

---

**RELATÓRIO**

---

**9<sup>a</sup> CONFERÊNCIA  
ESTADUAL DE  
SAÚDE**

---

**15 A 17 DE MAIO DE 2023 • PORTO ALEGRE**

---



GOVERNO  
DO ESTADO  
**RIO  
GRANDE  
DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

# **RELATÓRIO FINAL**

## **9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre, junho de 2023.

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>3. ANÁLISE SITUACIONAL SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE E AS NECESSIDADES PRIORITÁRIAS NO RIO GRANDE DO SUL .....</b>	<b>10</b>
3.1.    Problemas de saúde prioritários.....	14
3.2.    Pandemia de Covid-19 no Rio Grande do Sul.....	14
3.3.    Atenção Primária à Saúde.....	18
3.4.    Assistência Hospitalar .....	19
3.5.    Assistência Ambulatorial Especializada .....	20
3.6.    Atenção Psicossocial.....	20
3.7.    Vigilância em Saúde.....	21
<b>4. A GESTÃO DO SUS - Por Cláudio Augustin, presidente do CES/RS.....</b>	<b>22</b>
<b>5. PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE .....</b>	<b>24</b>
<b>6. DIRETRIZES E PROPOSTAS PRIORITÁRIAS, ELEITAS PARA A 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>46</b>
<b>7. MOÇÕES APROVADAS.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 1 - PROGRAMAÇÃO DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 2 - DELEGADOS (AS) ELEITOS (AS) PARA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>62</b>



## COMISSÃO ORGANIZADORA DA 9ª CONFRÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

**Presidente** – Presidente do CES/RS: Cláudio Augustin

**Vice-Presidente** – Secretária de Estado da Saúde: Arita Bergmann

**Coordenadora Geral:** Inara Ruas

**Coordenador Adjunto:** Carlos Duarte

**Secretário Geral:** Rodrigo Finkelztejn

**Secretário Adjunto:** Jaime Braz Bianchin Ziegler

### **Comissão de Formulação e Programação**

Coordenador: Alcides Miranda

Coordenadora Adjunta: Irene Prazeres

### **Comissão de Relatoria**

Relatora Geral: Diva Luciana Flores da Costa

Relatora Adjunta: Nathalia Leal Moreira

Membros:

Fabíola Zeni Papini

Amanda Nascimento de Lima

Adriana Fornari Landim

Agatha Santos Cunha

Alexandre Ben Rodrigues

Amanda Brito de Freitas

Amanda Eveline Lermen

Ana Carolina Voltolini

Ana Caroline Parahyba

Ana Lúcia Lima Rieth

Anderson Dasoler Camargo

Angela da Silva Machado

Beatriz Raffi Lerm

Brenda Lise Ramos Sihe

Bruna Engelman

Bruna Schefer Ribeiro

Camilo de Oliveira Lirio

Carine da Fontoura Fernandes

Carolina Dias dos Santos

Cássio de Souza Anderson

Célia Machado Gervasio Chaves

Cíntia Menezes Guimarães

Cintia de Moraes Stein

Daniela Rosa de Andrade

Débora Mariani de Oliveira

Edhuarda Jardim dos Santos

Eduardo Neves da Silva

Eduino Jahns do Nascimento

Eglê Ângela Rossoni



Elias Valer  
Elisandro Rodrigues  
Fabio Binz Kalil  
Fernanda Cesar  
Filipe Vincensi Duarte  
Gabriel Azambuja  
Gabriel Mendes de Brum  
Gabriela da Cunha  
Gabriela Niches da Silva  
Gabriela Petry  
Gabriela Piesanti  
Gabrieli de Carvalho Cassanego  
Geovana Luiza Erig  
Giovana Siocheta da Silva  
Giullia Garcia de Medeiros  
Guilherme Souza Ferreira  
Gustavo Dela Pace da Silveira  
Henrique da Rosa Guerreiro  
Henrique Porto Lusa  
Inajara Cagliari Fernandes  
Inara Ruas  
Ingrid Machado Fagundes  
Irene Prazeres  
Isabela Pinto Soares  
Itamar Silva dos Santos  
Iury Santana Gomes  
Jack Moretto Bezerra  
Jaime Braz Bianchin Ziegler  
Jairo Luiz Silveira Filho  
Jamile Boff  
Jane Maria Izaguirre  
João Alfredo Cordeiro Júnior  
Jocélia Almeida  
Jonatas Garcia Teixeira  
Jordana Jahn Limberger  
Josimar Vargas Valcarenghi  
Josué Barbosa Sousa  
Júlio César dos Reis Petter  
Karin Cristina Wink Consatti  
Karina Zuge  
Kátia Cardoso Nostrane  
Lara Colles de Oliva Araujo  
Larissa Fonseca de Bem  
Laura Izabel Lampert Bonzanini  
Leila Ghizzoni  
Leonardo Romeira Salati  
Letícia Ludovico Carvalho



Leuny de Moura  
Livia Bataioli  
Lucas Rodrigues Mentz  
Lucinara Fontoura Santos  
Luísa Severo da Silva  
Luiza Campos Menezes  
Luiza dos Santos Mattos  
Magda Isabel Bartikoski  
Manuele Monttanari Araldi  
Mara Elis Ferreira Fredes  
Maria da Conceição de Abreu  
Marcela Beatriz Fadel Formoso  
Marcela Teixeira Ferreira da Silva  
Marcelo Faria Nobre  
Mariana Leonhardt Ramos  
Masurquede de Azevedo Coimbra  
Maurício Garcia dos Santos  
Melissa de Azevedo  
Miriane Castilhos Oliveira  
Naiara Thomassim Guimarães  
Natália Machado Nunes  
Natália Miranda Bernardes  
Pamela Tamara Gomes de Oliveira  
Paula Vitória Pena Machado  
Paulo Casanova  
Priscila Voigt Severiano  
Rafaela de Andrade  
Rafaela Breda  
Raíssa Borges Monteiro  
Raphaela Soares Fonseca  
Renata Bicca Pereira  
Rhuan Alexander da Silva Dornelles  
Sthefani Amaral Grudginski  
Tais Pereira de Goes  
Talita Turmina  
Tatiane Borchardt da Costa  
Thalia Brites Muniz  
Thiago Cantarelli Garcia  
Tiana Brum de Jesus  
Victoria Ribeiro  
Vinícios Vicari  
Vitório Passero  
Waldir Bohn Gass



**Comissão de Comunicação, Informação e Divulgação**

Coordenadora: Mariana Nardi Dambroz

Coordenador Adjunto: Vitório Alexandre Passero

**Comissão de Infraestrutura, Orçamento e Finanças**

Coordenadora: Ana Mejolaro Dalla Valle

Coordenadora Adjunta: Ana Carolina Gund Duarte

Membros: Matheus Chieli Capellari, Lígia Rodrigues dos Santos

**Comissão de Mobilização e de Articulação**

Coordenador: Itamar Silva dos Santos

Coordenador Adjunto: Cacildo Goulart Delabary



## 1. APRESENTAÇÃO

As Conferências de Saúde são instâncias de participação social do SUS, espaços de debate da sociedade na construção da saúde pública no Brasil. Sua *finalidade é analisar a situação de saúde, bem como estabelecer as diretrizes para a formulação da política de saúde*, na sua esfera de gestão correspondente. Tais diretrizes devem ser construídas de forma ascendente e incorporadas nos planos de saúde em nível municipal, estadual e nacional, no sentido de demonstrar à gestão do SUS quais devem ser as prioridades na execução das políticas públicas.

Com o tema central “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia: amanhã vai ser outro dia”, a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (9ª CESRS), etapa preparatória da 17ª Conferência Nacional de Saúde, foi convocada através do Decreto Estadual nº 56.712, de 31 de outubro de 2022. A 9ª CESRS aconteceu de 15 a 17 de maio de 2023, no Auditório Araújo Vianna, em Porto Alegre/RS. Durante o evento, três mesas debateram os temas “Covid-19 e o Controle Social”, “Gestão e Regionalização da Saúde” e “SUS: desafios para sua efetivação”, com a participação de aproximadamente duas mil pessoas.

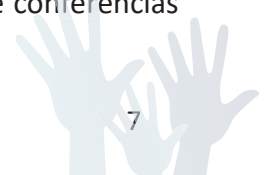
Quatrocentos e quarenta e cinco municípios do estado informaram à Comissão Organizadora da 9ª CESRS a data de suas conferências de saúde, realizadas entre novembro de 2022 e abril de 2023, como etapa preparatória da 17ª Conferência Nacional. Porém, somente 425 conferências municipais de saúde foram cadastradas na plataforma da 9ª CESRS.

De acordo com o regimento da 9ª CESRS, cada conferência municipal de saúde poderia encaminhar para a etapa estadual até 12 propostas prioritárias para a saúde da população. Foram recebidas 4.910 propostas, que foram consolidadas em um relatório com 226 propostas de âmbito estadual e nacional, distribuídas em quatro eixos temáticos.

Duzentos e vinte e seis municípios gaúchos tiveram suas delegações credenciadas na 9ª CESRS. Os cerca de 1.300 delegados e delegadas foram divididos de forma paritária em 70 grupos de trabalho, para deliberar sobre as propostas do relatório consolidado da etapa estadual.

Na plenária final da 9ª CESRS foram aprovadas 27 moções, bem como 4 diretrizes, uma por eixo temático, e 220 propostas. Destas, vinte propostas prioritárias foram eleitas e remetidas para a etapa nacional. Cento e quarenta delegados e delegadas representarão o estado do Rio Grande do Sul na 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Este relatório final da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul consolida, portanto, o percurso que envolveu seminários, conferências livres e conferências





municipais. Apresenta, conforme seu objetivo, a análise da situação de saúde do estado, moções, diretrizes e propostas aprovadas na etapa estadual, bem com aquelas eleitas prioritárias, encaminhadas à 17ª Conferência Nacional de Saúde.



## 2. INTRODUÇÃO

A luta do povo brasileiro e do movimento de reforma sanitária imprimiu uma conquista no processo constituinte de 1988: a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Constituição Federal comporta um sistema de saúde integral, equânime e regionalizado, cuja participação da sociedade é elemento estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Federal 8.142/90 regulamentou a participação da comunidade na gestão do SUS, a partir dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

A 9ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul aconteceu num momento importante da vida nacional, no qual novos rumos se delineiam para o futuro do país. Em outubro de 2022, o povo brasileiro fez a opção pela democracia e por um projeto de reconstrução do Brasil, após um período de perda de direitos sociais, desmonte e desfinanciamento da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, de perda de direitos trabalhistas e previdenciários, da volta do Brasil ao mapa da fome, da destruição do meio ambiente, com aumento do desmatamento e do uso de agrotóxicos, o genocídio da população indígena e aumento da vulnerabilidade social. Além disso, vivenciamos o horror da pandemia, o negacionismo, o deboche, a falta de ações e de comando do governo, e vimos, com estarrecimento, as vidas de mais de 700.000 brasileiros serem ceifadas.

Está em pauta o resgate da dívida social, a reconstrução da Seguridade Social e a reafirmação dos princípios do SUS como uma política de Estado, inclusivo – que se dá a partir do exercício democrático, da participação popular e do Controle Social, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Urge o fortalecimento do Controle Social através da valorização das entidades representativas e dos movimentos sociais. Urge ampliar a representatividade dos segmentos mais vulneráveis nos Conselhos de Saúde, de forma a espelhar a diversidade da sociedade. Urge democratizar os Conselhos de Saúde, a partir da revisão, quando necessário, das entidades representativas. Os Conselhos devem refletir as forças sociais que atuam nos territórios.

Para que o SUS contemple as reais demandas da população, com respeito aos direitos humanos, precisamos enfrentar os determinantes do adoecimento – que muitas vezes impedem uma vida digna. Para além da garantia da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência) é necessário acesso a alimentação, à educação, trabalho, saneamento básico, habitação, lazer, cultura, alimentação. Se ignorarmos os condicionantes para um bem viver, não teremos saúde pública que garanta promoção, proteção e recuperação para todas e todos.



### 3. ANÁLISE SITUACIONAL SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE E AS NECESSIDADES PRIORITÁRIAS NO RIO GRANDE DO SUL

O Conselho Estadual de Saúde (CES) produziu um amplo processo de discussão, a partir de dois seminários estaduais e da colaboração de conselheiras/os, servidoras/es e da comunidade científica, que resultou no documento orientador estadual – aprovado pelo plenário do CES. Este documento foi disponibilizado, a fim de contribuir com o debate nas conferências municipais. Além deste material de apoio, o Conselho Nacional de Saúde também produziu o documento orientador nacional<sup>1</sup>.

A avaliação da situação de saúde, apresentada no documento orientador estadual, compõe a escrita deste capítulo do relatório final da 9ª Conferência Estadual de Saúde. Outro momento de acúmulo na análise da situação de saúde (ASIS) no Estado do Rio Grande do Sul, ocorreu em audiência pública, realizada em conjunto pela Assembleia Legislativa e a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS).

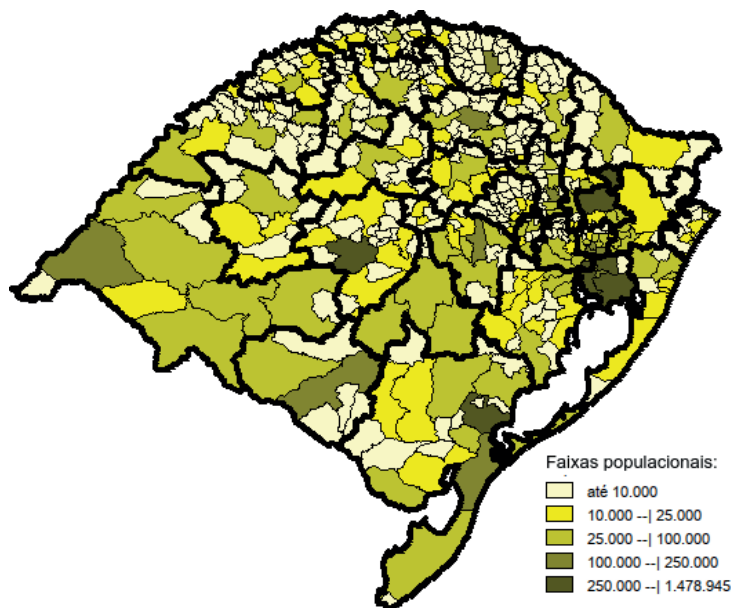
Tanto o documento orientador estadual como o debate sobre a ASIS apresentado pela SES/RS, demonstram de forma objetiva as dificuldades pelas quais passam a saúde pública no Rio Grande do Sul, o que exige uma ação forte e planejada para melhorar as condições sanitárias do Estado.

No levantamento realizado para a análise situacional de saúde do Rio Grande do Sul, para subsidiar as etapas municipais e estadual da 17ª Conferência Nacional de Saúde, foi considerado um conjunto de 80 indicadores, em sua maior parte, calculados para um período cumulativo de cinco anos (2016-2020). Eles estão disponibilizados de forma específica e georreferenciada (municípios gaúchos e respectivas Regiões de Saúde), com a discriminação de situações prioritárias por estratos de faixas populacionais, a partir do endereço virtual: <https://www.ufrgs.br/laisc/sala-de-situacao/>

O Rio Grande do Sul (RS) possui 497 municípios, organizados em 30 Regiões de Saúde, constituindo uma diversidade de problemas, de necessidades e um complexo arranjo de recursos, de pessoal e de serviços públicos de saúde (Figura 1).

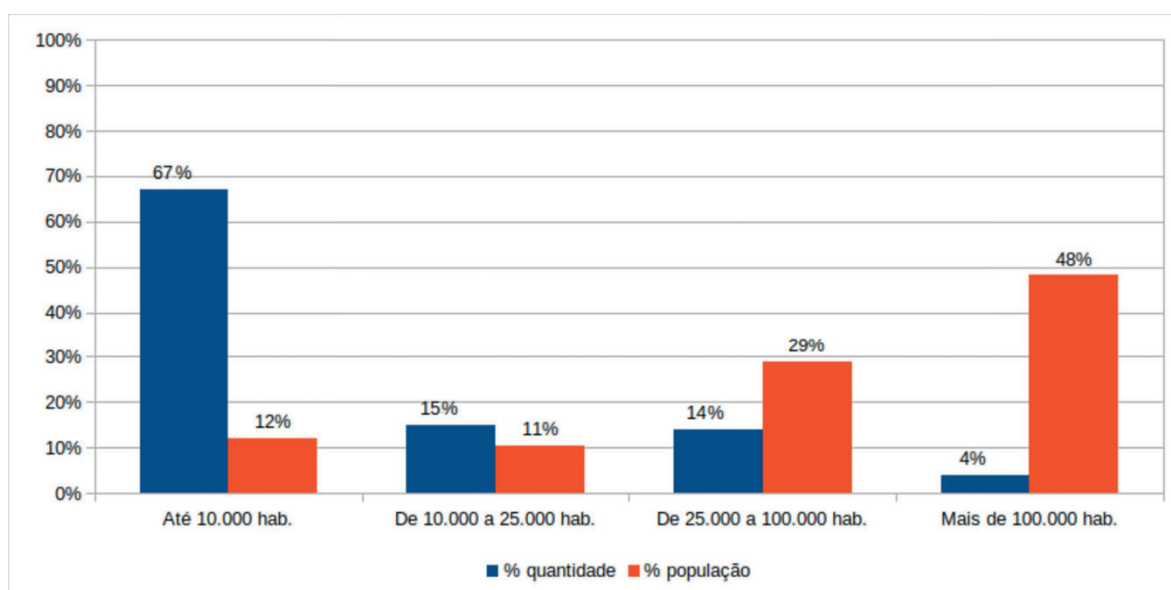
<sup>1</sup> Os dois documentos estão disponíveis no site do CES/RS:  
<http://www.ces.rs.gov.br/lista/427/Conferencia-Estadual-de-Saude>

**Figura 1.** Mapa de 497 municípios gaúchos distribuídos por faixas populacionais e das 30 Regiões de Saúde.



Aproximadamente dois de cada três municípios gaúchos possuem menos de 10.000 hab., contingente onde vive aprox. 12% da população; 15% dos municípios possuem entre 10.000 e 25.000 hab., onde vive aprox. 11% da população; 14% dos municípios possuem de 25.000 a 100.000 hab., onde vive aprox. 29% da população; e somente 4% dos municípios possuem mais de 100.000 hab., contingente com quase a metade (48%) da população(Quadro 1).

