gargalo cada vez mais premente, promete ser um tema dominante. Mas outras questões a serem debatidas são imprescindíveis para viabilizar e consolidar o SUS. Farão parte dos temas propostos, compondo estratégias sociais e institucionais interdependentes, integradas e mutuamente potencializadoras: o Direito à Saúde, a Garantia de Acesso e a Atenção de Qualidade; a Participação Social; a Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; o Financiamento do SUS e a Relação Público-Privado; a Gestão do SUS e os Modelos de Atenção à Saúde; a Informação, Educação e a Política de Comunicação do SUS; a Ciência, Tecnologia e a Inovação no SUS; e as Reformas Democráticas e Populares do Estado.

2. SAÚDE DO RECIFE

Em 2014 a Secretaria de Saúde/SESAU iniciou o processo de reestruturação do território e implantou dois novos Distritos Sanitários (VII e VIII), que foram desmembrados dos Distritos Sanitários III e VI respectivamente, considerados com as maiores população do município. Esta proposta vem atender a necessidade do território distrital/municipal de prestar uma melhor assistência à saúde da população.

A Rede de saúde tem por objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Para isso, é necessário incluir estabelecimentos de saúde que prestem serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, além de integrar os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas aos serviços de saúde individuais e os coletivos. Dessa forma, o município de Recife tem sua estrutura de rede formada pelos serviços básicos, especializados, conveniados e contratados.

A rede básica de saúde é composta por 123 Unidades de Saúde da Família, 06 UPINHAS/USF, com 269 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 156 Equipes de Saúde Bucal (ESB); 26 serviços odontológicos ambulatoriais em Unidades Básicas Tradicionais e Policlínicas, 28 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), 22 Unidades Básicas Tradicionais de Saúde.

Também compõem a rede básica 21 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), formados por equipes multiprofissionais que atuam junto às ESF para ajudar na identificação de prioridades no território, na assistência direta aos usuários e na educação permanente com atendimento compartilhado; e os 6 Núcleos de Práticas Integrativas (NAPI), com equipes multiprofissionais com formação em Práticas Integrativas e Complementares que trabalham no território com nutrição saudável, acupuntura, homeopatia, atividades corporais, fitoterapia, uso racional de medicamentos e ampliação de ofertas terapêuticas, atuando em todos os distritos sanitários.

A rede de saúde ainda conta com 41 Polos de Academia da Cidade, uma das estratégias da política de promoção à saúde, com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável. Tem o objetivo de potencializar os espaços públicos de lazer, requalificando-os em equipamentos de saúde. Estima-se uma média de 85.555 atendimentos/mês nos 41 Polos do Programa.

3. EIXOS

De acordo com o Regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde – **Capítulo II, Art. 2º**, o tema da conferência é “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”. E os eixos temáticos são:

- I - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade;
- II - Participação Social;
- III - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde;
- IV - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado;
- V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde;
- VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS
- VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS;
- VIII - Reformas Democráticas e Populares do Estado.

EIXO I - DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE

1. O Direito à Saúde

O Direito à Saúde se insere no contexto dos direitos sociais, conforme o “Art. 196/CF. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Na lei 8.080/90, em seu art. 2º: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Portanto, a definição de saúde está vinculada diretamente a sua promoção e qualidade de vida. “A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida.

No Brasil, o direito à saúde foi uma conquista dos movimentos sociais/reforma sanitária que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal/1988. Em 2009, o Ministério da Saúde através da portaria nº 1.820, publicou A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que contou com a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, tendo como base 06 princípios básicos de cidadania, sendo uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos/deveres, conforme abaixo discriminado.

- Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
- Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

2. A garantia de Acesso e a Atenção de Qualidade.

A lei 8.080/90, cita que a universalidade de acesso aos serviços de saúde deve ocorrer em todos os níveis de assistência, devendo ser garantido o acesso universal e igualitário, assegurado mediante políticas públicas, com prevalência para as ações que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, para a promoção, proteção e recuperação. O acesso universal e igualitário significa dizer que a saúde deve ser assegurada a todos, sem preconceito ou privilégio de qualquer natureza.

A organização do acesso no SUS vem se dando pelas Redes de saúde. Em 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279/MS que estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde. No ano seguinte o Decreto nº 7.508/11, regulamenta a Lei nº 8.080/90, onde consta no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas; e no art 9º diz que as Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde são: Redes de atenção primária; Redes de atenção de urgência e emergência; Redes de atenção psicossocial; Redes especiais de acesso aberto e no art.30º diz “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados nas Redes de Atenção.

Atributos da Rede de Atenção à Saúde:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.

2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os serviços de saúde individuais e os coletivos.
3. Atenção Básica à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde.
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado.
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção.
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações.
8. Participação social ampla.
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede.
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede.
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.
14. Gestão baseada em resultado.

REDE CEGONHA

É uma política implantada pelo MS/2011 que organiza a rede de atenção materna/infantil para assegurar às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério; E às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Tem como finalidade ampliar a rede de assistência as gestantes/bebês, com ações qualificadas no pré-natal, no parto, no resguardo e desenvolvimento da criança até 02 anos. Tem como objetivos: implantar novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; e que a Rede de atenção garanta o acesso, o acolhimento e a resolutividade; e a Redução da mortalidade materna e neonatal.

Segundo Cavalcanti et al, “A Rede Cegonha parte do diagnóstico de que as morbimortalidades materna/infantil permanecem elevadas, com prevalência da medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas e que não consideram a gestante como protagonista do processo de gestação e parto”. Os desafios que engloba esta temática são as mais variáveis, vão deste, o nº elevado de partos cirúrgicos (cesáreas) em detrimento do parto normal, como a escassez de leitos de ginecologia/obstetrícia, entre outros. Olímpio Barbosa de Moraes Filho, presidente da comissão de assistência ao abortamento, parto e puerpério/FEBRASGO (federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia), afirma que outro complicador é a falta de obstetras/neonatologistas, que abandonam ou não se interessam pela especialidade devido às condições precárias de trabalho/baixa remuneração. A falta de leitos maternos no setor de alto risco/UTI neonatal pode gerar inúmeras complicações; e ainda tem os casos de parturientes que peregrinam por várias maternidades em busca de um leito disponível.

De acordo com os autores acima citados “atualmente os organismos de saúde internacionais/nacionais preconizam um modelo de atenção ao parto/nascimento que proporcione às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos uma assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2011; 2001; DINIZ, 2005). A Rede Cegonha tem como diretrizes a garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte

seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao Parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; garantia da ampliação do acesso ao planejamento produtivo.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Os serviços de urgência e emergência são um importante componente da assistência à saúde e nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos principalmente, devido o aumento no nº de acidentes/violência urbana. A super lotação dos Serviços de Pronto Atendimento é decorrente da falta/escassez de medicamentos, de recursos humanos, de equipamentos, plantões com escalas incompletas, serviços com estruturas inadequadas, e o atendimento sem estabelecimento de critérios clínicos.

Em setembro/2003 o MS Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, através da Portaria nº 1863, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social, em parceria com o trabalho da humanização. A Atenção às Urgências deve acontecer em todos os níveis/SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, até os cuidados pós-hospitalares, e em todos os sistemas de atenção às urgências estaduais/regionais/municipais. A implementação da Rede de Urgência e Emergência tem como objetivo promover uma melhor organização da assistência, articular os diversos pontos de atenção e definir os fluxos e as referências adequadas, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado.

Principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE

Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos em todos os pontos de atenção; formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação; classificação de risco; Regionalização da saúde e atuação territorial; Regulação do acesso aos serviços de saúde; organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares; práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias; Participação e controle social; entre outros.

Os componentes e Interfaces da Rede de Atenção às Urgências/Emergências

- Promoção e prevenção;
- Atenção primária;
- Unidades Básicas de Saúde;
- UPA outros serviços com funcionamento 24h;
- SAMU 192;
- Portas hospitalares de atenção às urgências (SOS Emergências);
- Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: 1- Cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, 2- Pediatria, traumas;
- Atenção domiciliar/SAD.

REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Decreto Federal nº 3.956/01 destaca o direito das pessoas com deficiência a terem oportunidades iguais, para usufruírem das melhores condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

O Censo-IBGE/2010, assinalou que 45,6 milhões de brasileiros afirmaram ter ao menos um tipo de deficiência. São inúmeras as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com deficiência que vão desde a mobilidade, o acesso em ambiente público, preconceito, discriminação, desinformação, e a exclusão do mercado de trabalho.

A Portaria nº 1.060/2002-MS, instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, e a Portaria nº 793/12-MS instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. As referidas Portarias visam ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde. Além de promover cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, esta Rede busca também desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências.

Componentes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência:

- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências;
- Centros Especializados em Reabilitação;
- Oficinas Ortopédicas;
- Centros de Especialidades Odontológicas;
- Unidades Básicas de Saúde;
- Atenção odontológica;
- Atenção Hospitalar e de Urgência/Emergência;
- Leitos de cuidados prolongados;
- Centros Cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica;
- Construção, ampliação e reforma de Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas;
- Aquisição de equipamentos para Centros Especializados em Reabilitação;
- Veículos adaptados para o transporte de pacientes;
- Equipamentos para a realização de triagem auditiva neonatal em maternidades de alto risco.

Componentes da Rede de Reabilitação:

- Centro Especializado em Reabilitação;
- Oficinas Ortopédicas: local/itinerante;
- Centros-Dia;
- Serviços de Atenção Odontológica para Pessoas com Deficiência;
- Serviço de Atenção Domiciliar;
- Atenção Hospitalar.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A discussão da saúde mental tem como referência a luta antimanicomial/Movimento da Reforma Psiquiátrica que surge no

processo da redemocratização do país, final dos anos/70. Este movimento tem como proposta a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos públicos/conveniados e principalmente a mudança dos modelos assistenciais/paradigmas existentes. A Lei nº 10.216/01 dispõe sobre a proteção/direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial vigente. Esta lei vem afirmar que o usuário deve ter acesso ao melhor tratamento de saúde, de acordo com suas necessidades, deve ser tratado com respeito, ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer necessidades ou não de sua hospitalização; entre outros.

Em 2002/MS pública a Portaria nº 336 que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); serviços de atendimento em saúde mental, que deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtorno mental severo/persistente em seu território, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione na lógica do território.

Instituído em 2010 o Decreto nº 7.179, trata do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas, ações que deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, pelos três entes federados.

Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em RAS, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde, e é composta por serviços/equipamentos variados. Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTÁ INSERIDA

Na Atenção Básica:

- Unidade Básica de Saúde;
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
- Consultório de Rua;
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência e Cultura.

Atenção Psicossocial Estratégica

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro,
- Unidades Básicas de Saúde.

Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento;
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.
- Atenção Hospitalar;
- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Estratégia de Desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Programa de Volta para Casa;
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial;
- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.
-

Mesmo com os avanços da política de saúde mental, ainda nos deparamos com os desafios:

- Estima-se que 3% da pop. necessita de cuidados contínuos em saúde mental (transtornos severos/persistentes como psicoses, neuroses graves);
- No Brasil, cerca de 5 milhões/pessoas exige uma rede de cuidados densa/efetiva.
- 10 a 12% da pop. não sofre transtornos severos, mas precisam de consulta médico/psicológica, aconselhamento/grupos de orientação;
- O modelo hospitalocêntrico/ambulatoriais de especialidades, com baixa cobertura, é incompatível com a garantia da acessibilidade;
- Transtornos graves associados ao consumo de álcool/outras drogas atingem 12% da pop. acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas;
- A Reforma psiquiátrica exige cada vez mais formação técnica/teórica dos trabalhadores (RH desafio para a consolidação da Reforma Psiquiátrica).

REDE DE DOENÇAS CRÔNICAS

As Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm provocado grande nº de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, limitação nas atividades de trabalho/lazer, e impacto econômico na sociedade em geral.

As doenças crônicas não transmissíveis, tem se apresentado como um problema de saúde pública (Brasil) de maior magnitude, onde correspondem a 72% das causas de morte/2007, atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas.

O MS lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em 2011-2022. Um dado relevante, é a “transição demográfica, com o envelhecimento da população e seu alto impacto na saúde das pessoas, bem como maior prevalência das doenças crônicas, aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças/adolescentes, que pode acarretar o aumento de doenças crônicas na fase adulta.

Os principais fatores de risco/DCNT: o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso/obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e colesterol alto (MALTA et al, 2006).

O Plano das ações estratégicas cita os 04 principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), e define 03 diretrizes estratégicas: 1. Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; 2. Promoção da Saúde; e 3. Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT.

A Portaria nº 483/14 Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas/SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, e considera as doenças crônicas, doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo.

Alguns princípios desta Rede: acesso e acolhimento aos usuários em todos os pontos de atenção; humanização, buscando a efetivação de um modelo centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais; baseado nas suas necessidades de saúde; articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, entre outros.

Objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

- Realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde;
- Ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pela Atenção Básica; Atenção Especializada (ambulatorial especializado; hospitalar; urgência/emergência); Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação; e Governança.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera algumas intervenções consideradas de baixo custo, e que devem ser executadas imediatamente para que produzam resultados acelerados em termos de salvar vidas, entre estas, podemos citar: aumentar impostos e preços sobre os produtos do tabaco; proibir que se fume em lugares públicos; restringir a venda de álcool no varejo; reduzir a ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos; promoção da amamentação adequada; estimular atividade física entre outros.

Esta Rede deverá está instituída no âmbito de uma Região de Saúde, e se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando agravos de maior magnitude e caberá as Comissões Intergestores pactuarem as responsabilidades dos entes federativos na referida Rede e nas suas respectivas linhas de cuidado.

REGULAÇÃO

Considerando os art.os 198/CF e o art. 7º da lei 8.080/90 e o Pacto pela Saúde/2006, iremos destacar o Pacto de Gestão/SUS, que estabelece diretrizes para a gestão do sistema, destacaremos a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação Assistencial. A Regulação da Atenção à Saúde “tem como objeto a produção de todas as ações diretas/finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços, públicos/privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária”. (PACTO PELA SAÚDE/2006).

A Regulação Assistencial é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. (PACTO PELA SAÚDE/2006).

Iremos focar na Regulação Assistencial onde nos deparamos com as maiores queixas dos usuários, quando relatam que não conseguem marcar consultas para os especialistas/exames complementares em tempo hábil, muitas vezes aguardando meses. Segundo, Evangelista, Barreto e Guerra “Uma estratégia utilizada/SUS para a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde é a organização das centrais de regulação assistencial, por áreas assistenciais: obstétrica/neonatal, urgência/emergência, alta complexidade, transplantes, internações etc. A central de regulação faz o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial, de forma equânime, de qualidade, e em tempo oportuno”

A Portaria nº 1.559/2008 Instituiu a Política Nacional de Regulação/SUS, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo e suas ações esta organizadas em três dimensões, porém, destacaremos a Regulação Assistencial:

– Regulação Assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, (acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização).

Atribuições da Regulação do Acesso

- Garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- Garantir os princípios da equidade/integralidade;
- Fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;

- Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- Construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;
- Capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde, entre outros.

A Central de Regulação (Consultas/Exames) regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias/cirurgias ambulatoriais; Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos/procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (2010) a VIGILÂNCIA EM SAÚDE tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (PACTO PELA SAÚDE).

Segundo RIBEIRO e FERREIRA o conceito acima apresenta uma visão ampliada de vigilância em saúde, o que contribui para que as ações da área sejam inseridas, em todos os níveis de atenção. A partir desta proposta as equipes desenvolvem habilidades de programação, planejamento e execução de ações de saúde, favorecendo o acesso da população aos serviços de saúde.

Citaremos agora os componentes da vigilância em saúde

▪ **Vigilância Sanitária**

Conjunto de ações capaz de eliminar/diminuir/prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente/produção /circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta/indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta/indiretamente com a saúde.

▪ **Vigilância Epidemiológica**

Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

▪ **Vigilância Ambiental**

Detecção/prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana; recomendar e adotar medidas de prevenção/controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.

▪ **Saúde do Trabalhador**

Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica/vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação/reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

A evolução do conceito de promoção da saúde, desde que o termo foi usado pela primeira vez, transitou de um “nível de prevenção” da medicina preventiva para um “enfoque político” do processo saúde-doença-cuidado, como caracterizado nos últimos 20 anos (desde Alma Ata e Ottawa BUSS, 2003).

Desde que surgiu como importante alternativa teórica/prática para o enfrentamento global dos problemas que afetam saúde das populações humanas, a promoção da saúde tem sido implementada em diversos contextos, com distintas concepções/propostas de intervenção. As conceituações disponíveis, assim como a prática, podem ser reunidas em dois grupos (Buss et.al. 2002). Grupo 1, a promoção consiste em atividades dirigidas centralmente à transformação dos comportamentos dos indivíduos. Neste caso, os programas/atividades tendem a concentrar-se em componentes educativos, relacionados com os riscos comportamentais passíveis de serem mudados em parte, sob o controle dos indivíduos. No grupo 2 a promoção é a constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde em torno da qual se reúnem os conceitos/práticas voltados para um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, e um espectro adequado de cuidado de saúde. (Buss et.al. 2002). Assim, a concepção da promoção à saúde amplia-a com base no processo saúde doença e seus determinantes, e propõe a articulação de saberes técnicos/populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos/privados para o seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000a).

A Política Nacional de Promoção da Saúde aprovada pelo MS/2006, ratificou a institucionalização da promoção da Saúde/SUS. Tal processo não só revelou o acúmulo conceitual/práxis cotidiana do nosso sistema de saúde, como também a importância da análise de situação em saúde para a eleição de prioridades e focalização das ações sanitárias.

Em novembro/14, foi publicada a Portaria nº 2446 que redefine a PNPS, onde observamos uma ampliação do conceito/referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias, além de formas de produzir saúde no âmbito individual/coletivo. A partir dessa normatização, a PNPS apresenta como valores fundamentais no processo de efetivação da política a solidariedade, a ética, o respeito às diversidades, a corresponsabilidade, a humanização a justiça social/a inclusão social. A PNPS tem como objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual/saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Para a concretização desses objetivos, a PNPS, estabelece os Eixos operacionais da territorialização, da articulação/cooperação intra/intersectorial. E os eixos estratégicos da RAS, precisam ser operacionalizados a partir da transversalização da promoção, favorecendo práticas humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, além da articulação com as demais redes, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel/organização dos diferentes atores. É importante a participação/control social, que compreende a ampliação da representação e inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas.

QUESTÕES PARA DEBATE

1. Como é possível avaliar o processo de territorialização a partir do cadastramento das pessoas que residem em torno das Upinhas/USF?
2. O que é preciso realizar para melhorar o tempo de resposta do SAMU?
3. Quais os caminhos para se alcançar uma atenção à saúde de qualidade nas unidades de saúde?
4. Quais as estratégias para garantir as ações dos profissionais de educação física nas comunidades?
5. Como cumprir os parâmetros assistenciais recomendados pelo Ministério da Saúde quanto à organização das escalas de plantões nas grandes unidades (Policlínicas, Maternidades e Hospitais)?
6. Que propostas podem ser priorizadas com relação à gravidez na adolescência e ao cuidado aos recém-nascidos de mães adolescentes em situação de vulnerabilidade?
7. Como organizar o acesso às Maternidades do município para o acesso ao parto de alto risco, visando à melhoria da assistência?

PROPOSTAS

1. Ampliação do número de equipes NAPI (núcleo de Apoio às Práticas Integrativas) e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), garantindo 100% de cobertura às equipes de saúde da família e o matriciamento para toda a rede municipal; (DSI, DSII, DSIII e VII, DSIV, DSV, DSVI e VIII) MUNICIPAL
2. Apoio à implantação de Unidades de Cuidados Integrados, especializadas em práticas integrativas, como um equipamento importante na composição das regiões de saúde e das redes de atenção à saúde; (DSIII, DSVII, DSVI e VIII) REGIÃO DE SAÚDE/ESTADO
3. Inserção das práticas integrativas e complementares nos serviços de média e alta complexidade, com foco na acupuntura e homeopatia. (DSIII e DSVII) MUNICIPAL
4. Revisão da Política Nacional de Práticas Integrativas com intuito de construir um instrutivo para implantação de ações e serviços de Práticas Integrativas nos estados e municípios; (DSV) NACIONAL
5. Readequação das Equipes NASF à Portaria 3.124/12 garantindo a carga horária estabelecida; (DSI) MUNICIPAL
6. Ampliação do Programa Saúde nas Escolas (PSE) em no mínimo 40% na rede de Atenção Básica com apoio institucional e garantia de subsídio **para fortalecendo do pacto entre a Secretaria de Educação e Saúde;** (DSVI e VIII); MUNICIPAL
7. Fortalecimento da integração do PSE com as equipes de saúde bucal; (DSIV) MUNICIPAL
8. Aumento da cobertura das equipes de saúde bucal, ampliando o acesso à Atenção à Saúde Bucal para 100% dos usuários SUS dependente, garantindo a mesma proporção que as de Saúde da Família (1:1) com contratação de profissionais por concurso público (DSI, DSII, DSIII e VII, DSIV, DSV, VI e VIII); MUNICIPAL
9. Requalificação e manutenção dos equipamentos de saúde bucal; (DSIV) MUNICIPAL
10. Criação de uma política de incentivo à ampliação da oferta de unidades móveis de saúde bucal do Brasil Sorridente contemplando áreas descobertas, de difícil acesso, unidades que estejam em reforma ou não tenham espaço físico para a implantação de uma equipe de saúde bucal; (DSI, DSII) NACIONAL
11. Garantia da implantação do GraduaCEO por parte do Ministério da Saúde em todas as instituições de ensino com curso de odontologia, a fim de ampliar o atendimento especializado em saúde bucal; (DSII) NACIONAL
12. Ampliação do laboratório e da confecção de próteses dentárias contemplando o teto máximo pactuado no município; (DSIV) MUNICIPAL
13. Fluoretação da rede de abastecimento de água; (DSIV) ESTADUAL
14. Ofertar produtos com maior qualidade para serem utilizados nos serviços da Odontologia; (DSVI e VIII) MUNICIPAL
15. Padronização, qualificação, fortalecimento e garantia da resolubilidade do acolhimento ao usuário no sentido de consolidar essa estratégia, fomentando a construção de projeto terapêutico singular, apoio matricial, clínica ampliada nas USF, USF 24 horas, unidades básicas tradicionais, unidades de cuidados integrativos e polos da academia da cidade/academia da saúde, visando à melhoria do

atendimento e humanização da atenção básica, média e alta complexidade com observância no compromisso ético; (DSI, DSII, DSIII e VII, DS IV, DSV) MUNICIPAL

16. Criação de núcleo de humanização; (DSVI e VIII) MUNICIPAL

17. Efetivação, Fortalecimento e implementação do mecanismo de escuta qualificada e da humanização nas unidades de saúde, incluindo as maternidades municipais e SPA's, através da melhoria das condições de trabalho dos profissionais, para melhoria da qualidade do atendimento; (DSII, DSIII, DSIV, DSVI e VII) MUNICIPAL

18. Esclarecimento aos usuários e profissionais sobre acolhimento nos serviços de Atenção Básica, maternidades e SPA's; (DSIV) MUNICIPAL

19. Melhoria na qualidade do atendimento na assistência materno infantil garantindo uma rede integrada e humanizada do parto com acolhimento e classificação de risco; (DSIV) MUNICIPAL Garantir que os usuários do SUS sejam atendidos com humanização nos hospitais privados credenciados ao SUS; (DSVI e VIII) MUNICIPAL