**Quadro 1.** Distribuição proporcional da quantidade e população de municípios do Rio Grande do Sul em Faixas populacionais. Período de 2021.



Fonte: IBGE.

Em contexto tão diverso e heterogêneo, analisar os problemas e definir as necessidades prioritárias de saúde implica discernimentos e comparações entre condições similares ou, pelo menos, próximas, em termos de portes populacionais e oferta de recursos e serviços de saúde.

Em termos ideais há expectativa de que o contingente de municípios de pequeno porte populacional (<10.000 hab.) pudessem organizar e prover de forma mais bem qualificada pelo menos os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Vigilância à Saúde. Os municípios de porte intermediário (de 10.000 hab. até 100.000 hab.), além dos serviços de APS, geralmente possuem alguns estabelecimentos e serviços de assistência especializada, ambulatorial e hospitalar, muitas vezes deveriam servir como pontos de referência para encaminhamentos dos municípios de menor porte, em fluxos microrregionais. Os municípios de maior porte (>100.000 hab.) deveriam abrigar as redes de estabelecimentos de Média e Alta Complexidade assistencial (clínica de Atenção Psicossocial, de Urgência e Emergência etc.), constituindo polos (macro)regionais para referenciamentos resolutivos. Todavia, a complexidade e a heterogeneidade das necessidades reais das populações muitas vezes não condizem com as delimitações geopolíticas, requerendo investimentos e iniciativas para a conformação de arranjos regionais para os cuidados e a atenção integral à saúde.

Ainda idealmente, cada Região de Saúde deveria estar composta por um conjunto de municípios com diversos portes populacionais, como também, por redes de serviços imprescindíveis para a resolução da maior parte dos problemas de saúde no próprio âmbito regional. Inclusive, a legislação vigente (Dec. 7.508/2011) estabelece que, pelo menos, cinco tipos de redes de cuidado devem ser efetivas em cada Região de Saúde: de Atenção Primária à Saúde (APS), de Assistência Especializada; de Atenção Psicossocial; de Urgência e Emergência; de Vigilância em Saúde.

Todavia, no caso do RS tem persistido a concentração de recursos e de serviços públicos de saúde em determinado grupo de municípios, cuja localização e fluxos de referenciamentos assistenciais têm determinado outro arranjo regional de fato, diverso daquele estabelecido formalmente. Por exemplo, a capital, Porto Alegre, possui aproximadamente 13% da população do estado, contudo, concentra a maioria dos recursos financeiros transferidos para o custeio da assistência especializada (Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade), uma das maiores concentrações identificadas dentre as capitais do país. Destaque-se que para o dimensionamento dessa referida concentração de recursos financeiros transferidos para a assistência especializada em Porto Alegre só foram considerados dados provenientes do orçamento municipal (SIOPS). A capital ainda dispõe de transferências federais repassadas diretamente para hospitais federais (como o Grupo Hospitalar Conceição) ou empresas estatais hospitalares (como o Hospital de Clínicas).

Os recursos federais transferidos para investimentos nos últimos anos, ou seja, para

a implantação de novos serviços públicos de saúde municipais ou regionais no RS, também têm ocorrido de forma desproporcional e incompatível com os perfis de necessidades prioritárias. Boa parte dos recursos para investimentos em saúde têm sido veiculados de forma intransparente, a partir de emendas parlamentares<sup>2</sup> definidas por critérios clientelistas e não epidemiológicos ou socioeconômicos.

Além de uma fatia do orçamento federal destinado à saúde ser sequestrado por mecanismos de caráter clientelista, o que atrapalha o planejamento, existe a urgência em redimensionar e redistribuir os escassos recursos entre as regiões do estado, de modo a aumentar a resolubilidade de problemas nos próprios âmbitos regionais, diminuindo a concentração e a sobrecarga de serviços na capital. Iniciativa que também implica redefinição das Regiões de Saúde do estado, de modo a torná-las mais eficientes e efetivas para o manejo e a resolução dos problemas de saúde da população.

O desenho das Regiões de Saúde no RS não pode ser meramente figurativo e deveria estar compatibilizado com os perfis de necessidades e as prioridades de saúde e, evidentemente, com a redistribuição de recursos (financeiros, tecnológicos, físicos etc.) e de trabalho profissional. Além disso, as Regiões de Saúde deveriam estar organizadas de modo a apoiar os municípios de pequeno e médio porte populacional em suas ações programáticas de Atenção Básica, de Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, e de Saúde dos Trabalhadores), de Assistência Farmacêutica etc. Também deveriam atuar e servir para melhorar a eficiência na economia de escala, agregando as compras e as aquisições de medicamentos e produtos necessários à saúde por parte dos municípios menores; auxiliando na redistribuição de sobras e evitando desperdícios de insumos, aprimorando o controle e a transparência sobre as despesas públicas.

É fundamental avançar em soluções para atender as demandas da população, independente do município e/ou região que residem. As desigualdades regionais impactam no acesso à saúde, exigindo um olhar atento para reequacionar e equilibrar a oferta de serviços e ações em saúde, perto das pessoas e seus territórios, garantindo a integralidade do cuidado e resolutividade.

---

<sup>2</sup> Uma parte do orçamento federal fica na mão do Congresso Nacional. Há muitos anos existem as chamadas emendas parlamentares, por meio das quais deputados e senadores destinam recursos para investimentos em sua base eleitoral. Pior que as emendas individuais dos parlamentares, cujo valor é distribuído igualmente e há transparência sobre qual deputado ou senador usou cada recurso e para qual finalidade, a partir de 2020, no governo Bolsonaro, inaugurou-se o orçamento secreto. Ele permitiu que recursos públicos fossem alocados sem necessidade de identificação, facilitando contratos superfaturados de parceiros dos parlamentares. Sem parâmetro técnico ou socioeconômico, esta prática distorce ainda mais as políticas públicas e amplia as desigualdades regionais e municipais – além de dificultar a fiscalização e, como consequência, facilitar esquemas de corrupção. Os empenhos do orçamento secreto, entre 2020 e 2022 ultrapassaram R\$ 44 bilhões.

### 3.1. Problemas de saúde prioritários

Consiste em tarefa complexa a definição de prioridades em termos de problemas e necessidades populacionais de saúde. A incidência e a prevalência dos problemas de saúde tendem a variar entre municípios e regiões.

Em comparação com o conjunto dos estados brasileiros, no período de 2016 a 2020, o RS registrou cumulativamente:

- a pior taxa de mortalidade por suicídios;
- a segunda pior taxa de incidência e a pior taxa de mortalidade decorrentes da AIDS. No RS e, particularmente na região metropolitana de Porto Alegre, a epidemia de HIV/AIDS apresenta características de epidemia generalizada (na população em geral), distinta do resto do país, que tem uma epidemia concentrada em determinadas populações.
- a pior taxa de mortalidade por neoplasias;
- a segunda pior taxa de mortalidade específica por neoplasias ginecológicas;
- a segunda pior taxa de incidência por Sífilis congênita;
- a terceira pior proporção de partos cesarianos;
- - a terceira pior taxa de mortalidade específica por neoplasias de próstata entre homens de 40 anos e mais;
- a sétima pior taxa de incidência e a sexta pior taxa de mortalidade por Tuberculose (/100.000 hab.);
- a sétima pior proporção de prematuridade em nascidos vivos;
- a oitava pior proporção de nascidos vivos com Apgar sem condições ideais (teste realizado por ocasião do nascimento para avaliar o estado geral da criança) no 1º minuto de vida.

Existe uma maior incidência e prevalência de problemas específicos em determinadas regiões do estado, o que requer um planejamento regional compatível e focado nas necessidades particulares. Torna-se imprescindível, portanto, a efetivação dos processos ascendentes de planejamento, com ênfase nos âmbitos regionais, de modo a reorientar as prioridades para investimentos em serviços e trabalho profissional de acordo com as referidas particularidades.

### 3.2. Pandemia de Covid-19 no Rio Grande do Sul

O surgimento da pandemia de Covid-19 exigiu respostas governamentais efetivas e oportunas, de acordo com as circunstâncias e disponibilidade de recursos efetivos para a proteção da população. No início de 2020, se sabia de antemão que a oferta de vacinas demoraria pelo menos 12 meses e que as medidas de proteção necessárias para conter a

transmissibilidade do vírus implicavam:

- Convencimento ao autocuidado e menor exposição aos riscos de contágio (confinamentos voluntários, diminuição de mobilidade, incremento de higienização etc.);
- Monitoramento eficaz (testagem massiva, monitoramento dos riscos e cadeias de contágio etc.);
- Ágil incremento da rede assistencial (leitos clínicos e de UTI, equipamentos etc.);
- Preparação de pessoal técnico habilitado para lidar com a crise, nos diversos tipos de serviços de saúde e assistência social (APS, vigilância em saúde, assistência especializada etc.) e;
- Imprescindíveis imposições governamentais para o controle de exposições, quando necessárias, ou seja, nas fases de incremento da transmissibilidade e da incidência de casos).

Ainda nesse período inicial, urgia a tomada de decisão antecipada para a aquisição das vacinas, ainda em fase de desenvolvimento, para a oportuna e pronta utilização, quando autorizadas e disponibilizadas. A partir do período em que as vacinas estivessem disponibilizadas urgia o incremento de sua distribuição e aplicação, considerados os grupos populacionais prioritários, em função dos riscos implicados.

O Conselho Estadual de Saúde do RS buscou alertar a autoridade sanitária estadual da grande importância de viabilizar a aquisição de testes, os equipamentos de proteção individual aos trabalhadores da saúde, o monitoramento eficaz dos casos e hospitalizações, entre outras ações. Diversas recomendações e resoluções foram publicadas, com o intuito de colaborar com a preservação de vidas. No entanto, foram sistematicamente ignoradas pelo governo estadual.

As taxas de incidência por Covid-19 calculadas para o período de 2020 e 2021 demonstram que em ambos os anos houve mais casos confirmados no RS (portanto, mais exposições) do que no conjunto do país. Em 2020, a taxa de mortalidade no RS foi menor do que a do Brasil, entretanto, no ano seguinte houve inversão desse ordenamento (notadamente pelo ocorrido no primeiro trimestre); sendo que, em ambos os anos, o município de Porto Alegre obteve maiores taxas de mortalidade em relação ao RS e Brasil. Em se tratando das proporções de letalidade (relação de óbitos ocorridos dentre os casos confirmados) os resultados do RS foram melhores do que os do Brasil, todavia o município de Porto Alegre apresentou maiores letalidades para ambos os anos (Quadro 2).



**Quadro 2.** Taxas de incidência, de mortalidade e proporção de letalidade por Covid-19 em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Brasil. Período 2020 e 2021.

Indicadores*	2020			2021		
	PortoAlegre	RS	Brasil	PortoAlegre	RS	Brasil
Incidência (/100.000hab.)	4808,0	4228,9	3644,0	6421,9	8691,2	6832,6
Mortalidade (/100.000hab.)	134,5	85,9	92,4	251,1	227,7	198,5
Letalidade (%)	2,8	2,0	2,5	3,9	2,6	2,9

Fontes dos dados: SES/RS e MS. \*Cálculos de taxas, com denominadores ajustados para as estimativas populacionais (IBGE).

Entre os meses de março de 2020 e 2021, o governo estadual do RS adotou uma débil sistemática para o monitoramento prospectivo da cadeia de transmissibilidade da Covid-19 (projeção de cenários futuros de médio prazo e antecipação de medidas protetivas) e uma falha estratégia para a imposição oportuna de medidas mais restritivas visando a proteção populacional. Houve demora excessiva na imposição de medidas restritivas oportunas, imprescindíveis em momentos críticos de incremento da cadeia de transmissibilidade (por exemplo, no final de 2020 e início de 2021); houve precipitação na *flexibilização* das medidas restritivas em fases de aparente decréscimo de contágios e casos (que se revelaram como fases intervalares entre *ondas* progressivas).

Considerado somente o ano de 2021, se aplicada a taxa de mortalidade brasileira (que foi a maior dentre os países com mais de 100 milhões de hab.) ao RS, teriam ocorrido aprox. 3.350 óbitos a menos no estado. Ainda em 2021, se aplicada ao Brasil e ao RS a taxa de mortalidade mundial por Covid-19, o Brasil teria aprox. 180.000 óbitos a menos, o RS teria aprox. 13.000 óbitos a menos (Fonte do indicador mundial: OMS).

Por outro lado, quando disponibilizadas as vacinas (a partir de março de 2021) houve agilidade na distribuição desses imunizantes para os municípios e o alcance de progressiva cobertura, o que ocasionou rápida queda de incidência e de mortalidade a partir de junho de 2021.

Outra questão a ser destacada tem a ver com a menor letalidade por Covid-19 no estado, mesmo em havendo maior incidência e mortalidade em relação ao país (notadamente em 2021), o que pode ser atribuído ao bom desempenho da rede assistencial especializada. Referindo de outro modo, mesmo com maiores exposições, contágios, casos e complicações

no RS em 2021, houve atuação efetiva do SUS para evitar muitos óbitos (estimativa de 3.000 óbitos evitados, em comparação com a proporção de letalidade do Brasil no mesmo período).

Principalmente no início, mas também no decorrer da pandemia, houve imprevidência e pouca providência governamental, considerado o estado e muitos municípios, para a realização de treinamentos, a suficiente e oportuna disponibilização de equipamentos para a proteção (EPIs) dos trabalhadores de saúde. Além disso, a base de registros disponibilizados da incidência de casos confirmados e de óbitos por Covid-19 entre os trabalhadores de saúde apresentou uma grande proporção de subnotificações para esses eventos, ao ponto de comprometer o dimensionamento acurado e confiável acerca dos casos ocorridos.

Outra insuficiência notória acerca da pandemia de Covid-19 no estado tem a ver com as dificuldades para a identificação, o dimensionamento e a análise dos casos de pessoas com sequelas da doença. O monitoramento apropriado teria sido imprescindível para a definição de estratégias programáticas para o suporte e acompanhamento clínico e para o manejo de reabilitação dos casos de sequelas, a partir dos serviços de saúde. A definição e implementação dessas estratégias de suporte, acompanhamento, manejo de reabilitação para as sequelas da Covid-19 permanecem como desafios prioritários para o estado e municípios.

Vale recordar que o Rio Grande do Sul foi palco de episódios gravíssimos, como a ocasião em que ocorreu falta de oxigênio em hospital de Campo Bom, resultando no óbito de seis pacientes. Outro evento, que desdobrou no ajuizamento de duas ações civis públicas pelo Ministério Público Federal, referiu-se ao uso irregular e experimental da proxalutamida para o tratamento da Covid-19.

Por fim, destacamos que o Conselho Estadual de Saúde, a partir do Comitê Estadual em Defesa das Vítimas da Covid-19, criado para dar visibilidade às vítimas e seus familiares, bem como angariar recursos públicos para garantir a efetiva assistência e recuperação das vítimas, provocou a instalação, na Assembleia Legislativa, da Frente Parlamentar em Defesa das Vítimas da Covid-19<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> No site do Conselho Estadual de Saúde pode ser acessado o relatório final da Frente Parlamentar, contendo recomendações, além das matérias sobre o trabalho desenvolvido a partir do Comitê Estadual em Defesa das Vítimas da Covid-19 - <http://www.ces.rs.gov.br/lista/543/Comite-Estadual-em-Defesa-das-Vitimas-da-Covid-19>

### 3.3. Atenção Primária à Saúde

Nos últimos cinco anos têm prevalecido maiores coberturas proporcionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Regiões de Saúde do Noroeste do RS, enquanto os piores indicadores de “internações hospitalares por causas sensíveis à APS” (indicador reconhecido internacionalmente como apropriado para se analisar a qualidade desse nível assistencial) predominam em Regiões de Saúde do Centro e do Sul do estado. Inclusive, as Regiões de Saúde com os piores indicadores epidemiológicos associados ao campo de atuação da APS são também aquelas que efetuaram maiores proporções de despesas com serviços de saúde *terceirizados*.

No período de 2016 a 2020 o RS registrou cumulativamente a segunda pior cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde dentre os estados brasileiros. Da mesma forma, registrou cumulativamente a quinta pior cobertura populacional de equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Os indicadores epidemiológicos do RS (alguns descritos sumariamente abaixo) denotam que a maior parte dos problemas prioritários de saúde poderiam ser equacionados ou mais bem manejados a partir das redes de APS e da “Estratégia de Saúde da Família” (ESF) nos municípios. Entretanto, além do menor investimento e da baixa cobertura da APS em muitas Regiões de Saúde do estado, o progressivo processo de *terceirização* de estabelecimentos públicos tem reduzido a atuação desses serviços somente ao pronto-atendimento de demandas ambulatoriais espontâneas. Como consequência do desmonte da APS, observamos a degradação das ações preventivas e programáticas de saúde, com insuficiência na busca ativa de casos prioritários, etc.

Em muitos dos serviços de saúde terceirizados, em diversos municípios do RS, os profissionais de saúde têm estado submetidos a condições precárias de trabalho, com insegurança sobre a sua permanência, a continuidade e a longitudinalidade de sua atuação profissional. Por dificultar a permanência e a longitudinalidade na atuação de equipes da APS, pela alta rotatividade de profissionais, pela insuficiência de Agentes Comunitários de Saúde, os processos de terceirização dificultam a vinculação de famílias e de pessoas aos serviços e ações programáticas, sendo que, um dos resultantes tem sido a piora das diversas condições de saúde que deveriam ser manejadas nesse nível de atenção.

Importante destacar que o Programa Previne Brasil, lançado em 2019, alterou o financiamento da Atenção Primária em Saúde: ao invés do número de habitantes e de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas nos serviços, e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores. A nova política traz um conjunto de impactos ao SUS. Um dos pontos mais controversos, é que o novo programa deixa de priorizar a Estratégia

Saúde da Família.

### 3.4. Assistência Hospitalar

Em comparação ao conjunto de estados, o RS apresenta uma alta taxa de oferta de leitos hospitalares vinculados ao SUS por habitante, entretanto, em sua maior proporção são equipamentos que pertencem a entidades privadas sem fins lucrativos. Trata-se do estado brasileiro com maior dependência do SUS a esse tipo de modalidade - que deveria ser complementar, mas é preponderante. Essa característica peculiar reforça a necessidade de investimentos em rede própria e de regulação apropriada da rede privada. Todavia, ainda não foi equacionada a questão do excesso de hospitais de pequeno porte, com pouca eficiência alocativa, para os quais boa parte dos recursos públicos são transferidos, por pressão da própria comunidade, com pouca eficácia resolutive e geralmente pertencentes às associações privadas sem fins lucrativos. Torna-se imprescindível a discussão sobre alternativas para a mudança na forma de financiamento desse tipo de serviço, assim como, para a sua reorientação atributiva e logística em função de sua densidade tecnológica e capacidade resolutive.

Sobram leitos clínicos para internações de curta duração, utilizados com pouca eficiência, mas faltam leitos para diversas especialidades importantes. Considerando o gradual alargamento da esperança de vida no estado, com o aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas que requerem mais controle:

- faltam serviços vocacionados para a reabilitação, a terapia ocupacional, o incentivo ao autocuidado, etc;
- faltam leitos e hospitais geriátricos;
- faltam leitos de retaguarda para internações de longa duração, para reabilitação;
- faltam profissionais de nível técnico e de nível superior, especialistas em “Saúde dos Idosos” (de Geriatria, Gerontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Educação Física, etc.), e;
- faltam políticas públicas proativas para a priorização na formação e redistribuição desses profissionais.

O RS também dispõe de elevada taxa de cobertura de estabelecimentos para o atendimento de Urgência e Emergência pelo SUS, todavia, existem Regiões de Saúde, inclusive na região metropolitana da capital, com baixas coberturas. No que se refere às necessidades de reabilitação para pessoas portadoras de sequelas incapacitantes (temporárias ou permanentes) também faltam serviços de reabilitação em muitas das Regiões de Saúde.

### 3.5. Assistência Ambulatorial Especializada

O RS possui uma grande quantidade de ambulatórios de Média e de Alta Complexidade assistencial especializada, todavia, existem regiões com grande adensamento de oferta e outras com baixa e insuficiente cobertura populacional. São abundantes os ambulatórios para determinadas especialidades médicas com maior apelo mercantil, enquanto são escassos os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os serviços e processos de regulação para o agendamento e o acesso aos serviços ambulatoriais especializados têm operado com pouca eficácia em termos de governança intermunicipal e de gestão clínica (listas de espera, linhas de cuidado, observância efetiva aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, etc.). As programações físicas e financeiras municipais para a assistência especializada têm sido rígidas e incompatíveis para orientar efetivamente tais processos de regulação assistencial, o que tem gerado sobrecargas e listas de espera de longo prazo.

### 3.6. Atenção Psicossocial

Em comparação com outros estados do país, o RS possui uma cobertura intermediária de serviços de Atenção Psicossocial, tais como Centros de Atenção Psicossocial (tipo CAPSI, II e III e infanto juvenil), Residências Terapêuticas (tipo I e II), unidades de acolhimento, oficinas de geração de renda, leitos em hospitais gerais, etc. Todavia, esses estabelecimentos estão concentrados em determinadas regiões, sendo insuficientes em outras.

Há décadas o RS persiste com as piores taxas nacionais de suicídios, inclusive, com estudos evidenciando associações significativas desse fenômeno em regiões com o uso mais intenso de venenos agrícolas. Contudo, essa constatação ainda não parece ter sido suficiente para dimensionar esse problema como prioridade epidemiológica para a Atenção Psicossocial, tampouco, para focar e intensificar esforços, recursos, trabalho profissional especializado e serviços nas regiões com os piores indicadores.

Foi sustada a tendência da diminuição gradual de leitos em hospitais psiquiátricos e a sua substituição por um número maior de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Essa substituição gradual é estratégica para a consolidação de Reforma Psiquiátrica no estado, com ênfase na superação e substituição da cultura manicomial.

Aumentou consideravelmente no RS o número das chamadas *Comunidades Terapêuticas* (CTs), instituições que prestam serviços de acolhimento e atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, cuja única disposição supostamente *terapêutica* seria a convivência entre os pares. Pouco se investiu em serviços substitutivos direcionados a esta população,

como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD III e IV), além de equipes de redução de danos e Consultório na Rua. Em sua maior parte, as Comunidades Terapêuticas têm se configurado como espaços de violações de direitos, sem atuação profissional especializada e com insuficiente monitoramento, avaliação e controle pelas gestões governamentais do SUS.

### 3.7. Vigilância em Saúde

No que se refere à Vigilância em Saúde, notadamente a Sanitária, o RS tem uma cobertura de porte intermediário se comparada ao restante do país, sendo menor do que a taxa nacional. Os serviços de Vigilância Ambiental e de Saúde dos Trabalhadores são escassos, do mesmo modo que é insuficiente o apoio à Vigilância dos municípios de pequeno porte, os quais não dispõem de estrutura técnica para atender esse tipo de necessidade. Nesse sentido, cabe destacar a importância do Estado em face da complexidade dos processos de trabalho da Vigilância, o qual precisa contar com servidores de carreira especificamente voltados para ela.



#### 4. A GESTÃO DO SUS - Por Cláudio Augustin, presidente do CES/RS

O SUS tem se estabelecido como uma política de governo e não de Estado. O que se observa, na prática, é que cada governante, em sua gestão, define se a saúde é prioridade ou não, bem como define onde serão alocados os recursos. Algo corriqueiro é vermos os recursos serem destinados de maneira prioritária para o tratamento das doenças e não para sua prevenção, ou promoção da saúde. Ao analisarmos os orçamentos públicos, esta afirmativa fica evidente.

Importante chamar a atenção para o fato da assistência à saúde estar sendo privatizada, desde a Atenção Básica à Alta Complexidade. Outro fenômeno a ser destacado é a tímida presença do Estado na produção de medicamentos e insumos para a saúde - hegemônicos pelo setor privado e dependente do mercado internacional, conforme observado no período pandêmico. É necessário a ampliação da produção de insumos e medicamentos pelo Estado brasileiro, realizando pesquisas e aplicando novas tecnologias, de modo a aproveitar nossa capacidade industrial, tecnológica e conhecimento técnico.

A gestão do SUS é pouco discutida, apesar de ser estratégica para a melhora das condições de vida da população. Apesar de se chamar *Sistema Único de Saúde*, existe no Brasil mais de 5 mil sistemas, uma vez que cada município e cada estado define as suas prioridades. O planejamento deveria ser ascendente, partindo da situação de saúde do município, da região, do estado e do país. Desta forma, em tese, as políticas públicas contemplariam a realidade vivenciada nos territórios, considerando suas particularidades. O que observamos é a União definindo os setores que irão ter recursos, pactuando com os estados, que por sua vez pactuam com os municípios, criando um planejamento descendente e afrontando a própria estrutura do SUS.

As pactuações, em regra, são baseadas nos interesses políticos e econômicos dos governantes, em detrimento das necessidades de cada território, com o agravante de que cada município pode definir suas prioridades sem observar o planejamento regional de forma mais ampla. Se anteriormente tínhamos seis blocos de financiamento, advindos da União, atualmente tem-se somente dois: investimento e custeio. Esse mecanismo foi utilizado para compensar o corte de recursos decorrente da EC 95. Para compensar a redução de recursos, houve uma flexibilização na aplicação. Como os planos de saúde tem vários problemas de construção, somados a baixa capacidade de fiscalização, devido à precária estrutura dos Conselhos de Saúde, tal situação traz como consequência a possibilidade do uso indevido dos recursos da saúde, podendo gerar ineficiência e corrupção.

Além de o Estado repassar suas responsabilidades ao setor privado, fruto dos fortes ventos neoliberais, é oportuno recordar a sua longa história de subfinanciamento. O Rio Grande do Sul nunca aplicou o mínimo de 12% em Ações e Serviços Públicos de Saúde,

enquanto os municípios, que deveriam aplicar no mínimo 15% na Atenção Básica e Vigilância em Saúde, destinam a maior parte dos recursos para a Média e Alta Complexidade. Com a Emenda Constitucional (EC) 95, que congelou a despesa primária da União por vinte anos, houve uma piora no problema: o SUS saiu do subfinanciamento e passou ao status de desfinanciamento. A Emenda do teto de gastos congelou todas as despesas da União, exceto o pagamento de juros e dívidas. A EC 86, denominada “Orçamento Impositivo”, aplica recursos do orçamento da saúde baseado exclusivamente nas escolhas dos parlamentares, sem levar em conta qualquer planejamento ou necessidade da população, excluindo o controle social. Esta situação se agravou com o denominado “Orçamento Secreto”, operado sem qualquer transparência ou possibilidade de fiscalização.

No Rio Grande do Sul, a receita tributária é fundamentalmente baseada no ICMS, arrecadando apenas dois terços da receita potencial com este tributo. A metade deste um terço é o resultado da Lei Kandir, que isenta de tributos as mercadorias semielaboradas para a exportação – exportando renda e trabalho. A outra metade são benefícios e incentivos fiscais destinados aos grandes grupos econômicos no Estado. Em realidade, esta é a principal causa da chamada crise financeira gaúcha. O Estado reduz a receita pública em benefício do interesse econômico dos grandes empresários e em detrimento dos interesses da maioria da população.

Ademais, as alterações promovidas na Política Nacional de Atenção Básica, *desidrataram* a Estratégia de Saúde da Família e alteraram a forma do financiamento, causando redução dos valores a serem transferidos para os municípios. A redução de recursos para a Atenção Básica, a crescente terceirização da gestão destas unidades e a precarização da assistência, acarreta em menor resolutividade e no aumento dos agravos à saúde. Como consequência, ocorre a pressão sobre a média e alta complexidade, e o aumento dos custos financeiros do sistema e das famílias. Este modelo equivocado de gestão do SUS necessita ser revisto.

Torna-se necessário, portanto, reconstruir o modelo de gestão do SUS, a partir de novas bases. Entendemos ser oportuno avançar em debates sobre a constituição de um ente público regional, financiado e gerido pelas três esferas de governo - responsável desde a Atenção Básica à Alta Complexidade. Assim, evita-se que um ente federado repasse a outro as responsabilidades por ele não assumidas, além de tornar possível a constituição de um plano de carreira nacional para o SUS, previsto desde a Lei Federal 8.142/90, e reivindicado em inúmeras lutas em todo o Brasil.





## 5. PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

### EIXO 1 – O BRASIL QUE TEMOS, O BRASIL QUE QUEREMOS

1	Revogar todos os atos normativos, sejam eles constitucionais, legais ou infralegais que atentem contra a liberdade, respeito e dignidade da pessoa humana e contra os direitos sociais. Atos como o Orçamento Secreto, EC 86, EC 95, contrarreforma trabalhista, previdenciária, bem como as portarias que alteraram a PNAB, a Reforma Psiquiátrica (e seu financiamento), a liberação dos agrotóxicos, o desmatamento e mineração desenfreadas, dentre outras, usando todos os instrumentos previstos na legislação pertinente, inclusive o referendo revogatório às emendas constitucionais, bem como normas legais e infralegais que enfraquecem os princípios do SUS e a efetiva atenção à saúde pública da população.
2	Garantir uma Reforma Tributária que revogue a atual regressividade e garanta a progressividade tributária com elevação de alíquotas dos impostos diretos e na redução das alíquotas de impostos indiretos, bem como a simplificação tributária para evitar sonegação e questionamentos jurídicos.
3	Regulamentar imposto sobre grandes fortunas, tributar os lucros e dividendos distribuídos pelas pessoas jurídicas às pessoas físicas, bem como ampliar a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das instituições financeiras.
4	Criar estratégias para promover ações que visem a geração de emprego e renda para a população, reduzindo as desigualdades sociais e superando o desequilíbrio regional, retomando o processo de valorização do salário mínimo.
5	Fortalecer a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que é essencial para o desenvolvimento nacional e para respostas às necessidades de saúde da população.
6	Fortalecer e qualificar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde no âmbito municipal, regional, macrorregional e estadual, construindo indicadores que expressem a realidade da situação de saúde dos territórios, para fins de monitoramento e avaliação da execução das políticas de saúde, garantindo transparência no acesso a tais informações, com linguagem acessível e qualificação do controle social para o uso da ferramenta.
7	Defender a CF/88, principalmente na manutenção do Estado Democrático de Direito, fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa, nos valores sociais do trabalho e no pluralismo político, no fortalecimento e preservação dos seus princípios, nos direitos fundamentais, sociais e individuais, na liberdade garantida, na defesa dos objetivos fundamentais de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, de garantia do desenvolvimento nacional,

	de erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais.
8	Defender o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro, considerando seu papel de proteção social, a partir da compreensão da saúde como princípio da dignidade humana, sendo o SUS uma Política de Estado capaz de criar estratégias de comunicação eficiente com a sociedade, para que a mesma tenha mais conhecimento sobre seus direitos e deveres.
9	Promover a manutenção constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo as conquistas com a participação popular, defendendo o caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção, financiado com recursos suficientes.
10	Qualificar o processo de comunicação das ações e serviços ofertados no SUS, a partir da divulgação nos meios de comunicação e mídias sociais.
11	Cumprir os 17 objetivos da agenda 2030 da ONU, criados para erradicar a pobreza e promover vida digna a todos, dentro das condições que o nosso planeta oferece, sem comprometer a qualidade de vida das próximas gerações.
12	Integrar e aperfeiçoar os sistemas de informação do SUS, unificando em uma única base de dados, garantindo suporte técnico e manutenção adequada que agregue as diversas informações existentes, tais como cartão SUS, prontuário eletrônico, dados de emprego/ocupação, dados previdenciários, entres outros, consolidando um Sistema de Informatização Nacional, para melhor articulação da rede de saúde.
13	Criar um portal da transparência, com linguagem acessível e interface intuitiva, que divulgue para a população informações sobre o orçamento do SUS e a aplicação dos recursos em saúde nas três esferas de gestão.
14	Qualificar os serviços de saúde para o atendimento à população LGBTQIAP+, com garantia de acesso às medicações, hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos, bem como suporte à Saúde Mental.
15	Garantir recursos financeiros por parte dos governos, voltados para as políticas públicas de enfrentamento às violências de gênero, proteção às crianças e adolescentes, idosos, e outras pessoas em situação de vulnerabilidade.
16	Implantar e ampliar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), com ações permanentes que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.
17	Qualificar as equipes de saúde, desde a Atenção Básica até a Atenção Hospitalar, para o acolhimento e manejo do cuidado integral às mulheres vítimas de violência, considerando ainda a importância de ações intersetoriais para o fortalecimento da sua autonomia.
18	Fortalecer a rede de cuidados das gestantes e puérperas, garantindo um