20. Efetivação da UPA nos diversos pontos da rede à atenção à saúde municipal com garantia de referência e contrarreferência; (DSIII e VII) MUNICIPAL, ESTADUAL

21. Ampliação do acesso e oferta à rede de exames de diagnósticos de responsabilidade da esfera municipal e estadual; (DSI, DSIII e VI) MUNICIPAL, ESTADUAL

22. Ampliação do acesso às ações e consultas básicas e especializadas (psiquiatria, neurologia, ortopedia, geriatra, Hebiatria etc.), com a melhoria do desempenho na marcação para especialistas e exames com tempo de espera máximo de 30 dias para a primeira vez da consulta especializada, respeitando os protocolos de acesso da regulação; cirurgias eletivas e exames de diagnóstico com redução do prazo de entrega do resultado, através de chamada de concurso público que contemple as especialidades e incremento da rede credenciada; (DSI, DSII, DSIII e VII, DSIV, DSV, DSVI e VIII) MUNICIPAL

23. Garantia do exame de histeroscopia às usuárias do SUS; (DSVI e VIII) MUNICIPAL

24. Qualificação do atendimento e ampliação do número de clínicas oftalmológicas na rede; (DSII) MUNICIPAL

25. Implantação de um serviço de laqueadura de trompas na Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques e Hospital da Mulher; (DSVI e VIII) MUNICIPAL

26. Fortalecimento e ampliação da rede de serviços públicos hematológicos; (DSIV) MUNICIPAL

27. Organização de fluxo e melhoria do acesso às Maternidades com a garantia de priorização das gestantes de risco habitual, munícipes, nas maternidades municipais a partir do Programa Mãe Coruja, junto à Regulação Estadual; (DSI, DSIII e VII, DSVI e VIII) ESTADUAL,

28. Ampliação do Programa Mãe Coruja no município e implantação desse Programa na USF Alto da Bela Vista; (DSI, DSVI) MUNICIPAL

29. Ampliação da cobertura do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com Implementação de referência e contrarreferência com a rede de atenção a saúde na baixa e média complexidade, incluindo os polos do PAC/PAS; (DSIII e VII, DSV, DSIV, DSVI e VIII) MUNICIPAL

30. Estabelecimento de fluxo de acesso à Rede de Atenção às Urgências e Emergências, junto à regulação estadual, pelos pacientes internos no SAD-Recife; (DSIII e DSVII, DSVI e VIII) MUNICIPAL, ESTADUAL

31. Estabelecimento de parceiras com a rede de reabilitação estadual (ex: Hospital Agamenon Magalhães e Hospital Getúlio Vargas), na aquisição de órteses e próteses para pacientes internos na SAD-Recife; (DSIII e DSVII, DSVI e VIII) MUNICIPAL, ESTADUAL

32. Estabelecer junto à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, fluxograma de regulação de leitos de retaguarda para pacientes inclusos no SAD- Recife; (DSVI e VIII) ESTADUAL

33. Ampliação da oferta e regularização/garantia do abastecimento de medicamentos, insumos e materiais médico hospitalares na rede de saúde; (DSIII e VII, DSV, DSVI e VIII) MUNICIPAL

34. Melhoria e otimização do atendimento na entrega de medicamento na farmácia da Policlínica Arnaldo Marques, bem como o restabelecimento da farmácia na USF Vila do SESI; (DSVI e VIII) MUNICIPAL

35. Apoio da Secretaria Estadual de Saúde à estruturação e consolidação de uma assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios ou regiões de saúde, respeitando as diferenças regionais, no modelo Farmácias Vivas e fomento ao desenvolvimento de arranjos produtivos locais e, conseqüentemente, de toda a cadeia produtiva relacionada ao cultivo, manejo, produção,

dispensação e prescrição de fitoterápicos; (DSIII e VII, DSVI e VIII) MUNICIPAL, REGIÃO DE SAÚDE/ESTADO

36. Fomento à produção de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos em laboratórios públicos e/ou abertura de farmácias homeopáticas e fitoterápicas públicas que atendam as demandas epidemiológicas de estados e municípios e apoio à implementação do uso da homeopatia e da fitoterapia nas Unidades de Saúde da Família e em toda a rede de atenção a saúde, a partir de estudos e evidências, em casos de epidemias; (DSIII e VII, DSVI e VIII) MUNICIPAL, ESTADUAL

37. Criação de uma Relação Estadual de Medicamentos Homeopáticos e fitoterápicos a ser ofertados à população por demanda espontânea e de prescrição irrestrita a todos os profissionais de saúde, considerando a demanda epidemiológica e as dinâmicas homeopáticas; fortalecendo o direito ao acesso e aos medicamentos sem efeitos iatrogênicos e ao desenvolvimento do autocuidado a partir do saber homeopático e do resgate da dimensão social da homeopatia respeitando as avaliações científicas e o saber popular; (DSV, DSVI e VIII, DSIII e DSVII) MUNICIPAL

38. Criação de uma relação nacional de medicamentos homeopáticos a ser ofertados à população através da prescrição por profissionais de saúde; (DSV, DSVI e VIII) NACIONAL

39. Fortalecimento da política e das ações de Educação Popular em todas as esferas de governo (DSIII e VII) MUNICIPAL, ESTADUAL NACIONAL

40. Fortalecer e Intensificar as ações de educação em saúde através da vigilância ambiental, de forma integral e sistemática, dos temas que envolvem o controle dos riscos decorrentes do meio ambiente e do consumo, em parceria com outros órgãos municipais; (DSI, DSIV) MUNICIPAL

41. Fortalecimento (ampliação e manutenção periódica) das ações voltadas para o meio ambiente a fim de prevenir as doenças provocadas por animais sinantrópicos priorizando as áreas com maior risco: no entorno de canais, unidades de saúde e programa academia da cidade/ academia da saúde, sob a coordenação da vigilância ambiental; (DSIII e VII) MUNICIPAL

42. Implantação do programa de doença de Chagas na rede municipal garantindo acompanhamento e dispensa de medicamento; (DSI) MUNICIPAL

43. Elaboração de uma Política Nacional e Estadual de controle reprodutivo de cães e gatos; (DSIII e VII) ESTADUAL, NACIONAL

44. Garantia de implantação de uma Política de Saúde do Trabalhador da Secretária de Saúde do Recife com garantia do fortalecimento dos mecanismos de fiscalização das condições de trabalho no setor público e prevenção de riscos à saúde dos trabalhadores; (DSV, DSVI e VIII) MUNICIPAL;

45. Articulação com a Secretaria competente sobre cronograma de limpeza e manutenção dos canais e recolhimento do lixo urbano; (DSIV) MUNICIPAL, ESTADUAL

46. Implementação de ação conjunta da Secretaria de Meio Ambiente, Controle Urbano, Vigilância Ambiental e CBTU quanto à prevenção e intervenção de vetores; (DSVI e VIII) MUNICIPAL E ESTADUAL

47. Reorganização do quantitativo de imóveis cobertos pelos agentes de saúde ambiental e controle de endemias (ASACE) de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Controle da Dengue; (DSIII) MUNICIPAL

48. Fortalecimento da intersectorialidade do planejamento das ações de saúde ambiental e controle de endemias para atender as necessidades de saneamento ambiental e demandas de saúde das comunidades; (DSI) MUNICIPAL, ESTADUAL

49. Implementação de ações junto ao SAMU, visando melhorar a qualidade da assistência e estratégias de cuidados ao paciente em crise psíquica; (DSII) MUNICIPAL

50. Garantia de liberação imediata das macas do SAMU pelos hospitais, a nível municipal e estadual, na Rede de Urgência e Emergência; (DSI) MUNICIPAL, ESTADUAL

51. Fortalecimento, ampliação, implementação e divulgação, de políticas de Saúde do Homem e Política LGBT, Idoso, População Negra, Pessoas com Deficiência; (DSVI e VIII) MUNICIPAL

52. Implantação de linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV e AIDS. (DSVI e VIII) MUNICIPAL

53. Ampliação, implementação da Atenção à Saúde do Homem com garantia do acesso, acompanhamento e tratamento integral na rede de saúde, incluindo exames e especialistas em rede secundária e terciária; e atividades das unidades de saúde em horários diferenciados; (DSI, DSII, DSIII e VII, DSV) MUNICIPAL

- 54.** Implantação de Unidade de Referência para Saúde do Homem; (DSI) MUNICIPAL
- 55.** Formação de grupos de religião de matriz africana para discussão de ações de saúde nos terreiros; (DSI) MUNICIPAL
- 56.** Organização do acesso com ampliação, qualificação e implementação dos mecanismos de referência e contrarreferência da academia da saúde/academia da cidade com os demais serviços da rede da atenção básica e da média complexidade, além da integração com as demais políticas municipais; (DSII, DSIII e VIII, DSIV) MUNICIPAL
- 57.** Ampliação e implantação de novos polos da academia da cidade/academia da saúde tomando como base a necessidade do território e os dados epidemiológicos de doenças crônicas não transmissíveis com inclusão de atividade de hidroginástica e garantia de acessibilidade para todos de acordo com a legislação vigente; (DSI, DII, DSIII e VIII, DSIV, DSV) MUNICIPAL.
- 58.** Implantação de pólos da Academia da Cidade no prédio da antiga Cobal (bairro de Beberibe), no Cais José Estelita e em Dois Unidos; (DSI, DSII); MUNICIPAL
- 59.** Melhoria das condições estruturais no ambiente de trabalho e garantia de abastecimento de insumos e demais recursos necessários (glicosímetro e fitas, materiais de ginástica, de avaliação física e de primeiros socorros) para monitoramento dos usuários da academia da cidade/academia da saúde, em especial para o monitoramento de doenças como diabetes e hipertensão (DSII, DSIV DSIII e VI) MUNICIPAL
- 60.** Sistematização do processo de trabalho do profissional do PAC e PAS com vistas à ampliação do número de atendimento no programa academia da cidade, garantindo recursos humanos por concurso público e insumos necessários para as atividades (material para escritório, limpeza, etc.) (DSIV, DSV, DSIII e VII) MUNICIPAL
- 61.** Instalação de uma unidade do Programa da Academia da Cidade no Prédio Sede da Prefeitura do Recife com estruturas e materiais adequados voltadas a saúde do trabalhador (DSI); MUNICIPAL
- 62.** Fortalecimento da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), ampliando espaços de promoção de saúde, assistência e reabilitação psicossocial com garantia de criação de Centros de Convivência conforme preconiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), portaria 3.088/12 de 2011 e construção de sede própria para os centros de atenção psicossocial (DSI, II); MUNICIPAL
- 63.** Ampliação da Política de Saúde Mental através da ampliação do número de Residência Terapêutica na rede municipal, ampliação e reforma dos CAPS com estrutura que contemple o público adolescente, Implantação de CAPS Infantil 24 na rede municipal (DSII, DSVI e VIII) MUNICIPAL
- 64.** Qualificação e ampliação do acesso de leitos integrais de atenção em saúde mental álcool e outras droga em hospitais gerais para adolescentes e demais usuários da saúde mental e qualificação dos profissionais; (DSI, DSII) ESTADUAL
- 65.** Implementação de CAPS AD adulto no DSI, Celeridade na transformação do CAPS Boa Vista em CAPS 24 horas e transformação dos CAPS transtorno/ad tipo II em tipo III (24 horas); (DSI, DSII) MUNICIPAL
- 66.** Desenvolvimento de projetos em parceria com órgãos governamentais e da sociedade civil para implementação de ações de promoção da inclusão/inserção social de pessoas com transtorno mental/usuário de álcool e outras drogas no mercado de trabalho (em espaços de trabalho protegido); (DSII) MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 67.** Ampliação e garantia do acesso das pessoas com transtornos mentais com atenção integral nos hospitais gerais e obrigatoriedade do cuidado, conforme estabelece a RAPS; (DSII) MUNICIPAL, ESTADUAL
- 68.** Investir na promoção de parcerias e garantir ações intersetoriais para melhorar o acesso e atendimento às necessidades do usuário da rede de saúde mental com as áreas de educação, assistência social e justiça garantindo a segurança de acolhida e rendimentos a pessoa com transtorno mental; (DSII) MUNICIPAL
- 69.** Adequação das equipes dos CAPS de acordo com a RAP através de concurso público, propiciando um aumento do número de profissionais e conseqüente aumento da oferta/unidades (CAPS 24H, CAPS AD, CAPSI), com melhoria do acolhimento nos serviços, contemplando o maior número de pacientes; (DSIII e VII, DSV) MUNICIPAL
- 70.** Qualificação, ampliação/reforma com garantia da manutenção sistemática da estrutura física das unidades de saúde (rede básica, média e alta complexidade) e aquisição/manutenção dos equipamentos, incluindo os da Atenção à Saúde Bucal, e a qualidade dos serviços e materiais utilizados no trabalho dos profissionais, visando garantir a acessibilidade às gestantes, idosos e pessoas com deficiência; garantindo nas unidades de saúde sala para acolhimento e pontos de apoio estruturados para as equipes do NASF, ACS e ACE; propiciando a oferta de serviços, conforme normas vigentes, incluindo polos da Academia da Cidade/Academia da Saúde, CAPS; (DSI,

DSII, DSIII e VII, DSIV, DSV, DSVI E VIII) MUNICIPAL

71. Garantia e ampliação da oferta de transporte social, nas esferas municipal e estadual, adequado às necessidades dos usuários em tratamento, que possuem dificuldade de locomoção e necessitem de traslado saindo do seu território para tratamento continuado, incluindo os pacientes com transtorno mental e pacientes que realizam tratamento de hemodiálise (DSI, DSIII E VII, DSV, DSVI e VIII) MUNICIPAL, ESTADUAL

72. Garantia de serviço de segurança 24 horas nas Unidades de Saúde e nos Polos de Academia da Cidade/academia da saúde; (DS II, DS III e VII) MUNICIPAL

73. Equipar as unidades de forma adequada para operacionalização do sistema de regulação; (DSIV) MUNICIPAL

74. Qualificação do atendimento nas unidades de saúde através da ampliação dos Recursos Humanos; (DSIII e VII) MUNICIPAL

75. Qualificação e fortalecimento do processo trabalho dos (as) ACS e ACE nas comunidades (realização de visitas domiciliares, atividades educativas e acompanhamento dos usuários de acordo com sua linha de cuidado); (DSIII E VII, DSV) MUNICIPAL

76. Transformação dos PACS em ESF, ampliando a cobertura no território; (DSIV) MUNICIPAL

77. Garantia do cumprimento do atendimento das Instituições de Longa Permanência conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica; (DSV) MUNICIPAL, NACIONAL

78. Ampliação do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) para Unidade Tradicional; (DSIV) MUNICIPAL, NACIONAL

79. Implantação de uma Política Nacional com garantia de financiamento para ESF – ferista: para cada 12 ESF: 01 ESF- ferista; (DSVI e VIII) NACIONAL

80. Garantia do funcionamento da sala de vacina no mesmo horário de funcionamento da Unidade de Saúde UBS/USF que estiver inserida; MUNICIPAL

81. Implantação de unidades de saúde em terrenos que sejam de interesse público; (DSVI e VIII) MUNICIPAL

82. Reestruturação da Policlínica Amaury Coutinho (DSII); MUNICÍPIO

83. Reforma e adequação da UBT Monteiro de Moraes às adequações sanitárias RDC 50 no prazo de 2 anos (DSII); MUNICÍPIO

84. Ampliação da climatização para 100% das unidades de saúde da atenção básica, incluindo os polos da academia da cidade/ academia da saúde; (DSII) MUNICIPAL

85. Garantia de transporte para as equipes de CAPS AD e Transtorno para intervenções territoriais e um veículo por Distrito para o PAC/PAS; (DSI, DSIII e VIII) MUNICIPAL

EIXO II - A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

A partir da Constituição de 1988 a participação comunitária ou social ganhou importância na formulação e processo de implementação do SUS, com atribuições no controle, fiscalização e avaliação das ações e serviços de saúde. Foi regulamentada pela Lei nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde, com caráter paritário e representativo.

Dentre as principais atribuições dos Conselhos Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, pode-se elencar, em linhas gerais:

- 1- deliberar sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde juntamente ao respectivo gestor;
- 2- assessorar o Poder Legislativo de cada ente da Federação, quando requisitados, na elaboração e execução do Plano de Saúde;
- 3- acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias quanto a aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, as transferências financeiras Fundo-a-Fundo e demais formas de transferência de recursos para os estado e municípios.;

- 4- avaliar as condições de saúde e a qualidade dos serviços de saúde da população e encaminhar ao Chefe do Poder Executivo, do respectivo ente da Federação, as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;
- 5- avaliar a gestão do SUS trimestralmente e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012, quando da apreciação das contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor;
- 6- receber informação do Ministério da Saúde sobre os recursos previstos para transferência aos Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde e no termo de compromisso de gestão firmado entre os entes da Federação (BRASIL, 2014).

Ao longo desses anos os Conselhos e Conferências de saúde vêm atuando de forma relevante na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas de saúde. Desde a criação dos conselhos e conferências de saúde há exatamente 78 anos, são registrados muitos avanços na participação social e comunitária. Um claro exemplo desse avanço é que, em 2015, estão previstas 15 conferências nacionais em diferentes áreas das políticas públicas. No atual contexto, permeado por constantes mobilizações da sociedade brasileira, o debate sobre o controle social e a participação comunitária se torna imprescindível para avançar na garantia das políticas sociais.

Em maio de 2014, foi editado decreto presidencial para instituir a Política Nacional de Participação Social (Decreto 8.243/2014), vinculada a Secretaria Geral da Presidência da República (SG-PR), que tem como uma das diretrizes consolidar a participação social como método de governo. O decreto tem como objetivos promover a articulação das instâncias e dos mecanismos de participação social; aprimorar a relação do governo federal com a sociedade civil, respeitando a autonomia das partes; consolidar mecanismos de participação social nas políticas e programas do governo federal; desenvolver mecanismos de participação social nas etapas do ciclo de planejamento e orçamento (BRASIL, 2014; QUIRINO, 2014)

Para isso, o decreto propõe estratégias como o desenvolvimento de metodologias que incorporem múltiplas formas de expressão e linguagens de participação social, por meio da internet, com a adoção de tecnologias livres de comunicação e informação; a participação social acessível aos grupos sociais historicamente excluídos e aos vulneráveis; o incentivo às ações e programas de apoio institucional, formação e qualificação em participação social para agentes públicos e sociedade civil. Também propõe a instituição de diversas instâncias de consultas como fóruns interconselhos, comissões de políticas públicas; mesas de diálogos, consulta pública e instituição de ambiente virtual de participação social (BRASIL, 2014)

No entanto, recentemente o decreto teve seus efeitos suspensos por um projeto da Câmara dos Deputados. São notórios os ataques de parlamentares as propostas de ampliação da participação comunitária previstas na atual Política Nacional de Participação Social. Vários dos argumentos apresentados revelam as velhas ideias de que é exclusividade de especialistas, sem mandato eletivo, o papel de assessorar os governos na gestão, planejamento, uso dos recursos financeiros do Estado e na definição de políticas públicas. Consideram que a relação entre Executivo e Legislativo é suficiente para traduzir os anseios de uma sociedade multifacetada e com sérias dificuldades de representação parlamentar como a nossa. Esses parlamentares alegam inconstitucionalidade, por entender que o decreto contraria o parágrafo primeiro da Carta, que diz todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente.

Embora as estruturas de participação popular criadas pelo decreto não tenham poder decisório, mas propositivo, representam um espaço de poder de representantes do povo. Ademais, ao definir o conceito de “sociedade civil”, o decreto abre a possibilidade de representantes de associações empresariais e ONGs participarem igualmente, ampliando e democratizando a participação dos diferentes grupos da sociedade.

A ampliação da participação popular nos processos de decisão governamental é, em verdade, um caminho a ser percorrido para a consolidação de uma política permanente de governo e não apenas de um mandato presidencial. Essa é uma proposta de centrais sindicais e dos movimentos sociais que vem ganhando respaldo a partir das manifestações de junho de 2013. A regulamentação da

Política Nacional de Participação Social é resultado da necessidade de diminuir as lacunas, às vezes abismos, entre a vontade do povo e as decisões oficiais. Representa um passo rumo a maiores mudanças, como a reforma política e tributária, que, aliás, merecem ser definidas a partir da convocação de uma constituinte exclusiva e soberana.

No âmbito do SUS, os desafios impostos pelas relações público-privadas, permeadas pelas constantes ofensivas do mercado de planos e seguros privados de saúde, tem demandado grandes desafios aos conselheiros e demais comunitários na defesa do seu caráter público. Por isso, cada vez mais é necessário construir instâncias de controle social independentes, que representem os vários setores da sociedade, com formação política e capacidade deliberativa. Nesse sentido, torna-se urgente a criação de uma eficiente e democrática rede de informação e comunicação ao cidadão e a criação de espaços de participação que possa agregar novas forças políticas, capazes de acolher as distintas reivindicações dos movimentos sociais e interesses da sociedade. E mais, é urgente trazer o cidadão para os espaços de participação e controle social como ator fundamental na reivindicação pelo direito à saúde. As constantes reivindicações nos movimentos que ocuparam as ruas nos últimos dois anos precisam também ter correspondência nas instancias de controle social, angariando poder político para direcionar os rumos das políticas públicas de saúde.

QUESTÃO PARA DEBATE

Qual o papel exercido pela população nos processos eleitorais e como contribuir para eleger os planos de governos que defendam os interesses das comunidades?

PROPOSTAS

1. Formação imediata de Comissão de Educação Permanente e realização de curso de qualificação dos conselheiros de saúde em todos os níveis (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
2. Garantia de capacitações e educação permanente para os conselheiros municipais, distritais e de unidades de saúde, com vistas ao acesso aos conhecimentos técnicos e formação necessária a defesa do SUS (DSVI e VIII); MUNICIPAL
3. Formação continuada das entidades sociais que militam na política de saúde com vistas à qualificação técnica e formação política necessária a defesa do SUS (DSII, DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
4. Garantia de recurso federal direcionado e exclusivo para Comissão de Educação Permanente dos Conselhos de Saúde em todos os níveis (DSI); NACIONAL Criação de comissão permanente em todos os conselhos de saúde para acompanhar semestralmente as deliberações das Conferências de Saúde (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
5. Formação no campo da participação social e políticas públicas para setores da educação, saúde, associações de moradores, clubes de mães e ligas (DSV); NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL
6. Formação continuada dos membros dos conselhos de saúde com vistas ao desenvolvimento de um controle social mais efetivo no monitoramento das ações e serviços de saúde e com maior conhecimento dos problemas de saúde dos usuários (DSIII e VII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
7. Participação dos conselhos de saúde na elaboração do Plano de Saúde, a partir das deliberações das conferências (DSII; DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
8. Ampliação da divulgação das deliberações da conferência municipal de saúde para todos os movimentos sociais para fortalecer o controle social (DSIV; DSVI e VIII); MUNICIPAL, NACIONAL E ESTADUAL
9. Garantia do acompanhamento e do controle do cumprimento das deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde nas políticas de saúde e estabelecer mecanismos para responsabilizar os gestores que não cumprirem tais deliberações (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL NACIONAL
10. Garantia da publicidade e efetivação dos mecanismos de controle social (Conferências de Saúde, Recife-participa, Conselhos de

saúde e de unidades, Ouvidoria), com responsabilização dos gestores vigentes (DSV); MUNICÍPIO

- 11.** Realização de eventos preparatórios para a conferência de saúde focando na temática do controle social e aprofundando o tema das conferências (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 12.** Garantia de que as moções das conferências sejam discutidas e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e outros envolvidos (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 13.** Inclusão da educação popular em saúde nos grupos esportivos (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 14.** Fortalecimento da educação popular em saúde por meio da formação de multiplicadores, através de grupos existentes na comunidade, no intuito de fortalecer o empoderamento do controle social das gerações vindouras (DSIII e VII); MUNICIPAL ESTADUAL E NACIONAL
- 15.** Articulação dos conselhos de saúde (Municipal, Distritais e de Unidades) com os conselhos de educação para incluir temas sobre SUS e Controle Social no ensino fundamental e médio (DSI; DSII; DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 16.** Articulação dos conselhos de saúde, em todos os âmbitos, com os demais conselhos, visando fortalecer a intersectorialidade nas discussões e propostas sobre controle social e SUS (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 17.** Garantia da discussão dos planos de governo/agenda de saúde dos candidatos a prefeitos, governadores e presidentes durante o processo eleitoral (DSI; DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 18.** Garantia de que os candidatos municipais (vereadores, prefeitos) e ao governo do estado participem de reuniões do pleno apresentando suas propostas aos Conselhos de Saúde (DSV); MUNICIPAL E ESTADUAL
- 19.** Garantia de que o Conselho Nacional de Saúde rediscuta o Decreto 8.243/2014 que institui a Política Nacional de Participação Social (DSI); NACIONAL
- 20.** Aprovação do decreto 8.243/2014, garantindo a política nacional de participação social (DSIV; DSVI e VIII); NACIONAL
- 21.** Garantia de que o Conselho Municipal de Saúde realize fóruns abertos em todas as RPA do Município (DSI); MUNICIPAL
- 22.** Garantia de que o Conselho Municipal de Saúde realize fóruns abertos em todas as comunidades (DSII; DSVI e VIII); MUNICIPAL
- 23.** Garantia de mecanismos de diálogo permanente com as representações populares na condução das políticas de saúde, estimulando a participação efetiva da comunidade articulada com os conselhos distritais, municipal e de unidade (DSV); MUNICIPAL
- 24.** Garantia de que as eleições dos Conselhos de Saúde não sejam realizadas no formato de chapas (DSI); MUNICIPAL
- 25.** Garantia da dotação orçamentária para os Conselhos Distritais e de Unidades (DSI); MUNICIPAL
- 26.** Fortalecimento do controle social em todas as instâncias federativas através do incentivo a participação dos (as) jovens nos fóruns e demais instâncias de controle social no SUS (DSII, DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 27.** Implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) na rede Municipal e Estadual de Educação com objetivo de formar jovens multiplicadores e ampliar a participação dos jovens em instâncias de controle social (DSIII e VII e DSV); ESTADUAL E MUNICIPAL
- 28.** Articulação entre a saúde e a educação para potencializar as ações e investimentos dirigidos aos jovens (DSIV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 29.** Incentivo a representação e participação dos diversos segmentos sociais, movimentos populares e grupos sociais historicamente excluídos e vulneráveis nos conselhos de saúde, para além das conferências de saúde (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 30.** Respeito a participação social de grupos sociais historicamente excluídos e de vulneráveis (população negra, população LGBT, religiões de matriz africana, pessoas com deficiência, pessoas idosas, população indígena, entre outros) (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 31.** Fortalecimento dos conselhos de unidades, distritais, municipais, estaduais e nacional de saúde por meio da criação de canais de comunicação e espaços de discussões, sobre temas relevantes de saúde (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 32.** Garantia da apresentação dos resultados das auditorias realizadas nas unidades de saúde para o conselho municipal e para os conselhos distritais, garantindo monitoramento sistemático, possibilitando o maior conhecimento acerca dos problemas de saúde e retorno das soluções no âmbito municipal (DSII; DSVI e VIII); MUNICIPAL
- 33.** Controle social mais efetivo no monitoramento sistemático das ações nos serviços de saúde, possibilitando o maior conhecimento dos problemas de saúde dos(as) usuários(as), com retorno para estes(as) em até 20 dias (DSII; DSV); MUNICIPAL

- 34.** Divulgação do relatório final das conferências de saúde no prazo de 60 dias para todos os delegados, unidades de saúde e publicação no site oficial da Prefeitura, Estado e União (DSIII e VII; DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 35.** Garantia de que o conselho nacional, estadual e municipal divulgue, em até 60 dias de antecedência, o documento orientador das Conferências de Saúde (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 36.** Incentivo a participação da comunidade nas reuniões dos conselhos das Unidades de Saúde (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 37.** Participação dos Conselhos Municipais de Saúde nas etapas do ciclo de planejamento e orçamento com transparência (DSII; DSV); MUNICIPAL
- 38.** Ampliação da divulgação dos mecanismos de participação social nas etapas do ciclo de planejamento e orçamento (DSIV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 39.** Implementação de ações que possam fortalecer a capacitação dos conselheiros de unidades, distritais, municipais, estaduais e nacional de saúde a cada novo mandato (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 40.** Criação de um fórum permanente de discussão com temas ligados a saúde que envolva toda a sociedade, mediado pelos conselhos distritais e municipal (DSIII e VII); MUNICIPAL
- 41.** Realização de eleição direta de representantes dos(as) usuários(as), por RPA, para o Conselho Distrital e Municipal, conforme normas vigentes até 2005, ficando vetada a participação de um mesmo conselheiro em conselhos distintos, com previsão de punição, com perda do assento no referido conselho, em caso de comprovação (DSIII e VII); MUNICIPAL
- 42.** Proibição da participação de conselheiro de saúde em distintos conselhos, com previsão de punição, com perda do assento no referido conselho, em caso de comprovação (DSIII e VII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 43.** Criação dos instrumentos de divulgação de massa informando sobre o calendário e pauta das reuniões administrativas das Unidades de Saúde da Família (DSIII e VII); MUNICIPAL, NACIONAL E ESTADUAL
- 44.** Divulgação através dos veículos de comunicação de massa das ações de controle social, tais como: conferências em todos os níveis, eleição de conselhos e fóruns de discussões (DSIII e VII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 45.** Fortalecimento da rede intersetorial de conselhos do controle social (DSIII e VII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 46.** Estimulo dos conselhos (local, distrital e municipal) para fortalecer a articulação entre as lideranças comunitárias, ACS's, Conselho da Criança e Adolescente (CONDICA), Conselho Tutelar e movimento estudantil (DSIV); MUNICIPAL
- 47.** Ampliação da divulgação dos prazos dos mandatos dos conselheiros municipais de saúde possibilitando uma renovação de pessoas no conselho (DSIV); MUNICIPAL
- 48.** Garantia do direito de reeleição dos membros dos conselhos de saúde nas três esferas de governo, a cada mandato (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 49.** Disponibilização das condições adequadas de estrutura para funcionamento dos conselhos distritais (DSIV); MUNICIPAL
- 50.** Ampliação da vigilância do cidadão às ações do Estado objetivando o bem comum e contra a prevalência dos interesses privados (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 51.** Ampliação da participação da população nos processos decisórios, colocando seus interesses, respeitando as deliberações das conferências de saúde e influenciando as ações dos governos. (DSV) MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 52.** Participação da sociedade civil nos Conselhos enquanto cidadão independente de vínculo com qualquer instituição ou organização (DS V); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 53.** Desenvolvimento de estratégias para ampliar a representação/participação dos diversos segmentos sociais e movimentos populares nos conselhos de saúde, conferências de saúde e outras formas de participação (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 54.** Sensibilização e estímulo à participação dos trabalhadores de saúde, nas conferências de saúde (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 55.** Participação dos conselhos distritais, municipais, estaduais e nacional na elaboração dos documentos base das conferências de saúde (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 56.** Inserção dos Conselhos Municipais de saúde nos conjuntos habitacionais do Programa Minha Casa Minha Vida (DSV); MUNICIPAL,

ESTADUAL E NACIONAL Ampliação da representação de populares nos fóruns de lutas nos bairros, vilas, favelas, conselhos de saúde Estadual, Municipais e Distritais (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

57. Implantação dos conselhos em todas as unidades e incentivo a realização das reuniões das unidades de saúde com a comunidade (DSV; DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

58. Garantia da participação de pelo menos de 01 (um) membro do conselho municipal nas reuniões distritais e da participação de 01 (um) membro do conselho distrital nas reuniões dos conselhos de unidades de saúde (DSV); MUNICIPAL

59. Reafirmar a instituição dos conselhos de saúde locais em unidades básicas de saúde, policlínicas, CAPS e USF com três ou mais equipes no âmbito municipal e estadual (DSVI e VIII); MUNICÍPIO E ESTADO

60. Implementação da participação comunitária em todos os âmbitos do SUS considerando as especificidades de cada região de saúde (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

61. Desenvolver estratégias de participação das instâncias de Controle social a nível das regiões de saúde, de forma articulada com os conselhos estaduais e municipais de saúde (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

62. Incentivo as formas de participação da sociedade civil na gestão do SUS e defesa dos interesses coletivos nas definições dos gastos e das ações do Estado (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

63. Incentivo a construção de propostas viáveis na condução das políticas de saúde (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

64. Ampliação da divulgação nas comunidades acerca dos processos eleitorais dos conselhos, das conferências de saúde e das eleições dos conselhos de unidades de saúde (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

65. Garantia da implantação dos conselhos de unidade de saúde em todos os equipamentos de saúde até 2016 (DSII); MUNICIPAL
Implantação dos conselhos nas Unidades de Saúde (DS VI VIII) MUNICIPAL ESTADUAL E NACIONAL

66. Incentivo a organização e participação da sociedade fortalecendo o estado democrático, assim garantindo seus direitos preconizados na constituição federal (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

67. Garantia da autonomia dos segmentos (trabalhadores e usuários), evitando qualquer submissão aos governos (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

68. Respeito às denúncias apresentadas a ouvidoria e que haja um retorno ágil aos usuários (as) com a participação e discussão dos casos, junto aos conselhos de saúde (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

69. Garantia da instalação e ampla divulgação de caixas de sugestões e denúncia em todas as unidades de saúde do Recife, através da ouvidoria (DSVI e VIII); MUNICIPAL

70. Fortalecimento da ouvidoria municipal e do Conselho Municipal de Saúde; (DS IV) MUNICIPAL

71. Garantia de infraestrutura (equipamentos, insumos e recursos humanos) para o pleno funcionamento dos Conselhos Distritais e Conselhos de Unidades (DSVI e VIII); MUNICIPAL

72. Garantia de uma plenária anual dos conselheiros municipais, distritais e de unidades (DSVI e VIII); MUNICIPAL

73. Garantia de diálogo com sindicatos e conselhos de classe dos trabalhadores de saúde com o intuito de sensibilizar e fortalecer a participação desses atores em todos os espaços de controle social e conferências de saúde (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

74. Ampliação da divulgação das plenárias microrregionais da conferência Municipal de saúde, mediante pactuação entre o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Distritais (DSVI e VIII); MUNICIPAL

75. Instituição de conselhos gestores em todas as Unidades Básicas Tradicionais; (DS IV) MUNICIPAL

76. Implantação dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde; (DS V) MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

77. Implantação de conselhos nas Unidades de Saúde; (DS VI e VIII) MUNICIPAL

78. Instituir assessoria contábil, jurídica e de engenharia para os conselhos de saúde (DSII); MUNICIPAL

79. Garantia de estrutura física para os Conselhos Distritais de Saúde, capacitar os conselheiros sobre diversos temas relacionados à saúde, estruturar uma ouvidoria direcionada ao Conselho e fortalecer a participação dos conselheiros nos espaços de discussão municipais em saúde (DSIII E VII); MUNICIPAL

- 80.** Garantia de estrutura dos Conselhos de Unidades Básicas de Saúde e dos Conselhos Distritais, em cada gestão vigente (DSV); MUNICIPAL
- 81.** Apoiar a Secretaria Estadual de Saúde na criação, implementação, suporte e promoção dos conselhos regionais nas doze regiões de saúde do estado de Pernambuco (DSIII, DSIV, DSV, DSVI, DSVII E VIII); REGIÃO DE SAÚDE/ESTADUAL
- 82.** Garantia de recursos financeiros para investimento das políticas públicas junto ao Controle Social; (DSV) NACIONAL
- 83.** Fortalecimento dos espaços de cogestão como estratégia de consolidação social do SUS; (DSV) NACIONAL
- 84.** Instituição de Conselhos deliberativos, propositivos e fiscalizadores em todos os espaços de gestão pública; (DSV) NACIONAL
- 85.** Criação de mecanismos para que o CMS deixe de ser dúbio em suas propostas e ações, principalmente no que se refere a atuação dos conselheiros eleitos pelos movimentos sociais; (DSVI e VIII) MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

EIXO III - VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A partir da Constituição de 1988 foi instituída a obrigatoriedade do concurso público para fins de provimento dos cargos em todas as instituições da administração pública, sob a égide de um regime unificado de trabalho e admitidos os direitos de greve e o de livre organização sindical. Em contrapartida, na de 1990, com o Plano de Reforma Administrativa do Estado foi desencadeado um processo mudança na estrutura administrativa e reguladora do Estado, a partir do qual foram estabelecidas novas normas jurídicas para o trabalho no setor público e determinados novos formatos às instituições com as quais o Estado pode se associar para cumprir seus objetivos de promoção de bem-estar.

Naquele contexto surgiram várias medidas regulamentadoras do trabalho na administração pública: a demissibilidade do servidor por insuficiência de desempenho, avaliada pela chefia; a demissibilidade do servidor por excesso de quadro na esfera de governo correspondente; os incentivos à demissão voluntária através de planos específicos; a criação e melhoria de carreiras do núcleo central de gestão do Estado; aprovação do vínculo de emprego público, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com trabalhadores admitidos por meio de seleção pública; estágio probatório de três anos para qualquer servidor ou empregado admitido, com avaliação de desempenho como requisito para sua efetivação no cargo e a criação da figura da Organização Social (OS), entidade com a qual o Estado pode estabelecer contratos de gestão para efetuar parte de suas ações no campo social (FRANCESE, 2011; PEREIRA, 2010; TEIXEIRA, MATOS, 2011)

A proposta de Reforma de Estado no Brasil, fundamentou-se a partir de duas diretrizes centrais: o ajuste fiscal e as mudanças institucionais. Tais propostas implicaram em importantes mudanças no campo da gestão do trabalho. O ajuste fiscal deveria contribuir para diminuir os gastos públicos e reduzir o tamanho do Estado. Desse modo, a privatização foi utilizada para transferir à iniciativa privada atividades econômicas antes realizadas pelo Estado. Desde então, foram criadas as bases legais para a inserção do chamado terceiro setor, organizações privadas de utilidade pública, com origem na sociedade civil (Organizações Sociais- OS; Organização da Sociedade Civil de Interesse Público-OSCIPI, Organização Não Governamental-ONG) na prestação dos então denominados serviços públicos não exclusivos (FRANZECE, 2011; CONASS, 2012)

Juntamente ao ajuste fiscal, foram realizadas mudanças institucionais voltadas à busca de maior eficiência nas atividades do Estado. Essas estratégias sugeriram um novo paradigma gerencial que flexibiliza as formas tradicionais de controle burocrático, oferecendo maior autonomia às organizações na gestão dos seus processos, em troca de maior controle por resultados.

Ainda como parte da política de ajuste, o governo federal aprovou a Lei de Responsabilidade Fiscal que, de fato, contribui para restringir a possibilidade de endividamento público. A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), promulgada em 2000, tenta impor o controle dos gastos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, condicionado à capacidade de arrecadação de tributos desses entes políticos.

A lei obriga que as finanças sejam apresentadas detalhadamente aos Tribunais de Contas que podem aprovar as contas ou não. Essa medida foi importante para evitar que os gestores promovam obras de grande porte no final de seus mandatos, deixando a conta para seus sucessores. A LRF também promoveu a transparência dos gastos públicos. Outra medida central foi à ampliação da carga tributária, mediante o aumento da arrecadação baseada em contribuições sociais (FRANCESE, 2011; BRASIL, 2000).

Todavia essas medidas também implicaram em várias dificuldades para a expansão da força de trabalho na administração pública, o que seria uma condição indispensável ao cumprimento da missão do SUS nas esferas estaduais e municipais. A partir dos anos 1990 a gestão do SUS passou a regular as relações de trabalho de acordo com as normas constitucionais recém-promulgadas. Nesse contexto, foram criadas as condições para a contratação de trabalhadores da saúde não pertencentes ao quadro de servidores próprios, ampliando-se as contratações por meio das de Organizações Sociais, OSCIPs e outras formas de terceirização dos serviços de saúde.

Ao mesmo tempo em que o processo de descentralização do SUS promoveu uma importante expansão de trabalhadores, principalmente na esfera municipal, diversificaram-se as formas de contratação (servidor estatutário, celetista, contratos temporários, cargos comissionados, terceirizados, cooperados, contratos de gestão). Ainda que a partir de 2002, seja possível registrar esforços no sentido de retomar estoque de servidores ativos e a instituição dos mecanismos de negociação coletiva (ou seja, as chamadas mesas nacionais, que funcionam junto ao Ministério do Planejamento), as medidas de regularização das relações de trabalho no âmbito federal estão associadas, as intervenções do Ministério Público que resultaram sobre tudo da luta dos trabalhadores.

A valorização do trabalho no SUS passa então pela defesa dos direitos conquistados em 1988 e por uma gestão do trabalho que garanta relações e condições de trabalho e formação condizentes com os princípios do SUS, que promova os direitos do cidadão. São muitos os problemas geralmente apontados no âmbito do SUS, podemos, no entanto, citar alguns, não desconsiderando outras questões importantes. São recorrentes as denúncias de vínculos irregulares, escassez de médicos para o SUS na maior parte das regiões brasileiras; o multiemprego; as precárias condições de trabalho; a desarticulação do trabalho multiprofissional nos serviços de saúde para o atendimento das necessidades de saúde da população; a formação centrada em procedimentos e precária integração com o SUS.

O trabalho na saúde tem especificidades que os distinguem dos demais serviços, sua produção está voltada para a manutenção e recuperação da saúde e defesa da vida de pessoas. Nesse sentido, a dignidade do trabalho no SUS não pode estar desarticulada dos princípios éticos do SUS e não pode afastar-se da necessidade de ofertar um serviço de qualidade e humanizado. Para isso, para além da defesa das relações e condições de trabalho e da qualidade da formação profissional, urge tratar de estratégias que possam incentivar os bons profissionais. O modelo de gestão do trabalho tem que, antes de tudo, ser um fomentador de estratégias da criatividade, da auto-estima, da ética, do profissionalismo comprometido com a consolidação do SUS. O compromisso com a humanização da atenção precisa estar no centro das atenções, não apenas como um princípio relegado as normas garantidas por portarias e leis, mas cada vez mais inseridas nos mecanismos de incentivo as boas práticas profissionais.

Outro campo de atuação que tem interface com as práticas de gestão do trabalho são as atividades de educação em saúde. Referem-se as práticas de ensino e aprendizagem, estando diretamente vinculadas à formação dos trabalhadores e as práticas educativas que desenvolvem junto à população.

As ações educativas em saúde são comumente definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para sua resolução (Maciel, 2009).. É um campo de intervenção que amplia as práticas em saúde, promovendo protagonismo dos sujeitos na promoção e manutenção da saúde individual e coletiva. Por isso mesmo, constituem-se em práticas necessárias para promover a integralidade da atenção à saúde.

Para responder as necessidades do SUS, as práticas de educação em saúde devem não apenas compor os currículos escolares mas ser trabalhada enquanto prática pedagógica que podem satisfazer as necessidades de saúde da população, preservando a sua autonomia, valorizando o seu saber e buscando uma melhoria na sua qualidade de vida.

Desde a criação do SUS, foram ampliados vários programas de formação dos trabalhadores com vistas a reorientar as estratégias e os modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, provocando mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Dentre eles destacam-se: os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família; o fomento as novas metodologias de ensino e de capacitação em serviço na graduação; os cursos de Especialização em Serviço de Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde da Família; o incentivo às mudanças curriculares nos cursos de graduação em Medicina (Promed); o programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); o programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae); a Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde; a Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; os Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público além do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (BRASIL, 2011; CONASS, 2015).

Esses programas vem contribuindo para a aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS, porém, é importante destacar que continuaram trabalhando de forma desarticulada ou fragmentada e tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras. São várias as dificuldades para sua operacionalização, entre elas, a falta de informação/comunicação sobre o processo entre os gestores das três esferas e o aparelho formador; ausência de critérios pactuados para avaliar projetos e ausência de propostas e medidas para monitorar e avaliar o processo.

O fortalecimento das práticas de educação é uma daqueles antigos desafios que compoem a agenda em defesa do SUS. É indispensável para desenvolver novas competências que promovam a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho na busca de soluções compartilhadas para produzir mudanças efetivas no SUS. Reinventar e fortalecer essa prática é um desafio permanente na consolidação do SUS.

QUESTÃO PARA DEBATE:

Necessidade de criação do cargo de Atendente Farmacêutico na rede municipal.