	acompanhamento adequado, reduzindo a mortalidade materno-infantil por causas evitáveis. Ampliar o número de doenças detectadas no teste do pezinho, ofertado pelo SUS.
19	Qualificar o acolhimento de mulheres que experienciam o direito ao aborto legal e construir processos de educação permanente em saúde aos trabalhadores do SUS, em todos os níveis de atenção. Ampliar os serviços de referência para interrupção da gestação, nos casos previstos em lei.
20	Debater a legalização do aborto no Brasil sob a perspectiva da saúde pública e da autonomia das mulheres.
21	Combater a pobreza menstrual, garantindo a dispensação de absorventes nas escolas, unidades de saúde e espaços públicos.
22	Fortalecer as políticas voltadas à saúde do homem.
23	Promover estratégias para ampliar a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e do Programa Nacional de Imunizações (PNI), garantindo a atualização dos dados.
24	Garantir a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).
25	Criar ações educativas no ambiente escolar, com o auxílio de equipe multiprofissional, ampliando ações de promoção de saúde, a partir do Programa Saúde na Escola, trabalhando, principalmente, temas como a gravidez na adolescência, uso de drogas lícitas e ilícitas, infecções sexualmente transmissíveis e cuidados na higiene bucal e do corpo. Ainda, que o trabalho intersetorial entre saúde e educação, esteja presente desde a educação infantil, contribuindo com o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes.
26	Fomentar a implementação da Política Nacional da Humanização (PNH) na Rede de Atenção à Saúde, melhorando aspectos como o acolhimento, a ambiência, qualificando a climatização dos serviços, a experiência de convivência, de forma a colaborar com o enfrentamento do processo de doença.
27	Implantar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada à Rede de Atenção à Saúde e como componente de cuidado na Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família.
28	Implementar e ampliar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), nas unidades de saúde, como forma de prevenção e tratamento de doenças, com garantia de financiamento, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde dos povos e comunidades tradicionais, e o uso racional de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, na Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde. Ainda, implantar Centros de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.
29	Fortalecer a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética, visando o desenvolvimento científico, a formação e a

	educação permanente de profissionais e usuários, além de garantir o direito às medicações e aos insumos.
30	Garantir a disponibilidade e adequação dos serviços de saúde para prevenção, testagem e tratamento do HIV\Aids, tuberculose e hepatites virais, a fim de que todos tenham acesso equitativo e qualidade no atendimento na Rede de Atenção à Saúde.
31	Fortalecer o cuidado do idoso, através do financiamento pelo SUS, de residências de longa permanência ou locais para estadia diurna para idosos em situação de vulnerabilidade. Fortalecer as ações voltadas para a qualificação e profissionalização de Cuidadores de Idosos. Construir a regulamentação desta prática profissional.
32	Fomentar e ampliar o financiamento da Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).
33	Ampliar os programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, com incentivo financeiro para sua execução e monitoramento dos resultados. Como exemplo, o desenvolvimento de atividades físicas supervisionadas, em todas as faixas etárias, ofertadas a partir da Atenção Básica.
34	Garantir a continuidade dos programas Primeira Infância Melhor (PIM) e do Programa Melhor em Casa, independente da gestão/ governo em vigor.
35	Garantir recursos financeiros para implementar a acessibilidade da população aos serviços públicos de saúde existentes, executando manutenção preventiva e corretiva estrutural destes serviços.
36	Ampliar e reforçar órgãos de fiscalização e controle em todos os programas, nas três esferas de governo, a fim de garantir cumprimento de leis e normas, aplicando estratégias e metas que assegurem a qualidade dos serviços e criem barreiras e/ou eliminem quaisquer possibilidades de corrupção.
37	Elaborar um programa para garantir que profissionais de saúde formados em instituições privadas, que tenham acessado financiamento público (como FIES ou bolsa parcial do Prouni), possam prestar serviços ao SUS, por tempo determinado, reduzindo sua dívida.
38	Exigir que os currículos dos cursos de nível técnico, graduação e pós graduação, para formação profissional no campo da saúde, incluindo as residências profissionais e multiprofissionais em saúde, abordem temas transversais, incluindo o controle social, participação popular, população LGBTQIAP+, população negra, do campo, da floresta, em situação de rua, privada de liberdade, povos indígenas, ciganos, quilombolas, migrantes, pessoas com deficiências e neurodiversos, ensino de libras, saberes ancestrais, bem como outros saberes não hegemônicos (como as PICS).
39	Fortalecer as instâncias de pactuação, ampliando o canal de comunicação entre gestores das três esferas do governo, a fim de melhorar a descentralização das decisões e do financiamento.

40	Esclarecer e divulgar para a população do Estado como funcionam os sistemas de regulação: Gercon e Gerint. Disponibilizar aplicativo para os usuários terem acesso às filas de regulação ambulatorial e hospitalar, visando maior transparência.
41	Estruturar políticas públicas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, articulando outras políticas intersetoriais, como reforma fiscal e urbana, segurança, transporte, acesso a terra e a água, segurança alimentar e nutricional, considerando a determinação social da saúde e ações entre diferentes atores da sociedade civil.
42	Criar e ampliar as casas de acolhimento a comunidade LGBTQIAPN+ em situação vulnerável, com direito às refeições diárias, higiene, estadia, promoção da educação e lazer.
43	Promover estratégias para a implantação de programas de educação em ambiente extraescolares, em contraturno, para crianças e adolescentes, de forma financiada e com apoio intersetorial das secretarias de educação, esporte, saúde e assistência social buscando o desenvolvimento integral desde a infância a fim de evitar exposição a ambientes e práticas nocivas dando opções saudáveis de convivência, aprendizado e promoção de saúde.
44	Implementar a Casa da Mulher Brasileira como uma forma de apoio e proteção a mulheres vítimas de violência. Além disso, ampliar e criar políticas públicas voltadas para a população feminina, como a expansão de restaurantes populares, a criação de lavanderias populares e a ampliação de creches nos locais de moradia, visando construir condições para a emancipação da mulher das tarefas domésticas e permitir que tenham mais tempo para cuidar de sua saúde.
45	Unificar os sistemas E-SUS território, utilizado pelos agentes de saúde, com o E-SUS PEC (prontuário eletrônico do cidadão) e CADWEB (sistema de cadastramento dos usuários do SUS), bem como qualificar o e-SUS, corrigindo as falhas, como a duplicidade de cadastros. Ofertar suporte para a operação do sistema nos municípios.
46	Implantar um prontuário eletrônico integrado, contemplando os serviços da rede de saúde pública e os prestadores do SUS, da atenção básica à alta complexidade, considerando ainda os dados dos usuários quando atendidos pela rede suplementar ou privada.
47	Fortalecer o Conecte SUS, para facilitar o acesso do usuário às informações relacionadas ao seu percurso na rede de saúde: agendamento de consultas, exames, imunizações, medicamentos, etc.
48	Disponibilizar um sistema que atenda o trabalho das agentes de combate a endemias, pois o atual e-sus território (disponibilizado para as agentes de saúde) não atende a rotina de trabalho da visita da agente de combate a endemias, e seu registro.

**EIXO 2 - O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS PARA  
SALVAR VIDAS**

49	Fortalecer as instâncias de Controle Social no SUS, através da garantia das condições de pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, como órgãos colegiados permanentes, deliberativos e fiscalizadores. Garantir servidores em quantidade suficiente, nas áreas técnicas e administrativas, assim como a estrutura física e tecnológica para seu bom funcionamento, nos três níveis da administração pública, garantindo recursos financeiros necessários que possibilitem autonomia e sua gestão.
50	Garantir a participação popular nos processos decisórios que envolvem a gestão do SUS. Os conselhos e as conferências, nas três esferas de governo, são condições fundamentais para que se mantenham legítimos os espaços democráticos que constituem o SUS. Especial atenção para o fortalecimento da LF 8.142/1990, que determina o papel do controle social, seu caráter fiscalizador, formulador e deliberativo das políticas públicas.
51	Construir ações de educação com foco na promoção da saúde e da democracia, desenvolvendo estratégias de diálogo e comunicação entre conselhos de saúde e a sociedade, a fim de divulgar o papel do Conselho, seu funcionamento e estimular a participação da sociedade. Garantir maior corresponsabilização das equipes de saúde que atuam na porta de entrada da rede, para que incentivem a participação na construção do SUS, a partir do exercício de cidadania, e não trate o usuário apenas como “clientela”.
52	Efetivar o processo de gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS), nas três esferas de governo, garantindo o planejamento ascendente, de modo que os Planos de Saúde, elaborados a partir das diretrizes deliberadas nas Conferências de Saúde, orientem a formulação das leis do orçamento público.
53	Incentivar a inclusão de discussões sobre o Controle Social em escolas, universidades e organizações da sociedade civil, visando potencializar a prática democrática e o fortalecimento das instâncias de controle social.
54	Fortalecer a unidade dos movimentos sociais e populares na luta por seus direitos de modo a assegurar a reconstrução do estado democrático de direito, das políticas públicas e da soberania nacional, com educação popular e educação permanente para movimentos sociais e trabalhadores(as).
55	Oportunizar informações, com transparência e linguagem acessível, aos membros dos conselhos de saúde, referentes à execução das políticas públicas, fortalecendo a atuação dos mesmos e qualificando o processo de fiscalização.
56	Fortalecer a participação da comunidade e do controle social na gestão do SUS, aperfeiçoando os conselhos de saúde no monitoramento e na análise dos instrumentos de gestão (Planos de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Relatório



	Detalhado do Quadrimestre Anterior).
57	Ampliar as ações da Política Nacional de Humanização (PNH) na saúde, a partir de diagnóstico construído com efetiva participação dos conselhos municipais de saúde.
58	Repudiar qualquer ato que pretenda atacar as atribuições e prerrogativas legais e constitucionais das instâncias de Controle Social, garantindo que todas as políticas, programas e planos de saúde sejam previamente aprovados pelo Controle Social.
59	Fortalecer a atuação do Controle Social na defesa das políticas públicas e da ciência, disseminando informações seguras, combatendo as fakenews e difundindo a importância da vacinação, para a promoção da saúde e prevenção da doença, e no enfrentamento ao adoecimento.
60	Promover a integração de conselhos de direitos (Conselho de Direito da Pessoa Idosa, Conselho de Direito da Criança e do Adolescente, Conselho de Segurança Alimentar, entre outros) e de Controle Social.
61	Garantir o direito do cidadão à voz, dentro dos conselhos de saúde, sem necessidade destas pessoas serem membros do conselho.
62	Realizar regularmente as Conferências de Saúde, incorporando-as como instâncias efetivas do processo de construção, monitoramento e avaliação de políticas públicas.
63	Garantir que os órgãos de fiscalização externos e internos (Ministério Público, Tribunal de Contas e Controladorias de Contas) atuem em parceria com o Controle Social.
64	Fomentar o financiamento e a execução da Política de Educação Permanente em Saúde, de acordo com os princípios do SUS e da política de humanização, alinhada às necessidades loco regionais e às especificidades das Redes de Atenção à Saúde dos territórios.
65	Desenvolver processos de formação e articulação com as comunidades, pautadas na educação popular em saúde, como estratégia de mobilização de usuários e inclusão de saberes e práticas locais nas ações de saúde, no diálogo entre serviços, movimentos sociais e populares e universidades.
66	Garantir que o Projeto de Lei que trata de alterações na composição do Conselho Estadual de Saúde seja reencaminhado pelo governo estadual à Assembleia Legislativa, para sua aprovação.
67	Revogar o ato do governador que aprovou o Parecer nº 18398/20 da PGE/RS, que atribuiu caráter jurídico normativo e obrigatório para a administração pública e afastou o caráter deliberativo do CES/RS.
68	Fortalecer a educação permanente, através dos Núcleos Municipais e Regionais de Educação em Saúde Coletiva, com garantia de financiamento.
69	Estimular a criação de Conselhos Regionais de Saúde, para que contribuam com o planejamento, monitoramento e fiscalização das ações e serviços de âmbito

	regional, além de reconhecer sua relevância na identificação das necessidades de saúde.
70	Construir ferramentas para garantir a participação social, capaz de incluir e garantir a paridade, a equidade e a inclusão de populações vulnerabilizadas, construindo uma Câmara Técnica para trabalhar, encaminhar e articular ações em rede para responsabilizar os crimes de racismo, LGBTQIAPN+fobia, xenofobia, aparofobia, violência de gênero, sorofobia, capacitismo, dentre outras, nos diferentes níveis de saúde.
71	Fortalecer os movimentos sociais populares, grupos, articulações, iniciativas e ações de participação nos territórios, propondo ampliação de novos arranjos participativos horizontais e intersetoriais nos processos de trabalho, nos serviços e no cuidado em saúde.

### EIXO 3 - GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA

72	Fortalecer a Atenção Básica, ampliando a corresponsabilidade do Estado e da União no seu financiamento, para que obtenha a resolutividade necessária, garantindo a promoção da saúde e a prevenção de doenças, bem como seja a porta de entrada e coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde, objetivando garantir seus princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade.
73	Ampliar o investimento na Atenção Básica, assegurando ações de educação em saúde para as equipes, compra de equipamentos e melhorias na infraestrutura e acessibilidade.
74	Revogar a portaria nº 2.436/2017, que alterou Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a portaria nº 979/2019, que cria o Previne Brasil, resgatando a Estratégia da Saúde da Família como articulador do cuidado na Atenção Básica.
75	Garantir o retorno do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com financiamento adequado e equipes multiprofissionais em número suficiente, para a realização do apoio matricial das equipes de saúde da Atenção Básica, articulando com a rede.
76	Eliminar a terceirização, a privatização e a precarização das relações de trabalho na Atenção Básica, pois estes contratos oferecem risco à manutenção do cuidado à população devido a precariedade dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde e da sobreposição dos interesses privados das instituições, reafirmando a necessidade de servidores estatutários e com plano de carreira.
77	Retomar e fortalecer o papel da/o Agente Comunitária/o de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE), atualmente descaracterizados pela PNAB 2017, reduzidos ou desviados ao trabalho administrativo, garantindo no



	conjunto de suas atividades o papel de articulador(a) e mobilizador(a) no território.
78	Fortalecer o modelo de Estratégia de Saúde da Família, com equipe completa.
79	Defender a saúde, a vida, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, visando: acabar com a violência sexual, obstétrica e doméstica, planejamento reprodutivo, atendimento em situação de aborto e inclusão da abordagem de gênero na formação dos profissionais de saúde. Ampliar propostas e orçamento para custeio de programas de prevenção, visando o bem-estar em todos os níveis do ciclo humano, desde a gestação até a senilidade.
80	Fortalecer a rede de telemedicina, garantindo ao médico que atua na Atenção Básica a interação com especialistas em tempo oportuno, ampliando a resolutividade do sistema.
81	Ampliar as vagas dos cursos de medicina em universidades federais, com currículos voltados para o SUS, fomentando a formação de profissionais para a Atenção Básica através de programas de residência em Saúde da Família e Comunidade, estimulando a atuação dos profissionais em pequenos municípios, áreas remotas e periféricas.
82	Garantir a manutenção do provimento médico pelo Ministério da Saúde através do Programa Mais Médicos, contemplando critérios como vulnerabilidades socioeconômicas, dificuldade de provimento de profissionais e percentual da população dependente do SUS.
83	Criar estratégias para fortalecer a atuação do profissional enfermeiro na unidade de saúde, ajustando protocolos do SUS para a dispensação de medicamentos prescritos por estes profissionais.
84	Incluir na Atenção Básica estratégias de matriciamento da temática de gênero e diversidade sexual, fortalecendo a unidade de saúde como porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado das pessoas LGBTQIAP+.
85	Fortalecer a Atenção Básica para qualificar o acompanhamento e a assistência à saúde aos usuários com condições crônicas, integrando as ações entre a unidade de saúde e a atenção especializada.
86	Retomar o Projeto Olhar Brasil, que auxiliava na identificação e na correção de problemas de visão em alunos matriculados na rede pública de ensino, da Educação Básica.
87	Propor trabalho intersetorial com a SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) para inserção de atividades educativas/assistenciais em saúde mental nas aldeias, contribuindo para efetivar a assistência integral à saúde da população indígena.
88	Fortalecer a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e seus segmentos, criando formas de financiamento das ações e serviços de saúde indígena para Atenção Básica, Média e Alta Complexidade.
89	Ampliar e fortalecer as Unidades de Saúde Indígenas com garantia de

	atendimento de todas as aldeias, diariamente, com equipe especializada da Secretaria de Saúde Indígena, respeitando as particularidades culturais de cada povo, valorizando as medicinas tradicionais indígenas na atenção às suas comunidades de maneira a contar com intermediadores culturais para subsidiar e dialogar com trabalhadores de saúde e espaços terapêuticos/clínicos não indígenas.
90	Garantir a implementação da reforma psiquiátrica, através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, oficinas de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento, e equipe de redução de danos na abordagem de rua (dia e noite).
91	Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), promovendo a integração e o financiamento adequado dos serviços de saúde, com redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência nos hospitais psiquiátricos. Em paralelo, implantar serviços substitutivos de base territorial e ampliar as vagas para tratamento de Saúde Mental nos hospitais gerais. Revogar portarias que conflituam com os princípios preconizados na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei federal 10.216, de 6 de abril de 2001).
92	Ampliar e qualificar os serviços/pontos de atenção que compõem a RAPS, com ênfase na reinserção social, com vistas na diminuição das internações por doenças comportamentais e mentais, e em especial por rompimento de vínculo com as famílias/sociedade, que acarretam internações vitalícias em residenciais terapêuticos, contrariando o preconizado aos indivíduos.
93	Retirar as Comunidades Terapêuticas da filantropia (Lei Federal 187/2021) e propor o fechamento do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas dentro do Ministério da Saúde, pois os serviços estão em desacordo com os princípios do SUS e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.
94	Garantir a ampliação dos dispositivos de acolhimento da rede intersetorial, intensificando a implementação de ações de combate ao estigma e às barreiras socioculturais do acesso ao tratamento, qualificando o cuidado na questão do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas.
95	Garantir o cuidado em liberdade aos usuários de álcool e outras drogas, considerando a perspectiva não asilar e não higienista das práticas e serviços de saúde. Que o cuidado seja orientado pela integralidade, com ações intersetoriais, pautado pela política de redução de danos, respeitando os direitos humanos e a diversidade cultural e religiosa, ampliando o número de redutores de danos nos municípios.
96	Apoiar as ações de saúde mental executadas pelos municípios. Que os governos, estadual e federal, desenvolvam programas, ofertando apoio técnico e financiamento adequado, para atender os desafios crescentes que envolvem o