PROPOSTAS:

1. Garantia da recomposição imediata das ENASF e do cumprimento da Portaria 3.124/12, com vistas à expansão e recomposição das ENASF, ampliando o número de vagas, através da aprovação de projeto de lei na Câmara dos Vereadores e nomeando os profissionais de saúde que passaram no concurso vigente/12, garantindo 100% da cobertura das ESF no município; (DSI; DSII; DSV; DSVI/VIII); MUNICIPAL
2. Reprodução do curso de apoio matricial na Atenção Básica com ênfase nas ENASF tendo o apoio da Escola de Saúde Pública do Estado/PE e da Escola de Saúde do Recife para todos os profissionais do NASF; (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL
3. Implantar a Escola de Saúde Pública do Recife e implementar a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde com base nas necessidades dos usuários, trabalhadores e gestores do SUS Recife; (DSI; DSII); MUNICIPAL
4. Aumentar os recursos para financiamento da Escola Estadual de Saúde Pública; (DSV); ESTADUAL
5. Institucionalizar as escolas de saúde pública municipais nas cidades de grande porte; (DSV); ESTADUAL
6. Consolidação e ampliação do Programa Mais Médicos como política de Estado, garantindo o profissional no território, aumentando assim a cobertura da população, visando o fortalecimento do SUS (DSII; DSIII/VII; DSIV; DSV; DSVI/VIII); NACIONAL

- 7.** Contratar mais profissionais de Saúde (Médicos) através da criação de uma política municipal com base no Programa Mais Médicos (DSII, DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 8.** Realizar diagnóstico do perfil dos trabalhadores do SUS e implantação de sistema de informação sobre a força de trabalho no SUS; (DSII; DSVI); MUNICIPAL
- 9.** Implementação do PCCDV alinhado com as prioridades do município; (DSII; DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 10.** Efetivar o plano de cargos e carreiras para profissionais de saúde/SUS como um caminho para reconhecimento do profissional e melhoria da qualidade do serviço ofertado com garantia da progressão por mérito destes profissionais (DSIV, DSIII/VII); MUNICIPAL
- 11.** Revisão da lei de insalubridade contemplando todos os profissionais de saúde (incluindo o NASF) e buscar celeridade no processo de sua implantação (DSI; DSII; DSVI/VII); MUNICIPAL
- 12.** Criar na estrutura do SUS instâncias responsáveis por conduzir processos administrativos, disciplinares na perspectiva de dar celeridade e qualidade na resolução dos conflitos (DSVI); MUNICIPAL/ESTADUAL/NACIONAL
- 13.** Regulamentar, monitorar e avaliar os procedimentos de mobilidade de pessoas na SESAU (lotação, remanejamento, processos seletivos internos, transferências, cessão, etc.) de forma transparente através da criação de um portal próprio de saúde (DSI); MUNICIPAL
- 14.** Implementar e fortalecer o programa de apoio ao servidor a partir dos pressupostos da política de humanização (DSIII); MUNICIPAL
- 15.** Fortalecer os mecanismos de avaliação e de apuração de responsabilidade e desligamento do servidor público da saúde nos diversos níveis de atenção, de acordo com a legislação vigente (DSI, DSII;DSIII); MUNICIPAL
- 16.** Estruturar e garantir um processo de avaliações permanentes e continuadas de maior veracidade no processo de ingresso dos servidores do Recife e avaliação contínua do seu desempenho, não ficando essa avaliação restrita ao estágio probatório (DSII, DSVI); MUNICIPAL
- 17.** Criar dispositivo de captação e avaliação do processo de trabalho para reconhecimento profissional e incentivo financeiro (DSIV); MUNICIPAL
- 18.** Implementação de um sistema de monitoramento das ações dos agentes comunitário de saúde, por meio eletrônico (DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 19.** Garantia de um sistema eficaz e sistemático de monitoramento dos servidores públicos, visando à qualidade do atendimento (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL
- 20.** Apoiar os municípios na implantação de dispositivos gerenciais que permitam e garantam o cumprimento dos direitos trabalhistas dos servidores da saúde e melhoria das condições de trabalho e remuneração (DSII;DSVI/VIII); ESTADUAL
- 21.** Fortalecer os mecanismos de fiscalização das condições de trabalho no setor público, prevenindo e corrigindo as demandas encontradas, garantindo celeridade (DSIV); MUNICIPAL
- 22.** Implantação de ponto eletrônico para os servidores público/unidades de saúde com biometria e prazo de até 02 (dois) para implantação município (DSII); MUNICIPAL
- 23.** Garantia das condições de trabalho para os profissionais de saúde da atenção básica (NASF, SAD, ESF, NAPI, dentre outras), como: colete, jaleco, crachá de identificação, transporte, material de trabalho e ponto de apoio; (DSI; DSII, DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 24.** Garantia do fardamento diferenciado (masculino/feminino) completo (calças, camisas e calçados) e EPIs de boa qualidade para ACS e ASASCE (DSIV); MUNICIPAL
- 25.** Reavaliar a portaria nº 963, de 27/05/2013, no que diz respeito aos critérios de inclusão, considerando a defasagem do número de profissionais por equipe (DSIII/VII); MUNICIPAL
- 26.** Convocar de imediato, dentistas para ocupar equipes odontológicas ociosas existentes na rede municipal (DS VI/VIII); MUNICIPAL
- 27.** Garantir Recursos Humanos com a qualificação técnica necessária ao desempenho de suas funções e materiais para as atividades terapêuticas e área administrativa das unidades de saúde (DSIII/DSVII; DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 28.** Fortalecer a rede materno-infantil com a inserção de profissionais médicos (ginecologistas) e enfermeiros assim como recompor estes profissionais nas unidades de saúde possibilitando também a expansão das Upinhas/USF (DSIV); MUNICIPAL
- 29.** Ampliação do quadro de profissionais efetivos da Vigilância em Saúde (DSI); MUNICIPAL
- 30.** Ampliação das equipes e equiparação da frota do SAMU (DSI); MUNICIPAL

- 31.** Seguir a Portaria 130 como parâmetro para definir o quantitativo de profissionais dos CAPS (a cada 40 usuários 05 profissionais: Terapeuta ocupacional, Psicólogo, Assistente Social, médico Psiquiatra e Enfermeiro) além de garantir a contratação de outros profissionais para estes serviços como: profissionais de educação física, oficinairos(as) e acompanhantes terapêuticos para atividades de ressocialização (DSI, DSIII, DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 32.** Garantir a recomposição das equipes existentes, a ampliação e a qualificação dos serviços de atenção à saúde, incluindo a expansão para áreas descobertas da Estratégia de Saúde da Família e Academia da Saúde com contratação de profissionais por concurso público além da criação de uma equipe multidisciplinar de retaguarda para atendimento dos PACS (DSIV, DSI/DSII DSVI/DSVIII); MUNICIPAL
- 33.** Contratação e capacitação de operadores exclusivos para o SISREG através de concurso público (DSIV); MUNICIPAL
- 34.** Realização de concurso público para reposição e ampliação do quadro da atenção básica incluindo profissionais que compõe o programa academia da cidade, (DSII; DSIII, DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 35.** Garantir o funcionamento de Serviço Social nas Policlínicas e Maternidades durante 24h (DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 36.** Garantia de contratação de profissionais de saúde feristas para as Unidades Básicas/Unidades de Saúde da Família, contemplando os diversos cargos da saúde com incentivo de recurso federal, sendo uma equipe ferista para cada 12 ESF (DSI; DSII; DSV;DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 37.** Garantir a recomposição dos profissionais dos serviços de saúde (assistência e vigilância) e profissionais feristas, através da nomeação de concurso e/ou contratação por processo seletivo, em consonância com a legislação vigente (DSIII/VII); MUNICIPAL
- 38.** Criação de vagas em concurso público para seleção de profissionais especializados em práticas integrativas e complementares, como acupuntura e homeopatia (DSV); MUNICIPAL
- 39.** Garantir a formação de profissionais de saúde da rede pública, em Práticas Integrativas e Complementares como mais um recurso terapêutico e fomentar o uso dos espaços especializados em PIC como campo de prática para a formação de profissionais de saúde no SUS, garantindo a pluralização de práticas terapêuticas na rede de atenção à saúde (DSI;DSIII/VII;DSV); MUNICIPAL/ESTADUAL
- 40.** Inclusão de estudo das Práticas Integrativas e Complementares no currículo das Residências Multiprofissionais de Saúde e nos cursos de gestão na saúde pública, no intuito de gerar continuidade e sustentabilidade para a Política de Práticas Integrativas e Complementares (DSI; DSIII/VII; DSV); MUNICIPAL/ESTADUAL
- 41.** Criar diretrizes nacionais e criar/promover cursos de formação em Práticas Integrativas e Complementares por meio das iniciativas federais, estaduais e municipais com ênfase nas Escolas de Saúde Pública (DSI, DSIII/VII, DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL,NACIONAL
- 42.** Incluir no processo de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica a possibilidade do uso de recursos terapêuticos das práticas integrativas em suas agendas de trabalho (DSI; DSIII/VII); MUNICIPAL
- 43.** Nomear as gerencias operacionais das unidades de cuidados integrais em saúde de acordo com criterios técnicos da coordenação da Política Municipal de Práticas Integrativas (DSI); MUNICIPAL
- 44.** Fortalecimento das ações de Educação Popular em saúde nas USF e no PSA visando o empoderamento social/comunitário dos profissionais e usuarios do município (DSI; DSV); MUNICIPAL
- 45.** Qualificar o processo de trabalho dos ACS e ASACES dando ênfase às ações de Educação Popular em Saúde (DSI); MUNICIPAL
- 46.** Criar as coordenações municipal e estadual, além dos Comitês de Educação Popular em saúde (DSIII/VII) MUNICIPAL, ESTADUAL
- 47.** Garantia de que as atividades de Educação em saúde e qualificação do servidor estejam previstas na programação anual de saúde (DSIV); MUNICIPAL
- 48.** Realizar seminários regionais que discutam com a população o tema Lei de Responsabilidade Fiscal e sua relação com a gestão de trabalho e educação em saúde (DSV); MUNICIPAL
- 49.** Implantação do observatório de estudos e pesquisas em gestão do trabalho e educação na saúde (DSII; DSVI/VIII) MUNICIPAL
- 50.** Instituir a obrigatoriedade de curso introdutório para todos os profissionais que adentrarem na Secretaria de Saúde, contemplando desde o atendimento ao usuário até enfoques específicos de sua área de atuação (DSI); MUNICIPAL
- 51.** Instituir plano de capacitação específica para gestores, profissionais e todo o quadro de funcionários da rede de saúde com o objetivo de qualificar e humanizar a relação com os usuários melhorando o atendimento e o acolhimento (vínculo, informações gerais, fluxos e oferta de serviços no município) (DSI; DSII; DS III/VII); MUNICIPAL/ESTADUAL

- 52.** Garantir capacitação/qualificação periódica dos profissionais dos serviços da Atenção Básica (incluindo os profissionais de farmácia), das maternidades, dos SPA's, do SAD e do SAMU, para a melhoria do atendimento com base na Humanização, através de ações de educação permanente (DSIV; DSV, DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 53.** Valorização e Qualificação do trabalho dos ACS e dos ASASCE através de cursos técnicos (DSIV; DSV, DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 54.** Garantir capacitação dos cuidadores de idosos com oferta de estágio no município (DSV); MUNICIPAL
- 55.** Capacitar os trabalhadores em torno das questões da sua própria saúde, física e mental (assédio moral), assim como questões trabalhistas em articulação com demais entidades de promoção de direito (DSV); MUNICIPAL/ESTADUAL
- 56.** Implantar a política de incentivo à formação profissional com enfoque na Atenção Básica por meio da educação permanente, observando as necessidades locais e as áreas prioritárias de formação na saúde a partir da estruturação da rede de saúde como campo de prática/estágio (DSII;DSIII/VIII,DSV); MUNICIPAL/REGIÃO DE SAUDE
- 57.** Garantia da formação dos profissionais de saúde de questões pertinentes à humanização, cuidados paliativos, direitos humanos e direitos dos usuários em espaços de convivência (DSI, DSV); MUNICIPAL/ESTADUAL
- 58.** Apoio à realização de eventos e ampliação de espaços de Educação Permanente voltada para a atenção básica como: mostra, seminário, encontros, etc., visando a qualificação dos profissionais (DSI); MUNICIPAL/ESTADUAL/NACIONAL
- 59.** Estruturação e implantação de um sistema de informação para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de educação permanente (DSII;DSV;DSVI/VIII); MUNICIPAL/ESTADUAL
- 60.** Criação de espaços com ampliação das atividades de educação permanente para todos os profissionais de saúde (NASF, SAD, ESF, NAPI, PAC, CAPS entre outros) com enfoque no atendimento humanizado (DSII, DSIV, DSVI/VIII); MUNICIPAL/ESTADUAL/NACIONAL
- 61.** Fortalecer e ampliar o VER-SUS e Implantar programa à sua semelhança de iniciativa municipal que possibilite os estudantes de graduação conhecer o SUS e o processo de gestão durante o recesso do ano letivo (DSI, DSV); MUNICIPAL/ ESTADUAL/NACIONAL
- 62.** Infomatizar 100% dos consultórios das USF e pontos de apoio NASF para implementar o programa Telessaúde Recife e e-SUS atenção básica (DSI); MUNICIPAL
- 63.** Garantir apoio e a normatização do processo de trabalho (instrumentos normativos) dos profissionais que trabalham com grupos permanentes de educação em saúde, com insumos necessários para o seu funcionamento (DSIV); MUNICIPAL
- 64.** Aumentar os Programas e fortalecimento de parcerias na ampliação do Mestrado profissional que levem em consideração o profissional/serviço como campo de prática com enfoque na Atenção Básica (DSV); MUNICIPAL
- 65.** Implementação de Projetos de Educação à Distância(EAD) como estratégia de ampliação e democratização do acesso a processos educativos e de comunicação do trabalhador (DSII;DSV;DSVI); MUNICIPAL/ESTADUAL
- 66.** Fortalecer a regulação municipal dos campos de prática para qualificar a formação dos profissionais de nível técnico, superior e de pós-graduação (DSII; DSVI); MUNICIPAL
- 67.** Fortalecer a parceria entre os diversos serviços de saúde da assistência à vigilância com as universidades de forma que se tornem espaços para o serviço, ensino e pesquisa com contrapartidas institucionais entre o município e estas instituições de ensino com vista à qualificação profissional (DSII;DSV;DSVI/VIII); MUNICIPAL/ESTADUAL
- 68.** Fortalecer os programas de ensino e serviço, como o PET incluindo ampliação para instituições de ensino superior privado (DSV); MUNICIPAL
- 69.** Ampliar a oferta de vagas, especialidades e bolsas de Residência para os programas uni e multiprofissionais garantindo a reordenação, monitoramento, avaliação e incentivo para melhorias no campo da prática (DSI, DSII;DSIII/VII, DSV, DSVI/VII); MUNICIPAL/ESTADUAL
- 70.** Instituir política de complementação de bolsa para o programa de medicina de família e comunidade e outros programas de difícil fixação profissional com financiamento tripartite: 50% federal, 30% estadual e 20% municipal (DSII); MUNICIPAL/ESTADUAL
- 71.** Desenvolvimento e implantação de uma política municipal de incentivo ao preceptor em serviço, fortalecendo os espaços formativos/educativos (DSI); MUNICIPAL

- 72.** Manutenção/Priorização de ingresso dos profissionais de saúde via concurso público para valorização do servidor e em casos emergenciais por seleção pública simplificada por tempo determinado nas três esferas do governo (DSII,DSV,DSVI/VIII); MUNICIPAL/ESTADUAL/NACIONAL
- 73.** Concurso público como uma única via de contratação de trabalhadores para atividades fins com ampliação das vagas e adesão ao PCCDV (Plano de cargos, carreiras, desenvolvimento e vencimento) e Implantação de processo seletivo para adesão dos cargos comissionados de Gestores do SUS (visto que só existe concurso para cargos assistenciais) (DSII, DSIII/VII); MUNICIPAL/ESTADUAL/NACIONAL
- 74.** Convocação dos profissionais aprovados no concurso público de 2012 (DSVI); MUNICIPAL
- 75.** Contratação de agente administrativo via concurso público para composição das unidades de saúde da família e polos academia da cidade (DS II); MUNICIPAL
- 76.** Disponibilização de profissionais de educação física através de concurso público para trabalhar no NASF, NAPI, CAPS e academia da cidade (DSIII/VII); MUNICIPAL
- 77.** Garantir novas adesões dos profissionais de saúde ao plano de Saúde Recife e melhores condições do mesmo (DSIV); MUNICIPAL
- 78.** Delimitar o percentual de profissionais terceirizados e Incluir nos contratos com as empresas terceirizadas uma cota para os usuários e familiares do CAPS de acordo com suas habilidades, caso haja a aprovação da lei de terceirização (DSIV, DSV, DSVI/VIII); MUNICIPAL
- 79.** Criar mecanismos de fomento as boas práticas profissionais (DSV); MUNICIPAL
- 80.** Fortalecer programas de provimento (financiamento, ampliação de vagas, dentre outros) para todas as categorias profissionais da saúde com foco em locais de difícil acesso e/ou fixação (DSV); MUNICIPAL
- 81.** Implantar a fluoretação da água de abastecimento da cidade do Recife (DSI); ESTADUAL
- 82.** Instituir espaço de interlocução com outros órgãos, em especial, educação, cultura, política para mulheres, esporte e juventude para o desenvolvimento de ações coordenadas, como os de saúde na escola, de cidadania, arte e cultura popular, movimentos sociais de base, entre outros (DSI); MUNICIPAL

EIXO IV - FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

1. Financiamento do SUS:

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado uma questão de grande relevância.

As fragilidades dos vazios assistenciais, deficiências nos padrões de assistência e de gestão decorrem, dentre outros fatores, do financiamento inadequado. E disso se aproveitam poderosos grupos econômicos com apoio de parte da grande mídia - interessados em extrair lucros das doenças, pacientes e profissionais de saúde para promover arditosas manobras visando à desqualificação do SUS e pressão política no Parlamento e Executivo para conseguir o seu desmonte por asfixia financeira.

Atualmente, de acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

Diversas instituições organizadas reivindicam, no entanto, que a União destine pelo menos 10% das receitas correntes brutas para a saúde pública brasileira, o que não se consolidou com a sanção da Lei Complementar nº 141. Diante disso, organizou-se o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, Saúde + 10, com o objetivo de coletar assinaturas para um projeto de lei de iniciativa popular que assegure o repasse deste percentual, alterando a legislação vigente.

A resposta imediata a esta iniciativa popular foi a tramitação da PEC 358, aprovada pelo Congresso Nacional em fevereiro de 2015 que originalmente tratava de dispositivos para a implementação de execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares, acrescida de percentuais de aplicação mínima para as ações e serviços públicos de saúde calculados sobre a base das Receitas Correntes Líquidas da União, dispostos num período de 5 anos, sendo 13,5% nos primeiros anos e 15% no quinto ano. Além disso, a PEC 358 revogava o dispositivo legal que estabelecia 25% dos recursos do pré-Sal como aplicação adicional ao mínimo em ações e serviços públicos de saúde, bem como vinculava que metade das emendas parlamentares de execução orçamentária obrigatória (equivalente a 0,6% das receitas Correntes Líquidas da União) deveria ser destinada para despesas com ações e serviços públicos de saúde.

A gestão municipal da saúde é, sem dúvida alguma, a maior responsável pela sustentação do Sistema Único de Saúde. No cenário atual de subfinanciamento os municípios assumem a responsabilidade pelo funcionamento da atenção básica, arcando com mais de 60% do custo total de uma equipe de saúde da família. Na implementação da integralidade da atenção o município investe, com recursos próprios, na compra de Serviços Especializados e Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica (SADT), cujos valores são diferenciados da tabela SUS onerando os cofres das prefeituras.

No entanto, nos territórios municipais, a saúde está avançando de forma bastante laboriosa e criativa pelas Secretarias Municipais de Saúde que buscam garantir com muito esforço serviços importantes como SAMU, NASF, SAD e Academia da Saúde dentre outros, o que reforça a necessidade de um apoio maior dos entes estadual e federal da saúde.

Pode-se tomar o lado positivo do processo de municipalização, surgido com grande relevância na década de 1980, a consolidação da democracia e construção de um sistema federativo; por outro lado, sabe-se que uma grande parcela dos municípios brasileiros depende das transferências fiscais de outras esferas de governo, pois não tem arrecadação própria significativa e possui uma capacidade restrita de aumentar seu grau de independência política e financeira a partir do processo de descentralização (PEREIRA, 2009).

Mais tardiamente, a regionalização veio agregar maior responsabilidade das instâncias estaduais, cujo papel esteve negligenciado ou insuficientemente definido pelo arcabouço do SUS até o início da década de 2000. É nesse momento que a regionalização ganha força no debate setorial, institucionalizando-se como política capaz de reverter o municipalismo radical em curso (SOUZA, 2011). Apesar disto, segundo Viana, Lima e Ferreira (2010), o Nordeste conheceu poucas experiências de regionalização, que estiveram mais voltadas para construção de polos regionais de desenvolvimento, dando continuidade ao padrão de desigualdade pela concentração de riqueza, população e serviços básicos nas capitais e algumas poucas cidades médias no interior do estado.

Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados no Fundo Nacional de Saúde são repassados a Estados, Municípios e Distrito federal independente de convênio ou instrumento de mesma natureza, condicionados à existência do Fundo de saúde e à apresentação do Plano de Saúde, no qual deverá constar a contrapartida destes valores no Orçamento do estado, Município ou distrito Federal, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde.

2. Relação Público-Privado:

A Parceria Público-Privado (PPP) é uma associação entre os setores público e privado, em que as partes trabalham em conjunto para benefício mútuo, segundo regras previamente estabelecidas e se aplica aos órgãos da Administração Pública direta, aos fundos especiais, às autarquias, às fundações públicas, às empresas públicas, às sociedades de economia mista e às demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (CONASS, 2012).

A Lei 11.079 de 30/12/2004 criou duas modalidades de contrato de PPP: a Concessão Patrocinada, que é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei de Concessões nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado, onde toda a remuneração advém do parceiro público. E a Concessão Administrativa, que é o contrato de prestação de serviços de que a administração pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens, quando a remuneração do parceiro privado é composta de um mix de recursos públicos e de receitas próprias.

A contradição entre a proposta de universalidade do SUS e a atuação da rede privada é o ponto de partida para articulações e movimentos contra a tendência de privatização do setor da saúde. Além disso, as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, o difícil ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos de saúde privados e a precariedade que vem caracterizando o crescimento desordenado da oferta privada estão na agenda das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS.

Outro debate sobre a relação público-privado está relacionado à gestão de unidades de saúde. Isto porque, além da administração pública direta de unidades, clínicas e hospitais do sistema público, há estratégias de gestão em andamento, por meio das autarquias, organizações sociais de saúde (OS) e das fundações.

Conceitos importantes:

- Repasse por meio de convênio (conta específica): Os convênios são feitos quando há interesse recíproco entre o Ministério da Saúde e o conveniente (entidades federais, estaduais, municipais, ONGs, filantrópicas, empresas, etc.). No convênio, sempre se exige uma contrapartida, que será variável conforme a capacidade de cada parceiro. Podem ser utilizados para a execução de programas, projetos, ações, atividades ou eventos de saúde. Os repasses por convênios significam transferências voluntárias de recursos financeiros (ao contrário das transferências fundo a fundo, que são obrigatórias) e representam menos de 10% do montante das transferências.
- Remuneração por produção (PT GM/MS 132/01): Pagamento direto aos prestadores da rede cadastrada do SUS (hospitais, ambulatórios, clínicas e profissionais), nos estados e municípios não habilitados em Gestão Plena de Sistema – Rede Cadastrada. Destina-se ao pagamento do faturamento hospitalar registrado no SIH e da produção do SIA contemplando ações de Assistência de Média e Alta Complexidade, também observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios. O pagamento é feito mediante apresentação de fatura calculada com base na tabela de serviços do SIA e SIH.
- Transferência regular e automática Fundo a Fundo (Estados -Municípios): Os Fundos de Saúde são responsáveis por receber e repassar os recursos financeiros (oriundos da União, estados e municípios) destinados às ações e serviços de saúde (Dec. Nº 1.232/94).
- Contrato de repasse (Decreto 1.819/96): É o instrumento utilizado para a transferência de recursos financeiros da União para Estados, Distrito Federal ou Municípios, por intermédio de Instituição ou Agência Financeira Oficial Federal, destinados à execução de programas governamentais.
- Fundação Estatal: A fundação estatal é uma forma jurídica que integra a administração pública indireta, ao lado das autarquias, das fundações públicas de direito público (fundações autárquicas), dos consórcios públicos de direito público ou privado, das empresas

públicas e das sociedades de economia mista. É regida pelo regime jurídico do direito privado, ao lado das empresas públicas e sociedades de economia mista e dos consórcios de direito privado. Goza de autonomia gerencial, orçamentária e financeira, tal como as empresas estatais. Pode estabelecer contratos de gestão, em vez de insistir no pagamento por procedimentos entre entes públicos. Pode instituir formas de trabalho não precarizadas, com carreiras específicas e ingresso por concurso público.

- **Organizações Sociais:** São pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, que independem de concessão ou permissão do Poder Público, criadas por iniciativa de particulares segundo modelo previsto em lei, reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado (art. 1º da Lei 9.637/98).
- **Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP):** Idealizadas para prestar atividade social de interesse público, sem fins lucrativos, com a ajuda do poder público, as OSCIP foram instituídas pela Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999, que estabelece que "podem qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos" desta Lei. Os "objetivos sociais" estão previstos nos doze incisos do art. 3 da lei, são eles: promoção da assistência social; promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; promoção da educação; promoção da saúde; promoção da segurança alimentar e nutricional; defesa, preservação e conservação do meio ambiente, promoção do desenvolvimento sustentável; promoção do voluntariado; promoção do desenvolvimento econômico e social, combate à pobreza; experimentação de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito; promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar; promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais; estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas para a produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos;
- **Contratualização:** É a formalização de relações pactuadas entre gestores e prestadores estabelecendo obrigações recíprocas. Pressupõe a definição de demandas e objetivos, metas qualitativas e quantitativas, obrigações e responsabilidades de cada parte envolvida, bem como a definição de critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados.
- **Autarquia:** Entidade autônoma, auxiliar e descentralizada da administração pública, porém fiscalizada e tutelada pelo Estado, com patrimônio formado com recursos próprios, cuja finalidade é executar serviços que interessam a coletividade ou de natureza estatal.

PROPOSTAS:

- 1.** Aplicação do percentual mínimo de 20% dos recursos próprios para ações e serviços de saúde; (DS I) NACIONAL
- 2.** Estabelecimento do percentual mínimo de 10% das receitas correntes brutas da união, para serem direcionadas para saúde; (DSI, DSII, DSIII, DSIV, DSVI); NACIONAL
- 3.** Aumentar e garantir o financiamento público com o fim da Desoneração das Receitas da União (DRU) para o setor da saúde; (DSI, DSIII, DSV) NACIONAL
- 4.** Diante de uma situação atual de subfinanciamento do SUS, é fundamental a mudança na lógica de vinculação dos recursos federais para a saúde. Os municípios e os Estados têm definição mínima fixa quanto ao percentual de aplicação dos recursos próprios para as ações e serviços de saúde (15% e 12% respectivamente). No caso federal deve ser estabelecido um valor fixo de contrapartida da União e colocar a saúde como uma área prioritária, mesmo em tempo de crise a contrapartida tem que ser fixa; (DSIV) NACIONAL
- 5.** Garantia da reforma tributária progressiva, equânime, que garanta justiça fiscal para os municípios, configurando um novo pacto federativo, com taxação das grandes fortunas como fonte de financiamento adicional ao SUS; (DSI, DSII, DSIII, DSIV, DSV, DSVI) NACIONAL
- 6.** Defesa da retomada do crescimento econômico, do desenvolvimento social, aperfeiçoamento da gestão pública e do equilíbrio fiscal que não comprometam o financiamento de políticas públicas; (DSI, DSII, DSIII, DSIV, DSV, DSVI) NACIONAL
- 7.** Construção de agendas propositivas, execução com monitoramento quadrimestrais nas três esferas de governo, com participação paritária a fim de apontar estratégias de melhoria dos serviços públicos de saúde, com gestão transparente; (DSI, DSII, DSIII, DSIV, DSV) NACIONAL
- 8.** Extinção da execução das emendas parlamentares que alteram a metodologia de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo consideravelmente o montante de recursos federais destinado à saúde pública; (DSII) NACIONAL

- 9.** Posicionar-se contra ao Projeto de Emenda Constitucional nº 358, aprovado pela Câmara dos Deputados, conhecido como PEC do Orçamento Impositivo que torna obrigatória a execução das emendas parlamentares e altera a metodologia de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo consideravelmente o montante de recursos federais destinado à saúde pública; (DS I, DS V, DS VI) NACIONAL
- 10.** Instituir um dia nacional de mobilização para vetar Emenda Constitucional número 358 (PEC do Orçamento Impositivo); (DSIII) NACIONAL
- 11.** Garantia da ampliação da atenção primária com recursos oriundos das três esferas de governo; (DSI, DSVI, VIII) MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 12.** Equiparar recursos financeiros federais para todas as configurações Médicas das Equipes de Saúde da Família; (DSVI, VIII) MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 13.** Redivisão do recurso do PMAQ entre todos os profissionais da ESF de forma igualitária; (DSIII, DSIV, DSVI) MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 14.** Garantia da aplicação dos recursos decorrentes dos subsídios em especial na atenção primária (Estratégia Saúde da Família e programa academia da cidade/academia da saúde) e na média complexidade (atenção especializada com profissionais e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêuticos adequados); (DSIII, DSV) NACIONAL
- 15.** Garantia da prestação de contas com transparência detalhando os gastos e investimento para cada política que compõe a atenção básica de saúde; (DSI) NACIONAL
- 16.** Garantir que 25% dos recursos do SUS sejam destinados a atenção básica; (DSV) NACIONAL
- 17.** Ampliação da atenção primária com recursos oriundos de retenção da dedução do imposto de renda referente aos gastos com saúde; (DSIV, DSV, DSVI) NACIONAL
- 18.** Realização de concurso público para suprir a defasagem do quadro na saúde na atenção básica, média e alta complexidade; (DSI) NACIONAL
- 19.** Ampliação do financiamento para concursos públicos com o fim da contratação dos mecanismos de terceirização; (DSI) NACIONAL
- 20.** Flexibilização da LRF quanto ao limite de gasto na saúde e investimento em carreira pública para os servidores; (DSI e DSIV) NACIONAL
- 21.** Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para a realização de concursos públicos para ingresso de trabalhadores da saúde, investindo assim no quadro de servidores próprios da saúde e diminuindo a contratação via organizações sociais; (DSII, DSIII, DSIV, DSVI) NACIONAL
- 22.** Flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para a contratação de trabalhadores da saúde através de concurso público, investindo no quadro de servidores próprios da saúde e extinção da contratação de Organizações Sociais; (DSV) NACIONAL
- 23.** Garantia da consolidação do SUS como um sistema único e universal, com financiamento estatal estável e gestão pública que garanta a oferta de serviços e cuidados integrais e de qualidade; (DI, DSII, DSIV, DSVI) NACIONAL
- 24.** Garantia da regularização dos recursos financeiros destinados à saúde pelo governo resguardando os Municípios a não sofrerem com a descontinuidade dos serviços de saúde e contribuindo para uma rede municipal própria e resolutiva; (DSI, DSII, DSIII, DSIV, DSV) NACIONAL
- 25.** Garantia da pactuação anual com os municípios na CIR das especialidades e exames ofertados na UPAE; (DSVI) ESTADUAL
- 26.** Fortalecimento da rede do SUS, oferecendo exames diagnósticos com maior efetividade nas policlínicas de referência; (DSIII) NACIONAL
- 27.** Ampliação e qualificação de rede de referência por parte da Secretaria Estadual de Saúde, atendendo ao desenho da regionalização das redes de urgência e emergência; (DSI, DSIV, DSV) ESTADUAL
- 28.** Reformulação da regra de financiamento da UPAE - Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado, de responsabilidade estadual, eximindo os municípios de qualquer contra partida das Secretarias Municipais de Saúde. Pactuação anual com os municípios na CIR das especialidades e exames ofertados nesse equipamento; (DSIV, DSV, DSVI) ESTADUAL

- 29.** Incremento e diversificação dos incentivos para ampliação do NASF com o objetivo de garantir 100% de cobertura do programa; (DSI, II) NACIONAL
- 30.** Garantir financiamento de ordem estadual-federal aos serviços de pronto-atendimento municipal, como formato UPA, sem a necessidade de requalificação estrutural pelo município, conforme comprovação de número de atendimentos; (DSVI e VIII) ESTADUAL E NACIONAL
- 31.** Garantia de financiamento federal e estadual para implantação e manutenção do Hospital da Mulher; (DSI, DSVI, DSVIII) ESTADUAL E NACIONAL
- 32.** Garantir o financiamento dos Serviços de Pronto Atendimento municipal junto ao governo federal equiparado ao de uma UPA 24 horas (DSII); ESTADUAL E NACIONAL
- 33.** Financiamento estadual e federal para implantação das Casas de Parto no município; (DSI, DSVI, DSVIII) ESTADUAL E NACIONAL
- 34.** Fomento à discussão da relação público-privado e o campo das práticas integrativas e complementares do SUS, no intuito de preservá-lo de uma lógica utilitarista e mercantilista (DSIII); NACIONAL
- 35.** Garantia de que os serviços de saúde sejam predominantemente públicos e quando da necessidade de complementaridade dos serviços de saúde, que as parceiras público-privadas sejam transparentes, acompanhadas e fiscalizadas (DSI, DSIII, DSVII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 36.** Instituição de subsídios provenientes de planos privados de saúde, que poderão ser dedutíveis respeitando um valor limite, assim como ocorre com as instituições de ensino, e destiná-lo especialmente na atenção primária (Estratégia Saúde da Família, promoção e prevenção à saúde) e na média complexidade (atenção especializada com profissionais e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêuticos adequados) (DSV, DSVI); NACIONAL
- 37.** Extinção de financiamento de planos de saúde privados para servidores públicos com recursos públicos, em todas as esferas; proibição da anulação ou perdão de dívidas destes planos com o Estado; proibição de subsídios diretos, e não promoção de incentivos aos planos privados individuais. No momento em que o SUS for competitivo em relação ao setor privado, haverá uma inversão de valores. O setor público será preterido em relação ao privado (DSI, DSII, DSIV, DSV); NACIONAL
- 38.** Garantia do financiamento de planos de saúde privados para os servidores públicos com recursos públicos com a proibição da anulação ou perdão das dívidas dos planos com o Estado (DSIII); NACIONAL
- 39.** Subsídios dos planos privados de saúde por meio de estratégia progressiva, não instituindo um limite de valor de gastos com saúde e sem restrição de procedimentos, que podem ser dedutíveis do IR; (DSIV) NACIONAL
- 40.** Garantia dos incentivos governamentais que permitem o abatimento de parte dos gastos das famílias com a assistência à saúde no Imposto de Renda (DSI); NACIONAL
- 41.** Posicionar-se contra ao Projeto de Emenda Constitucional 451 de 2014, de autoria do deputado Eduardo Cunha, que se encontra em tramitação no Congresso Nacional alterando o art. 7º da Constituição que obriga a contratação de planos de saúde para o trabalhador no mercado formal, excetuado os trabalhadores domésticos (DSI, DSII, DSV); NACIONAL
- 42.** Instituição de um dia nacional de reivindicação contra a aprovação da Emenda Constitucional 451 (DSIII, DSVII); NACIONAL
- 43.** Cumprimento da lei complementar 141, art.17, 18 e 19, pondo fim a repasses fragmentados que não respeitam a integralidade dos planos municipais de saúde e as necessidades da população considerando as dimensões epidemiológicas, demográficas, geográficas, socioeconômicas e a organização dos serviços (DSII, DSIV, DSV, DSVI); NACIONAL
- 44.** Alocação de recursos que obedeçam a uma única lógica de incentivo baseada na implantação de uma rede resolutive, em detrimento da coexistência de níveis de complexidade financiados por incentivos globais e outros por valor de tabela (por produção), sabendo que, neste último caso, alguns procedimentos são relativamente bem financiados e outros não (DSII, DSIV, DSV); NACIONAL
- 45.** Reavaliação e ampliação do repasse financeiro por equipe do SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) considerando a complexidade do atendimento aos pacientes com perfil Atenção Domiciliar de maior complexidade (AD3) (DSIII); NACIONAL
- 46.** Destino e ampliação do orçamento específico para a implantação e consolidação das práticas integrativas e complementares nas três esferas de governo; (DS III) NACIONAL
- 47.** Garantia e Regularização do repasse estadual para o custeio do SAMU. Ação conjunta COSEMS e Secretaria Estadual de Saúde

junto ao Ministério da Saúde para ampliação e regularização do financiamento federal (DSI, DSII, DSIV, DSV, DSVI); NACIONAL

48. Garantia da atualização da tabela de procedimentos do SUS visando fortalecer a oferta de serviços, considerando o cálculo da inflação do ano anterior de acordo com a complexidade do procedimento (DSIII, DSIV, DSVI e VIII); NACIONAL

49. Garantia do reajuste na tabela de procedimentos do SUS, bem como ampliação do financiamento de serviços e programas de Saúde (Consultório na Rua, Consultório de Rua, NASF, SAD, Residência Terapêutica, entre outros) (DSIII, DSIV); NACIONAL

50. Garantia da utilização do recurso do Ministério da Saúde para o Programa Academia da Cidade (PAC) de acordo com a portaria 3157 de 27 de dezembro de 2011 que homologa o município do Recife apto a receber o incentivo para o custeio das ações de promoção da saúde do PAC, com monitoramento e transparência do referido recurso (DSIII, DSV); MUNICIPAL

51. Garantia dos recursos financeiros para construção de novos polos do Academia da Cidade/Academia da Saúde (sede da PCR, Cais José Estelita, Alto do Mandú, Alto José Bonifácio, Sítio dos Pintos, Linha do Tiro, Apipucos e Brejo da Guabiraba) assim como a aquisição/manutenção de materiais dos polos já existentes (DSIII); MUNICIPAL

52. Ampliar o incentivo de construção e custeio pelo governo federal para ampliação e manutenção dos pólos da academia da saúde (DSII, III, VII); NACIONAL

53. Instituir o custeio estadual para manutenção do programa academia da saúde (academia da cidade) (DSII, III, VIII); ESTADUAL

54. Taxação sobre a veiculação de propagandas de bebidas alcoólicas e cigarros, para aplicar os recursos no SUS (DSIV); NACIONAL

55. Criação de tributação para as empresas de comunicação e fabricantes de produtos comprovadamente prejudiciais a saúde, pela veiculação de comerciais em qualquer meio de comunicação, garantindo que esse tributo seja destinado ao financiamento do SUS (DSVI); NACIONAL

56. Criação de centrais de custos para as unidades de saúde e descentralização da ordenação de despesas para as unidades (DSII); MUNICIPAL

57. Garantia do financiamento para implementação e manutenção das redes de atenção à saúde (Rede cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, e RDCC) em todos os níveis da atenção (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL.

58. Garantia do financiamento para implementação e manutenção das redes de atenção à saúde (Rede cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, e RDCC) em todos os níveis da atenção (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL.

59. Assegurar o repasse financeiro para participação de profissionais em atividades de qualificação profissional (DSIV); MUNICIPAL

EIXO V - GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A administração pública tem como responsabilidade garantir ao Estado um alto poder de eficiência e efetividade na implementação de políticas públicas capazes de garantir a segurança, a justiça e o bem-estar econômico e social. No âmbito do SUS, as práticas de gestão compreendem as atividades e responsabilidades de comandar um sistema de saúde - municipal, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (PACINI, 2011).

A pluralidade de contextos vivenciados por nossos municípios e regiões exige o desenho de políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade. Nessa perspectiva, as estratégias de gestão podem ser determinantes na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas de cada localidade brasileira.

Ainda que o histórico subfinanciamento do SUS seja comumente apontado como um dos entraves para sua consolidação, as estratégias de gestão não podem ser relegadas a um segundo plano quando se quer alcançar tal objetivo. É preciso avançar em práticas que favoreçam o envolvimento dos trabalhadores de saúde e da sociedade com o planejamento, a organização, a execução, o acompanhamento e a correção de rumos necessários para defender os direitos garantidos a partir da constituição de 1988.

A complexidade dos sistemas e serviços de saúde exigem uma atenção especial aos modelos e práticas de gestão. Em linhas gerais, destacam-se algumas propostas e experiências já adotadas no SUS como algumas possibilidades para o enorme desafio nessa área: a Gestão da Qualidade; das Redes de Atenção à Saúde – RAS; a Gestão Estratégica e a Gestão Participativa – Cogestão. No contexto institucional atual, é notório que o Ministério da Saúde vem apresentando diretrizes centradas no modelo da gestão das Redes de Atenção à Saúde – RAS e nas propostas da Gestão Estratégica e Participativa.

De forma sucinta, a Gestão da Qualidade, no contexto da gestão de sistemas e serviços de saúde tem se preocupado com os métodos para alcançar uma prestação de serviços com qualidade e adotado métodos de avaliação que consideram seus três principais elementos, conhecidos como a tríade de Donabedian, estrutura, processo e resultado (Barreto; Cunha; Olm, 2013). O modelo contribui ainda com uma compilação das dimensões da qualidade, conhecida como os sete pilares da qualidade: 1-Eficácia: habilidade em oferecer melhorias na saúde e no bem estar; 2-Eficiência: relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico; 3-Efetividade: relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o potencial esperado; 4-Adequação: equilíbrio em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. 5-Conformidade: adaptação da atenção à saúde, às expectativas, aos desejos e valores dos pacientes e familiares; 6-Legitimidade: possibilidade de se adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo, implicando no bem estar da coletividade; Equidade: determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios (BARRETO; CUNHA; OLM, 2013).

Existem duas grandes tendências de gestão da qualidade: a primeira é a garantia da qualidade baseada principalmente nas normas ISO 9000 e a segunda é a gestão da qualidade total, destinada à melhoria da gestão e dos resultados das instituições. O Modelo de Excelência da Gestão tem como base os fundamentos que os embasam: Liderança, Estratégias e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimentos, Pessoas, Processos e Resultados. A organização que adota esse modelo consegue mapear uma visão sistêmica da organização (Fundação Nacional da Qualidade, 2013).

O conceito de Gestão Estratégica é muito mais amplo e abrangente em relação ao planejamento estratégico. Engloba desde as avaliações de diagnósticos, a estruturação do processo de planejamento e formulação de propostas compartilhadas para a organização, a fixação de metas e desafios, até a atribuição de responsabilidades para o detalhamento dos planos e projetos e a condução e acompanhamento das etapas de sua implantação, processos formais de revisão dos planos para mantê-lo sempre adequados as realidades externas e internas da organização.

Segundo Pedroso (2010), a gestão estratégica é composta por seis etapas: (1) Análise – nesta etapa estão incluídas as atividades que envolvem o mapeamento das influências dos indivíduos e grupos que afetam ou são afetados pelos resultados da organização; a definição da intenção estratégica da organização (missão, visão, valores e cultura organizacional), a análise do ambiente externo (concorrência, cenário político e econômico), a análise do ambiente interno (recursos organizacionais, processos internos, estrutura organizacional); (2) Formulação – nesta etapa há a definição das opções de estratégias; (3) Implantação – trata-se da execução da estratégia propriamente dita, através de um plano de ação; (4) Controle – etapa do monitoramento do desempenho estratégico através de indicadores; (5) Retroalimentação – etapa em que a organização percebe a necessidade de efetivar mudanças ou adaptações em sua trajetória estratégica; (6) Aprendizagem – envolve processos e práticas que incentivam o aprendizado organizacional em gestão estratégica.

Gestão participativa ou Cogestão propõe a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns, mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização. Em outras palavras, é um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere, quem avalia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As práticas de gestão participativa se organizam por meio da produção de espaço coletivo de gestão para permitir o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores e de planos de ação que garantem a participação no cotidiano das unidades de saúde. Dentre os espaços coletivos de gestão encontramos: - Contrato de Gestão com o Gestor Externo (por exemplo, as Secretarias de Saúde ou mesmo o Ministério da Saúde) e Contratos Internos de Gestão, isto é, contratos feitos na própria unidade de saúde; Colegiado da Unidade de Produção composto por todos os membros da equipe ou por representantes; - Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde ou Hospital composto pelo secretário, diretores e coordenadores das Unidades de Produção; - Os Conselhos Locais das Unidades de Saúde.

O modelo de gestão de Redes de Atenção à Saúde enfatiza, especialmente, as dimensões de diagnóstico e desenho de estratégias de intervenção, a discussão de modelo assistencial, a organização de linhas de cuidado, a programação de ações e serviços, a organização da atenção e seus mecanismos de coordenação assistencial e de gestão da clínica e a coordenação federativa das redes de atenção à saúde no território, de forma vinculada a organização das regiões de saúde. O modelo de gestão de Redes de Atenção à Saúde fundamenta-se na complexidade dos sistemas e serviços de saúde, para apresentar os seguintes elementos constitutivos do modelo:

Definição de população adstrita a um determinado território ou região.

- Estrutura operacional que inclui: os pontos de atenção em saúde, os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; os sistemas logísticos como centrais de regulação, sistemas de registro eletrônico e sistema de transporte sanitário; os sistemas de governança institucional, gerencial e de financiamento; Modelo de Atenção à Saúde, com definição de modelo lógico que organiza o funcionamento da RAS.
- Estratégias para assegurar a resolutividade na rede de atenção: economia de escala; qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.
- Reagrupamentos contínuos de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos.
- Definição das regiões de saúde e abrangência;
- Organização do acesso com vistas ao uso racional dos recursos, com serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e que integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, voltados à saúde individual e coletiva;
- Atenção básica em saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que deve integrar e coordenar o cuidado, atendendo as suas necessidades de saúde;
- Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
- Sistema de governança com propósito de definir a missão, visão e estratégias, objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo;
- Participação social ampla;
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- Sistema de informação integrado que vincula todos da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
- Gestão baseada em resultados;
- Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede.

A gestão de redes de atenção à saúde impõe a adoção de uma ampla e complexa gama de conhecimentos e práticas gestoras que ultrapassam as práticas tradicionais da administração pública. Requerem a capacidade de formular estratégias de ação que consideram o

contexto interno e externo das instituições, que considere a influência dos diversos atores e interesses envolvidos, que possa dimensionar as reais necessidades e otimizar os recursos; que desenvolva monitoramento sistemático, com capacidade de redefinição de rumos de forma oportuna. Tudo isso sem se distanciar das práticas democráticas de participação social. É um árduo desafio, mas ao longo dos 27 anos de existência do SUS já se tem muito conhecimento estruturado e exemplos de experiências exitosas.

Dentre os resultados positivos apresentados em algumas experiências inovadoras centradas no fortalecimento da gestão de redes de atenção à saúde, destacam-se: a aproximação e integração das diversas áreas técnicas das secretarias; integração de projetos e programas; articulação entre as diversas esferas de gestão; integração entre serviços e instituições tendo como centralidade o planejamento, a cooperação e a governança regional; diálogo e participação dos gestores municipais de saúde; ampliação e otimização do acesso aos usuários; aumento na qualidade da atenção; formação de rede solidária de apoio e corresponsabilização entre sujeitos e instituições, ampliando o diálogo institucional entre gestores, técnicos das secretarias e equipes de saúde.

Por outro lado, são muitos os problemas persistentes: dificuldade de exercer cogestão e apoio institucional de forma mais democrática e participativa; dificuldade de estabelecimento de critérios para definir as regiões sanitárias; insuficiência de informações para análise diagnóstica dos serviços das redes temáticas; escassez de estrutura das secretarias; necessidade de melhoria na comunicação entre as áreas técnicas e as secretarias; dificuldades com os sistemas de informação, fragilidades dos planos de ação das redes temáticas, ferramentas eletrônicas não adequada para o desenho da rede; conflito de orientações entre diversos interlocutores do Ministério da Saúde e Secretarias estaduais e municipais, contextos políticos muitas vezes desfavoráveis para a definição das regiões de saúde e definição de responsabilidades (CONASS, 2012).

Ao oficializar cinco redes de atenção temáticas prioritárias, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, e Rede de Urgência e Emergência, o Ministério da Saúde fortaleceu a proposta de um modelo de atenção à saúde organizado a partir da consolidação das redes de atenção enquanto arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Ao longo dos 27 anos de existência do SUS, surgiram várias normatizações que foram responsáveis por avanços consideráveis no aprimoramento das práticas de gestão e remodelagens do modelo de atenção no SUS. Mais recentemente, com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, passou-se a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde que visa aprofundar as relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS. Dentre esses novos elementos, destacam-se as normas a implantação do planejamento integrado das ações e serviços de saúde; a elaboração dos mapas da saúde; a hierarquização da rede de serviços; o processo de regionalização; as etapas de adesão e implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- COAP; além da definição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES e da Relação Nacional de medicamentos Essenciais – RENAME.