	sofrimento e o adoecimento na contemporaneidade, incluindo ações de prevenção ao suicídio.
97	Reavaliar os critérios para implementação de novos CAPS, considerando que o financiamento ocorra a partir das necessidades de cada município, e não se restrinja à habilitação somente por critérios populacionais, viabilizando serviços de atenção à saúde mental adulto e infantil para aqueles municípios onde a população não comporta a implantação de CAPS.
98	Ampliar a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF) incluindo psicólogo e assistente social, para garantir a implementação da Política de Saúde Mental em municípios de pequeno porte.
99	Fortalecer ações de saúde mental na Atenção Básica, com o retorno do financiamento às equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB).
100	Instituir a criação de Bolsas de Trabalho para usuários dos serviços de Saúde Mental, que integrem as Oficinas de Geração de Trabalho e Renda da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como incentivo para capacitação técnica para o trabalho, bem como garantir a implantação de Centros de Convivência e Cultura.
101	Implantar políticas de promoção da saúde mental, integradas com outras políticas públicas (educação, habitação, trabalho, assistência social). O cuidado precisa iniciar na primeira infância, permeando os diversos níveis de atenção (planejamento reprodutivo, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, dentre outros). Que as ações expressem a perspectiva da prevenção às violências, promoção da saúde e estimulem a cultura de paz, com práticas de cuidado e socialização compatíveis com o desenvolvimento infantil e o fortalecimento dos vínculos parentais e sociais.
102	Garantir financiamento para as necessidades que envolvem a educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica, que atuam com demandas de saúde mental. Além disso, que as equipes possam dispor de tempo para reuniões de equipe e discussão de casos.
103	Fortalecer os fluxos da RAPS, garantindo atendimento ágil, tanto na atenção especializada como na Atenção Básica em Saúde, com continuidade no âmbito ambulatorial e emergencial, devidamente regulado.
104	Garantir serviços com equipes especializadas e qualificadas, para atender pessoas com doenças do neurodesenvolvimento, incluindo a avaliação neuropsicológica nos procedimentos financiados pelo SUS, obedecendo às definições da Lei que institui a Política Nacional de Saúde Mental.
105	Ampliar o número de residenciais terapêuticos públicos, reavaliando critérios de implantação e financiamento.
106	Construir equipamentos de saúde mental de âmbito regional, com financiamento tripartite.
107	Garantir que a implementação da Política Nacional de Saúde Mental seja

	efetivada em todos os níveis.
108	Ampliar e qualificar as ações de atendimento e de acompanhamento de pessoas em Transtorno do Espectro Autista, Deficiência Intelectual, Deficiência Motora e Neuro Divergente, em todo o ciclo da vida, garantindo o atendimento contínuo e especializado com equipe interdisciplinar que atenda todas suas necessidades de saúde, seja psíquica, médicas e/ou sociais, incluindo o acesso aos serviços, com transporte especializado e fiscalizados pelos órgãos competentes.
109	Ampliar a rede de atenção e apoio às pessoas com deficiência, propiciando o acompanhamento especializado com equipe multiprofissional.
110	Implementar ações específicas, como educação permanente, para viabilizar o diagnóstico precoce e melhoria no atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Ampliar o número de centros de atendimento às pessoas com TEA, com atendimento multiprofissional, garantindo também suporte aos familiares e responsáveis.
111	Garantir investimento financeiro para pesquisa, desenvolvimento, produção e distribuição de Tecnologias Assistivas pelo SUS, para atendimento e melhor atenção e promoção da qualidade de vida para pessoas com deficiência, doenças raras e pessoas neurodiversas (espectro autista, TDAH e outras), em todos os níveis de atenção, com enfoque na Atenção Básica.
112	Garantir que o SUS se mantenha como a Política de Saúde de Estado, assegurando a gestão das políticas públicas e de todos os seus serviços próprios, nos três níveis de governo, exclusivamente pelo setor público, regulamentando o princípio constitucional da complementariedade do setor privado na saúde, garantindo ao serviço prestado diretamente pelo poder público a prioridade no SUS, repudiando as terceirizações dos serviços prestados no SUS.
113	Proibir que os hospitais públicos, com atendimento 100% SUS, ofertem serviços à iniciativa privada.
114	Garantir que todos os equipamentos adquiridos com recurso público, destinados para as instituições filantrópicas, sejam utilizados para o atendimento a usuários da rede pública de saúde.
115	Reduzir de forma progressiva e continuada a contratação de serviços da rede privada, fortalecendo a rede própria do SUS.
116	Garantir a constituição de um ente tripartite regional, para a gestão do SUS com administração estatal indireta e sob a égide do Direito Público, a qual deverá ter abrangência nacional, bases regionais, gestão e financiamento compartilhado pelas três esferas do governo e atuação integrada, garantindo a prevenção das doenças, a promoção e a assistência à saúde, desde atenção básica à alta complexidade, possibilitando um plano de carreira nacional do SUS.
117	Garantir Plano de Carreira Nacional do SUS nas três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, regime estatutário, ascensão funcional, critérios objetivos para ocupação de cargos de chefia; 30h semanais; dedicação exclusiva;

	reposição anual, reajuste com negociação coletiva; fixação de profissionais no interior do país em áreas de difícil acesso e provimento; política de formação profissional; incentivo salarial e de carreira; regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade.
118	Garantir aos usuários do SUS o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), assegurando o acesso aos serviços de saúde referenciados, deslocamento de forma adequada e a hospedagem para pacientes e acompanhantes, conforme necessidade.
119	Fiscalizar de forma efetiva as pactuações realizadas com os serviços de saúde, para que o repasse financeiro aconteça mediante a demanda atendida.
120	Articular junto ao Ministério da Saúde (MS) para que altere os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.631/2015, que aprova critérios e parâmetros para planejamento e programação de ações e serviços de saúde, ajustando-os à diversidade de condições territoriais, visando o acesso e o atendimento da população em municípios com menos de 100.000 (cem mil) habitantes, a equipamentos e aparelhos de alta complexidade, em resposta aos princípios da equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), visando que os municípios com menos de 20.000 habitantes, tenham direito aos programas de saúde, conforme critérios epidemiológicos.
121	Garantir a atuação integrada entre a vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e do trabalhador para aperfeiçoar as ações realizadas (análise de qualidade de água, controle de animais de rua, fiscalização de alimentos, descarte de embalagens de agrotóxicos, entre outras).
122	Fortalecer e qualificar as ações de monitoramento dos indicadores acompanhados pela Vigilância em Saúde, priorizando o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças.
123	Implementar políticas de saneamento básico, qualidade da água para consumo humano e esgoto sanitário, cumprindo as metas da Organização das Nações Unidas (ONU) para 2030.
124	Implementar nas comunidades ações educativas promovidas pelas equipes da vigilância em saúde, visando a melhoria das condições de saúde da população, a redução das iniquidades e a promoção da qualidade de vida.
125	Descentralizar a oferta de soros antiofídicos (contra animais peçonhentos), garantindo o atendimento em tempo hábil de situações de urgência/emergência.
126	Promover ações integradas de prevenção e promoção da saúde, ampliando as ações de vigilância do VIGIAGUA e VIGISOLO, com análise e controle de medicamentos, agentes químicos e agrotóxicos, presentes na água e no solo.
127	Implementar a política nacional e estadual de saúde do trabalhador e da trabalhadora, bem como assegurar que a União e o Estado garantam a manutenção financeira permanente, estável e adequada dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com atualização dos recursos

	federais de, no mínimo 100%, possibilitando a continuidade das ações de vigilância nos ambientes de trabalho, vigilância epidemiológica, assistência, matriciamento e educação em saúde do trabalhador nas suas áreas de abrangência. Ainda, implantar e implementar um CEREST por região de saúde do estado, conforme resolução 603/2018 do Conselho Nacional de Saúde.
128	Ampliar as ações de cuidado voltadas à saúde do trabalhador, especialmente aos produtores rurais e trabalhadores da área da saúde.
129	Garantir a ampliação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais e dos centros de pesquisas, destinando recursos para o desenvolvimento científico e tecnológico, de modo a promover inovações e produção pública de medicamentos e insumos de interesse do SUS.
130	Realizar campanhas para conscientização da população quanto ao uso correto e descarte apropriado dos medicamentos, promover o fracionamento de medicamentos na Atenção Básica, exigir embalagens com letras maiores, facilitando a leitura de pacientes com deficiência visual, ressaltando o papel do farmacêutico na promoção do cuidado em saúde e no uso racional de medicamentos.
131	Ampliar o financiamento federal e estadual para a Assistência Farmacêutica, garantindo acesso a medicamentos e insumos, estabelecendo que os valores relativos ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS sejam automaticamente corrigidos quando houver ajuste anual de preços de medicamentos por parte da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED, utilizando o mesmo fator de correção, enviando um valor mais alto para os municípios com menor arrecadação e garantindo acessibilidade e transparência dos recursos transferidos para o estado e o município.
132	Ampliar a fiscalização, a distribuição e o acesso aos medicamentos de uso contínuo, de baixa, média e alta complexidade, para que sejam 100% financiados pelo Governo Federal.
133	Realizar estudo para transferir os repasses da Farmácia Popular, que hoje se dá na rede privada, para as farmácias básicas do SUS.
134	Retorno da rede própria do Programa Farmácia Popular de forma complementar.
135	Manutenção e aperfeiçoamento do Programa Farmácia Popular.
136	Criar um programa de capacitação de farmacêuticos para atuarem em dispensação e realização de acompanhamento de hormonioterapia em serviços que implementem o processo transsexualizador no SUS, monitorando os indicadores de saúde dos(as) usuários(as).
137	Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica em todos os níveis, com sustentabilidade financeira para qualificar os serviços farmacêuticos integrados às Redes de Atenção à Saúde, garantindo infraestrutura, espaço físico adequado



	e recursos humanos suficientes para proporcionar um atendimento humanizado, inclusivo, com foco nas necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade.
138	Revisar os elencos de medicamentos e insumos da RENAME - Relação Nacional de Medicamentos, ampliando-a com novas incorporações, qualificando a compra, inclusive através de consórcios, distribuição e dispensação de medicamentos, garantindo dessa forma o acesso da população aos tratamentos previstos nos componentes especialmente para tratamento de doenças raras e crônicas, imunossupressores, medicamentos de uso psiquiátrico e de programas estratégicos, como o programa de controle do tabagismo.
139	Aprimorar a Assistência Farmacêutica nos Componentes Básico e Especializado, garantindo a distribuição dos medicamentos dentro do prazo, evitando atrasos e desabastecimentos, ampliando o acesso e dando celeridade na tramitação dos processos de fornecimento de medicamentos do Componente Especializado.
140	Repudiar a terceirização do apoio técnico aos sistemas de justiça no que concerne às demandas da saúde, sobretudo quando oferecido por profissionais ou instituições que apresentem conflitos de interesse, propondo a interlocução junto ao Poder Judiciário para garantir profissionais nos Núcleos de Apoio Técnico, com cargos públicos efetivos.
141	Valorizar o servidor público estatutário, criando plano de carreira para todos os servidores da saúde do estado e dos municípios, com isonomia de vencimentos e ascensão funcional efetiva, ampliando o quadro a partir da realização de concurso público, visando a permanência e vínculo com a população atendida.
142	Garantir recursos financeiros para capacitação dos servidores públicos para atuação no SUS.
143	Reduzir o número de cargos de confiança na gestão da saúde, substituindo estes por servidores concursados estatutários, para que exista estabilidade e qualificação na gestão do SUS.
144	Fortalecer a Ouvidoria do SUS como espaço de cidadania e de comunicação entre o cidadão e os gestores do SUS, estimulando os municípios quanto a implementação de suas ouvidorias.
145	Disponibilizar consultas, exames, procedimentos e cirurgias em número suficiente, em todas as áreas, diminuindo o tempo de espera para acesso aos serviços de Média e Alta Complexidade.
146	Instituir legislação que define o prazo máximo de espera para o agendamento de todas as consultas médicas com especialistas e demais procedimentos e exames realizados na Média e Alta Complexidade no SUS.
147	Qualificar o sistema de regulação (ambulatorial e hospitalar) atendendo às necessidades dos usuários, disponibilizando oferta de vagas adequadas, definindo e cumprindo parâmetros de tempo de espera adequados aos critérios clínicos para todos os tipos de procedimento, consultas e exames.

148	Ampliar o acesso aos Centros de Especialidades Odontológicas para atender aos pequenos municípios, tendo em vista a grande demanda por este serviço.
149	Criar a Política Estadual de Atenção Básica, tendo como base a integralidade da atenção e da assistência à saúde, por meio da implantação e da ampliação do modelo de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de modo a assegurar a cobertura de 100% dos territórios e a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
150	Expandir o programa Rede Bem Cuidar RS, possibilitando a adesão de mais de uma equipe de saúde da família por município.
151	Ampliar o financiamento estadual para a implementação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), para apoiar os municípios de pequeno porte no manejo de transtornos mentais moderados.
152	Investir recursos para ampliação da atenção em saúde mental para quadros psiquiátricos graves, habilitando hospitais gerais nas macrorregiões, visando o aumento do número de leitos psiquiátricos.
153	Redefinir as regiões de saúde, considerando critérios epidemiológicos, populacionais e territoriais, atendendo às características econômicas e sociais de cada região, tendo em cada região as referências para todas as demandas da saúde, visando garantir a atenção integral à saúde da população, tornando resolutiva a Rede de Atenção à Saúde em todas as regiões do estado.
154	Criar Hospital Regional na região Centro-Serra com serviços especializados de média e alta complexidade.
155	Garantir a conclusão da obra e o funcionamento do Hospital Público Regional (HPR) de Palmeira das Missões através da disponibilização de recursos financeiros estaduais e da inclusão deste projeto no Plano Plurianual Estadual.
156	Implantar um Hospital Regional no Litoral Norte, devido à dificuldade de deslocamento dos usuários e a baixa oferta de vagas na região.
157	Ampliar as vagas para consultas especializadas, exames, procedimentos e cirurgias no Hospital Regional de Santa Maria.
158	Criar Hospital Regional e Laboratório para a região do Vale do Sinos, com recursos do Governo Federal e Estadual.
159	Criar Hospital Regional com gestão pública, 100% SUS, no município de Viamão.
160	Assegurar a atuação do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) em estrutura administrativa única, garantindo a indissociabilidade das Vigilâncias (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, e Saúde do Trabalhador), Divisão de Apoio Técnico, Divisão Administrativa, Centro de Informações Toxicológicas (CIT) e Laboratório Central do Estado (Lacen), com estrutura e insumos adequados para análises e tomadas de decisão em tempo hábil, com um quadro funcional adequado às necessidades da população, com financiamento que garanta resolutividade em todo o território.



161	Criar o cargo de Fiscal Sanitário para garantir a isenção das ações de fiscalização e fortalecer o poder de polícia administrativa, reduzindo a interferência do poder econômico sobre a gestão e a vigilância em saúde.
162	Fortalecer os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) por meio da gestão e financiamento estadual, garantindo capacitação aos municípios e atuação integrada, visando a prevenção das doenças, a promoção e a assistência à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.
163	Garantir a gestão direta estadual dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) a fim de evitar a interferência da pressão política local no desenvolvimento das ações, implantando e implementado um CEREST por região de saúde do estado.
164	Realizar capacitações periódicas e regionais para as equipes de Saúde do Trabalhador e da Vigilância Sanitária sobre alvarás.
165	Ampliar a rede de serviços laboratoriais públicos do estado e reabrir os Laboratórios Centrais Regionais (Lacens).
166	Implantar e implementar plano de carreira para todos os servidores da saúde do Estado do Rio Grande do Sul, com isonomia de vencimentos, ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento de cargos de chefia, com realização de concurso público e nomeação imediata dos aprovados para garantir o preenchimento dos cargos vagos.
167	Garantir o cumprimento efetivo pelo Estado das pactuações referenciadas através das resoluções CIB, promovendo a regulação adequada e eficaz aos pacientes encaminhados pelos municípios.
168	Garantir o cofinanciamento estadual para aumentar a oferta de materiais para assistência domiciliar como cadeiras de rodas, camas hospitalares, andadores, cadeiras de banho entre outros.
169	Repassar recurso aos municípios para a contratação/manutenção do farmacêutico responsável pela Farmácia de Medicamentos Especiais.
170	Efetivar a regionalização do SAMU com ampliação das equipes, disponibilizando ambulâncias equipadas para os municípios, possibilitando o transporte adequado dos usuários.
171	Criar e implementar um hospital público federal, regional, 100% SUS, para atendimento das demandas de média e alta complexidade em saúde, articulado com as Redes de Atenção à Saúde regionais e que integre a saúde da América do Sul na fronteira.
172	Garantir e ampliar o acesso e a qualidade das próteses auditivas, dentárias e lentes oculares, cadeiras de rodas e muletas, diminuindo o tempo nas filas de espera, bem como a constante fiscalização quanto ao uso e devolução das órteses emprestadas.
173	Implantar hospitais públicos regionais, com gestão pública estadual, ampliando

	a oferta de atendimentos de média e alta complexidade nas regiões, bem como criação de mecanismos de monitoramento da assistência hospitalar, com participação dos municípios.
174	Garantir equipe multiprofissional na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, que seja em local protegido e ambiência adequada à faixa etária, observando outros marcadores sociais como orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, etnias indígenas, pessoas com deficiência, grupos esses que mais sofrem preconceitos"
175	Criar centros de referência do idoso de forma regionalizada, com assistência integral a saúde e avaliação multidimensional, com atividades voltadas à educação em saúde, práticas integrativas complementares em saúde – (pics) e educação popular em saúde garantindo processos teórico-práticos facilitados/promovidos por equipes multiprofissionais de funcionários públicos e ações pactuadas com contratos organizativos de ação pública de ensino-saúde (COAPES).