A proposta do COAP surgiu como uma estratégia para redefinir as responsabilidades entre os entes federativos no SUS, permitindo, a partir do fortalecimento das regiões de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos (Brasil, 2011). Em linhas gerais, o COAP propõe a consolidação de uma gestão compartilhada, dotada de segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os entes federativos. Recomenda uma pactuação que visa aprimorar e fortalecer as regiões de saúde; a gestão participativa, os processos de regulação da atenção à saúde e assistencial; o planejamento integrado, intermediado pela implantação da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde - (PGASS).

O COAP coloca o fortalecimento das regiões de saúde como diretriz central para organização do sistema de saúde. De acordo com o MS, o país conta hoje com 435 regiões de saúde. Essa realidade demonstra a viabilidade do fortalecimento da integralidade da atenção à saúde, a partir do âmbito regional, sobretudo se for considerado que quase 3/4 do total de municípios brasileiros tem menos de 25 mil habitantes. Além disso, foram atribuídas aos municípios responsabilidades muito difíceis de serem atingidas: da atenção básica à alta complexidade, passando pela oferta das especialidades. No entanto, o que se constata, especialmente nos municípios com menos recursos, são vazios assistenciais na oferta de serviços de média e alta complexidade e, até mesmo, nos serviços básicos de saúde. Essa situação vem perpetuando a peregrinação de moradores de municípios de pequeno porte para grandes capitais em busca de atendimento.

Neste contexto, o processo de regionalização no Brasil tem um desafio que vai além da perspectiva exclusivamente programática e assistencial para procedimentos biomédicos de média a alta complexidade. É preciso considerar a complexidade da atenção integral à saúde, com suporte para estratégias intersetoriais de promoção e proteção da saúde, principalmente em municípios de menor porte populacional. A diretriz organizativa de regionalização em saúde deve ter um sentido primordial de combinar estratégias para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, a partir de inovações de abrangência regional. Todo esse processo tem como ferramentas imprescindíveis os mecanismos de integração sistemática do planejamento e programação, com uma maior integração e solidariedade entre os processos de gestão entre os entes federativos.

O COAP pode constituir-se em inovação política do processo de planejamento do SUS se contribuir para o desenvolvimento local e para o estabelecimento de um novo modo de governança regional. Todavia até, então, apenas dois Estados brasileiros, Ceará e Mato Grosso do Sul, assinaram o contrato. O aumento das responsabilidades dos municípios, associados ao histórico subfinanciamento do SUS certamente são causas que influenciam a falta de adesão ao COAP. Ademais, questões como a limitação do poder de ação da CIR como locus de discussão e negociação, a baixa capacidade de articulação política dos atores locais na articulação para resolução dos problemas da região, a dificuldade de pactuação de responsabilidades entre municípios, sobretudo em contextos políticos e econômicos desfavoráveis também são comumente apresentados como obstáculos importantes.

Uma outra dimensão a ser considerada na gestão do SUS diz respeito ao que se denomina gestão de terceiros, que se refere as práticas necessárias ao comando de um sistema de saúde com participação de vários agentes, e por meio de diversas formas de parcerias, acordos e contratos que se inserem no contexto de mudança da administração pública. A partir da promulgação da Lei 11.079/04, a administração pública tem respaldo legal para o estabelecimento de consórcios públicos, contratos de gestão com Organizações Sociais e estabelecimento de termos de parcerias com as Organizações da Sociedade Civil de Interesses Público.

As parcerias público privadas vêm ganhando espaço no âmbito do SUS, de modo que questões referentes às formas de contratualização entre os setores público e privado, as novas formas de governança e, sobretudo, a defesa dos interesses públicos são questões prementes no debate sobre a gestão do SUS.

É absolutamente incontroverso que a própria razão da existência do Estado e da administração pública é a satisfação do interesse público. Por isso é preciso desenvolver práticas de gestão no SUS que ampliem a capacidade de estabelecer formas de contratualização capazes de controlar meios e resultados, com pactuação de metas e indicadores de produtividade e de qualidade na prestação dos serviços. É importante aprimorar a capacidade dos gestores no acompanhamento de pelo menos três fases importantes nos processos de contratualização: a negociação, a construção do instrumento e o gerenciamento. A fase de negociação vai desde a identificação dos indicadores de desempenho, estipulação das metas, orçamentação, com definição das receitas e despesas da organização contratada, refletindo as obrigações de cada parte. A etapa de construção do instrumento consiste na pactuação de tudo que foi negociado e estabelece as sanções e métodos de fiscalização e prestação de contas dos resultados do instrumento contratual. Por último o gerenciamento é considerada uma fase permanente. Compreende as atividades de monitoramento dos indicadores de desempenho pactuados e a avaliação dos resultados alcançados pela contratada.

Mas aos gestores, trabalhadores e usuários do SUS não basta ampliar a capacidade de avaliar o cumprimento dos contratos pela avaliação do alcance dos resultados pactuados, os indicadores de desempenho, a prestação de contas financeiras e o adequado uso dos recursos. Mais que isso, é preciso estar vigilante para que os novos arranjos e modelos de gestão no SUS estejam intrinsecamente vinculados aos princípios éticos, técnicos, políticos e organizacionais que fundamentam o nosso sistema público de saúde, aos moldes do vem sendo defendido desde o início do movimento pela reforma sanitária.

QUESTÕES PARA DEBATE:

1. Quais as melhores estratégias para o aprimoramento e a democratização das práticas de gestão no SUS?
2. Como garantir o acesso dos usuários à Atenção Básica numa determinada Região de Saúde?

PROPOSTAS:

1. Fortalecer o processo de regionalização do SUS, através do aprimoramento dos sistemas de regulação municipal e estadual (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL/REGIÃO DE SAÚDE
2. Garantir a participação social no acompanhamento, aprovação e controle dos contratos de gestão (OS e OSCIP) e termos de parcerias com as organizações sociais e privadas e demais entidades públicas não governamentais, bem como nas prestações de contas das três esferas de governo a fim de promover a transparência sobre os recursos públicos destinados (DSI, DSII, DSIII, DSIV, DSV, DSVI, DSVII E VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
3. Divulgar os mecanismos oficiais de acompanhamento, apuração e cumprimento das metas da gestão da saúde no SUS (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
4. Criação de instrumentos de divulgação e socialização acerca dos sistemas de gestão (DSII); MUNICIPAL
5. Divulgar os mecanismos oficiais de acompanhamento, apuração e divulgação de metas da gestão da saúde (DSIII E VII); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
6. Criar espaços de discussão a respeito das dificuldades e desafios na implantação do COAP (Contrato organizativo de ação pública da saúde) e Garantir a sua adesão por parte do Estado de PE, através de gestão compartilhada com planejamento integrado das ações e serviços de saúde, atualizando valores de repasses do financiamento do SUS (DSIII, DSV, DSV E VII); MUNICIPAL, ESTADUAL
7. Implementação e Fortalecimento dos instrumentos de planejamento integrado entre os entes federativos (DSIII, DSV E VII); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
8. Melhorar a articulação e o controle da rede de cogestão da saúde do município (DSI); MUNICÍPIO
9. Criar instância/coordenação Estadual de Práticas Integrativas e Complementares oficializada no organograma (DSI, DSIII E VII); ESTADUAL
10. Estabelecer metas e indicadores para pactuação e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) em todos os instrumentos formais de gestão no SUS (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
11. Garantir a implantação de Unidades de Cuidados Integrados à Saúde com equipe NAPI, sendo 01 UCI por 200mil habitantes (DSII); MUNICIPAL
12. Aprimorar a articulação entre os CAPS e o SAMU no que se refere às questões de atendimento no âmbito da saúde mental, em especial no atendimento às pessoas em situação de rua (DSII); MUNICIPAL
13. Criação de equipe específica no SAMU para o atendimento às ocorrências em saúde mental, visando qualificar o atendimento a esses usuários(DS II); MUNICIPAL
14. Fortalecimento da Política de Saúde mental, álcool e outras drogas e da Política de Atenção à Pessoa em Situação de Rua através da articulação com os setores de educação, assistência social e Justiça (DSII); MUNICIPAL
15. Garantia de um técnico de referência em saúde mental, álcool e outras drogas para todas as unidades de ESF (DSII); MUNICIPAL
16. Democratização do acesso das pessoas com transtornos mentais aos cuidados e leitos nos hospitais gerais (DSII); MUNICIPAL

- 17.** Fortalecimento e estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através de política de incentivo com co-financiamento estadual e federal visando o funcionamento dos serviços em sedes próprias do município (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 18.** Criação de Centros de Convivência conforme preconiza a Rede de Atenção Psicossocial (DSII); MUNICIPAL
- 19.** Democratização da Política de Saúde Mental, ampliando o atendimento às pessoas deficitárias com retardos leves, moderados e graves, criando espaços de promoção da saúde, assistência e reabilitação psicossocial (DSII); MUNICIPAL
- 20.** Transformação de todos os CAPS TIPO II em CAPS TIPO III (24 horas), considerando o fechamento progressivo dos leitos de acordo com a lei 10.216/2001 (DSII); MUNICIPAL
- 21.** Discussão do modelo de cuidado e atenção no Hospital Ulisses Pernambucano pela Política de Saúde Mental municipal (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL
- 22.** Expandir o número de Equipes de Núcleos de Apoio à saúde da família (NASF) garantindo 100% de cobertura às Equipes de saúde da família, sendo um NASF para até 10 ESF, fortalecendo, em especial, as redes de Atenção Psicossocial e de deficiência (DSII, DSIII E VII); MUNICIPAL
- 23.** Fortalecer a atenção básica com implantação de mais ESF e estabelecimento/garantia de sua articulação com a rede de urgência e emergência (RUE) para melhoria dos serviços ofertados (DSI, DSII, DSIII, DSV E VII); MUNICÍPIO
- 24.** Estruturar e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde em seus diversos níveis nas 12 regionais de saúde sob responsabilidade dos gestores das Gerências Regionais de Saúde (GERES) (DSIII E VII); ESTADUAL/REGIÃO DE SAÚDE
- 25.** Promover reuniões periódicas no mínimo semestrais das equipes de saúde com a comunidade e gestores (DSIII E VII); MUNICIPAL
- 26.** Fortalecer pactuações entre municípios para atendimento da media complexidade e encaminhamento para a alta complexidade (DSIV); MUNICIPAL, ESTADUAL/REGIÃO DE SAÚDE
- 27.** Implementar em tempo hábil e garantir a qualificação dos conselhos de saúde, através da educação permanente, acerca das práticas e instrumentos de gestão do SUS, em consonância com o seguimento gestor (DSIV, DSV, DSVI E VIII); MUNICIPAL
- 28.** Criar mecanismos que desenvolvam estratégias que incorporem a avaliação dos usuários, acerca das ações e dos serviços de saúde como ferramenta de sua melhoria (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL
- 29.** Reforçar os meios de monitoramento e controle dos serviços de saúde como ouvidoria e caixas de sugestões, considerando os três segmentos (gestão, trabalhador e usuário), além da criação de instrumento e aplicação do mesmo na pesquisa de satisfação do usuário de forma sistemática e representativa (DSVI E VIII); MUNICIPAL
- 30.** Realização de avaliações periódicas da qualidade da assistência à saúde pela Ouvidoria Municipal do SUS (DSII); MUNICIPAL
- 31.** Descentralizar/Ampliar o serviço de Ouvidoria municipal para os diversos Distritos Sanitários, ampliando e melhorando suas formas de divulgação e garantir meios para que o usuário exponha suas sugestões, dúvidas, elogios e reclamações em cada unidade de saúde (DSI, DSIII E VII); MUNICIPAL
- 32.** Universalizar as “caixas de sugestões” nas unidades de saúde, garantindo a apuração de forma regular, transparente com representatividade dos diversos segmentos (DSI); MUNICIPAL
- 33.** Fortalecer as Unidades de Saúde existentes (Policlínicas, UBTs, USFs) e implantar a UPA 24h em local de fácil acesso com participação da comunidade na definição do local, com clareza e ampla divulgação dos serviços ofertados, associados aos serviços básicos (Upinha/USF) bem como das equipes de saúde da família (DSIV E V); MUNICIPAL, ESTADUAL
- 34.** Construção de Upinha 24 horas no CSU do Pina e de uma Upinha-dia na área de abrangência de Sítio Grande; (DSVI e VIII) MUNICIPAL
- 35.** Municipalização da UPA 24 HORAS do Arruda (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL
- 36.** Garantir a Implantação de uma UPA 24 horas no território do Distrito Sanitário I (DSI), associada aos serviços da atenção básica (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL Funcionamento das Upinhas 24 horas de forma articulada com as demais unidades ESF, dimensionando para até 60 mil pessoas (DSII); MUNICIPAL
- 37.** Garantir a implantação da Upinha/Campo do Café no prazo de 2 anos (DSII); MUNICIPAL
- 38.** Extinção do modelo das Upinhas 24 horas na cidade do Recife (DSII); MUNICIPAL
- 39.** Implantar ponto eletrônico biométrico, Implementar o sistema de monitoramento das ações dos profissionais de saúde através do

E-SUS/PEC e constituir grupo técnico para avaliar de forma sistemática a qualidade da assistência (DSVI E VIII); MUNICIPAL

40. Assegurar a articulação da rede de alta e média complexidade com o serviço da atenção básica através do fortalecimento do sistema de referência e contrarreferência (DSVI E VIII); MUNICIPAL

41. Fortalecer a instância estadual no monitoramento e avaliação da rede de atenção obstétrica bem como responsabilização dos entes municipais quando ocorrer o NÃO cumprimento do pacto (DSVI E VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL

42. Assegurar a gestão do território através do aprimoramento dos mecanismos de monitoramento nas áreas, propiciando ao Distrito Sanitário e ESF a escuta das necessidades da população e trabalhadores (DSVI E VIII); MUNICIPAL

43. Promoção e ampliação do sistema nacional de gestão farmacêutica (horus) nos serviços farmacêuticos municipais (DS II). MUNICIPAL, ESTADUAL

EIXO VI - INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando se iniciaram as discussões para criação do SUS, verificou-se a necessidade de fortalecer a comunicação com o objetivo de democratizar o acesso às informações em saúde e contribuir para o exercício do controle social – ou seja, oferecendo subsídios para que a população pudesse participar efetivamente do planejamento e da fiscalização das políticas públicas de saúde.

O campo da Comunicação, Informação e Saúde aponta para uma interface entre essas três dimensões, não se reduzindo a uma visão instrumental, ou seja, da comunicação e informação como um conjunto de ferramentas de transmissão de conteúdos a serviço da saúde, mas também como processos sociais de produção de sentidos, em espaços de lutas e negociações. A comunicação e a informação devem ser pensadas visando aperfeiçoar o sistema público de saúde e assegurar a participação dos cidadãos na construção das políticas públicas da área. Para isso, é fundamental pensá-las com base nos princípios e diretrizes do SUS (Araújo; Cardoso, 2007).

É necessário definir estratégias, para elaboração e implementação de políticas articuladas de comunicação e informação em saúde na perspectiva de dar maior visibilidade às diretrizes do SUS, à política de saúde, às ações e à utilização de recursos, no sentido de ampliar a participação e o controle social.

As estratégias de comunicação e informação devem conter linguagens adequadas, incluindo acessibilidade às pessoas com deficiência, conteúdo de interesse para a sociedade local e o uso tanto de meios convencionais, regionais e populares – como o rádio e impressos, que possibilitam o amplo acesso – quanto modernos, como a internet. Além disso, é preciso promover iniciativas de comunicação e informação descentralizadas e organizadas em rede para divulgar experiências locais, fortalecer a participação e controle social, e incentivar os cidadãos a cumprirem seus deveres, cobrarem seus direitos e as responsabilidades dos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde.

O potencial da comunicação pode ser direcionado para colaborar com as práticas educacionais, tanto àquelas que visam o profissional da saúde como as que objetivam atingir a sociedade em geral. A comunicação deve ser uma forma alternativa para promover a saúde. Faz-se necessário que os indivíduos tenham acesso às informações e orientações e façam uso prático dessas mensagens.

Nesta concepção, educação em saúde é um processo transformador que ocorre fundamentalmente, com a troca de saberes/conhecimentos, com a ação reflexão. Oportuniza a compreensão da situação de saúde local e a atuação de todos na resolução dos problemas e agravos existentes.

Segundo FREIRE (1996) a educação não deve ser uma mera transmissão de conhecimento, mas criar uma possibilidade do educando construir o seu próprio conhecimento baseado com o conhecimento que ele trás de seu dia-a-dia.

O acesso à informação em saúde é fundamental para reduzir iniquidades e promover transformações sociais necessárias para a qualidade de vida e o bem-estar mais democrático das populações. O conceito ampliado de "saúde", tão discutido nos debates que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), está intimamente relacionado à ideia de cidadania. E uma das bases essenciais ao exercício pleno da cidadania e do direito à saúde é o direito à comunicação e à informação.

Uma reportagem da Revista Radis, de fevereiro de 2006, dizia: "Se comunicação é troca de informações e sentidos, o estabelecimento de vínculos entre sujeitos diversos, comunicar em saúde não é apenas montar e oferecer bancos de dados. Também não é somente veicular peças publicitárias ou apelar à mídia para que divulgue o que há de bom no sistema (...)." Relacionar comunicação, informação e saúde no Brasil passa, por exemplo, pelo debate sobre o papel que a mídia tem ocupado na observação do SUS, havendo uma crítica por parte de profissionais de saúde quanto à recorrência de matérias voltadas para destacar as falhas do SUS, em detrimento da dimensão e importância do sistema como um todo para o país.

Conceitos importantes:

- **Informação:** No que se refere à etimologia, o termo Informação origina-se do latim informatiō, ōnis que significa "ação de formar, de fazer, fabricação; esboço, desenho, plano; ideia, concepção; formação, forma" (Houaiss, 2008). Portanto, é intrínseco à informação do potencial de fabricação, desenho ou concepção de algo (Moreno, Coeli e Munck, 2009).
- **Informação em Saúde:** Apartada de uma política nacional de informação e informática na saúde que prime pelo controle social e pela utilização ética e fidedigna de dados produzidos com a qualidade seja em relação ao cidadão, não é mais do que um mote, uma expressão vazia (MORENO, COELI e MUNCK, 2009).
- **Comunicação:** O Dicionário Aurélio define a palavra comunicação como o processo de emissão, transmissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados; a mensagem recebida por esses meios; a capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre pessoas. É importante ressaltar que a qualidade da comunicação no contexto da saúde é fundamental para o sucesso dos seus projetos e programas de promoção da saúde e qualidade de vida.
- **Educação:** "Educação não é só ensinar, instruir, treinar, domesticar, é, sobretudo formar a autonomia do sujeito histórico competente, uma vez que, o educando não é o objetivo de ensino, mas sim sujeito do processo, parceiro de trabalho, trabalho este entre individualidade e solidariedade" (DEMO 1996).

PROPOSTAS:

1. Garantir a participação do profissional de comunicação na discussão e elaboração de material educativo e informativo produzido pela secretaria municipal de saúde (DSI); MUNICIPAL
2. Garantir a produção de materiais informativos e educativos em saúde para pessoas com deficiência (DSI, DSIII E VII); MUNICIPAL
3. Garantir a confecção e distribuição de material informativo, criar páginas/grupos nas redes sociais e desenvolver novas estratégias de informação e comunicação, ampliando o espaço de diálogo entre o Distrito, o Conselho Distrital, os Conselhos de Unidades e a Comunidade, principalmente no que se refere às agendas do Conselho Distrital e às ações desenvolvidas pelo distrito, aproveitando também os espaços de reuniões de equipes, trabalhadores e comunidade (DSII, DSIV, DSV, DSVI E VIII). MUNICIPAL
4. Elaborar material informativo sobre a importância da realização das Conferências de Saúde e a finalidade do conselho municipal de saúde e suas comissões e garantir a participação ativa do conselho nos eventos promovidos pela secretaria de saúde (fóruns, plenárias,

seminários etc) (DSII, DSIII E VII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

- 5.** Garantir a inserção das informações distritais, de forma padronizada, no jornal informativo do CMS (DSIV); MUNICIPAL
- 6.** Garantir a atualização das informações dos programas e políticas desenvolvidos na secretaria de saúde pelo site da prefeitura (DSI); MUNICIPAL
- 7.** Criação de um portal da secretaria de saúde do recife na internet vinculado ao site da PCR constantemente atualizado com o objetivo de facilitar o acesso à informação ao usuário e aos profissionais como um todo (DSII); MUNICIPAL
- 8.** Desenvolver e implantar um banco de informações de dados de domínio público capaz de disponibilizar todos os projetos desenvolvidos na rede da Secretaria de Saúde (DSI); MUNICIPAL
- 9.** Garantir o uso da Sala de Situação, bem como indicadores de saúde do município a serem divulgados em sites e/ou outros tipos de mídia dos municípios, para aumentar o acesso à informação (DSVI E VIII); MUNICIPAL
- 10.** Criação de uma sala de situação distrital e nas unidades com garantia de alimentação pelos diversos setores do distrito com linguagem clara e acessível à população de forma irrestrita (DSII); MUNICIPAL
- 11.** Garantir uma maior integração entre as comissões de comunicação dos conselhos de saúde, para criar meios de comunicação que fortaleçam as ações desenvolvidas pelos conselhos, distritos e unidades (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 12.** Garantir capacitação das comissões de comunicação e informação em saúde dos conselhos de saúde, incluindo ensino à distância E o uso de braille e libras, a cada mudança de colegiado. (DSI, DSII, DSIII, DSIV, DSV, DSVI E DSVII, DSVIII,); MUNICIPAL
- 13.** Criar Política Municipal de Informática e Informação em Saúde (DSII); MUNICIPAL
- 14.** Instituir Política Nacional de Comunicação em Saúde articulando parcerias com os vínculos de comunicação de forma a garantir espaços para desenvolvimento de programas que abordem o SUS e a saúde (DSI); NACIONAL
- 15.** Elaborar Projeto de Lei que garanta espaço na programação das grandes mídias (rádio, tv, jornal e redes sociais) e expandir as alternativas de meios de comunicação através da internet, rádios comunitárias e demais meios, assegurando a divulgação das informações em saúde (DSI, DSIV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 16.** Prover ações que fortaleçam o direito à informação em saúde para a população através de equipamentos sociais (associações, escolas, igrejas, ONG's dentre outros) e grupos de educação popular em saúde garantindo estrutura física e financiamento específico para o desenvolvimento de ações relativas à comunicação em saúde (DSIII, DSIV E VII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 17.** Investir em propagandas para garantir a divulgação em ampla escala da Rede SUS, das ações e dos programas saúde para a população, através das equipes de saúde e expandindo os meios de comunicação, com a utilização das diversas mídias nas três esferas do governo (DSVI E VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 18.** Garantir maior divulgação dos serviços existentes na Rede de saúde bucal para portadores de deficiência (DS IV); MUNICIPAL
- 19.** Criar estratégias visando a democratização da mídia, com a participação popular, para garantia do direito à informação e reduzir o poder de filtro que preserva interesses de grupos específicos de proprietários (DSI, DSV, DSVI E VIII); NACIONAL
- 20.** Utilizar e fortalecer o uso das redes sociais e envolver a EMPREL no desenvolvimento de aplicativos para divulgação de ações de saúde pública, que auxiliam na melhoria da qualidade de vida do cidadão, seja para a promoção da saúde, prevenção de doenças ou adesão da população às mobilizações de campanhas (DSI, DSII, DSIII, DSV E VII); MUNICIPAL
- 21.** Garantir a ampliação, estruturação, fortalecimento e maior divulgação dos canais de comunicação (ouvidoria, redes sociais...) entre Gestão e População, para que o público expresse suas opiniões, críticas e sugestões a respeito do mesmo, assim como a devolutiva das demandas (DSI, DSII, DSIII, DSIV, DSV, DSVII); MUNICIPAL
- 22.** Ampliar e fortalecer a Ouvidoria Municipal como ferramenta/canal de controle social através da qualificação do trabalho do interlocutor para o aumento de sua autonomia e da agilidade nas respostas aos usuários com utilização de ferramenta online de mensagens telefônicas instantâneas (DSVI E VIII); MUNICIPAL
- 23.** Realizar fiscalização da resolução das demandas enviadas e Avaliação da efetividade do funcionamento para o aprimoramento da Ouvidoria Municipal de Saúde, fornecendo verdadeira solução ao usuário; (DSVI E VIII); MUNICIPAL
- 24.** Garantir a atualização sistemática dos profissionais de saúde através de estratégias de Educação Permanente com ênfase no processo de acolhimento e humanização e nos protocolos clínicos adotados, adequando estes protocolos à realidade do município (DSII,

DSV). MUNICIPAL

25. Capacitar com curso de libras os profissionais da rede de saúde garantindo o atendimento às pessoas com deficiência auditiva (DSVI E VIII); MUNICIPAL

26. Ampliar o projeto Conecta Recife para todo o município Criando um canal específico de notícias para saúde garantindo o acesso à internet nas comunidades e na rede de saúde, nos Distritos e nas Unidades de Saúde (DSVI E VIII); MUNICIPAL

27. Fortalecer o Sistema de Informação do PNI a nível Municipal, Estadual e Federal (DS IV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

28. Garantir a eficiência da internet para melhor funcionamento dos sistemas de informações (DS IV); MUNICIPAL

29. Publicação e divulgação para rede municipal (profissionais da saúde, gestores e usuários) do elenco padronizado de medicamentos e insumos farmacêuticos tendo a RENAME (relação nacional de medicamentos essenciais) como norteadora para definição da padronização municipal (DS II); MUNICIPAL

30. Informatização dos polos da academia da cidade/academia da saúde (DSIII e VII); MUNICIPAL

EIXO VII - CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS

As inovações tecnológicas e o desenvolvimento da ciência e da tecnologia influenciam diretamente e cada vez mais a vida em sociedade, gerando, conseqüentemente, transformações na área da saúde, no meio ambiente, no comportamento dos cidadãos e na vida social. O campo da saúde, em geral, é altamente profícuo quanto a oportunidades para o desenvolvimento científico e tecnológico associadas à produção e utilização de bens e serviços, públicos e privados.