#### EIXO 4 – AMANHÃ SERÁ OUTRO DIA PARA TODAS AS PESSOAS

176	Reconstruir a política ambiental, observando a proibição do uso de agrotóxicos, o desmatamento, o garimpo ilegal, além de garantir o fim do autolicenciamento e da autorregulação de produtos/processos/fontes poluidoras e dos projetos de mineração, que são danosos à saúde e ao meio ambiente, bem como garantir as condições de vida digna dos povos originários, com respeito à sua cultura, pondo fim à atual crise humanitária.
177	Revogar a legislação sobre agrotóxicos que autoriza o uso de princípio ativos dos venenos prejudiciais à saúde das pessoas, à fauna e flora, reafirmando a proibição da importação, produção e uso dos agrotóxicos proibidos nos países de origem ou produção.
178	Garantir fiscalizações promovendo punições mais severas ao contrabando que entra pelas zonas de fronteiras e o uso de agrotóxicos que entram clandestinamente no Brasil.
179	Fortalecer a agricultura familiar e orgânica, incentivando estudos tecnológicos e científicos que considerem menores danos ambientais e sanitários, incentivando pesquisas acerca dos danos provenientes do uso dos agrotóxicos e alimentos transgênicos, criando políticas públicas que desestimulem o uso de agrotóxicos, da contaminação da água, do solo e do ar, a partir de capacitações e campanhas.
180	Garantir o acesso a alimentos de qualidade nutricional e sanitária através do incentivo das práticas agroecológicas, da divulgação científica sobre o tema, fortalecendo a Vigilância Sanitária e o programa de análise de resíduos de

	agrotóxicos.
181	Aumentar a carga tributária dos alimentos ultraprocessados e diminuir impostos dos alimentos in natura e minimamente processados, que garantem a segurança alimentar.
182	Monitorar os trabalhadores que manuseiam agrotóxicos, efetuando acompanhamento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde provenientes destas substâncias e sobre a forma correta de utilização do uso de EPIs, promovendo ações de educação em saúde alimentar, vigilância do uso de agrotóxicos, destinação correta dos resíduos e educação permanente aos trabalhadores.
183	Exigir o cumprimento da legislação sobre o descarte correto das embalagens de agrotóxicos (logística reversa).
184	Exigir o fim do financiamento público à aquisição de agrotóxicos, proibindo seu subsídio, destinando-o para linhas de crédito para a agricultura orgânica e familiar.
185	Garantir que as intoxicações por agrotóxicos sejam notificadas, evitando subnotificações.
186	Reforçar a fiscalização em todas as fontes poluidoras, fortalecendo as políticas de proteção ambiental, inclusive com ampliação do número de servidores públicos concursados.
187	Garantir o acesso à água potável de qualidade em todos os municípios, com a análise rigorosa dos elementos prejudiciais à saúde, como os agrotóxicos, assegurando que a captação, tratamento e distribuição ocorra a partir de entes públicos, garantindo a conservação das nascentes dos rios e riachos, com reflorestamento e livres de lixo.
188	Assegurar financiamento sustentável e número de profissionais qualificados para promoção e execução de ações de alimentação e nutrição nos territórios, com vistas a controlar os índices de distúrbios nutricionais, propondo iniciativas governamentais de segurança alimentar, a partir da retomada de restaurantes populares ou de cozinhas comunitárias, com acesso para as pessoas em situação de vulnerabilidade.
189	Apoiar a implantação de hortas comunitárias e hortos condimentares e medicinais, de forma sustentável e livre de agrotóxicos.
190	Intensificar a coleta de lixo e o seu tratamento, evitando a poluição ambiental.
191	Elaborar, de forma pactuada com as instâncias colegiadas e o Controle Social, protocolos e diretrizes de atenção integral às pessoas em condição Pós-Covid e implementar a linha de cuidado, com fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde - RAS, garantindo a educação permanente para prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação.
192	Desenvolver projetos de extensão e pesquisa que focalizem nos impactos sanitários, econômicos e sociais dos efeitos da Pandemia de Covid.

193	Garantir acesso à vacinação contra a Covid-19 para toda a população, além de investimentos tripartite para reabilitação aos pacientes pós-covid na sua integralidade.
194	Fomentar o registro adequado das informações acerca da Covid-19 nos diferentes sistemas de informação no âmbito da saúde, a fim de consolidar dados epidemiológicos que orientem as políticas públicas.
195	Fomentar grupos de discussão sobre a repercussão da Covid-19.
196	Garantir o financiamento robusto ao SUS, o que inclui a revogação de leis limitantes do orçamento público, para assegurar a integralidade, equidade e universalidade da atenção à saúde. Romper com o histórico subfinanciamento do sistema, viabilizando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.
197	Garantir financiamento estável e crescente para a continuidade e qualidade da atenção à saúde, considerando demandas como o envelhecimento da população, as doenças crônicas degenerativas não transmissíveis e a incorporação de novas tecnologias e terapêuticas.
198	Revogar a Emenda Constitucional nº 86/15, que trata do Orçamento Impositivo (emendas parlamentares do orçamento), possibilitando que tais valores sejam direcionados ao orçamento do SUS, considerando as necessidades identificadas a partir dos Planos de Saúde.
199	Utilizar 25% dos recursos do Pré-Sal como aplicação adicional ao mínimo, em ações e serviços em saúde, e que o ICMS seja dividido igualmente nas três esferas governamentais (Município, Estado e União).
200	Retirar os gastos com pessoal da saúde dos limites estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal, para garantir o direito à saúde estabelecido na Constituição.
201	Exigir a revisão dos valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (Tabela SUS), para reestabelecer o equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual com o Poder Público de complementação aos serviços de saúde prestados pela rede pública ou conveniada/contratualizada.
202	Fomentar o financiamento de pesquisas estratégicas e o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde para fortalecer o intercâmbio entre pesquisas científicas e políticas públicas de saúde.
203	Implementar a política de valorização da juventude pesquisadora, acompanhada de profundos debates sobre direitos trabalhistas e previdenciários.
204	Implementar política de valorização da pesquisa em saúde, contemplando o reajuste anual das bolsas e a progressiva ampliação da oferta pelas instituições de fomento, junto às universidades.
205	Reduzir a dependência externa de tecnologias, promovendo investimentos estratégicos no desenvolvimento e ampliação do complexo econômico industrial da saúde, a fim de garantir a produção de imunobiológicos, hemoderivados, vacinas, equipamentos, medicamentos, ingredientes farmacêuticos ativos e

	outros componentes de produção nacional, assegurando a soberania nacional e o direito de acesso da população, com redução dos custos e agilidade no fornecimento.
206	Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, para garantir o direito da população ao acesso a medicamentos, soros, vacinas, insumos, equipamentos e produtos para a saúde, desenvolvendo políticas públicas voltadas à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção, atendendo as necessidades do SUS, estabelecendo a cooperação técnica com as universidades e os centros de pesquisa, ampliando os laboratórios oficiais, a fim de promover a educação continuada, a pesquisa, a produção e a divulgação científica, desenvolvendo a competência tecnológica nacional.
207	Implementar o Piso Nacional da Enfermagem e garantir o piso às demais categorias profissionais do campo da saúde.
208	Ampliar o investimento em saúde por parte da União em 10% da sua receita corrente bruta em ações e serviços de saúde.
209	Eliminar a Desvinculação de Receitas da União (DRU).
210	Garantir o cumprimento da Lei Complementar (LC) 141/2012.
211	Aumentar o valor dos repasses do Estado e da União para os municípios, com base no número de habitantes e abrangência, bem como maior autonomia para a gestão local na forma de implantar a política, haja vista a diversidade do Brasil.
212	Destinar mais recursos para os hospitais filantrópicos de pequeno porte, buscando incrementação de equipamentos e recursos humanos.
213	Inverter a pirâmide de distribuição dos recursos públicos, aumentando o poder financeiro dos municípios, melhorando a distribuição do montante tributário.
214	Destinar, sem desvios e corrupção, 100% dos recursos da saúde ao atendimento das demandas da população.
215	Exigir o financiamento federal e estadual, de ações que hoje não estão contempladas, mas são realizadas pelos municípios, com recursos próprios, na perspectiva da atenção integral à saúde da população.
216	Garantir recursos públicos para a manutenção das estruturas físicas dos serviços públicos de saúde.
217	Retomar o projeto de Vivências e Estágios no Sistema Único de Saúde – VERSUS/Brasil para fomentar o protagonismo, a formação inter, multi e transdisciplinar no SUS e a relação com as populações com maiores vulnerabilidades sociais.
218	Garantir, no âmbito estadual, a ampliação do orçamento destinado às Ações e Serviços Públicos de Saúde, e o cumprimento de no mínimo 12% da receita líquida de impostos e transferências, conforme EC 29 e/ou 10% da receita tributária líquida, excluídos os repasses federais oriundos do SUS, conforme EC 25 da Constituição Estadual.

219	Exigir do governo estadual maior investimento na Atenção Básica, além de ampliar os recursos, de maneira emergencial, para atendimentos especializados de média e alta complexidade, tendo em vista a alta demanda represada de consultas, exames e cirurgias.
220	Criar um observatório de águas regional, público e permanente que promova estudo, pesquisa e fiscalização da qualidade da água (de superfície e subterrânea) e destinação do esgoto do território da fronteira oeste, além de planejar a descontaminação do rio Uruguai e o reflorestamento da mata ciliar.



## 6. DIRETRIZES E PROPOSTAS PRIORITÁRIAS, ELEITAS PARA A 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

### EIXO 1 - O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS

**DIRETRIZ:** *Construção de um país democrático, que trilhe o desenvolvimento com soberania, meio ambiente ecologicamente equilibrado, em uma perspectiva intergeracional, combatendo as desigualdades e garantindo direitos sociais, com respeito à diversidade, pluralidade e equidade de todos os povos formadores da população brasileira.*

1	Implantar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada à Rede de Atenção à Saúde e como componente de cuidado na Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família.
2	Revogar todos os atos normativos, sejam eles constitucionais, legais ou infralegais que atentem contra a liberdade, respeito e dignidade da pessoa humana e contra os direitos sociais. Atos como o Orçamento Secreto, EC 86, EC 95, contrarreforma trabalhista, previdenciária, bem como as portarias que alteraram a PNAB, a Reforma Psiquiátrica (e seu financiamento), a liberação dos agrotóxicos, o desmatamento e mineração desenfreadas, dentre outras, usando todos os instrumentos previstos na legislação pertinente, inclusive o referendo revogatório às emendas constitucionais, bem como normas legais e infralegais que enfraquecem os princípios do SUS e a efetiva atenção à saúde pública da população.
3	Implementar e ampliar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), nas unidades de saúde, como forma de prevenção e tratamento de doenças, com garantia de financiamento, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde dos povos e comunidades tradicionais, e o uso racional de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, na Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde. Ainda, implantar Centros de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.
4	Integrar e aperfeiçoar os sistemas de informação do SUS, unificando em uma única base de dados, garantindo suporte técnico e manutenção adequada que agregue as diversas informações existentes, tais como cartão SUS, prontuário eletrônico, dados de emprego/ocupação, dados previdenciários, entres outros, consolidando um Sistema de Informatização Nacional, para melhor articulação da rede de saúde.
5	Qualificar os serviços de saúde para o atendimento à população LGBTQIAP+, com garantia de acesso às medicações, hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos, bem como suporte à Saúde Mental.



**EIXO 2 - O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS PARA  
SALVAR VIDAS**

**DIRETRIZ:** *Reconstrução nacional com democracia, participação popular, transparência em todos os atos de governos, com a garantia e o fortalecimento do Controle Social como instâncias fiscalizadoras e deliberativas do Sistema Único de Saúde.*

6	Fortalecer as instâncias de Controle Social no SUS, através da garantia das condições de pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, como órgãos colegiados permanentes, deliberativos e fiscalizadores. Garantir servidores em quantidade suficiente, nas áreas técnicas e administrativas, assim como a estrutura física e tecnológica para seu bom funcionamento, nos três níveis da administração pública, garantindo recursos financeiros necessários que possibilitem autonomia e sua gestão.
7	Fomentar o financiamento e a execução da Política de Educação Permanente em Saúde, de acordo com os princípios do SUS e da política de humanização, alinhada às necessidades loco regionais e às especificidades das Redes de Atenção à Saúde dos territórios.
8	Desenvolver processos de formação e articulação com as comunidades, pautadas na educação popular em saúde, como estratégia de mobilização de usuários e inclusão de saberes e práticas locais nas ações de saúde, no diálogo entre serviços, movimentos sociais e populares e universidades.
9	Garantir a participação popular nos processos decisórios que envolvem a gestão do SUS. Os conselhos e as conferências, nas três esferas de governo, são condições fundamentais para que se mantenham legítimos os espaços democráticos que constituem o SUS. Especial atenção para o fortalecimento da LF 8.142/1990, que determina o papel do controle social, seu caráter fiscalizador, formulador e deliberativo das políticas públicas.
10	Construir ações de educação com foco na promoção da saúde e da democracia, desenvolvendo estratégias de diálogo e comunicação entre conselhos de saúde e a sociedade, a fim de divulgar o papel do Conselho, seu funcionamento e estimular a participação da sociedade. Garantir maior corresponsabilização das equipes de saúde que atuam na porta de entrada da rede, para que incentivem a participação na construção do SUS, a partir do exercício de cidadania, e não trate o usuário apenas como “clientela”.



**EIXO 3 - GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA**

**DIRETRIZ:** Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o direito à saúde do povo brasileiro, reafirmando seus princípios e diretrizes: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Controle Social.

11	Fortalecer a Atenção Básica, ampliando a corresponsabilidade do Estado e da União no seu financiamento, para que obtenha a resolutividade necessária, garantindo a promoção da saúde e a prevenção de doenças, bem como seja a porta de entrada e coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde, objetivando garantir seus princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade.
12	Garantir o retorno do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com financiamento adequado e equipes multiprofissionais em número suficiente, para a realização do apoio matricial das equipes de saúde da Atenção Básica, articulando com a rede.
13	Garantir Plano de Carreira Nacional do SUS nas três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, regime estatutário, ascensão funcional, critérios objetivos para ocupação de cargos de chefia; 30h semanais; dedicação exclusiva; reposição anual, reajuste com negociação coletiva; fixação de profissionais no interior do país em áreas de difícil acesso e provimento; política de formação profissional; incentivo salarial e de carreira; regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade.
14	Garantir a implementação da reforma psiquiátrica, através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, oficinas de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento, e equipe de redução de danos na abordagem de rua (dia e noite).
15	Eliminar a terceirização, a privatização e a precarização das relações de trabalho na Atenção Básica, pois estes contratos oferecem risco à manutenção do cuidado à população devido a precariedade dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde e da sobreposição dos interesses privados das instituições, reafirmando a necessidade de servidores estatutários e com plano de carreira.

**EIXO 4 – AMANHÃ SERÁ OUTRO DIA PARA TODAS AS PESSOAS**

**DIRETRIZ:** Mobilização e articulação de movimentos da sociedade civil para uma construção nacional que reestabeleça pactos sociais e federativos rompidos, que implemente políticas públicas que atendam as necessidades do povo brasileiro considerando as diferenças e especificidades para ampliar a qualidade de vida de todas, todos e todes.

16	Exigir a revisão dos valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (Tabela SUS), para reestabelecer o equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual com o Poder Público de complementação aos serviços de saúde prestados pela rede pública ou conveniada/contratualizada.
17	Fortalecer a agricultura familiar e orgânica, incentivando estudos tecnológicos e científicos que considerem menores danos ambientais e sanitários, incentivando pesquisas acerca dos danos provenientes do uso dos agrotóxicos e alimentos transgênicos, criando políticas públicas que desestimulem o uso de agrotóxicos, da contaminação da água, do solo e do ar, a partir de capacitações e campanhas.
18	Reconstruir a política ambiental, observando a proibição do uso de agrotóxicos, o desmatamento, o garimpo ilegal, além de garantir o fim do auto licenciamento e da autorregulação de produtos/processos/fontes poluidoras e dos projetos de mineração, que são danosos à saúde e ao meio ambiente, bem como garantir as condições de vida digna dos povos originários, com respeito à sua cultura, pondo fim à atual crise humanitária.
19	Implementar o Piso Nacional da Enfermagem e garantir o piso às demais categorias profissionais do campo da saúde.
20	Garantir o financiamento robusto ao SUS, o que inclui a revogação de leis limitantes do orçamento público, para assegurar a integralidade, equidade e universalidade da atenção à saúde. Romper com o histórico subfinanciamento do sistema, viabilizando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

## 7. MOÇÕES APROVADAS

**Moção 01:** Tema: *Respeito à diversidade e à Pluralidade*

**Proponente:** Maria Figueiredo Ribeiro Silveira - Usuária – Alvorada/RS

**Texto:**

Manifesta repúdio à falta de diversidade, pluralidade e representatividade, na Comissão Organizadora e na abertura da 9ª Conferência Estadual de Saúde.