Ciência, tecnologia e inovação são elementos-chave para o crescimento, a competitividade e o desenvolvimento de empresas, indústrias, regiões e países. Também têm importância fundamental na determinação do estilo de desenvolvimento de regiões ou nações e na forma como este afeta no presente e afetará no futuro a qualidade de vida da população em geral e de seus segmentos. Podem contribuir para a criação ou a solução de problemas humanos e ambientais, influenciando a educação, a informação, a cultura, os costumes e a saúde (VIOTTI, 2003).

Atualmente, a saúde humana é o setor de atividades que engloba a maior parte do esforço científico e tecnológico no Brasil, com uma grande demanda da indústria farmacêutica e de conhecimento para produção de itens industriais, como medicamentos, vacinas, diagnósticos, equipamentos de saúde, entre outros.

Investimentos em políticas nacionais de ciência, tecnologia e inovação são fundamentais, na medida em que a assistência farmacêutica, o fomento à pesquisa e o desenvolvimento na área de saúde impactam diretamente o fortalecimento e os serviços disponibilizados pelo SUS.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2004. O Ministério da Saúde, com a atribuição de implantar esta política, criou o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação (CCTI/MS) instituído pela Portaria nº. 1.418 de 24 de julho de 2003, coordenado pela Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) que tem entre suas atribuições a de definir diretrizes e promover a avaliação de tecnologias visando orientar a incorporação de produtos e processos no âmbito do SUS. Para operacionalizar esta responsabilidade foi criado o Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT).

A SCTIE também é responsável pela implementação das políticas de assistência farmacêutica, de avaliação e incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde e de incentivo ao desenvolvimento industrial e científico do setor. No âmbito da ciência e tecnologia,

a Secretaria é responsável pelo incentivo ao desenvolvimento de pesquisas em saúde no país, de modo a direcionar os investimentos realizados pelo Governo Federal às necessidades da saúde pública.

As prioridades de pesquisa devem sempre estar em consonância com as necessidades do sistema de saúde, com a capacidade de pesquisa e com a disponibilidade financeira. Os principais aspectos a serem abordados são os indicadores epidemiológicos, os principais problemas da gestão do sistema de saúde, a capacidade instalada de pesquisa e a metodologia do processo de cinco passos da Organização Mundial da Saúde que, resumidamente, aborda a magnitude do problema, os determinantes, o conhecimento atual, o possível impacto da pesquisa e os fluxos de recursos (Coleção Pro gestores/Para Entender a Gestão do SUS. Livro 4, 2007).

Portanto, pesquisa, desenvolvimento e inovação são prioritários, pois constituem oportunidades para resgatar a competitividade da indústria nacional, além de serem ferramentas para a diminuição da dependência externa por tecnologia e para a redução das importações no setor. Apesar do claro predomínio das grandes empresas multinacionais no mercado nacional de medicamentos, verificou-se, ao longo das últimas décadas, um aumento considerável na participação de empresas nacionais no mercado. Estes dados são em grande parte resultado da consolidação do segmento de medicamentos genéricos no País que representou um ponto de inflexão na trajetória de crescimento da indústria farmacêutica brasileira.

Conceitos importantes:

- **Ciência:** É compreendida pelo “Conhecimento especial sobre a natureza, sobre o homem e sobre a sociedade; atividade do cientista; ciência é o que os cientistas fazem; conhecimentos validados pelos pares (cientistas); acervo de conhecimentos científicos; busca sistemática de descrições da realidade (explicações plausíveis de como as coisas ocorrem na natureza); reconstruções racionais do funcionamento da natureza e das coisas, apoiadas na investigação das relações fenomenológicas e no diálogo do cientista com a realidade” (ROCHA, 1996, p. 122).
- **Tecnologia:** Entende-se o “conjunto de conhecimentos científicos e empíricos, de habilidades, experiências e organização requeridos para produzir, distribuir, comercializar e utilizar bens e serviços, incluindo tanto conhecimentos teóricos como práticos, meios físicos, “Know how”, métodos e procedimentos produtivos, gerenciais e organizacionais, entre outros e, como atividade, a tecnologia é entendida como a aplicação para os conhecimentos já existentes”. (SÁENZ e CAPOTE, 2002, p. 47).
- **Inovação:** É a introdução de uma tecnologia na prática social e resulta de “uma combinação de necessidades sociais e/ou de demandas de mercado com meios científicos e tecnológicos para resolvê-las”. Para que uma tecnologia se insira num processo inovador, devem ser conjugados três fatores: “o reconhecimento da necessidade social”, a “presença de adequadas capacidades científicas e tecnológicas” e “o suficiente apoio financeiro”. (SÁENZ e CAPOTE, 2002, p.70).
- **Pesquisa para o SUS:** Dada à complexidade das organizações de saúde, seus gestores precisam de informações válidas, confiáveis e atualizadas para decidir de forma consciente. A pesquisa científica é uma fonte importante de informações desse tipo. A utilização do conhecimento científico não é, todavia, um processo simples. Há uma série de fatores permeando a relação entre ciência e gestão que precisa ser observada para se compreender como os gestores podem se beneficiar da produção científica. Esses fatores relacionam-se tanto à produção de pesquisas e aos pesquisadores, quanto ao processo de tomada de decisão técnica e política e aos gestores.
- **Inovação e gestão em saúde:** A palavra inovação quase sempre é utilizada para indicar uma intencionalidade na introdução de estratégias de mudanças. Para Sardan (1995), a inovação está relacionada com os meios de produção identificados a partir do processo de produção e é considerada um novo produto; um novo método ou modo de produção; um novo mercado; uma nova organização da produção.

- **Complexo industrial da saúde, tecnologias:** Em um contexto pautado pela contínua elevação de gastos, pela crescente produção de conhecimento e pelas mudanças no perfil epidemiológico das populações, os gestores são pressionados por usuários, profissionais de saúde, juízes, promotores e representantes da indústria para a rápida incorporação de novos produtos e processos no SUS. Isso torna a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) uma ferramenta cada vez mais importante para os gestores do setor, pois subsidia a tomada de decisão, evitando grandes problemas como: o uso de tecnologias que não dispõem de eficácia comprovada; de outras sem efeito ou com efeitos negativos; e a não utilização de tecnologias eficazes.
- **Fármacos e Complexo Industrial da Saúde:** O Complexo Industrial da Saúde envolve um amplo conjunto de atividades que apresentam uma importância estratégica para o País tendo em vista tanto o seu peso econômico quanto sua articulação com o Sistema Nacional de Saúde. A indústria de base química e biotecnológica se destaca tanto pela sua relevância econômica como pela sua importância no domínio de novas tecnologias em áreas estratégicas. Dentre as atividades desta indústria encontram-se a produção de medicamentos, fármacos, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico, soros e toxinas.
- **Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde — REBRATS:** É uma estratégia para viabilizar a elaboração e a disseminação de estudos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) prioritários para o sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a formação e a educação continuada nas áreas do sistema de saúde brasileiro.

PROPOSTAS:

1. Desenvolvimento e incorporação de tecnologias com base nas necessidades de saúde da população, voltadas ao desenvolvimento de vacinas, imunobiológicos, considerando a importância das doenças tropicais e negligenciadas (DSI; DSII, DSIII e VII; DSIV, DSVI e VIII); NACIONAL
2. Desenvolvimento e incorporação de tecnologias com base nas necessidades de saúde da população, voltadas ao desenvolvimento de vacinas, imunobiológicos, considerando a importância das doenças tropicais e negligenciadas, com comissão formada para subsidiar as propostas formalizadas e apresentadas pela população (DSV); NACIONAL
3. Desenvolvimento de uma política industrial nacional que contribua para a redução da dependência da importação e para a ampliação de acesso a medicamentos, equipamentos médicos, Kits diagnósticos; kits diagnósticos dermatoneurológico para diagnóstico de hanseníase e insumos (DSI; DSII, DSIII e VII; DSIV, DS VI e VIII); NACIONAL
4. Desenvolvimento de uma política industrial nacional que contribua para a redução da dependência da importação e para a ampliação de acesso a medicamentos, equipamentos médicos, Kits diagnósticos; kits diagnósticos dermatoneurológico para diagnóstico de hanseníase e insumos, com comissão formada para subsidiar as propostas formalizadas e apresentadas pela população (DSV); NACIONAL
5. Racionalização da oferta dos serviços no SUS por meio de critérios fundamentados em evidências científicas e em princípios éticos, socialmente validados, considerando a necessidade e a realidade local (DSI; DSIII e VII; DSIV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
6. Racionalização da oferta dos serviços no SUS por meio de critérios fundamentados em evidências científicas e em princípios éticos, socialmente validados, considerando a as necessidades de ampliação da oferta de especialistas e a melhoria nos serviços laboratoriais (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL.
7. Racionalização da oferta dos serviços no SUS por meio de critérios fundamentados em evidências científicas e em princípios éticos, socialmente validados, considerando a necessidade e a realidade local, com a inclusão de novos fármacos na padronização já existente de Material Médico Hospitalar que possam assegurar menor tempo de resposta ao tratamento (DSV); MUNICIPAL ESTADUAL E NACIONAL
8. Racionalização da oferta dos serviços no SUS por meio de critérios fundamentados em evidências científicas e em princípios éticos, socialmente validados, considerando a necessidade e a realidade local, com divulgação para a população, por meio de campanhas, esclarecendo as evidências científicas encontradas e a utilização das mesmas na oferta de ações e serviços no SUS (DSVI e VIII);

MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

- 9.** Definição, por parte dos Estados, das linhas prioritárias de pesquisa e de acompanhamento e avaliação dos projetos incluindo a incorporação, utilização dos produtos e resultados, evidenciados a partir do contexto territorial (DSI, DSII; DSIII e VII, DSIV, DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 10.** Definição, por parte das esferas federativas, das linhas prioritárias de pesquisa e de acompanhamento e avaliação dos projetos incluindo a incorporação, utilização dos produtos e resultados que tenham relevância pública (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 11.** Promoção do intercâmbio entre as diferentes unidades federadas para a consolidação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia do SUS, levando em conta a heterogeneidade do país, com realização de eventos científicos, atividades temáticas e encontros de redes de pesquisa que contribuam para a disseminação do conhecimento e que possam influenciar diretamente na vida em sociedade, gerando transformações na área da saúde, meio ambiente e no comportamento dos cidadãos e cidadãs (DSI); NACIONAL
- 12.** Promoção do intercâmbio entre as diferentes unidades federadas para a consolidação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia do SUS levando em conta a heterogeneidade do país (DSII; DSIV, DSIII e VII); NACIONAL
- 13.** Promoção do intercâmbio entre as diferentes unidades federadas para a consolidação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia do SUS levando em conta a heterogeneidade do país, as necessidades locais e com garantia de consulta prévia antes da implementação (DSVI e VIII; DSV); NACIONAL
- 14.** Fortalecimento de parcerias, com efetiva garantia da articulação com os Centros Educacionais e aperfeiçoamento dos Programas de residência Multiprofissional (DSI; DSII; DSIV; DSIII E VII); NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL
- 15.** Fortalecimento de parcerias com os Centros Educacionais e aperfeiçoamento dos Programas de residência Multiprofissional; com o aumento do número de vagas e especialidades (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 16.** Fortalecimento de parcerias com os Centros Educacionais que contemplem em seu programa políticas que sejam aplicadas em saúde pública e aperfeiçoamento dos Programas de residência Multiprofissional em Saúde; (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 17.** Criação de um Comitê multidisciplinar da área de saúde e intersetorial para subsidiar as decisões judiciais que determinam a incorporação de novas tecnologias, procedimentos e insumos em saúde desconsiderando as necessidades individuais e coletivas estabelecidas nos Planos Municipais, os limites orçamentários, a integralidade das ações de saúde, os processos de regulação da rede e as responsabilidades específicas de cada Ente Federativo dentro do SUS, evitando distorções no planejamento e na execução orçamentária (DSI); MUNICIPAL
- 18.** Estreitamento das relações entre Ministério Público e gestão com o intuito de facilitar o cumprimento de decisões judiciais que determinam a incorporação de novas tecnologias, procedimentos e insumos em saúde para que não haja a desconsideração desordenada das necessidades individuais e coletivas estabelecidas nos Planos Municipais, os limites orçamentários, a integralidade das ações de saúde, os processos de regulação da rede e as responsabilidades específicas de cada Ente Federativo dentro do SUS, evitando distorções no planejamento e na execução orçamentária (DSV); MUNICIPAL
- 19.** Vinculação dos pareceres técnicos de profissionais da área correspondente, as interferências das decisões judiciais que determinam a incorporação de novas tecnologias, procedimentos e insumos em saúde desconsiderando as necessidades individuais e coletivas estabelecidas nos Planos Municipais, os limites orçamentários, a integralidade das ações de saúde, os processos de regulação da rede e as responsabilidades específicas de cada Ente Federativo dentro do SUS, para minimizar as graves distorções no planejamento e na execução orçamentária (DSVI e VIII); MUNICIPAL
- 20.** Fortalecimento da rede dos laboratórios públicos nacionais para viabilizar a promoção de instrumentos de transferência de tecnologia das indústrias privadas, nacionais e internacionais, garantindo subsídio para que esses laboratórios façam uso dessas tecnologias (DSI; DSII; DSIII e VII; DSIV, DSVI e VIII); NACIONAL
- 21.** Aprimoramento das tecnologias utilizadas nos laboratórios para otimizar o tempo entre realização e entrega dos exames (DSIV); NACIONAL
- 22.** Fomento a pesquisa e fortalecer o desenvolvimento dos produtos e moléculas a partir da biodiversidade como também de

biomateriais e de equipamentos para a saúde (DSI; DSII; DSIII E VII; DSIV; DSV, DSVI e VIII); NACIONAL

23. Fortalecimento e ampliação da indústria nacional produtora de fármacos, outros produtos e equipamentos para a saúde, de modo a aumentar o acesso da população brasileira às tecnologias de diagnóstico e terapia, destacando a ampliação das pesquisas em doenças crônicas não transmissíveis, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças cardiovasculares e neoplásicas tropicais e negligenciadas, incluindo o desenvolvimento de vacinas (DSI; DSII; DSIII e VII; DSIV; DSV); NACIONAL

24. Fortalecimento e ampliação da indústria nacional produtora de fármacos, a exemplo da penicilina, e outros produtos e equipamentos para a saúde, de modo a assegurar o acesso da população brasileira às tecnologias de diagnóstico e terapia, e buscar alternativas de matérias primas necessárias para a produção dos mesmos, garantindo a distribuição em todo o território nacional. Incluindo também a importância das doenças crônicas não transmissíveis, tropicais e negligenciadas, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças cardiovasculares e neoplásicas, com ênfase no desenvolvimento de vacinas (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

25. Desenvolvimento de estratégias com vistas a uma maior participação popular no desenvolvimento tecnológico e científico e nas Políticas do SUS (DSI; DSII; DSIII E VII; DSIV; DSV; DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

26. Implementação de estratégias que impactem diretamente no fortalecimento da atenção básica através do fomento à ciência e tecnologia, com garantia de recursos financeiros (DSI; DSII; DSIII e VII; DSIV; DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

27. Desenvolvimento de instrumentos que impactem diretamente no fortalecimento da atenção básica através do fomento à ciência e tecnologia, tendo como prioridade garantir o processo de informatização da rede, matriciamento e estruturação de processos de trabalho (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

28. Implantação/qualificação do prontuário eletrônico nas unidades de saúde em todos os âmbitos do SUS (DSI; DSIV; DSV); MUNICIPAL

29. Fomento à implantação, qualificação do prontuário eletrônico nas unidades de saúde em todos os âmbitos do SUS, incluindo os programas academia da cidade e academia da saúde, dando ênfase a qualificação dos profissionais para utilização das novas tecnologias (DSII); MUNICIPAL

30. Fomento à implantação/qualificação do prontuário eletrônico, através do e-SUS nas unidades de saúde e em todos os âmbitos do SUS, paralelamente a construção de protocolos clínicos integrados ao prontuário eletrônico (DSVI e VIII); MUNICIPAL

31. Desenvolvimento de estratégias para resolução dos problemas e integração dos sistemas de informação do SUS (Ex. CNES, CADSUS E-SUS e OUTROS) (DSI; DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

32. Desenvolvimento de estratégias para resolução dos problemas e integração dos sistemas de informação do SUS, implementando um modelo de cogestão e corresponsabilidade e alternativas que garantam a continuidade da alimentação das bases de dados do sistema, mesmo que de forma off-line e temporária e condicionado à realização de backup (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

33. Desenvolvimento de estratégias para integração efetiva entre os operadores dos Sistemas de informação para resolver os problemas de atualização cadastral, falta de complementação e execução dos sistemas de informação do SUS (Ex. CNES, CADSUS, E-SUS e OUTROS). Restringir a permissão do operador no CADSUS WEB exclusivamente a sua base cadastral. (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

34. Criação de estratégias e articulação com a Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente com o objetivo de desacelerar gradativamente a produção de alimentos contaminados por agrotóxicos (DSI; DSII; DSIII e VII; DSIV; DSVI e VIII); MUNICIPAL, E ESTADUAL NACIONAL

35. Fomento a debates e criação de estratégias com o objetivo de monitorar o uso de agrotóxicos (com o limite preestabelecido pelo governo) na agricultura, incentivando assim a produção de alimentos orgânicos, em parceria com outros órgãos de controle (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL

36. Incluir Práticas Integrativas e Complementares como eixo prioritário no Edital do programa Pesquisa para o SUS – PPSUS (DSI); NACIONAL

37. Incentivar estudos e pesquisas no intuito de produzir conhecimento sobre o uso, eficácia e a segurança das práticas integrativas e complementares (DSIII e VII; DSV); NACIONAL

38. Garantir a primazia do interesse público no mercado de produtos e serviços de saúde incluindo a indústria de medicamentos e outros insumos e as operadoras dos planos privados de saúde (DSI); NACIONAL

- 39.** Fortalecer e ampliar a indústria nacional produtora de fármacos, outros produtos e equipamentos para a saúde (DSIV); NACIONAL
- 40.** Articulação dos princípios organizacionais da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação com o fortalecimento do sistema de saúde, levando em consideração a municipalização, regionalização e hierarquização do sistema (DSI; DSII; DSIII e VII; DSIV, DSV; DSVI e VIII); NACIONAL
- 41.** Realização de eventos científicos, atividades temáticas e encontros de redes de pesquisa que contribuam para a disseminação do conhecimento e que possam influenciar na vida em sociedade, gerando transformações na área da saúde, meio ambiente e no comportamento dos cidadãos e cidadãs (DSI; DSII; DSIII E VII; DSIV; DSV; DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 42.** Estreitar as relações entre a saúde e o poder judiciário no intuito de sensibilizar sobre os limites orçamentários, responsabilidades específicas de cada Ente Federativo e da importância de uma tomada de decisão mediante parecer técnico; (DSIII e VII MUNICIPAL, NACIONAL E ESTADUAL
- 43.** Promover formação do poder judiciário nos três níveis a fim de qualificar o diálogo e as intervenções (DSIV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 44.** Apresentação da disponibilidade de ações e serviços de saúde do município, aos órgãos do poder judiciário, facilitando a compreensão das instâncias jurídicas nas suas tomadas de decisão (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 45.** Fomentar as pesquisas em doenças crônicas não transmissíveis com ênfase nas doenças cardiovasculares, neoplásicas, endócrinas, nutricionais e metabólicas, considerando o perfil epidemiológico da população e suas necessidades sociais (DSI; DSII; DSIII E VII; DSIV; DSV; DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 46.** Articular com a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde — REBRATS nos três níveis de Governo (DSI; DSII; DSIII E VII; DSIV; DSV; DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL,
- 47.** Estabelecimento de parceria com a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde REBRATS (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 48.** Ampliação das pesquisas na prevenção e no tratamento em doenças cardiovasculares e neoplásicas, com divulgação dos resultados para a população (DSI; DSII; DSIII E VII; DSIV; DSV; DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 49.** Promover espaços de discussão sobre a Política de Ciência, Tecnologia e inovação nos Programas de Residência (DSIV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 50.** Fomentar maior investimento nas pesquisas em atenção primária à saúde através de editais temáticos (DSIII e VII); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 51.** Ampliar o investimento no LAFEPE incentivando à produção de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica (DSIII e VII); ESTADUAL
- 52.** Investir em redes de tecnologias, através do desenvolvimento de sistemas mais robustos com validação do usuário do sistema (DSIII e VII); ESTADUAL
- 53.** Melhorar as informações acerca da Política de Ciência Tecnologia e Inovação, com objetivo de promover a acessibilidade da sociedade (DSIV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 54.** Incentivar tecnologias de diagnóstico e terapia que ampliem o acesso da população (DSIV); MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 55.** Incorporar a sustentabilidade enquanto princípio norteador da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação (DSIV); NACIONAL
- 56.** Fortalecer a incorporação e utilização dos produtos e resultados das pesquisas, acompanhamento e avaliação de projetos e experiências por parte dos entes Federados (DSIV); NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL
- 57.** Criar tecnologia de avaliação e integração entre os Sistemas de Informações (DSIV); NACIONAL
- 58.** Adoção de novas tecnologias viáveis e eficazes no combate de vetores causadores de endemias (DSV); NACIONAL
- 59.** Garantir informatização de todas as unidades da Academia da Saúde (DSII); MUNICIPAL
- 60.** Informatização da rede e georreferenciamento dos indicadores de saúde (DSII); MUNICIPAL
- 61.** Informatização e criação de um sistema de informação para as demandas das academias da cidade/academia da saúde (programa de avaliação física, E-SUS, dentre outros); (DS II) MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- 62.** Implantação de um novo sistema de comunicação para melhoria do tempo de resposta do SAMU; (DS III e VII) MUNICIPAL,

ESTADUAL, NACIONAL 63. Equipar as unidades de forma adequada para operacionalização do sistema de regulação; (DS IV) MUNICIPAL 63. Garantir o aprimoramento do SISCAN pelo DATASUS; (DS VI e VIII) MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL

EIXO VIII – REFORMAS DEMOCRÁTICAS E POPULARES DO ESTADO

A discussão acerca das reformas democráticas e populares do Estado brasileiro tratam do que precisa ser modificado em uma ampla Reforma do Estado, que possibilite a consolidação de uma sociedade efetivamente democrática e participativa. A reforma do Estado é comumente vista como um processo de redução do tamanho do Estado, envolvendo a delimitação de sua abrangência institucional e a redefinição do seu papel (Bresser, 1995). No Brasil, a partir de 1995, as ações governamentais buscaram construir os elementos do Novo Estado brasileiro, justificados pela necessidade de reduzir o aparelho estatal para garantir o equilíbrio entre a oferta e a demanda, sustentando o desenvolvimento global.

Em linhas gerais, a proposta de Reforma de Estado no Brasil se estruturou a partir de duas diretrizes centrais: o ajuste fiscal e as mudanças institucionais. O ajuste fiscal deveria contribuir para diminuir os gastos públicos e reduzir o tamanho do Estado. Desse modo, a privatização foi utilizada para transferir à iniciativa privada atividades econômicas antes realizadas pelo Estado, mediante o chamado Programa Nacional de Desestatização. Esse programa foi responsável pela privatização de estatais de diversas áreas como transporte, papel e celulose, comércio exterior, energia elétrica, telefonia e bancos estaduais. Ainda como parte da política de ajuste, o governo federal aprovou a Lei de Responsabilidade Fiscal que, de fato, contribui para restringir a possibilidade de endividamento público. Outra medida central foi a ampliação da carga tributária, mediante o aumento da arrecadação baseada em contribuições sociais (FRANCESE, 2011).

Juntamente ao ajuste fiscal, foram realizadas mudanças institucionais voltadas à busca de maior eficiência nas atividades do Estado. Essas estratégias sugeriram um novo paradigma gerencial que flexibiliza as formas tradicionais de controle burocrático, oferecendo maior autonomia às organizações na gestão dos seus processos, em troca de maior controle por resultados. Quanto à macroestrutura do Estado, propõe um novo modelo com privatização, terceirização e publicização nas diferentes áreas de atuação do Estado (Francese, 2011). Desde então, foram criadas as bases legais para a inserção do chamado terceiro setor, organizações privadas de utilidade pública, com origem na sociedade civil (Organizações Sociais- OS; Organização da Sociedade Civil de Interesse Público-OSCIP, Organização Não Governamental-ONG) na prestação dos então denominados serviços públicos não exclusivos. É a possibilidade de recuperação da governança e do aumento da governabilidade.

De um modo geral, a discussão acerca da reforma do Estado gira em torno das seguintes ideias: a privatização, publicização e terceirização relacionam-se com o problema da delimitação do tamanho do Estado; o aspecto regulatório diz respeito a uma maior ou menor intervenção governamental no mercado; a questão da governança se relaciona a intermediação de interesses no que se refere aos aspectos financeiros, estratégicos e administrativos e, por fim, o aumento da governabilidade busca formas de legitimar o governo frente a sociedade e adequar as instituições para a consecução do interesse público (BRESSER, 1995; FRANCESE, 2011).

Todo o processo de reforma do Estado brasileiro vem se dando num contexto de grandes divergências entre os vários setores da sociedade acerca do seu papel. No entanto, fica cada vez mais claro que a sociedade brasileira defende uma forte atuação do Estado na implementação das políticas sociais, com garantia dos direitos fundamentais do cidadão. Especialmente no contexto do setor saúde, percebe-se a incompatibilidade entre os interesses do mercado e os comprometidos com um sistema de saúde de caráter público, com assistência integral, equitativa e universal.

O processo de implementação do SUS se depara com a defesa e adoção de políticas restritivas a gastos que seriam implementadas não apenas no Brasil, mas em boa parte dos países em desenvolvimento. Todo o arcabouço teórico e processo político advindos do

movimento pela reforma sanitária passaram a concorrer com uma série de estudos e estratégias de gestão pública que propõem a conformação de políticas restritivas de gastos em políticas sociais, nas quais se incluem as políticas de saúde.

O histórico da política de financiamento do SUS pode ser tomado como referência dessas restrições. O perfil dos gastos com saúde no Brasil não deu conta de atender as reivindicações e formulações da reforma sanitária e nos coloca em condição de desvantagem em relação a outros países, no que se refere aos percentuais do PIB destinados à saúde. Canadá com 11,2%, sendo 7,88% de gastos públicos; Espanha com 9,4%, sendo 6,92% públicos; EUA com 17,9%, sendo 8,22% públicos; França 11,6%, com 8,9% públicos e Reino Unido com 9,3% com 7,65% públicos e Brasil 8,9% do PIB, com apenas 4,07% de gastos públicos (SOARES; SANTOS, 2014)

Todavia, parte-se de uma concepção de que o Estado desempenha papel central na condução do desenvolvimento do país e na melhoria da condição de vida das pessoas. Diferentemente do mercado, deve implementar políticas distributivas e redistributivas e tem um papel estratégico na condução das políticas sociais. Por isso defende-se uma ampla reforma democrática e popular do Estado, que passa pelas reformas tributária e política. É preciso aprofundar e aperfeiçoar a democracia participativa e representativa e alcançar um sistema tributário mais justo, elementos indutores que podem viabilizar a consolidação do SUS.

As históricas crises políticas no legislativo e executivo, em todos os níveis da federação, geradas pelos escândalos decorrentes das revelações de suas relações com o capital privado, nos mostram que o problema não é atual e ultrapassa este ou aquele parlamento ou executivo e indica a necessidade urgente de reforma político-partidária. A Reforma Política de que o país necessita, com urgência, não pode se limitar a regras eleitorais e ao funcionamento dos partidos. É fundamental construir caminhos que reformulem a estruturas de poder e a forma de exercê-lo. Trata-se de recolocar o poder ao alcance da influência viável e eficaz da cidadania, por meio da democratização das relações entre Estado e Sociedade. Nesse sentido, urge o fortalecimento dos mecanismos de democracia direta e o aprimoramento da democracia representativa, com mudanças no sistema eleitoral e na regulamentação dos partidos políticos. É lamentável a dificuldade de se chamar um plebiscito, um referendo ou mesmo a exigência de um imenso número de assinaturas para se protocolar projeto de lei de iniciativa popular.

Outros aspectos da reforma política também são importantes, precisam ser aprofundados por toda a sociedade brasileira. Referem-se a questões como financiamento das campanhas eleitorais; do sistema eleitoral para escolhas dos parlamentares; da distribuição e forma de utilização do tempo de propaganda de televisão e rádio; da revogação de mandatos; da redução do número de cargos comissionados na Administração Pública. O diálogo sobre estas questões está na pauta atual dos movimentos sociais, de jovens e de vários setores da sociedade brasileira, seja nos movimentos das ruas, ou nas discussões embaladas nas redes sociais, tendo em vista as grandes implicações da reforma política na consolidação das políticas sociais necessárias ao bem-estar econômico e social de todos os brasileiros.

As reivindicações mais recorrentes defendem a necessidade de fortalecer o estatutos de plebiscito, referendo e iniciativa popular como estratégia de fortalecimento da democracia participativa; a ampliação da participação popular na elaboração do orçamento principalmente através das entidades da sociedade civil, nos três entes federativos; a proibição do financiamento político-eleitoral por empresas e sua aceitação somente por pessoas físicas, com limites de contribuição ou o o financiamento público exclusivo das campanhas eleitorais; a instituição do “voto misto”, no qual o eleitor vota duas vezes, sendo uma no candidato de sua predileção e outra na chapa partidária para favorecer o voto no programa partidário; a distribuição igualitária dos espaços de propaganda eleitoral, com privilégio de discussão de propostas e programas de ação político-governamental; a definição de critérios objetivos para ocupação dos postos de direção por servidores de carreira, com redução de influências corporativas indevidas e a limitação de tempo para o exercício dessas funções de direção por ocupantes de cargos efetivos.

Outra reforma urgente para a ampliação da democracia brasileira é a reforma tributária, condição fundamental para o enfrentamento às mais profundas desigualdades existentes no país. O Brasil chegou a ser, por volta de 1990, o país com a pior distribuição de renda de todo o mundo. Nas duas últimas décadas, reduziu as desigualdades sociais, mas ainda se inclui entre os doze países com maior concentração de renda no mundo. Fica na sétima posição quando se compara quantas vezes os 10% mais ricos são mais ricos do que os 10% mais pobres em média. No caso do Brasil, os mais ricos são, em média, 49 vezes mais ricos que os mais pobres (Helene, 2014).

O avanço na melhoria das condições econômicas e sociais da sociedade brasileira passa por uma reforma tributária, com caráter progressivo, que tire o foco da tributação do consumo, produtos básicos e investimentos produtivos e passe a incidir mais diretamente sobre renda e patrimônio.

Se compararmos a atual carga tributária no Brasil, em torno de 36–37% do PIB, com a dos países da América Latina e também com a de alguns países desenvolvidos, com nível de renda per capita superior, como Estados Unidos e Japão, por exemplo, não há dúvidas de que seja bem elevada. O Brasil só perde para alguns países europeus e para os países escandinavos, que, no entanto, possuem níveis de renda per capita bem mais elevados e um Estado de Bem Estar Social mais abrangente e consolidado. Todavia o maior problema da carga tributária no Brasil não reside apenas na sua dimensão, que não deixa de ter efeitos nocivos para a competitividade da produção nacional, mas sobretudo, consiste na falta de retorno destes impostos para a sociedade na forma de políticas públicas, ainda mais num contexto econômico de persistentes desigualdades sociais.

A tributação iníqua da carga tributária, além de ir contra um princípio fundamental da tributação – o da equidade – enfraquece o mercado interno ao lançar o maior ônus dos impostos sobre os contribuintes de menor renda. O controverso é que, idealmente, cabe ao Estado manejar os impostos para encurtar as distâncias entre ricos e pobres, até mesmo para garantir maior coesão social.

As reivindicações da sociedade brasileira giram em torno da necessidade de reduzir o número de tributos e de simplificar o sistema, mas essa simplificação por si não resolve seus maiores problemas, devendo ser acompanhada das mudanças necessárias para sua modernização. Atualmente, há vários impostos, seja sobre o patrimônio ou sobre o consumo, que incidem sobre as mesmas bases, o que torna o sistema tributário muito complexo e aumentam os custos para o contribuinte. De outro lado, os impostos sobre o patrimônio não cumprem o papel de contribuir para refrear o avanço da concentração de renda no país. (OLIVEIRA, 2014).

O desafio maior consiste no fato de que essa proposta, ainda que responda aos anseios da grande maioria da população brasileira, está na agenda das pautas negativas da grande mídia e dos setores conservadores da sociedade e longe da agenda do nosso Congresso.

PROPOSTAS:

- 1.** Investir em panfletos e outras fontes de informação para a população sobre o papel e responsabilidades dos vereadores, deputados estaduais e federais, senadores, governadores, prefeitos e presidente (DSI); NACIONAL
- 2.** Retirar das atribuições do legislativo, através dos gabinetes dos senadores, deputados e vereadores, qualquer serviço assistencial, os quais devem ser prestados através do executivo (DSI); NACIONAL
- 3.** O financiamento das campanhas eleitorais será feito de forma equânime pelo governo, e os demais recursos serão de responsabilidade dos partidos políticos, exclusivamente adquiridos através da doação dos seus filiados, e fiscalizados pelo Tribunal de Contas da União e pelo Tribunal Superior Eleitoral (DSI, DSIII, DSIV, DSV, DSVI); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 4.** Fortalecimento dos mecanismos de democracia direta (referendo e plebiscito) e aprimoramento da democracia representativa através da formação e capacitação dos representantes: gestores, delegados, lideranças comunitárias e sindicais para discussão dos assuntos pertinentes às reais necessidades da população (DSI, DSIII, DSVII); NACIONAL
- 5.** Fortalecimento dos mecanismos de democracia direta (referendo e plebiscito) e aprimoramento da democracia representativa,

com a instituição do voto misto (DSV, DSVIII); NACIONAL

- 6.** Isonomia na distribuição do tempo de exposição em propagandas políticas veiculadas por televisão e rádio para os candidatos; e criação de um comitê de ética objetivando avaliar o conteúdo da propaganda eleitoral e definindo regras para as propostas dos candidatos aos eleitores (DSI, DSIII, DSV, DSVI, DSVII); NACIONAL
- 7.** Simplificação do sistema tributário e redução da carga tributária sobre os itens de necessidades básicas e essenciais (DSI, DSII); NACIONAL
- 8.** Estabelecimento de percentuais de tributação de acordo com classe e renda social (DSII); NACIONAL
- 9.** Aumento do teto de tributos no imposto de renda para 05 salários em busca de equilíbrio econômico e social, melhorar os mecanismos de fiscalização na tentativa de acabar com a sonegação fiscal e revisão da carga tributária dos pequenos e médios empresários (DSIII, DSVII); NACIONAL
- 10.** O teto de tributos no imposto de renda e o aumento do teto mínimo para 07 salários: em busca de equilíbrio econômico e social, com restituição de 100% dos gastos em Educação e Saúde (DSV); NACIONAL
- 11.** Reforma tributária ampla e progressiva desonerando os bens de consumo essenciais e os investimentos produtivos, passando a incidir mais diretamente sobre renda, fortuna e patrimônio (DSIV); NACIONAL
- 12.** Aumento em 50 % o percentual do PIB destinado à saúde. (DSI); NACIONAL
- 13.** Aumento significativo e progressivo do percentual do PIB destinado à saúde, com prioridade nos investimentos públicos e distribuição entre os entes federativos de acordo com as necessidades de cada região priorizando os municípios (DSIV); NACIONAL
- 14.** Garantia da instituição da fiscalização, com participação popular, das obras inacabadas com previsão de punição dos ordenadores das obras (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 15.** Regulamentação da lei de greve no serviço público de saúde; (DSII) NACIONAL
- 16.** Garantia da manutenção de todos os direitos civis e sociais conquistados, previstos na constituição (DSIV); NACIONAL
- 17.** Maior eficiência nas atividades do estado através de novos paradigmas gerenciais que flexibilizem as formas tradicionais de controle burocrático, garantindo a fiscalização e o controle social (DSIV); NACIONAL
- 18.** Combate da impunidade e da corrupção através de mudanças no Código Penal (DSV); NACIONAL
- 19.** Reforma política com participação mínima do setor privado para melhoria de vida da população (DSV); NACIONAL
- 20.** Efetividade no cumprimento das leis (DSVI, DSVIII); NACIONAL
- 21.** Revisão do poder judiciário (DSVI, DSVIII); NACIONAL
- 22.** Leis mais claras e severas para punição dos casos de corrupção (DSVI, DSVIII); NACIONAL
- 23.** Criação de auditorias externas autônomas (DSVI, DSVIII); MUNICIPAL
- 24.** Efetivação de medidas administrativas vigentes quando forem identificadas transgressões legais (DSVI, DSVIII); MUNICIPAL
- 25.** Revisão severa do Bolsa Família (DSVI, DSVIII); NACIONAL
- 26.** Qualificação e Fortalecimento do SUS diante da Reforma Política (DSVI, DSVIII) NACIONAL
- 27.** Realização de levantamento e cadastramento dos Movimentos Sociais, Organizações Associações visando estreitar a relação com a prefeitura; (DSVI, DSVIII) MUNICIPAL
- 28.** Desburocratização do processo de cadastramento das Organizações Sociais no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA), entre outros; (DSVI, DSVIII); MUNICIPAL
- 29.** Garantia do Estado Laico, tirando as interferências religiosas na governabilidade do país (DSVI, DSVIII); NACIONAL
- 30.** Fiscalização de denúncias e erros, fazendo valer os direitos da população (DSVI, DSVIII); MUNICIPAL
- 31.** Garantia do acesso à informação e a participação efetiva e autônoma de todos os seguimentos sociais em todos os níveis de discussão da reforma do estado, assim como na construção das políticas e dos programas sociais (DSIV, DSVIII); NACIONAL
- 32.** Legalidade e imparcialidade do sujeito na representação do seu papel social e político (DSV); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 33.** Proteger-nos das “dubiedades” exercidas algumas vezes por líderes e representantes políticos, sociais e sindicais em defesa de seus interesses, fortalecendo os conselhos distritais e municipais, garantindo a participação das lideranças sindicais e que seja efetiva suas participações nas comunidades (DSV); NACIONAL

- 34.** Fortalecimento e ampliação das políticas sociais para crianças e adolescentes, e de combate a álcool e drogas (DSVI, DSVIII); MUNICIPAL
- 35.** Que a 15ª Conferência Municipal se posicione contra a Lei de Terceirização, pois ela contradiz todo o processo histórico de consolidação do trabalho no SUS, que defende a não precarização dos vínculos trabalhistas (DSI, DSII, DSIII); NACIONAL
- 36.** Posicionamento nas conferências municipais, estaduais e nacional da saúde contra PL 4330, de regulamentação da terceirização, propondo-se um debate amplo sobre a garantia dos direitos do trabalhador (DSI, DSIII); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL.
- 37.** Estabelecimento de critérios técnicos mínimos para a indicação dos gestores da saúde e demais cargos do executivo (DSI); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 38.** Implantação de processo seletivo para adesão dos cargos comissionados e ampliação das vagas de concurso público aderindo ao PCCDV (Plano de cargos, carreiras, desenvolvimento e vencimento) (DSIII, DSVII); NACIONAL
- 39.** Garantia da ocupação do cargo comissionado por servidores de carreiras respeitando o nível de formação e conhecimento técnico da área (DSII); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 40.** Avaliação pelos Conselhos de Saúde dos candidatos a cargos de gestão (DSVI e VIII); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL
- 41.** Limitar por lei o número de cargos comissionados (DSVI e DSVIII); NACIONAL
- 42.** Garantia do preenchimento dos cargos comissionados por servidores públicos da saúde, de forma meritocrática, nas três esferas de governo, com criação de carreira para gestão pública como um dos caminhos para diminuição das interferências políticas e para o aprimoramento da gestão SUS (DSI, DSII, DSIII, DSIV, DSVI); MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABRASCO. Por um SUS de todos os brasileiros! Propostas do Movimento da Reforma Sanitária para debate nacional. Vitória, 01 de julho de 2014. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/2014/07/por-um-sus-de-todos-os-brasileiros/>>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 14:29.

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 14:00.

BRASIL. DECRETO Nº 8.243, DE 23 DE MAIO DE 2014. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 14:15.

CEBES. Por que defender o Sistema Único de Saúde? Diferenças entre Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/layout-7-para-internet2.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 14:25.

CONASS. Gerência de Unidades Públicas de Saúde: Organização Social, Fundação Estatal e Parceria Público Privado. Nota técnica 40. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conass.org.br/NOTAS%20T%C3%89CNICAS%202012/NT%2040_2012%20-%20Gerencia%20de%20unidades%20p%C3%BAblicas.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 14:50.

CONASS. Ciência, tecnologia e inovação em saúde. Nota técnica 22. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.crf-mt.org.br/arqs/materia/1228_a.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 14:52.

COSEMS/PE. Carta de Pesqueira do COSEMS Pernambuco. Pesqueira, 2015. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/images/CARTA_DO_COSEMS_PESQUEIRA1.pdf>. Acesso em 06 mai. 2015 às 10:00.

HELENE. Concentração de renda no Brasil: Educação e desigualdade. São Paulo, 20 de Fevereiro de 2015. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/acervo.php?id=3098>>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 14:20.

MIRANDA e MIRANDA. Informação, Educação e Comunicação em saúde: IEC pela Qualidade de Vida em Resende/RJ. Revista Práxis, ano III, no. 5. Rio de Janeiro. Janeiro de 2011. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/05/59.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 14:05.

MORENO, COELI e MUNCK. Informação em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infSau.html>>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 10:05.

SOARES e SANTOS. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. Saúde Debate. Rio de Janeiro. V. 38, N. 100, P. 18-25. Jan-Mar 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0018.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2015 às 10:10.

ANEXO XIV

REGISTROS FOTOGRÁFICOS ETAPAS MICRORREGIONAIS



Penária Microregional 1.1



Penária Microregional 1.2



Penária Microregional 1.3

REGISTROS FOTOGRÁFICOS ETAPAS MICRORREGIONAIS



Penária Microregional 2.1



Penária Microregional 2.2



Penária Microregional 2.3

REGISTROS FOTOGRÁFICOS ETAPAS MICRORREGIONAIS



Penária Microregional 3.1



Penária Microregional 3.2



Penária Microregional 3.3

REGISTROS FOTOGRÁFICOS ETAPAS MICRORREGIONAIS



Penária Microregional 4.1



Penária Microregional 4.2



Penária Microregional 4.3

REGISTROS FOTOGRÁFICOS ETAPAS MICRORREGIONAIS



Penária Microregional 5.1



Penária Microregional 5.2



Penária Microregional 5.3

REGISTROS FOTOGRÁFICOS ETAPAS MICRORREGIONAIS



Penária Microregional 6.1



Penária Microregional 6.1



Penária Microregional 6.2



Penária Microregional 6.3

REGISTROS FOTOGRÁFICOS ETAPAS DISTRIITAIS



Distrito Sanitário I



Distrito Sanitário I



Distrito Sanitário II



Distrito Sanitário II

REGISTROS FOTOGRÁFICOS ETAPAS DISTRIITAIS



Distrito Sanitário III / VII



Distrito Sanitário III / VII



Distrito Sanitário IV



Distrito Sanitário IV

REGISTROS FOTOGRÁFICOS ETAPAS DISTRIITAIS



Distrito Sanitário V



Distrito Sanitário V



Distrito Sanitário VI / VIII



Distrito Sanitário VI / VIII

1ª CONFERÊNCIA UNIVERSITÁRIA UFPE/UPE



UFPE / UPE



UFPE / UPE

12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE



12ª Conferência Municipal de Saúde



12ª Conferência Municipal de Saúde



Mesa de Abertura



Plenária Final

12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE



Homenagem à conselheira Cleide Barbosa



Mesa expositiva do tema central



Mesa temática



Mesa temática

12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE



Grupo de trabalho - Eixo temático I



Grupo de trabalho - Eixo temático II



Grupo de trabalho - Eixo temático III



Grupo de trabalho - Eixo temático IV

12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE



Grupo de trabalho - Eixo temático V



Grupo de trabalho - Eixo temático VI



Grupo de trabalho - Eixo temático VII



Grupo de trabalho - Eixo temático VIII

12ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE



Comissão eleitoral



Atividade com a academia da Cidade



Eleição dos delegados - Trabalhadores



Eleição dos delegados - Usuários