Considerando a necessidade de garantir a plena efetividade da Declaração de um Programa de Ação de Durban e da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial e preconceitos com pessoas com deficiência.

Considerando a falta de consciência e falta de respeito com a população negra, Porto Alegre é a capital com o maior número de pessoas negras mortas, pela COVID-19. No entanto parece que esse fato horrível foi ignorado, como se o racismo não fosse o grande mal que assola a sociedade brasileira. Quando nos deparamos com uma Mesa de Abertura, sem representação da população negra, nos mostra o quanto as desigualdades insistem em permanecer.

**Moção 02:** Tema: *Repúdio ao despejo do CES-RS do CAFF*

**Proponente:** Conselheiro Estadual Carlos Alberto Duarte – Usuário – Porto Alegre/RS

**Texto:**

Vimos, pela presente, apresentar moção de repúdio à determinação da SES-RS e da SPGG de retirar o CES-RS do CAFF, sob argumento fervoroso de segurança do prédio, mas no local será alocado a Secretaria de Desenvolvimento Rural. Esta determinação prejudica a atuação do CES-RS, pois distancia o Colegiado da Gestão e aloca o CES-RS em local que não atende as demandas do Controle Social, bem como não atende as normas de saúde, no ambiente de trabalho, por total falta de ventilação, onde a sociedade civil será confinada em espaço sem janelas, afrontando um órgão de fiscalização e saúde pública, sendo alocado em local confinado e, principalmente, sem acessibilidade aprovada. Primamos pela manutenção do CES-RS no CAFF, como referência do Controle Social no Estado do RS.

**Moção 03:** Tema: *Poder Deliberativo dos Conselhos*

**Proponente:** Conselheiro Estadual Carlos Ebeling Duarte – Usuário – Porto Alegre/RS

**Texto:**

Repúdio ao governador Eduardo Leite e a Procuradoria Geral do Estado, pelo Parecer nº 18398/20, que afronta a Lei nº 8142/90, retirando o caráter deliberativo do Conselho Estadual de Saúde, permitindo à Gestão não homologar as deliberações do Conselho. Este Parecer é um ataque direto ao Controle Social do SUS no Rio Grande do Sul ao questionar o caráter

deliberativo e fiscalizador dos conselhos de Saúde. SUS fortalecido só existe com conselhos e participação social.

**Moção 04:** Tema: *Repúdio a precarização e fechamento de serviços, bem como a perda de recursos dos hospitais de Alvorada e Viamão.*

**Proponente:** Gina Raquel Hermann – Usuária – Alvorada/RS

**Texto:**

Alvorada e Viamão vivem grandes dificuldades na saúde pública, por ação e omissão dos governos estadual e municipais. Em março de 2020, a cidade de Viamão perdeu sua maternidade, suas gestantes passaram a ser encaminhadas para o hospital de Alvorada. Recentemente, o setor de traumatologia e ortopedia da Casa de Saúde de Viamão (referência para todo o Vale do Gravataí) também foi fechada. Tudo ocorre no momento em que o Programa “Assistir” retira quase R\$ 500 mil, por mês, deste hospital, e ameaça, a partir de junho de 2023, retirar mais R\$ 2 milhões mensais, o que levaria ao fechamento do hospital. Até o presente momento, o governo do Estado se negou a receber a comunidade dos dois municípios e segue em silêncio, enquanto a crise aumenta. Neste sentido, repudiamos a precarização e o fechamento de serviços nos hospitais de Viamão e Alvorada. Exigimos a atenção da Secretaria Estadual de Saúde, a fim de recompor os devidos repasses e reverter o fechamento da maternidade, traumatologia e ortopedia.

**Moção 05:** Tema: *Acesso à saúde de pessoas trans, travestis e não-binárias*

**Proponente:** Haji Amin Ferreira de Souza – Usuário(a) – Porto Alegre/RS

**Texto:**

Vimos manifestar nosso repúdio a situação enfrentada por pessoas trans, travestis e não-binárias, no sistema de saúde público brasileiro. É inaceitável que a população trans continue sendo marginalizada e enfrentando barreiras graves no acesso aos serviços básicos de saúde. Reconhecemos que a saúde é um direito fundamental, no entanto as pessoas trans, travestis e não binárias são, frequentemente, desrespeitadas, discriminadas e negligenciadas, dentro do Sistema Único de Saúde. Muitas vezes são expostas a situações constrangedoras e, até mesmo, violentas. Adicionalmente, é importante destacar que a disponibilidade de serviços de saúde voltados para a saúde sexual e reprodutivas das pessoas trans é, praticamente, inexistente. Há dificuldades no acesso à hormonização, procedimentos cirúrgicos, para afirmação de gênero, e acompanhamento em saúde mental. É uma realidade que perpetua o sofrimento e a vulnerabilidade dessa população, o que favorece a baixa expectativa de vida de, apenas, 30 a 35 anos. Desfechos desfavoráveis em saúde, com altos índices de suicídio e adoecimento em saúde mental, entre outras condições crônicas transmissíveis. Desse modo, o SUS precisa se comprometer em mudar esta realidade, para que, de fato, a saúde alcance a todas as pessoas.

**Moção 06:** Tema: *Privatização de parte do atendimento do Hospital Geral de Caxias do Sul (100% SUS)*

**Proponentes:** Luiz Carlos Azevedo, Antônio Santos, Jocemar Barbosa, Elisa Cesar, Samanta Nascimento – Segmento: Usuária(o)s - Caxias do Sul/RS

**Texto:**

A delegação de Caxias do Sul, ao participar da 9ª Conferência Estadual de saúde, por meio desta, vem com moção de repúdio pela forma de uso do Hospital Geral de Caxias do Sul que, em sua origem, trabalhadores doaram parte de seus salários para construir o hospital, outros, ofereceram mão-de-obra para o mesmo fim, o qual se destinava ao atendimento à população que não poderia pagar por atendimento particular. Porém, hoje o atendimento 100% SUS deixou de ser, em detrimento ao atendimento particular/convênios, no percentual de 25 a 30%. O que se repudia, uma entidade construída para atender a população de usuários de grande porte, que não possui recursos, dando espaço para que particulares usem, além do prédio, equipamentos pagos pelo SUS, retirando vagas de carentes, em detrimento a particulares.

**Moção 07:** Tema: *Judicialização da Saúde*

**Proponente:** Fabiane Medeiros Guimarães – Viamão/RS

**Texto:**

Vimos, através desta, repudiar a judicialização da saúde que, diariamente, sofre sequestros de recursos nos municípios que não são gestão plena da saúde, mas que respondem na esfera judicial a processos de alta e média complexidade, mesmo não sendo de sua competência, prejudicando o andamento dos processos de trabalho e onerando os recursos financeiros dos municípios, que já investem muito acima do preconizado em saúde. Repudiamos esta situação, pois identificamos que só ocorrem volumes altos de judicialização devido à falta de acesso e investimentos em alta e média complexidade, por parte dos componentes, União e Estado, do sistema tripartite, responsabilizando a parte mais fraca da pirâmide, ou seja, os municípios. A judicialização da saúde cria uma via de acesso paralela, que seifa os investimentos na atenção primária.

**Moção 08:** Tema: *Direito a participação na 9ª Conferência Estadual de Saúde*

**Proponente:** Medusa Kafele – Gravataí/RS.

**Texto:**

Manifestamos, coletivamente, nosso repúdio pela falta de compromisso dos gestores públicos, em não custear as despesas integrais dos delegados eleitos em diversos municípios, violando um direito constitucional de participação social e, também, ferindo as Leis nº 8080 e 8142 do SUS. Queremos nosso direito de participar e decidir sobre a Política de Saúde do Brasil.

**Moção 09:** Tema: *Solidariedade ao povo indígena Yanomani*

**Proponente:** Carlos Willian Züge de Lima – Usuário – Uruguaiana/RS

**Texto:**

Contra o genocídio do povo Yanomani! Esse genocídio, potencializado pelos cortes de recursos para promoção de atendimentos à saúde básica nos territórios, pelo governo Bolsonaro, tomou vulto, ainda maior, com a explosiva exploração do garimpo ilegal de ouro, a partir de 2020, na terra indígena Yanomani, ou seja, em plena crise sanitária, provocada pela Covid-19. Centenas morreram e, outros tantos, possivelmente, estão condenados à morte à curto e médio prazo, pela contaminação de mercúrio, usado na extração do ouro, por malária ou outras doenças introduzidas nessa vasta região, pelos garimpeiros e seus associados. É necessária e urgente a mobilização das organizações populares, para que o Estado Brasileiro dê uma resposta contrária aos atos praticados durante o governo Bolsonaro. Que seja assegurada a integridade do povo Yanomani. Demarcação de terras indígenas, já! Toda solidariedade ao povo Yanomani! Responsabilização, pelos responsáveis do genocídio do povo Yanomani! Sem anistia!

**Moção 10:** Tema: *SIS – Sistemas de Informação em Saúde*

**Proponente:** Simone Netto Mônico – Gestor – Cachoeira do Sul/RS

**Texto:**

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos de coleta de dados da produção dos estabelecimentos de saúde que viabilizam a apresentação, tratamento e efetiva utilização das informações, em prol do fortalecimento das políticas públicas existentes e a criação de novas políticas, de acordo com as necessidades loco-regionais. O que ocorre, atualmente, é que existem dezenas de SIS que não convergem entre si, mesmo utilizando arquivos de atualização semelhantes, como: CIHA, SAI, SIH, RAAS, BPA, FPO, CNES, etc. Além disso, sistemas que deveriam interagir com o E-SUS e SINAN, SISMOB, SAIPS, E-Gestor e INVERTESUS, DIGISUS e SIOPS, sem falar no CADSUSWEB, que está sem integração com o E-SUS, há mais de seis meses. Os municípios precisam do sistema com interoperabilidade e com urgência: SUPORTE EFETIVO,

por parte do Ministério da Saúde. Repudiamos a forma como que os SIS estão sendo disponibilizados (não se conversam) e com a forma de suporte (inefetivo)!

**Moção 11:** Tema: *Terceirização/Privatização/Empresariamento da Saúde de Atenção Básica e Saúde Mental*

**Proponente:** Tiana Brum de Jesus – Trabalhadora – Porto Alegre/RS

**Texto:**

Repudiamos a prefeitura de Porto Alegre, gestão Sebastião Melo e todos os municípios que reproduzem o modelo de terceirização e empresariamento da saúde, das políticas de Atenção Básica e Saúde Mental. O SUS, já fragilizado pelo subfinanciamento, vem passando por um processo de precarização e privatização através da parceria público privado com OS's e OSCIP's e hospitais. Repudiamos qualquer gestão municipal que ataque e desrespeite o Controle Social, que adote o modelo voltado ao repasse do orçamento público à iniciativa privada, desconsiderando o cuidado territorializado, a longitudinalidade do cuidado, dificultando a constituição do vínculo entre trabalhador, equipes e usuários, com alta rotatividade profissional que geram demissões em massa.

O modelo de terceirização e privatização fere as diretrizes e princípios do SUS, é um modelo insuficiente, não atende as necessidades da comunidade em tratar a saúde como mercadoria, favorecendo os interesses do capital. Repudiamos também a precarização com os trabalhadores da saúde, dada a violação dos direitos trabalhistas e gerando insegurança da manutenção do vínculo empregatício para além da crescente pressão e nível de exigência, vontade e produção!

**Moção 12:** Tema: *Saúde Mental e população em situação de rua*

**Proponente:** Ana Paula de Lima – Trabalhador – Porto Alegre/RS

**Texto:**

Repudiamos as ações de higienização da população em situação de rua impostas pelo governo Melo em Porto Alegre, a serviço dos interesses de construtoras e da especulação imobiliária. Tais ações ferem diretamente os direitos humanos e os princípios do SUS, da igualdade e da equidade e das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde e seus componentes, desviando sua finalidade, que é o cuidado das pessoas, usando de equipamentos como o SAMU para impor internações involuntárias dessa população, desrespeitando a Lei Federal 10216/2001, que orienta o modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil.

E, por fim, denunciemos o projeto manicomial apresentado pela Associação Hospitalar Vila Nova, da implantação de um novo hospital, Dinos de Belém, com a compra das instalações do hospital antigo Parque Belém, com a previsão de 240 leitos, em sua maioria destinado a internações psiquiátricas. Manicômios nunca mais.



**Moção 13:** Tema: *Política LGBT*

**Proponente:** Pitty Barbosa – Usuária – Guaíba/RS

**Texto:**

Nós, mulheres travestis e transexuais, repudiamos a não aplicação efetiva da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. A não efetivação dessa política vem ao encontro do projeto de extermínio da nossa população que fica a margem de diversos serviços de saúde, tão pouco acessam estes serviços pela ausência da efetivação de uma política pública que dê conta das identidades de gênero e orientações sexuais.

**Moção 14** – Tema: *Disponibilidade de vagas para a Conferência Nacional, nº restrito de delegados*

**Proponente:** Delegação de Ijuí/ Delegação da Macro Missioneira– Usuários, gestores, Prestadores e Trabalhadores de saúde – Ijuí/RS

**Texto:**

Repudiamos o nº de vagas cedidas a Macro Metropolitana em detrimento das demais macrorregiões.

Solicitamos que a região Macro Missioneira tenha aumento de vagas para a Delegação Nacional. Que a mesma contemple, ao menos, representações paritárias para todas as Regiões de Saúde, sendo representada por 4 delegados gestores/prestadores, 4 delegados trabalhadores de saúde e 8 delegados usuários. Assim, cada região terá representantes.

**Moção 15:** Tema: *Repúdio às situações de Tortura em SRT's privadas em Itaara*

**Proponente:** Alex Barcelos Monciar – Trabalhador de Saúde (Psicólogo - CRP/RS) – Santa Maria/RS

**Texto:**

Os delegados da 9ª Conferência Estadual de Saúde repudiam as situações de tortura contra pessoas com transtorno mental em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) privados em Itaara – RS, denunciadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria/RS. A denúncia trata do uso de BASTÃO DE CHOQUE como AMEAÇA e CASTIGO, tipificando TORTURA nos termos da Lei 9.455 de 1997! Trata também de mulheres trancadas em quarto com balde para fazer as necessidades! AGRESSÕES FÍSICAS e INFESTAÇÃO DE PERCEVEJOS! Tais denúncias já estão sendo apuradas pela Polícia Civil de Itaara e Ministério Público Estadual, todos comprovados em áudio e vídeo!

O SRT privado contratado por Santa Maria custa 1 milhão e 200 mil para 30 vagas, representando 1/3 do orçamento de toda a rede de saúde mental municipal!



BASTA de violações aos direitos humanos de pessoas com transtorno mental! BASTA de serviços residenciais terapêuticos privados!  
TORTURA NUNCA MAIS! MANICÔMIO NUNCA MAIS!

**Moção 16** – Tema: *Não Aplicação da Lei nº 15.606 (DIREITOS FIBROMIALGIA)*

**Proponente:** Carolina Cunha – Usuário

**Texto:**

Repudio o não cumprimento da Lei Estadual que prevê o atendimento multidisciplinar, participação da comunidade nas políticas diferenciadas, estimular a pesquisa científica, a criação de centros de referência para tratamento dos fibromialgicos.

Já basta a invisibilidade social vivida por nós, FIBROMIALGICOS, nós não devemos vivenciar a invisibilidade perante o não cumprimento da Lei.

Merecemos respeito! Nossa dor é invisível, mas nós NÃO!

**Moção 17:** Tema: *Dispensação de Fraldas*

**Proponente:** Nelson Khalil – Usuário – Porto Alegre/RS

**Texto:**

Fraldas são um insumo de saúde, portanto sua dispensação deve ser feita pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre! Repudiamos totalmente a transferência de responsabilidade da dispensação para a Secretaria de Desenvolvimento Social, retirando a garantia de acesso universal ao insumo de fraldas.

**Moção 18:** Tema: *Secretaria Especial de Saúde Indígena*

**Proponente:** Moisés da Silva – Trabalhador – Porto Alegre/RS

**Texto:**

A assistência à saúde indígena tem enfrentado inúmeros desafios. Desde que a SISAI foi criada, já houve muitas ameaças. Contudo, graças à luta e à resistência indígena, conseguimos manter essa importante conquista.

A SISAI é responsável por coordenar e executar a PNASPI. E, pela primeira vez, temos um indígena a frente da SESAI. Esperamos que essa seja uma conquista permanente. Contudo, em 2019, chegamos a enfrentar a ameaça de extinção da SESAI. Sua extinção seria um impacto direto e imediato nas condições de saúde das aldeias. Além disso, as comunidades indígenas foram as mais afetadas pela descontinuidade de programas importantes, como o “Mais Médicos”.

Pelo exposto acima, esta é uma NOTA DE APOIO À SESAI, e também um apelo para que a SESAI seja ainda mais valorizada. Necessitamos de investimento, de programas permanentes e da garantia de continuidade da assistência à saúde nas aldeias indígenas, com respeito às especificidades dos povos indígenas.

Ainda é necessário avançar muito na saúde indígena. E isso só acontecerá com o fortalecimento da SESAI e com o protagonismo dos profissionais e das lideranças indígenas.

**Moção 19:** Tema: *Desrespeito ao envio de delegados de Rio Grande*

**Proponente:** Chedler Siqueira – Usuário – Rio Grande/RS

**Texto:**

Moção de repúdio à Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande pela falta de respeito e empatia no envio de seus delegados e delegadas à nona conferência estadual de saúde do Rio Grande do Sul. Os e as delegadas municipais foram transportados em um microônibus precário, por mais de 4 horas de viagem, na estrada, num veículo com bancos duros, não reclináveis, apertados, com os vidros batendo e com problemas mecânicos, vindo a estragar no primeiro dia da conferência, bem como uma hospedagem muito distante do local do evento, com difícil acesso, num quarto minúsculo só com cama e banheiro. Os delegados não receberam recursos para custear lanche na viagem de vinda e nem de volta e a alimentação de almoço e janta é somente no hotel que fica mais de 30 minutos do local do evento, prejudicando nossa plena participação.

**Moção 20:** Tema: *Apoio ao PL 1821/2021 (regulamentação da profissão de Sanitarista)*

**Proponentes:** Vitória Ribeiro, Lívia Moura, Airton Silva, Raquel Tressante e Rosemari Rodrigues – Usuários, trabalhadores e gestores – Porto Alegre/RS

**Texto:**

O profissional graduado em Saúde Coletiva atua considerando o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil com seus 2 subsistemas, o estatal e o suplementar, na perspectiva de responsabilidade social e da relevância pública. A profissão de sanitaria foi reconhecida em 2017 pelo Ministério do Trabalho, porém agora a sua regulamentação está em caráter conclusivo, já com o texto aprovado desde dezembro de 2022 pela comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados.

Em coerência com as demandas do SUS e competência do sanitaria, contamos com o apoio dos usuários, trabalhadores e gestores que, assim como nós, estão empenhados com a qualidade da saúde pública no Brasil e com as necessidades em saúde - favoráveis às construções quanto ao PL 1821/21 de modo a fortalecer o SUS, contemplando também as urgências levantadas nos espaços de participação e Controle Social.

**Moção 21:** Tema: *Moção de apoio ao Movimento dos Ouvidores de Vozes*

**Proponente:** Arthur Oliveira Domingues – Usuário – Uruguaiana/RS

**Texto:**

O Movimento Internacional de Ouvidores de vozes foi criado nos anos 80 como ferramenta terapêutica e de suporte as pessoas que ouvem vozes. Este movimento foi novamente atacado, dessa vez, a ofensa se deu por uma psicóloga (iniciais F.L.), através da publicação de um vídeo que pode ser acessado em: [www.instagram.com /reel/CsHQIUGpIMw/?\\_source=ig-web-copy-link&igshid=MzRIODBiNWFILZA==](https://www.instagram.com/reel/CsHQIUGpIMw/?_source=ig-web-copy-link&igshid=MzRIODBiNWFILZA==), classificando o movimento como “complicado”, insinuando responsabilidade do movimento por “naturalizar” a experiência de ouvir vozes. O Movimento Internacional dos Ouvidores de Vozes é aliado da Luta Antimanicomial, estando presente em diversos estados brasileiros, incluindo o Rio Grande do Sul, e, historicamente, atua pela ressignificação da experiência de ouvir vozes. É um movimento autogerido por pessoas que já ouviram vozes, tem a participação de familiares e estudiosos da área. Atacar o movimento é retroceder preconceituosamente ao campo da patologia. O dia 18 de maio marca o dia da Luta Antimanicomial. Mais que lembrar-se da data, é preciso se manter vigilante e repudiar toda e qualquer manifestação expressa, em especial quando feita por um profissional de saúde, que atente a Luta Antimanicomial. Não é por acaso que o movimento causa incômodo em profissionais que, por ação ou omissão, não estão dispostos a pensar para além da normalidade e racionalidade manicomial, visto que o movimento vai na contramão da lógica que legitima o saber biomédico. Existimos, resistimos e reivindicamos respeito, bem como a responsabilização ética por quem dissemine desinformação e achismo. Texto construído objetivamente com apoio da companheira Kurai Gehena.

**Moção 22:** Tema: *Solidariedade às pessoas com dores crônicas*

**Proponente:** Cesário Vitor Pereira – Profissional da Saúde – Capão da Canoa/RS

**Texto:**

Moção de solidariedade às pessoas que sofrem com doenças com dores crônicas (como fibromialgia) e frequentemente têm difícil acesso às terapias de controle da dor (medicações, camas, procedimentos pouco disponíveis).

**Moção 23:** Tema: *Apoio à casa de referência Mulheres Mirabal*

**Proponente:** Lucimara dos Santos - Usuária - Porto Alegre/RS

**Texto:**

Tendo em vista a necessidade de darmos continuidade ao acolhimento de mulheres e seus filhos, vítimas de violência doméstica e sua referência à saúde da mulher. Precisamos garantir esse espaço para darmos continuidade do acesso dessas mulheres a equipe multidisciplinar.

Até o presente momento, o local, que é uma ocupação, está sujeito a ser fechado, ainda em trâmite judicial.

A casa de referência mulheres Mirabal está localizada na rua Souza Reis, 132, bairro São Geraldo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

**Moção 24:** Tema: *Solicitamos ao estado contratação de mais reumatologistas*

**Proponente:** Isabel Oliveira/Eliane Mattos – Alureu – Prestador – São Leopoldo/RS

**Texto:**

Por alto número de pacientes com doenças reumáticas, sem tratamento, aguardando em uma grande fila à espera de atendimento com reumatologista.

**Moção 25:** Tema: *Repúdio às ações do prefeito de Cachoeirinha*

**Proponente:** Jaime Braz Bianchin Ziegler - Usuário - Gravataí/RS

**Texto:**

Repudiar o Decreto nº 7653, de 8 de março de 2023 que interfere no Conselho Municipal de Saúde de Cachoeirinha, nomeando entidades parceiras e destituindo as não alinhadas com seu governo. Ademais, o conselho foi regularmente eleito e a mesa diretora eleita no dia primeiro de março de 2023. Além da criação de um conselho à revelia do Controle Social, desqualificou a Conferência Municipal de Saúde. Diante disso, exigimos o retorno do Controle Social àqueles que o têm por direito, o povo de Cachoeirinha, que está vivendo um caos na saúde e ainda pedem sua participação democrática.

**Moção 26:** Tema: *Projeto de Lei nº 543/ 2023*

**Proponente:** Eva Valéria Lorenzato - Gestora - Passo Fundo/RS

**Texto:**

A presente proposição tem como objetivo manifestar apoio ao Projeto de Lei 543/2023, de autoria da Deputada Federal Denise Pessoa (PT/RS), que está tramitando na Câmara dos Deputados e que dispõe sobre a garantia de benefício previdenciário para mulheres vítimas de violência doméstica.

O referido PL prevê o pagamento à mulher do auxílio por incapacidade temporária por períodos de até 6 meses quando comprovada a violência doméstica e familiar, sendo necessária perícia médica junto ao INSS ou qualquer outro órgão. Importante destacar que o art. 9º, §2º, inciso II da Lei Maria da Penha já assegura a mulher vítima de violência doméstica o afastamento do emprego pelo prazo de 6 meses, no entanto há uma lacuna que não determina de quem é a responsabilidade pela manutenção dos valores a título de subsistência

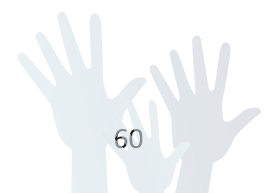
da vítima neste período de afastamento do trabalho, não restando claro se o auxílio deve ser pago pelo empregador ou pelo INSS, por isso as vítimas acabam tendo que recorrer ao judiciário para ter a medida protetiva garantida.

**Moção 27:** Tema: *Os moradores e as moradoras das ocupações de Sapucaia do Sul que vivem sem abastecimento de água potável encanada*

**Proponente:** Paulo dos Santos - Usuário - Sapucaia do Sul/RS

**Texto:**

Há mais de 2 anos as moradoras e os moradores das ocupações de Sapucaia do Sul, sobretudo as ocupações José Joaquim e Horto Florestal, convivem com a falta de água nas torneiras. Nessas ocupações moram mais de 1000 pessoas, sendo muitas delas crianças e idosos, inclusive acamados. Água é saúde, é vida, por conta disso, essa conferência, a 9ª Conferência Estadual de Saúde, se solidariza e se coloca em apoio à luta dessas comunidades na defesa por água potável encanada.



## ANEXO 1 - PROGRAMAÇÃO DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE



### PROGRAMAÇÃO

<b>15/05/2023 (segunda-feira)</b>		
Auditório Araújo Vianna <sup>1</sup>	08:30	Credenciamento
	09:30	Solenidade de Abertura
	10:00	Plenária de Abertura
	11:00	Conferência de Abertura – Painelista: Claudio Augustin
	12:00	Intervalo
	13:30	Mesa 1 - Covid-19 e o Controle Social
		Painelistas: Rosângela Dornelles, Paola Falceta e Maria Letícia Garcia
	15:30	Mesa 2 - Gestão e Regionalização da Saúde
Painelistas: Secretária Arita Bergmann e Alcides Miranda		
18:00	Encerramento do 1º dia da Conferência	
<b>16/05/2023 (terça-feira)</b>		
Auditório Araújo Vianna	08:30	Acolhimento
	09:00	Mesa 3 - SUS: Desafios para sua Efetivação
		Painelistas – Gastão Wagner, Francisco Funcia e Claunara Schilling Mendonça
	11:00	Encaminhamento para Trabalho em Grupo
11:30	Intervalo	
Em diferentes instituições de ensino situadas em Porto Alegre <sup>2</sup>	13:30	Trabalho em Grupo
<b>17/05/2023 (quarta-feira)</b>		
Auditório Araújo Vianna	08:30	Acolhimento
	09:00	Plenária Final
	11:00	Processo Eleitoral para Delegados - 17ª CNS
	12:30	Intervalo
	13:30	Plenária Final
	15:30	Previsão de Encerramento

<sup>1</sup> Endereço do Auditório Araújo Vianna: Parque Farrroupilha, 685

<sup>2</sup> Serão informadas no credenciamento.



## ANEXO 2 - DELEGADOS (AS) ELEITOS (AS) PARA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

### SEGMENTO USUÁRIOS

Alessandro Gonçalves do Couto	Alessandro Pereira dos Santos
Amanda Nascimento de Lima	Ana Edilia Flores Mossatte
Antônio Vilson Pereira	Ariane Miranda da Costa
Armildo Schneider	Armin Reinoldo Geib
Arthur Oliveira Domingues	Beatir Henrich Uhlmann
Betiele Araci Melo Ebling	Carlos Alberto Ebeling Duarte
Carmem Léa Peres Spielmann	Carolina Alvares da Cunha Meirelles
Caroline Toledo	Cláison Daniel Dreyer Machado
Claudia Villanova da Luz	Claudionei Fernando Oliveira
Daiane Dutra Alves	Deivid Acosta Pereira
Diego Pereira Fagundes	Dionara Mirian Deon Venancio
Diva Luciana Flores da Costa	Edisson José Souza Campos
Edson Luis Fabro Gasperin	Eliane Gomes Mattos
Eliane Menezes Costa	Eloir José Griseli
Emily Sulzbach	Emily Sulzbach
Eva Luciana Lima Borba	Fabricio Darlan Guterres
Florismar Oliveira Thomaz	Gabriela de Lima Laureano Binotto
Geovane de Souza Francisco	Gina Raquel Hermann
Hack Basilone Ribeiro de Ávila	Haji Amin Ferreira de Souza
Itamar Santos	José Luiz Machado de Andrade
Julio Carlos Freitas da Silva	Junior Carlos Piaia
Karina Hamada Iamasaqui Züge	Leidinaara Ferreira Marques
Leonilde Zamuner	Lotario Schlindwein
Luis Carlos de Azevedo	Maica Tainara Soares Ferreira
Maira Pinto Rodrigues	Marcelo Pereira do Nascimento
Maria da Conceição de Abreu	Marisa Fátima de Oliveira

Nádia Luana Staudt  
Nelson Luis Lopes Khalil  
Paulo Cesar Vivian  
Rodrigo Finkelsztein  
Samanta Nascimento  
Sandra Vanusa dos Reis da Silva  
Silvana Teresa Piroli  
Teresinha Aparecida Lopes Paim  
Vera Lúcia da Silva Costa  
Vladimir Duarte  
Salette dos Passos Faber

Nelsi Rambo  
Nidia Maria Andrade Albuquerque  
Pitty Barbosa Serrano  
Rogelio Marcio da Silva  
Sandra Mara Lopes da Silva  
Sérgio Celso Tasso  
Sophie Nouveau Fonseca Guerreiro  
Valério Marcolin  
Vera Lucia Tuppel  
Waldir José Bohn Gass

## SEGMENTO TRABALHADORES

Alcides Silva  
Carine da Fontoura Fernandes  
Clarissa de Souza Cardoso  
Eliana Elisa Rhefeld Gheno  
Geli Cardoso Eidelwein  
Inara Beatriz Amaral Ruas  
Jocélia da Cruz de Almeida  
Kamilla Borges Cruz  
  
Letícia Ramos Antonioli  
Mara Regina Tagliari Calliari  
Maribel Renata Fachinetto  
Marino Fernandes de Campos  
Moisés da Silva  
Olga Beatriz Campos  
Raquel Ribeiro Trassante

Andrea Vitalli  
Cesario Vitor Maia Pereira  
Daniela Aline Aufmann Seady  
Fabíola Zeni Papini  
Graziela Picolli  
Irene Porto Prazeres  
Joice Cassiane ScharDOSin Pereira  
Kênia Cristina dos Santos Loureiro  
Florencio  
  
Luciane Sarturi Antes  
Maria Caroline Passos da Costa  
Marieli Lopes Teixeira  
Millôr Freitas da Silveira  
Monique Borba Rios  
Paulo Antonio da Costa Casa Nova  
Saionara Marques Almeida dos Santos



Tatiana Nigaja Claudino  
Valnei Luiz Rubert  
Wagner Caceres Goulart Junior  
Zaine Bento de Freitas

Tiana Brum de Jesus  
Vani Lunardi Di Fanti  
Wagner de Souza

## SEGMENTO GESTOR/PRESTADOR

Ademir Rosa  
Ana Cristina Almeida Ziem  
Bruna Abbud da Silva  
Claiton Rosa de Oliveira  
Diogo Souza Magalhães  
Fabiane Medeiros Guimarães  
Gilberto Barichello  
Inês Medeiros Salles  
Karolina Karen Kanzler Duarte  
Luana Almeida Fiel Baumbach  
Maria Claudia Daniel  
Marileisa Valandro  
Paulo Cesar da Silva  
Rosangela Dornelles  
Rosemari de Souza Rodrigues  
Samanta Andresa Richter  
Sara Gonçalves

Alexsandra Terra Encarnação  
Andressa Magalhães Flores  
Cibeli Lazzari  
Clarissa Artuzo Folle  
Eveline Rodrigues da Costa  
Flora Helena Braga de Freitas  
Gisele Martins Gomes  
Julieta Carriconde Fripp  
Lisiane Debona  
Luciana Nunes Soares  
Mariana Nardi Dambroz  
Marliza Teresinha Moraes Bonatti  
Péricles Stehmann Nunes  
Rosangela Menzel Ellert  
Salester Ruwer  
Sara Cristina dos Santos Cougo  
Viviane Altermann Torre

## SUPLENTES

Aline Carvalho Dutra  
Ivete Regina Ciconet Dornelles  
Juliana Silvani

Ismael Tiago Martins Moreira  
Jaqueline Ferreira  
Kaciely de Lima Jacino

Julia de Moura Quintana

Sandra Beatriz Aires dos Santos

Aguinaldo Rezende de Canes

Carina Adriane Corrêa

Eduarda Cardoso de Lima

Francisca Izabel da Silva Bueno

Marina Figueiredo Ribeiro Silveira

Victoria Figueiredo Ribeiro

Aguinaldo Rezende de Canes

Marcela Teixeira Ferreira da Silva

Nilson de Chaves

Antônio Sérgio Nunes da Costa

Cristiano Cardoso de Almeida

Eremi Fatima da Silva Melo

Maiquel Roberto Raasch

Valdir Basso

Wilson Dutra Sampaio

Sandra Beatriz Aires dos Santos





*Figura 1 - Plenária de abertura*



*Figura 2 - Discurso de abertura com a Vice-presidente do CES/RS, Inara Ruas*





Figura 3 - Mesa de abertura



Figura 4 - Plenária inicial



Figura 5 - Grupo de trabalho



Figura 6 - Plenária final



**CES/RS**  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/RS



GOVERNO  
DO ESTADO  
**RIO  
GRANDE  
DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE