

5ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS de 11 a 13 DE OUTUBRO DE 2007
- Saúde Qualidade de Vida: Políticas de Estados e Desenvolvimento
Relatório Final

A 5ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, realizada pelo CES/RS-Conselho Estadual de Saúde do RS e SES/RS-Secretaria de Estado da Saúde do RS, nos dias 11, 12 e 13 de outubro de 2007, no prédio 40 da PUC/RS, Av. Ipiranga, 6681, em Porto Alegre. Contou com o número total de 1.479 (Hum mil, quatrocentos e setenta e nove) participantes sendo: 591-Usuários, 270-Trabalhadores de Saúde, 82-Prestadores de Serviços; 283-Gestores e 253-Observadores. Destacamos também, que dos 496 municípios do RS, 476 realizaram suas Conferências Municipais de Saúde. A 5ª Conferência Estadual de Saúde do RS contou também com as seguintes entidades convidadas: Conselho Nacional de Saúde, Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal, CONASEMS-Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, Câmara de Vereadores de Porto Alegre, Presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores, Prefeitura de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde e Porto Alegre, FAMURS-Federação das Associações de Municípios do Estado do RS, ASSEDISA – Associação de Secretários e Dirigentes de Saúde do RS, Núcleo do Ministério da Saúde no RS, Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – Representação do RS, AJURIS-Associação dos Juizes do Estado do RS.

EIXO I - Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI:
Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento:

Direito à saúde e SUS e Cidadania e Qualidade de vida

- 1. Atendimento universal e integral a todos, respeitar as diferenças, reafirmar a defesa do SUS, como um direito de todos e sua efetivação como a política de saúde do País;**
- 2. Interpretação e aplicação do Art. 196 (Saúde como direito de todos e dever do Estado) da Constituição Federal, principalmente pelo Estado do RS e União;**
- 3. Assegurar o cumprimento das Leis que regulamentam o SUS, disponibilizar o acesso aos serviços e reforçar os deveres do usuário, evitar processos no Ministério Público e a morosidade do cumprimento das sentenças dos mesmos pelo Governo do Estado;**
- 4. Qualidade de Vida: assegurar as oportunidades e condições favoráveis ao desenvolvimento integral do indivíduo, bem como sua integração na comunidade através do exercício pleno de sua cidadania. Para ocorrer o desenvolvimento integral do indivíduo é necessário que haja manutenção das políticas sociais específicas voltadas para a justiça sócio-ambiental e o bem estar: alimentação saudável com qualidade, atenção básica e integralidade à saúde, educação com qualidade, saneamento, habitação, educação ambiental, cultura, lazer e oportunidades no mercado de trabalho;**
- 5. Incorporar na formulação de políticas a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de riscos a saúde, agravos, doenças e acidentes de trabalho, êxodo rural, desemprego, fome, insegurança alimentar devido ao risco de contaminações químicas e dos alimentos geneticamente modificados, violência, habitação insalubre e contaminação ambiental. Fazer com que nas três esferas de governo sejam realizadas**

ações de controle dessas situações de risco atendendo às necessidades e demandas, com especial atenção àquelas identificadas pelas pessoas envolvidas;

- 6. Extensão do período de licença maternidade para no mínimo de seis meses com garantia da manutenção dos direitos trabalhistas e incentivos à implantação de postos de coleta de leite materno em empresas públicas e privadas;**
- 7. A importância em reduzir a mortalidade infantil e a necessidade de programar ações que contribuam para a redução de problemas da saúde da mulher e da criança e das pessoas com deficiência;**
- 8. Despertar para uma consciência de prática saudável na doação de órgãos e de sangue, através de políticas específicas e campanhas, facilitar acesso ao serviço, menos burocracia e fortalecer o sistema de captação de órgãos;**
- 9. Melhorar o saneamento básico, esgoto em vias públicas, a fiscalização da engenharia nas novas edificações e passeios públicos, implantação do sistema de esgoto cloacal para o perímetro urbano, cujas despesas não computem dos recursos destinados ao SUS;**
- 10. Aumento da oferta de serviços adequados de saneamento ambiental (abastecimento de água, esgotamento sanitário, saneamento domiciliar, limpeza urbana, tratamento destinação final, adequado de resíduos sólidos e drenagem urbana ambiental sustentável), sem que as despesas com essa proposta computem dos recursos destinados ao SUS;**
- 11. Maior comprometimento das três esferas de governo (União, Estado e Município), em relação a: saneamento básico, melhoria das estradas (urbano e rural) e vias com acesso às pessoas com deficiência, iluminação pública, educação ambiental (poluição do meio ambiente, coleta seletiva do lixo...);**
- 12. Saneamento básico como ponto fundamental na prevenção de doenças, através da aplicação de recursos dos entes, União, Estado e Municípios;**
- 13. Promoção de ações em benefício do saneamento básico, (Financiamento com participação de recursos federais para os municípios);**
- 14. Para a efetivação do Direito Humano à saúde, deverão se unificar esforços e Unidades de Ação para a mudança do modelo econômico e social, com valorização do trabalho, garantir que o Estado como ente público, seja indutor de políticas de geração de emprego e renda, de afirmação do SUS, como a Política de Saúde do Brasil e com a ampla participação da sociedade, num processo em que a repolitização do SUS seja elemento estruturante, social e culturalmente, para as mudanças de fundo da sociedade brasileira rumo ao rompimento com o projeto neoliberal;**
- 15. Propor e incentivar os órgãos responsáveis a ampliar o tratamento de esgoto e saneamento básico nos municípios, orientando a população para a instalação de fossas sépticas e filtros anaeróbios inclusive na área rural;**

Políticas Públicas e Intersetorialidade (meio ambiente, educação, trabalho, assistência, segurança pública, lazer, cultura...)

- 16. Fortalecimento das Políticas de Saúde reduzir as terceirizações e a valorizar os órgãos estatais públicos;**
- 17. Construir uma rede intersetorial de apoio à saúde e à justiça sócio-ambiental;**

- 18. Intersetorialidade: Trabalho em conjunto entre as Secretarias da Saúde, Educação, Assistência Social e Habitação e Obras e as Redes de Proteção dos vários segmentos;**
- 19. União das diversas Secretarias Municipais proporcionar aos profissionais de saúde palestras, visitas, oficinas, capacitação ao Conselho e à comunidade;**
- 20. Promover a harmonia entre as políticas econômicas e sociais, estabelecer políticas intersetoriais para a produção de iniciativas que melhorem as condições de saúde da população;**
- 21. Que os profissionais da educação sejam capacitados sobre os assuntos da Saúde, incluindo-os nos conteúdos escolares, de forma interdisciplinar. Essas questões devem ser trabalhadas desde a educação infantil até o Ensino Médio, com conhecimento de doenças étnicas;**
- 22. Aprimorar as atividades intersetoriais, incentivar a Humanização do SUS;**
- 23. Desenvolver uma rede de integração entre as varias secretaria e departamentos, que desenvolvem atividades relacionadas ao bem estar social dos indivíduos;**
- 24. Incentivar e viabilizar a sintonia entre os setores de saúde, educação, assistência social, esporte, moradia, lazer, para, através de políticas públicas, garantir e tornar possível a intersectorialidade nessas áreas entre os entes públicos;**
- 25. Criação de políticas públicas consistentes e sustentadas de geração de trabalho e renda, de forma articulada com as diferentes esferas de governo e sociedade civil, com justiça socioambiental. Especialmente para a população jovem;**
- 26. Trabalhar a prevenção do uso de substâncias psicoativas – saúde, assistência social, educação, emprego, segurança, indústria e comércio;**
- 27. Aproveitamento do Centro de Feiras para programas coletivos de teatro e música. Centro de esportes envolvendo as Secretaria de Desporto, Cultura, Saúde, Educação e Assistência Social;**
- 28. Maior integração entre as Secretarias e ou Ministérios da Saúde, Meio Ambiente, Educação e outros, na avaliação dos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde doença (habitação, alimentação, práticas esportivas, etc.);**
- 29. Pactuar com a União a adesão ao Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária pelo decreto 5741 de 30/03/06 da Presidência da República para que os alimentos da agricultura e da agroindústria familiares, produzidos de forma artesanal, sejam inspecionados com critérios adequados à legislação do SISBI (Sistema Brasileiro de Inspeção de Produtos de Origem Animal) para que sejam oferecidos aos consumidores alimentos saudáveis e de qualidade. O financiamento desta proposta não deve incluir recursos do SUS;**
- 30. Deverão articular as políticas de saúde com outras políticas de desenvolvimento saudável (agroindústria, meio ambiente) e incentivar o consumo de produtos naturais produzidos pelas agroindústrias familiares do município nas instituições públicas locais (Escolas e Creches);**
- 31. Articular e garantir ações de promoção ao ambiente saudável de acordo com o estabelecido pela Agenda 21, e por meio de sensibilização e responsabilização os poderes públicos e a população sobre as questões ambientais, buscando justiça sócio-ambiental;**
- 32. Garantir e ampliar e fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental, como forma de identificar os problemas e doenças e tratá-los o mais rápido possível;**
- 33. Intensificar fiscalização sanitária nos comércios locais, de medicamentos e de agrotóxicos;**

34. Criação de uma política pública consistente e sustentada ao longo do tempo para enfrentar a questão da degradação dos ecossistemas, em especial da água;
35. Implementação de ações intersetoriais de promoção, preservação e fiscalização de todas as áreas verdes, reservas naturais, mata ciliar, nascentes e aquíferas nas três esferas governamentais. O financiamento desta proposta não deve incluir recursos do SUS;
36. Implantação de programas de mapeamento, controle e utilização dos lençóis freáticos, tanto sub-superficiais como subterrâneos;
37. Preservação da soberania Nacional e do Patrimônio Natural do Brasil, proibir a privatização ou exploração indevida de nossas reservas naturais;
38. Exigir do poder público a aplicação da legislação vigente nas questões do meio ambiente;
39. Promover ações educativas que visam à eliminação, diminuição ou prevenção de riscos à saúde e a intervenção nos problemas decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços em saúde;
40. Atribuição de responsabilidade, solicitação aos governos pela destinação e processamento final dos resíduos sólidos sejam domésticos recicláveis, químicos, radiativos ou hospitalares, cabendo aos municípios a responsabilidade direta sobre a gestão do sistema, os quais devem estimular, implementar e garantir a coleta seletiva do lixo e sua conseqüente reciclagem, especialmente o tratamento dos resíduos tóxicos e contaminados (industriais e hospitalares) deve ser regulamentado por lei municipal em conformidade com a resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA – 5);
41. Que sejam contratados Engenheiros Agrônomos para compor a equipe de vigilância em saúde com a finalidade de fiscalizar o comércio de agrotóxicos e orientar os agricultores sobre a utilização do mesmo;
42. Considerar os malefícios trazidos à alimentação dos seres vivos propomos que o Ministério da Saúde faça grandes campanhas de conscientização da população, em especial dos agricultores sobre a utilização de agrotóxicos e produtos químicos em razão dos grandes prejuízos que trazem a saúde. O financiamento desta proposta não deve incluir recursos do SUS;
43. Desenvolver ações educativas e informativas sobre a importância da documentação para os cidadãos, nos processos de inclusão social como escola, emprego, direito a voto entre outros. O financiamento desta proposta não deve incluir recursos do SUS;
44. Levar o conhecimento do SUS de forma efetiva aos seus usuários usar todos os meios disponíveis nas comunidades: Ex. associação, escolas, empresas, etc, para que de fato sejam respeitados os direitos e cumpridos os deveres dos cidadãos;
45. Divulgação e valorização das experiências, exitosas, centradas em enfoques intersetoriais de promoção da saúde e qualidade de vida e educação ambiental nas escolas;
46. Criação de Programa de Educação Patrimonial para reversão dos quadros de depredação do Patrimônio Público. O financiamento desta proposta não deve incluir recursos do SUS;
47. Lutar contra o trabalho infantil e incentivar as crianças levando às escolas informações sobre o direito do cidadão e o que é o SUS (universal e integral);
48. Priorizar ações educativas voltadas para prevenção junto a valores de justiça, equidade e solidariedade;
49. Desenvolver ações a saúde para crianças com deficiências em conjunto com a educação;

50. Incrementar ações educativo-preventivas em saúde junto às escolas, através de um trabalho intersetorial entre a Séc. Mun. da Saúde e a rede de ensino, incentivar o autocuidado pelas crianças e adolescentes (saúde bucal, alimentação e nutrição, prevenção de DST/AIDS, gravidez na adolescência, cuidados posturais, acuidade visual, Diabetes, Hipertensão, Dependência química, etc.);
51. Maior investimento financeiro à pesquisa em saúde e produção de medicamentos nas instituições públicas contemplando as necessidades da população;
52. Que os recursos destinados às pesquisas em saúde sejam repassados, prioritariamente, aos órgãos públicos nos quais os projetos contemplados formalmente comprometidos com as resoluções dos Comitês de Ética em pesquisa com seres humanos;
53. Pesquisa em saúde com apoio aos centros urbanos, no desenvolvimento de pesquisas e tecnologias que possam contribuir para maior efetividade dos órgãos de fiscalização, tais como: vigilância sanitária, do meio ambiente, do trabalho e do transporte;
54. Pesquisa em vigilância a saúde na análise em produtos e serviços de interesse à saúde inclusive nos aspectos toxicológicos de alimentos e de água para consumo humano;
55. Valorização do esporte desde o Pré – escolar e prática de exercícios físicos;
56. Garantir a segurança nos serviços de saúde durante 24 horas;
57. Proporcionar infra-estrutura adequada ao homem do campo visando sua manutenção no meio rural com qualidade de vida, valorizando sua importância como trabalhador rural;
58. Garantir a população em tempo – Incentivo do governo Federal e Estadual para resolução dos problemas levantados pelas equipes de saúde dos municípios principalmente saneamento básico. Conscientização da população urbana e rural sobre possíveis riscos dos diferentes tipos de trabalho. Obs.: que não fiquem as propostas só no papel;
59. Garantir a participação da população nos programas de moradia, de saneamento entre outros programas que visem a melhoria das condições de moradia e saneamento das comunidades;
60. Incentivar a criação de cooperativas de reciclagem de lixo, visando o aumento da geração de emprego, renda e proteção do meio ambiente;
61. Estimular a geração de renda e a inclusão social, através de projetos intersetoriais;
62. Estimular os municípios para desenvolverem políticas locais de desenvolvimento sustentável, tanto para as comunidades urbanas como rurais, tendo como princípios orientadores aqueles que fundamentarem o SUS, e que promovam a justiça ambiental;
63. Fortalecimento das políticas relacionadas à agricultura familiar, mantendo com isso, os agricultores e familiares no campo, tendo o apoio dos PSF's rurais na área da saúde;
64. Desenvolver programas de organização comunitários visando a criação de associações e movimentos organizados;
65. Implantar políticas estadual e municipal de agroecologia, incentivar a produção de alimentos orgânicos e introduzir o uso de fitoterápicos;
66. Organizar locais de hospedagem pública numa ação intersetorial entre saúde e assistência social para acompanhantes de usuários do SUS que precisam de tratamento nas macro-regiões e na capital do estado, pois deve ser garantida como um direito de todos e não encarada como um favor político;

67. Implementar junto ao Estado maneiras de coibir ações dos “Fura Fila” garantindo a equidade do acesso através da implantação efetiva dos complexos reguladores, sob a responsabilidade estadual, nas micro e macroregiões;
68. Programas intersetoriais direcionados aos jovens, através de esporte, lazer, diversão, cultura, auto-estima, na prevenção do uso de drogas e consumo de bebidas alcoólicas, através de recursos da União, Estado e Municípios;
69. Complementar anualmente o Fórum Municipal de Saúde, a fim de avaliar as políticas, programas e o Plano Municipal de Saúde;
70. Unificação de sistemas de avaliação permanente para o SUS com divulgação dos resultados para os serviços de saúde;
71. Garantir ações intersetoriais e transversais às políticas públicas (municipais, estaduais e federais) voltadas às pessoas em situação de rua, repudiando práticas higienistas, repressivas e a violência da qual essa população é alvo;
72. Elaborar políticas públicas Estaduais voltadas às áreas de saúde, educação, saneamento, cultura e trabalho de forma intersetorial;
73. Implantação da Política Nacional de Saúde da pessoa idosa pelos estados e municípios, buscando atenção integral;
74. Política integral de saúde pública, contemplando entre outros, políticas de gênero;
75. Promover entre os municípios integrantes do SAMU e a Secretaria Estadual de Saúde uma reavaliação e revisão dos critérios de regulação e de referência dos serviços de urgência e emergência, Municipal e Estadual;
76. Implantação de um Programa de Ensino Curricular, inserido na Rede Pública de Ensino com dimensões intersetorial e intersecretarial, contemplando ações educativas com incentivo ao auto-cuidado pelas crianças, adolescentes e jovens, em relação aos seguintes temas: *Saúde bucal, mental e nutricional; *Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, alcoolismo e tabagismo; *Cuidados posturais, acuidade visual, diabetes, hipertensão, obesidade infantil, dependência química, anemia falciforme; *Noções Básicas do SUS- Princípios e Diretrizes;
77. Implementação de grupos de trabalho regionais entre as secretarias do governo;
78. Integrar ou vincular os setores da própria saúde, ou seja, fazer com que todas as ações da saúde se correlacionem, bem como a educação e a assistência social. É necessário criar um sistema de informação entre os setores. Ex: quando ocorre prorrogação das campanhas de vacinação, os postos de saúde são os últimos a serem informados;
79. Estimular a criação de mecanismos de integração entre as áreas da saúde, bem como a intersectorialidade com as outras áreas;
80. Garantir que a legislação possa ser alterada para haver maior autonomia na fiscalização dos poços artesianos;
81. Fiscalização ambiental e sanitária dos poços artesianos com o devido licenciamento e outorga pelos órgãos competentes;
82. Respeitar a Lei Estadual do desmatamento com a aplicação de penalidades legais aos causadores de danos ambientais, com a possibilidade legal expedida de desapropriação do bem como pagamento dos valores da multa;
83. Criação de um fundo de compensação nos municípios que se encontrarem em área de preservação de manancial, zona costeira e proteção ambiental. (Deliberação 42 pg.54 do relatório Final da 12º CNS);
84. Criação de um fundo de compensação aos municípios, calculado percentualmente as áreas de unidades de conservação municipais em relação ao território do município;

85. Estabelecer uma política de combate ao uso de agrotóxicos e uma vigilância mais austera, principalmente às empresas e pessoas não credenciadas que vendem esses produtos e não recolhem ou que não exigem que estas embalagens sejam devolvidas;
86. Construir políticas intersetoriais comprometidas com a redução do uso de agrotóxicos (com efetiva vigilância de distribuição e uso), que desenvolvam práticas agroecológicas de produção;
87. Retomar a discussão do Código Sanitário Estadual e do controle da saúde animal (cessar a criação de animais na zona urbana);
88. Preservação do Meio Ambiente através da coleta seletiva de lixo mais complexa, incluindo a zona rural, com destino adequado para o mesmo, local específico para armazenamento, reciclagem do lixo e maior fiscalização, principalmente nos terrenos baldios;
89. Construção e implementação, no âmbito dos municípios, de plano de gerenciamento integrado de resíduos sólidos;
90. Garantir que os governos municipais, em parceria com a EMATER, Universidades, Sindicato de trabalhadores rurais e com a participação popular implantem políticas municipais com base na Agroecologia e na diversificação de culturas;
91. Que seja criada uma Lei em que responsabilize as indústrias de produtos químicos para a legibilidade a escrita sobre os cuidados do manuseio e uso dos produtos químicos e que as embalagens sejam solúveis para que não seja o risco de poluição do meio ambiente ou incentivar o recolhimento e destino adequado de embalagens de agrotóxicos;
92. Promover a participação efetiva da sociedade civil organizada e da rede de ensino nas questões da saúde (educação e higiene – SUS diferença entre INPS/INSS);
93. Desenvolver ações de saúde para pessoas com deficiência em conjunto com a educação e assistência social, com vistas à inclusão social;
94. PAC- que garanta a autonomia tecnológica, através do aumento de investimentos em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no que diz respeito à produção de insumos e medicamentos, em todas as opções terapêuticas, com a implementação da Política Industrial Brasileira, onde uma das quatro áreas estratégicas é a de Fármacos e Medicamentos, bem como as ações e serviços de saúde;
95. Criar grupos (música, teatro, etc), de acordo com a cultura local, abrangendo assim o lazer como parte integrante da prevenção de doenças, sem utilizar os recursos do SUS;
96. Executar e fiscalizar a Lei de Projetos acessíveis aos planos de habitação para as pessoas com deficiência e pessoas com transtorno mental em situação de popular garantindo também unidades habitacionais às pessoas com transtorno mental em situação de empobrecimento e/ou com vínculos familiares fragilizados, sem utilizar os recursos do SUS;
97. As redes de atenção à saúde devem ser ampliadas para que se insiram também outros poderes como o Judiciário, Executivo e Legislativo e entidades sociais comprometidas com o bem estar de seus cidadãos. Ex. casa de passagem que beneficiará a sociedade, diminuindo riscos e danos às pessoas desamparadas e excluídas de suas famílias;
98. Solicitar aos órgãos federais responsáveis pela fiscalização das empresas das estatais privatizadas, a responsabilidade social pactuadas pelas mesmas, no direcionamento dos recursos oriundos dos lucros para a área da saúde;
99. Adesão dos municípios ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, com parceria do Estado e do Governo Federal e Organizações não-governamentais que

atuam na área de Saúde e Direitos Humanos, conforme a Lei 17.77 do Ministério da Justiça e da Saúde de 2003;

100. Implementar Política de Cuidado aos Cuidadores de usuários com deficiência, restritos ao domicílio através da educação permanente dos profissionais de saúde com vistas à promoção e proteção e reabilitação da saúde, bem como prevenção de danos e agravos, em consonância às práticas fundamentadas na política Nacional de práticas complementares e integrativas no SUS;
101. Garantir a permanência do combate e prevenção da dengue, através da lei aprovada pelo Congresso Nacional com efetivação pelos municípios, dos agentes municipais epidemiológicos em atividade que prestaram processo seletivo e manter os incentivos financeiros por parte das três esferas de governo.

Gestão do trabalho e educação/gestão (universidade e relação com o SUS; VERSUS...)

102. Direito de recusar-se a trabalhar em ambientes insalubres e perigosos, recebendo normalmente seu salário enquanto não forem adotados, pelo empregador todas as medidas tecnológicas disponíveis para eliminar ou diminuir a insalubridade e a periculosidade de acordo com os limites de tolerância internacionalmente aceitos, o trabalho nesses ambientes garantindo o pagamento dos adicionais previstos em lei, será acompanhado pelo sindicato da categoria;
103. Criação da Comissão de Avaliação de materiais de consumo da Secretaria Municipal de Saúde;
104. Melhor preparo das equipes de saúde e outras equipes em relação ao sigilo dos pacientes;
105. Fortalecer os grupos de diabéticos e hipertensos com presença de diferentes profissionais de saúde;
106. Regionalização - a delimitação de uma região de saúde deve propiciar um certo grau de resolutividade aquele território;
107. Desenvolver sistematicamente orientação de saúde nos locais de trabalho;
108. Inclusão no currículo escolar de ensino fundamental, médio e universitário disciplinas voltadas às políticas de saúde o estudo das leis, do princípio, das diretrizes e do controle social no SUS com seus direitos e deveres nas três esferas de governo;
109. Inclusão da Educação popular nos processos de formação dos profissionais e atores sociais envolvidos na formulação e implementação política de formação para o SUS;
110. Criação da Ouvidoria dos Serviços de Saúde;
111. Criar e implementar a informatização e integração em rede de todos os serviços de saúde no município;
112. Propor lei que contemple o aspecto de insalubridade para os demais profissionais técnicos da área de saúde;
113. Determinar às Instituições Públicas de Saúde o caráter prioritário para a aquisição de mobiliários, adaptação dos seus ambientes e aquisição de recursos tecnológicos coerentes com as necessidades da população com deficiência e para que os trabalhadores com deficiência ou com dificuldades de locomoção possam desempenhar as suas atribuições tendo-se sempre como referência a sua qualidade de vida;
114. Reconhecer, resgatar, renovar, garantir e proteger o patrimônio cultural material e

imaterial ligado à afro descendência que compõe o código culinário brasileiro como fator de segurança alimentar e nutricional, como pressuposto para o direito humano a alimentação adequada, com fator de empoderamento e auto-estima do povo negro;

115. Construir uma política sob a ótica de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra, de acordo com as dotações orçamentárias do SUS, fiscalizando e garantindo programas contínuos para este grupo nas políticas nos três níveis (Município, Estado e União);
116. Assegurar ao grupo afro falciforme uma política de direitos reprodutivos e planejamentos familiares, livres de ameaça de esterilização;
117. Revisão e formação de educadores (as) em saúde indígena capacitando os mesmos de acordo com as necessidades de cada comunidade;
118. Cumprir com o que já está instituído nas bases legais (Constituição e Leis Orgânicas da Saúde);
119. Relacionar com a política de RH condigna, isonomia salarial entre as mesmas categorias de profissionais nos níveis federal, estadual e municipal e estabelecimento urgente e imediato de planos e cargos de salário do SUS, conforme artigo 39 parágrafo 1º da Constituição Federal que estabelece o princípio da isonomia;
120. Inserir no artigo 6º da Constituição Brasileira o Direito Humano à alimentação adequada, condição indispensável para que se processe qualquer outro direito humano fundamental;
121. Incorporar nas ações de Prevenção e Promoção em Saúde estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional e a Educação Permanente dos Profissionais de Saúde, a respeito do termo, conforme o que dispõe a Lei 11.346 de 15/09/2006;
122. Intensificar o trabalho de promoção e prevenção em saúde, qualidade de vida e fatores condicionantes de saúde, procurando melhorar a participação da comunidade em eventos que envolvem a saúde; melhorar o comprometimento das pessoas com sua saúde e diminuir o uso incorreto de medicação bem como auto-medicação;
123. Estimulação da Consciência Social de cada indivíduo em relação à Saúde e qualidade de vida;
124. Manter totalmente públicos os Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior e que sejam financiados pelos Ministérios da Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia como hospitais de ensino pesquisa, extensão e assistência, não aceitando que se transformem em fundações de qualquer tipo;
125. Incentivar, através de políticas públicas, a responsabilidade social das instituições de ensino superior, tanto públicas quanto privadas;
126. Constituição de Equipes em Saúde na Atenção Básica até a Alta Complexidade, com a participação dos trabalhadores em Saúde, de todas as categorias estratégicas para o atendimento biopsicossocial com formação, capacitação e integração interdisciplinar e multiprofissional para a garantia de uma Gestão do SUS dentro dos seus Princípios Legais e Constitucionais e da inversão da lógica assistencial privatista para ações coletivas de Saúde;
127. Direito de recusar-se a trabalhar em ambientes insalubres e perigosos, recebendo normalmente seu salário enquanto não forem adotados, pelo empregador todas as medidas tecnológicas disponíveis para eliminar ou diminuir a insalubridade e a periculosidade de acordo com os limites de tolerância internacionalmente aceitos, o trabalho nesses ambientes garantindo o pagamento dos adicionais previstos em lei, será acompanhado pelo sindicato da categoria;

128. Agilizar a tramitação de aprovação do Projeto de Lei nº249 de 1º de Setembro de 2006 de autoria do Senador Paulo Paim. Que trata dos direitos do profissional nutricionista destacando o aspecto da insalubridade;
129. Garantir a liberação de profissionais da saúde para cursos de aperfeiçoamento dentro da sua área de atuação;
130. Formação e capacitação permanente dos trabalhadores em Educação, em todos os níveis, para a abordagem da temática “efetivação do direito humano à saúde”, nos currículos e/ou conteúdos programáticos;
131. Oportunizar e criar através de políticas públicas o acesso à qualificação e conhecimento, através de cursos profissionalizantes;
132. Garantir, através de ações integradas e pactuadas entre os três níveis de Governo, a implementação da Política Nacional de Planejamento Familiar, com acesso a todos os métodos contraceptivos, inclusive às mulheres e aos homens com deficiência mental, em ações conjuntas com a implementação da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher;
133. Afiançar fomento financeiro destinado à pesquisa em saúde da população negra (incluindo pesquisas na área de células tronco para futuro tratamento de portadores (as) de anemia falciforme) e indígena (estudo epidemiológico), prevendo a produção e publicação de documentos que contribuam para o acesso a informação sobre a saúde destas populações Exemplos: publicação dos indicadores com recorte étnico;
134. Contemplar na reforma política a constituição do sistema de cotas para negros e índios no legislativo nos três níveis da administração pública, federal, estadual e municipal;
135. Fortalecer e ampliar o atendimento do SUS e SUAS (Sistema Único de Assistência Social) bem como destinar recursos financeiros para a implantação de políticas de saúde específicas para a etnia negra tal como anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer do colo de útero, mioma uterino, glaucoma, doença periodontal (gengiva), saúde mental (violência doméstica, álcool e outras drogas, depressão, lúpus e mal de chagas), aplicando os recursos do CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira) no SUS;
136. Implantação da discussão e ação do Ministério da Saúde sobre a Saúde da População Negra, visando a implantação dessas políticas no Estado do Rio Grande do Sul pela Secretaria Estadual de Saúde;
137. Garantir na Rede Pública à totalidade da população os testes: do pezinho, do olhinho e da orelhinha com vistas à Prevenção e Redução de agravos. E seja garantido o teste de eletroforese de hemoglobina no Pré-natal;
138. Assegurar que todos os projetos e ações referentes à saúde da população negra tenham a participação das instâncias de Controle Social e em todos os órgãos do governo (Municipal, Estadual e Federal), como Conselhos de Saúde, CNPIR, etc., envolvendo negros, negras outras etnias;
139. Promover durante o ano campanhas publicitárias de informação, conscientização e promoção em saúde com conteúdos específicos da população negra;
140. Inclusão da comunidade negra nas discussões, fóruns e câmaras setoriais de implantação de políticas culturais e de saúde, assim como nos comitês de ética no setor;
141. Cumprir com o que já está instituído nas bases legais (Constituição e Leis Orgânicas da Saúde);
142. Garantir o acesso ao tratamento e prevenção de doenças laborais que apresentam riscos progressivos para a saúde dos trabalhadores (as) quilombolas, como no

plantio de fumo, bacia carbonífera, etc.;

143. Rastrear os portadores de anemia falciforme (traço e doença), inclusive nas comunidades remanescentes de quilombos;
144. Formação e ampliação de grupos comunitários que tenham sido capacitados para o atendimento universal e humanizado às pessoas com deficiência;
145. Facilitar o acesso universal às pessoas com deficiência, em todos os órgãos de saúde, nas três esferas governamentais e privados;
146. Proporcionar infra-estrutura adequada ao homem do campo visando sua manutenção no meio rural com qualidade de vida, valorizando sua importância como trabalhador rural;
147. Melhorar o acesso da comunidade rural nas campanhas de vacinação;
148. Garantir o acesso aos moradores de rua à Estratégia de Saúde da Família (ESF), vinculando-os à área territorial mais próxima;
149. Criar uma política pública de atendimento a crianças e adolescentes, atendimentos em turno integral, ensino profissionalizante, esportes, etc.;
150. Obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos instrumentos de identificação dos usuários do SUS;
151. Garantir a descentralização de recursos do governo que implementem políticas de incentivo aos empresários que contratassem pessoas acometidas de doenças crônicas e/ou degenerativas, com deficiências físicas, que possuam necessidades especiais ou transtornos psíquicos visando potencializar uma política efetiva de reabilitação psicossocial desse segmento, fornecendo certificado de responsabilidade social às empresas que contratarem essas pessoas;
152. Que seja retirado do Congresso Nacional o projeto de lei do Ato médico;
153. Determinar às Instituições de Saúde o cumprimento do decreto Federal n.º 5.296/04 no que concerne à implementação da acessibilidade arquitetônica e urbanística, e, prioridade para a aquisição de imóveis. Assim como a adaptação de seus ambientes, com recursos tecnológicos coerentes com as necessidades da população com deficiência. Para que os trabalhadores com deficiência, ou com dificuldade de locomoção possam desempenhar as suas atribuições, tendo-se como referência a sua qualidade de vida.

Novas propostas

154. Implementar em todo o país a inclusão digital conforme o Conselho Nacional de Saúde;
155. Realização em 2008 da 1ª Conferência de Comunicação em Saúde;
156. Sugerir ao Conselho Nacional de Saúde que realize a Conferência Nacional de Saúde Mental em 2008;
157. Realização no ano de 2008 as I Conferências Municipais e /ou Regionais de Saúde da população negra do RS através da Secretaria Estadual de Saúde em parceria com o CODENE, ASSEDISA, ESP, MS, Universidades constituindo uma rede de atenção a saúde da população negra do Rio Grande do Sul, articulado com o Conselho Estadual e Conselho Nacional de Saúde;
158. Fazer com que os gestores sejam responsabilizados pelo transporte, alimentação e hospedagem dos pacientes quando necessitam acessar os serviços de referência em saúde em outros municípios, mediante garantia de repasse de recursos aos Fundos

Municipais de forma Tripartite, definindo competências de responsabilidades dentro das referências;

159. O gestor de saúde deve garantir a aquisição dos insumos de prevenção e de medicamentos, que são de responsabilidade exclusiva do Município, segundo pactuações da bipartite e da tripartite, bem como dar publicidade aos contratos para aquisição desses, assinados ou rejeitados.

Propostas Aprovadas por Recurso de Plenária¹

Fórum de População Adulta em Situação de Rua

**Propostas aprovadas pelos moradores de rua (Fórum de População Adulta em Situação de Rua e rede integrada Assistência e Saúde FASC/SMS)
Na V Conferência Municipal de Saúde – 2007**

160. Ampliar e qualificar equipes multidisciplinares, garantindo o acesso ao atendimento integral, de forma descentralizada, à população em situação de rua;
161. Garantir o acesso universal e o atendimento integral da pessoa em situação de rua aos serviços de saúde das regiões de permanência, incluindo os sem familiares responsáveis;
162. Melhorar tempo – resposta da SAMU de Porto Alegre no atendimento a população, inclusive os paciente desacordado ou em surto psicótico;
163. Conveniamento com Comunidade Terapêutica e aumento de leitos em hospitais gerais para tratamento de dependência química, incluindo a população em situação de rua;
164. Implementação do atendimento de pessoas com sofrimento psíquico nas unidades básicas, como também capacitar profissionais de saúde no atendimento de rua;
165. Garantia de acesso e acompanhamento terapêutico, por equipe multidisciplinar, em espaço aberto (rua), para pessoa portadora de sofrimento psíquico em situação de rua;
166. Ampliar e qualificar as equipes técnico, auxiliares e serviços de enfermagem que atuam em equipamentos públicos (abrigos/albergues) destinados à população de rua, evitando a perda de exames de média e alta complexidade e dos medicamentos controlados a eles destinados;
167. Garantir o acesso dos moradores de rua ao atendimento integral a saúde, inclusive com garantia de dispensa de medicamentos básicos e controlados para os moradores de rua;
168. Aprimorar relações entre os diversos serviços de saúde objetivando o atendimento integral as crianças e adolescentes de rua;
169. Aquisição de veículos para o PSF sem domicílio;
170. Criação de mais leitos na rede hospitalar conveniado ao SUS para portadores de HIV/AIDS em situação de rua e aplicação do atendimento no Hospital Vila Nova e no Sanatório Partenon;
171. Criação de uma central de documentos e informações, para fornecimento de dados sobre a população de rua para as unidades de saúde do município de Porto Alegre hospitais por ele acessados;

¹ Nota da relatoria: Propostas incluídas por recurso aprovado em plenária, embora voltadas para o município de Porto Alegre, cabe lembrar que podem servir para orientar os planos municipais e Estadual de saúde, na perspectiva da intersetorialidade.

172. Garantir que as salas de procedimento de enfermagem dos equipamentos públicos, enquanto serviços de interesse público e não somente até às 23h;
173. Instalar consultórios odontológicos nas enfermarias dos equipamentos públicos e no PSF SEM DOMICILIO, com acompanhamento de saúde bucal dos usuários;
174. Efetuar a discussão sobre o projeto de colocação dos implantes subcutâneos anticoncepcionais em adolescentes e mulheres em situação de rua e vulnerabilidade social em todas as regiões do município de Porto Alegre, respeitando as decisões do Conselho Municipal de Saúde;
175. Criação de uma central de documentos nos equipamentos públicos ou mesmo no PSF SEM DOMICILIO com vistas a combater o extravio e contemplar uma demanda dos profissionais da saúde, uma vez que não registrada inúmeras ocorrências envolvendo impossibilidade ou dificuldade no atendimento da população de rua face à impossibilidade de identificação decorrente da falta de RG (Registro Geral) ou inexistência de cadastro desse usuário no sistema.

EIXO II - Políticas de Saúde e qualidade de vida: O SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde.

176. SUS como Política de Estado e a Afirmação da Saúde como Direito de Seguridade Social.

Financiamento Geral

177. Cada esfera de governo cumpra a destinação de mais recursos para custear a saúde, independente de siglas políticas, para o cumprimento dos repasses constitucionais – EC 29/2000;
178. Os serviços de assistência à saúde ambulatorial e hospitalar devem ser financiados com recursos das três esferas de governo, cada uma em sua instância de responsabilidade em conformidade com a NOAS até a adesão ao Pacto;
179. Agilidade e eficácia na negociação/aplicação de recursos (agilizar a colocação em dia de pagamentos para adquirir as Certidões Negativas de Débito);
180. Que os incentivos do Governo Federal e Estadual sejam efetivados no momento da implantação dos programas;
181. Que as propostas emanadas das Conferências de Saúde tenham ressonância nos respectivos orçamentos das três esferas de gestão do SUS.
182. Que não sejam contingenciados os recursos destinados à saúde da população e que seja priorizada a aplicação de mais recursos para a saúde preventiva.
183. Seja executado pacto de saúde de forma ampliado com os três ministérios, Saúde, Previdência e Assistência Sócia, garantindo para sua implantação e manutenção do pacto de saúde.
184. Regulamentação dos repasses referentes ao pacto de gestão: garantindo que os valores sejam suficientes para manutenção do serviço;
185. Reajuste da tabela do SUS com valores compatíveis aos custos dos procedimentos na média e baixa complexidade, assim como o aumento do PAB de R\$

15,00 para R\$ 25,00.

186. Ampliar a Política de estomizados, garantindo recursos financeiros para qualificar a assistência.

Financiamento União

187. A União cabe cumprir a Emenda Constitucional 29, combater a sonegação de impostos e contribuições, melhorar distribuição de renda e investir mais em saneamento básico, alimentação e educação em saúde.

188. Fim das emendas parlamentares no Orçamento Geral da União, passando o repasse financeiro de fundo a fundo;

189. Adequação dos recursos financeiros e valores cobrados para procedimentos realizados em atendimentos de alta e média complexidade;

190. Aumento e continuidade no repasse dos recursos destinados a saúde conforme determinam as diretrizes do Sistema Único de Saúde;

191. Intensificar o processo no repasse de recursos tanto na área de infra-estrutura e também na de pessoal (revisar e atualizar tabela SUS para profissionais conforme devido em suas áreas).

192. Que os gastos com profissionais de saúde sejam considerados investimentos e não gastos em pessoal (Para não ser enquadrado na lei de responsabilidade fiscal);

193. Que o Sistema Único de Saúde avalie permanentemente a proposta de pagamento por metas centradas nos indicadores epidemiológicos em saúde e não por produção de serviços (que os quantifica, mas não os qualifica). Isto com os pareceres da CI B e dos Conselhos de Saúde.

194. O Governo estadual e a união deveriam enviar mais verbas de financiamentos aos hospitais públicos, investir nos hospitais de pequeno porte a fim de diminuir os encaminhamentos da baixa e média complexidade para os hospitais de referência.

195. Garantir o investimento em hospitais de referência para a média e alta tecnologia, principalmente UTI Neonatal, Traumatologia e Neurologia.

196. Criação do FUNAFIR Nacional, para financiar Hospitais Públicos e Filantrópicos, desde que estes constituam Conselhos gestores para controle, avaliação e fiscalização;

197. Que sejam reajustados os valores repassados as equipes de PACS e ESF, pelas esferas estadual e federal.

198. Reivindicação de aporte de recursos por parte dos governos federal e estadual para ampliação da rede de saneamento básico dos municípios, como ponto primordial para a saúde pública, além dos recursos destinados as ações de saúde previstos na legislação (Lei 8080).

199. Garantir que os recursos oriundos do financiamento do Sistema único de Saúde sejam direcionados exclusivamente para ações e serviços em saúde, sobretudo que o recurso da CPMF não seja contingenciado para outras finalidades que não sejam de saúde pública.

200. Vincular os depósitos da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) fundo a fundo, desvinculando os projetos às emendas parlamentares.

201. Garantias financeiras para Implantação e Manutenção do Pacto da Saúde.

202. SUS: Aumento do teto financeiro e tabela do SUS com urgência, e agilizar os repasses, com pagamentos sem atraso (hoje pagos em até 60 dias).
203. Reajuste imediato e garantia do pagamento dos procedimentos de média e alta complexidade, desde as AIH até exames, consultas ambulatoriais e outros procedimentos;
204. Que haja uma responsabilização dos governantes (perda de mandato) nas três esferas, quando não destinados os percentuais devidos à saúde;
205. Que o Governo federal invista somente os recursos nas ações de saúde conforme Lei 8080.

Financiamento Estadual

206. O Estado deve destinar o percentual correto da arrecadação de impostos e repasses constitucionais, combater a corrupção, ter eficiência nos gastos, pagar débitos anteriores, com o fornecimento dos medicamentos. Investir em educação de dirigentes e profissionais.
207. Efetuar a destinação dos recursos da saúde das receitas próprias do Estado ao Fundo Estadual da Saúde, no mínimo conforme percentual estabelecido na EC 29 e legislação vigente. Estes procedimentos deverão ser feitos a partir da implantação de instrumentos (regulamentações específicas, software de informática, dentre outros) que permitem o creditamento automático dos recursos ao Fundo Estadual de Saúde, e o permanente repasse aos fundos municipais de Saúde. Implementar o Fundo Estadual de Saúde conforme prescreve a legislação, com destinação do percentual do recurso a saúde no ato da efetivação da receita, sob gerenciamento do gestor da saúde.
208. Todas as políticas de financiamento na área de saúde sejam políticas de saúde de Estado e não de governo para garantir o cumprimento;
209. Aumento do financiamento do Estado para o ESF/PACS e PIM independente da vinda de recursos federais, transformando-os e regulamentando-os como políticas permanentes de saúde;
210. Criação de um Piso Estadual em Saúde, equivalente ao PAB – Federal;
211. Regulamentação dos programas estaduais em lei
212. Pagamento da dívida do Estado para com os Municípios, através de cronograma e previsão orçamentária para o ano de 2008, para não comprometer o andamento dos programas.
213. Requerer os recursos do COREDE 2003/2004, referente à consulta popular;
214. Encaminhar isenção de recolhimento do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços) sobre a compra de medicamentos para todos os serviços de saúde que atendam 100% SUS;
215. Torne-se lei que os gastos em saúde sejam considerados investimentos: lutar juntos aos nossos representantes na Assembléia Legislativa para aprovação do projeto de lei existente, em tramitação;
216. Definir que percentuais de determinados impostos sejam retidos diretamente no município, a exemplo do que ocorre com o IPVA.
217. Cumprimento efetivo do repasse das verbas aos prestadores de serviço;

218. Que o Estado cumpra com seu papel nos repasses financeiros para com os municípios, na forma de financiamento solidário, criando o Piso Estadual da Atenção Básica com o valor de R\$ 15,00/hab/ano a ser repassado mensalmente fundo a fundo para os municípios sem vinculação a programas e convênios;

219. Apresentar ao Conselho de Saúde e em audiências públicas na Câmara de Vereadores e Assembléia Legislativa, relatórios de prestação de contas trimestralmente em audiência pública conforme o art. 12 da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Estas audiências públicas deverão ser amplamente divulgadas nos mais diversos espaços da sociedade local e publicizadas em todos os órgãos da imprensa.

220. Implementar o Fundo Estadual de Saúde conforme prescreve a legislação, com destinação do percentual do recurso a saúde no ato da efetivação da receita, sob gerenciamento do gestor da saúde.

221. Que o Governo do Estado se estruture para a agilização da conferência de documentos evitando assim o registro no CADIN, indevidamente.

222. Os municípios assinarão o pacto pela saúde se houver o cumprimento do repasse de 12% pelo Estado e que esse sofra as devidas sanções se não cumprir.

223. Atenção financeira imediata aos municípios que recebem acampamentos e/ou assentamentos, com atualização mais freqüente nos dados demográficos do Censo IBGE ou pelo Estado, assim que solicitados pelos municípios;

224. Maior autonomia dos municípios conforme a demanda para aplicação dos recursos, após aprovação do CMS;

Financiamento Municipal

225. Para que o município consiga manter os programas na área da saúde, os repasses de recursos do Estado sejam de maneira definitiva e não como incentivo.

226. Intensificar as negociações do Consórcio para que realmente ocorra sua efetivação, evitando desta maneira as demandas reprimidas, com co-financiamento estadual;

227. Mudanças nos critérios de repasses dos recursos do PAB-Fixo, que não seja apenas pela população, que seja considerado as dificuldades do acesso e as variações climáticas de cada município, considerando as desigualdades municipais, respeitando as características regionais e garantia tripartite de financiamento.

228. Repassar os recursos da área da saúde fundo a fundo, através de critérios claros e que contemplem os municípios de maneira equânime, sem o envolvimento político e a dependência de Emendas Parlamentares para obtenção dos mesmos;

229. Que o cálculo de repasses dos recursos da saúde para os municípios seja com base na demanda e fatores da região, ao invés de apenas a série histórica;

230. Que os recursos dos alvarás de saúde que sejam depositados no FMS e revertidos em ações da saúde;

231. Que os municípios somente assinem o Pacto após o cumprimento da EC-29 pelas três esferas de governo e que o Estado do RS cumpra efetivamente a regionalização e a regulação dos serviços de saúde;

232. Que seja reduzida a cobrança de taxa de esgoto, para todos os moradores poder fazer sua ligação e que seja investida parte dos recursos que forem arrecadados em cada município.

Lei de Responsabilidade Fiscal

233. Investimentos em saúde e educação não entrem na lei de Responsabilidade Fiscal, ou que o repasse dos Governos, Federal e Estadual seja efetuado diretamente para pagamento dos funcionários envolvidos nestes programas;

234. Lei de responsabilidade fiscal ampliada para as esferas da União e do Estado, descentralização do CPMF, que o município possa gerir este recurso e aplicar realmente na saúde sob a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde, se não for cumprido extinguir.

235. Cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, evitando, inclusive, que os Governos repassem dívidas de um mandato para outro.

236. Desvincular novas contratações da Lei de Responsabilidade Fiscal, permitindo assim ampliação dos programas e replantação do ESF em municípios não contemplados.

237. Setor Saúde ficar fora da Lei Camata;

238. Que a folha de pagamento da saúde seja desvinculada da lei de responsabilidade fiscal.

CPMF

239. Garantir que a CPMF seja devolvida integralmente para os municípios com o comprometimento de que o mesmo seja direcionado á saúde, proporcionando melhores condições de desenvolvimento das ações de saúde;

240. Recomendar aos deputados federais e senadores, para maior distribuição dos recursos da CPMF, para Estados e municípios, conforme a proposta de partilhamento encaminhada pela FAMURS;

241. Criar uma lei determinando que a CPMF arrecadada permaneça no município de origem, que seja depositada diretamente (fundo a fundo) no Fundo Municipal de Saúde, ou seja, que fique no âmbito municipal e no município que o originou, seja aplicado em saúde, sob a responsabilidade Municipal e não Federal;

242. Aplicação do CPMF em 100% para o SUS, com ênfase para a Atenção Básica da Saúde e para a formação e capacitação de recursos humanos para o SUS, com fiscalização do controle social;

Emenda Constitucional 29

243. Garantir a regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000, para que o financiamento em saúde seja de fato investido na sua totalidade e que todas as esferas de governo invistam os percentuais constitucionais garantidos pela legislação vigente.

244. Que a regulamentação da EC 29 seja direcionada no sentido de assegurar que os recursos ali previstos sejam investidos exclusivamente nas ações de saúde.
245. Intermediação da ASSEDISA/ FAMURS, através de documento e mobilização exigindo aplicação constitucional dos recursos destinados à saúde como CPMF e EC 29, a quem de direito: Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde e Ministério Público Estadual.
246. Elaboração de um mecanismo que torne visível a origem e o percentual obrigatório de aplicação dos recursos de todas as esferas de Governo.
247. Manter a auditoria independente em nível nacional e estadual para fiscalizar o cumprimento dos repasses obrigatórios definidos em lei.
248. Criação de uma Lei de Responsabilidade Sanitária.

Pacto pela Saúde

249. Promover ampla discussão do Pacto pela Saúde, principalmente a respeito de seu financiamento tornando-o palpável a comunidade e gestores, para que seja aderido coletivamente, com o comprometimento de todos. Para tal deverá ser utilizado material explicativo e educativo de fácil linguagem para toda a população, inclusive para portadores de necessidades especiais, os quais devem ser disponibilizados pelos gestores para os Conselhos Locais e Distritais de Saúde.
250. Adequar as propostas do Pacto pela Saúde às características epidemiológicas e culturais locais; estabelecendo r metas e prioridades, não se resumindo aos números e sim a partir dos indicadores de saúde;
251. Definição clara das responsabilidades da União, Estados e Municípios quanto ao financiamento da Saúde no Pacto pela Saúde; garantindo recursos financeiros suficientes para realizar as ações preconizadas no Pacto, respeitando a EC 29 com garantia de medidas punitivas para o gestor não cumpridor da emenda.
252. Sensibilizar nos municípios, os segmentos: CMS, Vereadores, Gestores, Profissionais; prestadores e população em geral, para o entendimento e envolvimento com o Pacto pela Saúde.
253. Discussão do pacto pela saúde, tornando-o palpável a comunidade e gestores, para que seja aderido coletivamente, com o comprometimento de todos.
254. Que a 6ª CRS dialogue com os Municípios para adesão coletiva ao pacto da saúde;
255. Importância de a população conhecer os componentes do Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão para exigir seu cumprimento. Faz-se necessário a elaboração e ampla distribuição de materiais explicativos/educativos (cartilhas, vídeos, etc.) De fácil linguagem para a população, inclusive, para as pessoas deficiência e com necessidades especiais. Os mesmos devem ser disponibilizados pelo gestor para os Conselhos distritais de saúde discutirem e distribuírem aos Conselhos locais para o maior comprometimento dos próprios usuários;
256. Aprofundar o debate sobre o Pacto de Saúde em suas três dimensões (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS), para um entendimento mais amplo dentro do Conselho Municipal de Saúde e Comunidade em Geral.
257. Cumprimento dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, enquanto forma de operacionalizar o SUS na seguridade, com compromisso dos gestores. Deve

constar no Plano Municipal de Saúde;

258. Implantar ouvidorias municipais para tratar de assuntos referentes ao Pacto pela Vida;

259. Utilizar recursos advindos do Pacto pela Vida, centrado em ações que promovam à qualidade de vida, fazendo a ligação entre segmentos envolvidos no sistema de saúde (usuários, profissionais e gestores);

260. Que a assinatura do novo Pacto de Gestão aconteça com a garantia efetiva do maior investimento na Atenção Básica;

261. Incluir no currículo escolar, em todos os níveis de educação, conteúdo referente à construção do SUS, de forma a conscientizar a comunidade escolar sobre a qualidade de vida;

262. Definir que toda a prescrição médica de medicamentos, seja feita de acordo com a lista básica do SUS e, havendo necessidade de outros medicamentos, seja justificada mediante laudo o motivo da prescrição;

263. Implementar a elaboração de planos de carreira unificados, nos três níveis de gestão, permitindo estruturas semelhantes em todos os órgãos que compõem o SUS, como políticas de ingresso, evolução e avaliação de desempenho, criando incentivos concretos e efetivos que possibilitem a dedicação exclusiva no setor público;

264. Manutenção dos atuais agentes comunitários de saúde e agentes de endemias, certificando-os de modo que sejam incluídos no quadro de servidores do município conforme lei federal nº 11.350/06.

Promoção da saúde e qualidade de vida

265. Estabelecer políticas claras de promoção à saúde, com direção única para todos os setores/serviços, que deverão operacionalizá-las de forma integrada, responsável com avaliação periódica.

266. Criação e implementação de mecanismos e instrumentos de registro das ações e serviços de saúde produzidos (boletins, relatórios, fichas de controle e outros) para facilitar a supervisão e fiscalização das ações e serviços, com avaliação periódica.

267. Qualificação das políticas específicas e/ou por ciclo de vida e efetivação em toda a rede estadual de atenção à saúde com discussão, padronização e estabelecimento de protocolos clínicos, envolvendo todos os profissionais, garantindo educação permanente a todos que participam deste processo (gestores, prestadores e profissionais de saúde).

268. Garantir espaços de discussão interdisciplinar oportunizando a participação dos usuários de forma organizada em todas as unidades, incluindo os Conselhos de Saúde de todas as instâncias.

269. Garantir políticas públicas de saúde do SUS, como Política de Estado e não como Política de Governo.

270. Prioridade do poder público às ações de promoção e prevenção à saúde como sendo a primeira estratégia a ser aplicada no município;

271. Implantar processo de avaliação periódica dos programas voltados a promoção da saúde e prevenção de doenças, utilizando-se como parâmetro mudanças do perfil epidemiológico do território de abrangência.

272. Fortalecimento das políticas referidas na portaria GM/648, entre elas as seguintes: saúde indígena, saúde penitenciária, estratégia de saúde da família e estratégia de agentes comunitários de saúde, e da Política Nacional de Humanização da Gestão fortalecendo a atenção da saúde.

273. Mudanças nas relações entre os gestores, profissionais de saúde e usuários baseados no respeito à dignidade de quem cuida e no atendimento oportuno, humanizado, adequado e de qualidade aos usuários;

274. Implementação efetiva da política nacional de humanização (PNH), enfatizando a sistemática de acolhimento.

275. Implantar as sistemáticas de Acolhimento da Política Nacional de Humanização;

276. Identificar as causas psicossociais da busca constante ao serviço de saúde;

277. Fomentar através de políticas públicas a produção, consumo e acesso da população a alimentos orgânicos e saudáveis, e a aquisição de alimentos de produção local para abastecimento da população e promoção de segurança alimentar, com orientação e incentivo aos pequenos agricultores, para que se habilitem a poderem participar das licitações, para abastecimento da rede Escolar e população conscientizando os mesmos sobre uma alimentação saudável.

278. Criação de espaço para realização de esportes e atividades físicas destinadas as ações de prevenção e promoção de saúde de acordo com as necessidades específicas de cada região

279. Organizar mais grupos de apoio à promoção de saúde e prevenção de doenças, visando a plena qualidade de vida de acordo com os parâmetros estabelecidos pela OMS e OPAS.

280. Distribuição de panfletos orientando sobre as principais doenças e seus sintomas e promover campanhas de esclarecimento para prevenção de endemias

281. Sensibilização dos profissionais da saúde para casos de tuberculose, promovendo a coleta de escarro e garantindo que as provas para pesquisa do bacilo da tuberculose sejam realizadas, com divulgação nas rádios locais, em horários específicos, acerca dos sintomas clínicos da tuberculose;

282. Discutir amplamente com a presença de todos os atores a possibilidade de implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de outras formas de terapias alternativas com eficácia comprovada cientificamente;

283. Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, tais como homeopatia, acupuntura, fitoterapia, massoterapia, musicoterapia, cromoterapia, entre outras.

Atenção Básica em Saúde

284. Ampliar a área física das UBS e melhorar a infra-estrutura, financiamento e manutenção das UBS com segurança (guarda municipal) aos trabalhadores e aos usuários e ao patrimônio público, tornando as UBS mais resolutivas com equipamentos e garantia de manutenção;

285. Desenvolver ações para fortalecer a atenção básica, melhorando na unidade de saúde os recursos materiais e humanos, visando obter maiores e melhores resultados

dentro do município, implantando protocolos de saúde;

286. Executar a política de saúde municipal, definida pela Secretaria e Conselho Municipal de Saúde;

287. Estudar a viabilidade de um pronto atendimento na unidade básica, no turno da noite, em municípios que não tem hospitais;

288. Implantação de um sistema efetivo de referência e contra-referência, onde as UBS de origem responsabilizem – se pelo atendimento integral dos usuários garantido o acolhimento referenciando-os quando necessário;

289. Que seja garantida a inserção de um código no sistema de cadastro SIA/SUS, referente às ações dos agentes redutores de danos, em específico visando com isso um maior controle das ações de prevenção e de promoção de saúde na rede de atenção básica;

290. Implementação das políticas de atenção à saúde da mulher, do idoso, da criança, do adolescente e do homem;

291. Efetivar a consulta de enfermagem e os protocolos de prescrição de medicamentos pelo profissional enfermeiro, conforme programas do Ministério da Saúde;

PACS / ESF

292. Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família como modelo substitutivo dos modelos tradicionais, levando em conta a qualidade da atenção ao usuário e a saúde dos trabalhadores de saúde;

293. Garantir o acesso aos moradores de rua ao ESF vinculado-os a equipe territorial mais próxima;

294. Intensificar as ações nas áreas de abrangência das ESF, visando cumprir as metas (indicadores de saúde);

295. Avaliar permanentemente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, as condições de trabalho dos agentes, e se necessário, aumentar o número de agentes;

296. Promover integração entre UBS, Equipes de ESF com a Comunidade e Instituições;

297. Incentivar reuniões freqüentes das Equipes de Saúde da Família com objetivo de elaborar planos estratégicos de ação baseado em dados estatísticos;

298. Aquisição de veículo próprio para cada unidade de ESF e para atender às demandas da população, agilizando o trabalho das unidades e dos profissionais para as visitas domiciliares nas unidades de saúde do interior;

299. Ampliar os recursos financeiros e número de profissionais nas equipes de saúde da família e de saúde bucal (odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e pedagogos), e mais técnicos de enfermagem, pois são essas equipes que conseguem colocar em prática os princípios do SUS na atenção primária e respeitando a situação epidemiológica local;

300. Garantir a permanência dos profissionais do Programa de Saúde da Família (ESF) através da qualificação do ambiente de trabalho para manter vínculo com a comunidade, através de concurso público e emprego público;

301. Aumento dos recursos repassados para os municípios no atendimento da atenção básica – PACS E ESF;

302. Transformar e regulamentar o ESF como política permanente de saúde nas esferas estaduais.

Política de segurança nutricional

303. Desenvolvimento de políticas e estratégias que garantam a segurança nutricional visando interferir nos fatores determinantes e condicionantes das carências nutricionais presentes tanto na desnutrição como na obesidade;

304. Ampliação do Projeto de Banco de Leite Humano nos Municípios;

305. Criação e implantação dos serviços de orientação nutricional;

306. Garantia pelo SUS da realização de todos os exames necessários para diagnóstico do celíaco.

Saúde da Criança e do Adolescente

307. Garantir a continuidade e a ampliação do Programa Primeira Infância Melhor - PIM;

308. Para a redução da mortalidade infantil, regionalizar e regular a oferta do número de leitos de CTI neonatal visando uma melhor distribuição conforme a necessidade;

309. Prevenção à prostituição infantil, através de um grupo de trabalho (intersectorial), bem como com divulgação nos meios de comunicação;

310. Intensificar o trabalho multiprofissional em relação à mortalidade infantil e materna com um acompanhamento efetivo do pré-natal, parto e puerperio, imunizações e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança;

311. Incentivar e aplicar programas direcionados aos pré-adolescentes, adolescentes (12 aos 18 anos), jovens (15 aos 29 anos), de acordo com seus respectivos estatutos e realizar ações de conscientização quanto a sexualidade, a prevenção de DST e AIDS e a importância do uso de preservativo com ambos os sexos;

312. Garantir a implantação e/ou ampliação de ações e serviços destinados à crianças e adolescentes, que trabalhem a questão do álcool e outras drogas, com atendimento de equipe multidisciplinar e com caráter intersectorial;

313. Garantir nos currículos escolares temas referentes a sexualidade e planejamento familiar, bem como em formação de professores, conforme o Estatuto da Juventude;

314. Criar estratégias intersectoriais de Saúde, visando fortalecer as redes de proteção aos grupos vulneráveis como mulheres, crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade social;

Saúde da Mulher

315. Orientação e divulgação do planejamento familiar e estimular a paternidade consciente e viabilizar o acesso à população aos procedimentos de esterilização;

316. Manter o pré-natal, com consultas mensais; promoção ao aleitamento materno exclusivo, atendimento nutricional de profissional da área, e orientação quanto à

Importância do correto preenchimento da carteira de gestante;

317. Garantir o atendimento integral e acompanhamento para gestantes de alto risco;

318. Melhorar a aplicação dos recursos nos projetos de planejamento familiar (governo federal);

319. Cumprir a Lei já existente do direito da mulher ou homem à laqueadura e à vasectomia;

320. Implementação de projetos que visem o planejamento familiar para o seguimento jovem da sociedade, garantindo a participação de mulheres e homens;

321. Conscientizar sobre a importância do auto-exame de mamas a prevenção de DST e do câncer de colo do útero e divulgando nas escolas, comunidades e nos meios de comunicação;

322. Ampliação das ações e políticas públicas para controle da mortalidade materno-infantil nos municípios;

323. Incentivar, orientar e conscientizar para o parto natural e aleitamento materno e criação de um protocolo para justificar cesáreas;

324. Capacitação dos profissionais das unidades de saúde para identificar e encaminhar os casos de violência da mulher, efetivando o protocolo de notificação compulsória;

325. Regionalizar e referenciar o Projeto de Banco de Leite Humano.

Saúde do Homem

326. Implantar e ampliação de Políticas e Programa para a Saúde do Homem assegurando incentivos financeiros específicos;

327. Desenvolver programas de saúde específicos para homens acima e de 40 anos (câncer de próstata e osteoporose) incluindo exames complementares;

328. Campanha de prevenção do Câncer de Próstata e Mama para homens.

Saúde do Trabalhador

329. Promover a discussão e implementação das políticas públicas nas três esferas de governo que incluam todas as etnias e faixas etárias de trabalhadores do mercado formal e informal;

330. Implementação do CEREST MACROSUL (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador);

331. Cobrar do Estado do Rio Grande do Sul financiamento para efetivação dos CERESTs;

332. Implantação e/ou reativação da Saúde do Trabalhador na Vigilância em Saúde;

333. Formular a Política de Saúde do Trabalhador e que esta seja discutida e aprovada nos Conselhos de Saúde;

334. Que os custos de medicamentos e outros procedimentos relativos às doenças do trabalho sejam arcados pelas empresas relacionadas;

335. Garantir e ampliar o incentivo financeiro das três esferas de governo aos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador;

336. Que os trabalhadores da rede pública sejam capacitados para os agravos gerados no trabalho, encaminhar ao serviço de referência e notificar ao Sistema de Informação;

337. Qualificação da implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador através de sensibilização da sociedade e profissionais de saúde público e privado, incluindo os vinculados a empresas, com utilização da notificação compulsória de doenças e acidentes de trabalho no SIST (Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador);

338. Conscientização dos trabalhadores da agricultura através de campanhas informativas e educativas quanto ao uso indiscriminado de agrotóxicos;

339. Que os serviços de saúde do trabalhador tenham fácil acesso e visibilidade para o fácil reconhecimento da comunidade em geral;

340. Proporcionar maior atenção à Saúde do Trabalhador da Saúde (O Cuidado ao Cuidador, PNH);

341. Possibilitar aos serviços em Saúde do Trabalhador a realização da atividade de vigilância aos ambientes de trabalho, conforme o aparato legal necessário.

Saúde do Idoso

342. Cumprir a priorização do atendimento integral ao Idoso nas unidades de saúde com compromisso dos profissionais de saúde para com suas necessidades e com orientação a seus familiares;

343. Cumprir do Estatuto do Idoso no atendimento hospitalar no que tange a preferencialidade da atenção e do direito ao acompanhante;

344. Garantir acesso aos serviços de saúde de modo integral e humanizado aos idosos, fornecendo Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, agendamento de consultas de retorno, envolvimento do idoso nas ações de saúde;

345. Que os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e do Idoso fiscalizem o cumprimento do Estatuto do Idoso em todas as áreas da saúde;

346. Ampliação e qualificação da rede de assistência à Saúde do Idoso, sendo na atenção primária através de equipes de saúde da família e equipes tradicionais de atenção básica com apoio matricial, na atenção secundária e terciária através implantação de centros especializados de referência à pessoa idosa;

347. Antecipar o calendário de vacinação (influenza) dos idosos para março no Rio Grande do Sul;

348. Prioridade no Atendimento (conscientizar a comunidade), através de orientação sobre o atendimento preferencial do idoso, agilidade para exames e consulta para idosos respeitando o critério de risco;

349. Área de lazer com acompanhamento; exemplo: exercícios físicos, entretenimentos, baile da terceira idade, local próprio para encontro dos idosos, criação de espaços culturais específicos para o idoso;

350. Criar a “Semana Farroupilhense do Idoso”, preferencialmente no mês de abril para associar a este evento a realização da vacina da gripe;

351. Implementar políticas públicas efetivas para uma qualidade de vida na terceira idade

com intensificação de campanhas educativas, informativas e preventivas em relação aos cuidados sobre DSTs;

352.Recomendar o acréscimo no conteúdo programático na rede de ensino municipal da temática da atenção e respeito ao idoso, através de uma ação intersetorial em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação;

353.Ampliação da Lei Federal que regulamenta o trabalho para pessoas com necessidades especiais também para portadores de sofrimento psíquico com estudo para criação de Lei Municipal visando suas inserções sociais pelo trabalho;

354.Desenvolver campanhas educativas e informativas de que os cuidados com os idosos é de responsabilidade primeira dos familiares (Estatuto do Idoso);

355.Criação da Semana Nacional de combate ao Câncer;

356.Garantir, qualificar e ampliar políticas de Assistência Farmacêutica ao Idoso;

357.Implantar o Programa de Internação Domiciliar na Atenção em Saúde;

358.Fortalecer ações de cuidado domiciliar, em especial para a população idosa frágil, incluindo capacitação adequada de cuidadores para a prestação desses cuidados;

359.Garantir o financiamento em todos os níveis do SUS para a promoção, prevenção, cuidados e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Saúde Bucal

360.Criar e ampliar os Centros de Especialidades Odontológicas;

361.Continuação com o programa odontológico do ESF a população em geral e especialmente no tocante ao atendimento e prevenção a escolares.

362.Garantia de maiores recursos na área da promoção e prevenção por parte dos gestores federais, estaduais e municipais por serem as melhores alternativas a serem aplicadas nos Municípios;

363.Obrigatoriedade da inclusão da Equipe de Saúde Bucal na ESF;

364.Implementar e ampliar o atendimento integral no serviço de saúde bucal, contemplando as necessidades em todos os níveis de atenção;

365.Criação de Pronto Atendimento Odontológico noturno e em finais de semana – 24 horas, conforme a necessidade local;

366.Garantia de capacitação aos profissionais para que se faça o atendimento odontológico em toda a rede de saúde para pessoas com deficiência;

367.Reforçar a compreensão da saúde bucal como indissociável da saúde geral através de campanhas educativas;

368.Presença de serviço odontológico em todas as unidades básicas de saúde, e proporção de uma equipe de saúde bucal para cada ESF (Estratégia de Saúde da Família);

369.Implantar escovódromos nas escolas públicas, unidades de saúde e creches.

Saúde Mental

- 370. Garantir que a saúde mental seja efetivada como política de saúde pública;**
- 371. Ampliar a rede de saúde mental, incluindo outros dispositivos que garantam a efetiva reforma psiquiátrica como cadastramento e regulação de leitos psiquiátricos em hospital geral com atendimento de urgência, implantação do CAPS infantil, CAPS III, e serviços residenciais terapêuticos e ambulatórios especializados;**
- 372. Criar CAPS-AD com atendimento extensivo a família medidas de prevenção a toda comunidade e acesso a leitos psiquiátricos bem como centros de reabilitação e garantir a inserção social;**
- 373. Implementação de ações que favoreçam a inclusão social de pessoas com sofrimento psíquico e portadores de necessidades especiais auxiliando no aprendizado de atividades que visem a sua inserção no mercado de trabalho;**
- 374. Implementar e garantir transporte próprio para os serviços de saúde mental;**
- 375. Reavaliar e alterar os critérios das perícias médicas efetuadas aos portadores de sofrimento psíquico, que seja considerado o relatório e avaliação das equipes de saúde mental;**
- 376. Redução de danos ampliada, como uma estratégia de política pública de saúde permanente que segue os princípios e diretrizes do SUS, que reduzam os danos, não somente dos UDS, UDIS, UDCAS, PVHA, profissionais do sexo, mas sim em todo o campo de atuação do PRD os inserindo aos serviços de saúde;**
- 377. Garantir que o tema da saúde mental seja incluído em todos os cursos e que a educação permanente inclua a saúde mental nas áreas de educação e saúde;**
- 378. Criação e implantação de políticas que abranjam diferentes áreas que possam englobar os grupos de risco e vulneráveis ao sofrimento mental;**
- 379. Promover ações preventivas e educativas sobre depressão pós-parto (psicose puerperal);**
- 380. Ampliação da Lei Federal que regulamenta o trabalho para pessoas com necessidades especiais também para portadores de sofrimento psíquico com estudo para criação de Lei Municipal visando suas inserções sociais pelo trabalho;**
- 381. Intensificar o combate às drogas, com programas direcionados as escolas especificamente;**
- 382. Integração das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) com as Entidades da Sociedade Civil no tratamento e reinserção social de jovens usuários de drogas;**
- 383. Incentivar e garantir a construção de políticas de atenção integral ao uso abusivo de álcool ou outras drogas, de acordo com os preceitos de universalidade, participação social, integralidade e equidade no modelo de clínica ampliada;**
- 384. Garantir referências para desintoxicação e tratamento para todas as pessoas;**
- 385. Intensificar o combate às drogas, com programas direcionados as escolas especificamente;**
- 386. Integração das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) com as Entidades da Sociedade Civil no tratamento e reinserção social de jovens usuários de drogas;**
- 387. Incentivar e garantir a construção de políticas de atenção integral ao uso abusivo de álcool ou outras drogas, de acordo com os preceitos de universalidade, participação social, integralidade e equidade no modelo de clínica ampliada.**

Controle das DST / AIDS

388. Os gestores de saúde devem estimular e capacitar os trabalhadores municipais de saúde para que realizem atividades de prevenção e de multiplicação de informações sobre DST/HIV/AIDS no seu relacionamento diário com a população, sem nenhum tipo de discriminação, bem como desenvolver campanhas de prevenção de DST/AIDS plurais, sistemáticas e intensivas como forma de sensibilizar e estimular a população sobre sua importância, bem como promover, valorizar, garantir e facilitar o papel ativo da comunidade no processo de constatação de suas necessidades e no planejamento das políticas públicas em saúde através do desenvolvimento e execução dos seus próprios projetos gerando autonomia, consciência participativa e cidadania;

389. Os gestores de saúde devem desenvolver políticas de prevenção de DST/HIV/AIDS para pessoas portadoras de deficiência, inclusive desenvolvendo campanhas de prevenção de DST/AIDS em linguagem de Libras/Braille (Língua Brasileira de Sinais/Sistema Braille), como forma de sensibilizar e estimular essa população sobre sua importância e que abranja todas as faixas etárias, considerando os recortes de gênero e raça/etnia;

390. Os gestores de saúde deverão disponibilizar vacinas contra HPV, tuberculose e hepatite, exames e tratamento contra o HIV, de acordo com as pactuações, para homens e mulheres, na rede de saúde pública, considerando as populações de travestis, transexuais, homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo, trabalhadores da área da saúde e de OSC (Organizações da Sociedade Civil) que lidam com pessoas portadoras de HIV/AIDS, com o intuito de preservar estas PVHA da exposição a uma nova co-infecção, sem que estas sejam submetidas a qualquer tipo de constrangimento;

391. criar mais leitos na rede hospitalar conveniada do SUS para pessoas vivendo com HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), incluir pessoas em situação de rua;

392. O gestor de saúde deve garantir maior agilidade para marcação da primeira consulta aos pacientes com resultado positivo de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e Hepatite B e C, bem como entre a primeira consulta e a marcação de exames de medição de carga viral, CD4/CD8 para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e Hepatite B e C;

393. O gestor de saúde deve garantir a sustentabilidade das políticas públicas de DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida);

394. O gestor de saúde deve estimular a criação, em instâncias públicas e privadas, de programas de geração de renda para as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), prioritariamente àquelas em situação de pobreza extrema;

395. Os gestores de saúde do Estado e Municípios deverão garantir aos heterossexuais, travestis e transexuais o oferecimento pelo SUS de tratamento e cirurgia plástica para a correção de lipodistrofia que garantam o bem-estar e a dignidade das PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS). Com a disponibilização para travestis e transexuais, do tratamento de hormonioterapia e cirurgia plástica que garantam a sua construção de gênero, respeitando seu nome social, o que é reivindicação sociedade civil organizada;

396. O gestor de saúde deverá disponibilizar vacinas contra HPV, tuberculose e hepatite, exames e tratamento contra o HIV, para homens e mulheres, na rede de saúde pública, homossexuais masculinos, usuários de drogas, profissionais do sexo,

trabalhadores da área da saúde e de OSC (Organizações da Sociedade Civil) que lidam com as pessoas portadoras de HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), com o intuito de preservar estas PVHA da exposição a uma nova co-infecção sem que estas sejam submetidas a qualquer tipo de constrangimento principalmente para travestis, transexuais;

397. O gestor de saúde deverá qualificar o atendimento nos CTAs (Centros de Testagem e Aconselhamento) Municipais e Estaduais, implementar efetivamente o acolhimento dentro da proposta do Ministério da Saúde de Humanização do SUS, em especial na área da saúde mental, o que é uma reivindicação da sociedade civil organizada desde a I Conferencia Municipal de Saúde de Porto Alegre;

398. Acatar: a Comissão Intergestores Bipartite/CIB-RS, que estabelece a responsabilidade dos gestores municipais que se encontram habilitados ao repasse Fundo a Fundo na aquisição de preservativos necessários ao atendimento da população (no mínimo 20% do repasse do Ministério da Saúde baseada no plano de necessidades de cada estado) e a Portaria Ministerial 2314, de 20 de novembro de 2002, que normatiza, em seu anexo V, os instrumentos e as Orientações Técnicas Específicas para a elaboração dos Planos de Ações e Metas, para a aplicação dos recursos relativos ao incentivo, para o estabelecimento de parcerias com as organizações não governamentais (ONGs) e as recomendações para a pactuação sobre a política de disponibilização de preservativos masculinos (inclusive de 49ml), feminino e gel lubrificante;

399. Criar mecanismos entre organismos governamentais e sociedade civil para discutir a simplificação da aplicação dos mecanismos de flexibilidade do acordo Trips, tal como o processo de licenciamento compulsório (artigo 31 do Acordo Trips- aspectos da propriedade intelectual relacionados ao comércio) aplicado com êxito através da portaria 886/2007 de 25/04/2007, que declara de interesse público os direitos de patente sobre o medicamento antiretro-viral Efavirenz para fim de concessão de licença compulsória.

Saúde População Rural

400. Qualificar o acesso e assistência ao transporte de pacientes em urgência e emergência da Zona Rural;

401. Proposição e desenvolvimento de projetos específicos para saúde da população rural de acordo com as características locais mantendo a atendimento continuado;

Regionalização

402. Implantação do processo de organização e regulação da atenção à saúde de forma regionalizada de acordo com as definições dos órgãos colegiados pertinentes e de acordo com o que propõe o Pacto pela Saúde;

403. Melhoria no sistema de transporte de pacientes para realização de exames e consultas fora do município e promover parcerias, em relação ao transporte, para facilitar o acesso de pacientes e a manutenção do atendimento no serviço público;

404. Implementar um maior número dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) regionais, viabilizando assim este atendimento pelo SUS;

405. Fortalecimento da Microrregião fazendo acontecer a regionalização atendendo a

realidade de cada Microrregião; criação de um mapa dos serviços de Referência, e que o mesmo seja efetivado, com garantias de acesso equânime;

406. Extensão do serviço do SAMU para todas as regiões (Uti Móvel);

407. Que seja implantado o Plano de Regionalização da Saúde, garantindo a descentralização das média e alta complexidades, bem como a compra de mais Leitos de UTI, e criar mecanismos para assegurar o atendimento médico de especialistas (como ex: otorrinolaringologista, neurologia, traumatologia, ortopedista, vascular, mastologia, gastroenterologia, reumatologista, saúde mental, osteoporose, reumatismo e trombose, entre outros), com necessidade de acompanhar a TABELA DO SUS;

408. Manutenção de consórcio Intermunicipal de Saúde, observando os Princípios Fundamentais do SUS;

409. Um maior percentual de atendimentos de especialidades fora do município;

410. Criar albergues públicos com financiamento e gestão intersetorial para acompanhantes e pacientes em tratamento fora do domicílio, nos maiores centros de atendimento;

411. Fortalecer a estrutura e a gestão das Coordenadorias Regionais de Saúde para que possam cumprir a função de regulação e de assessoria aos municípios e que o Estado, por meio das CRSs, preste o devido suporte aos municípios para que os mesmos possam alcançar as metas exigidas pelo Estado;

412. Fortalecer a capacidade de gestão participativa nos municípios, incentivando colegiados de gestão entre os trabalhadores dos serviços, de modo a descentralizar, dividir responsabilidades e potencializar os recursos próprios dos municípios;

413. Avaliação e fiscalização periódica, conjuntamente entre Secretaria de Saúde e Conselho de Saúde, através de indicadores dos serviços e ações do Sistema, incluindo, tempo de espera para consultas e exames especializados;

414. Efetivação da PPI da Assistência que espelhe as reais necessidades da população;

415. Fortalecer a rede especializada de Assistência ao Diabetes.

416. Que através da regionalização da saúde se garanta oferta, conforme a necessidade, de exames diagnósticos como: mamografias, tomografias, ecografias;

417. Ampliação dos tetos de exames pelo Estado, baseados na Portaria 1101 e adequado à situação epidemiológica local;

418. Ter acesso a um número maior de consultas e exames especializados, fiscalizando o cumprimento das cotas contratuais pelos prestadores de serviços.

Central de Regulação

419. Política estadual de regulação coordenada pelo estado que priorize a garantia ao acesso a urgência e emergência, procedimentos ambulatoriais e hospitalares e, controle e avaliação dos serviços de saúde do SUS;

420. Implantação de um sistema informatizado nos complexos reguladores, que garanta o acesso correto pelas portas de entrada do SUS e seja acompanhado em tempo real por todos os gestores municipais, independente do porte dos municípios, em todas as etapas do processo de atendimento;

421. Implementar junto ao Estado maneiras de coibir ações dos “Fura Fila” garantindo a

equidade do acesso através da implantação efetiva dos complexos reguladores, sob a responsabilidade estadual, nas micro e macrorregiões;

422.Instalação de um Comitê gestor em cada complexo regulador composto por usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço, gestores, da região atendida para acompanhar o seu funcionamento, indicados pelos Conselhos Regionais de Saúde;

423.Implantar e Implementar as 7 centrais de regulação para média e alta complexidade de consultas, exames especializados e internações hospitalares, facilitando e operacionalizando as relações de referência e contra-referência, com critérios claros e que garanta o acesso aos usuários.

Atenção Hospitalar

424.Que o Estado garanta a contratualização e os recursos financeiros aos Hospitais de pequeno porte, respeitando o equilíbrio econômico e financeiro para prestação de serviços;

425.Efetivar a Contratualização dos Hospitais;

426.Agilizar as negociações entre Poder Público, Hospital e Médicos, para que normalize o atendimento a população;

427.Garantir leitos hospitalares em hospital geral para saúde mental, dependência química e portadores de HIV/AIDS, incluindo população de rua;

428.Equipar hospitais regionais para garantir atendimento SUS de boa qualidade dos serviços na área da saúde, e melhorar as salas de cirurgias;

429.Criar mecanismos de controle para aquisição de equipamentos para hospitais conveniados (filantrópicos ou OSCIP) com recursos públicos (municipais, estaduais, federais, inclusive de emendas parlamentares) para garantir aquisição de equipamentos de interesse do SUS. Estabelecer vínculos administrativos para que sejam devolvidos em caso de descredenciamento;

430.O atendimento no SUS deve ser igual para todos em todos os hospitais. Disponibilizar os medicamentos para as pessoas internadas e garantia de alimentação aos acompanhantes;

431.Buscar Alternativas junto aos governos Federal e Estadual, para melhorar as condições físicas dos Hospitais que prestam atendimento SUS;

432.Mais apoio e financiamento de todos os níveis de governo aos hospitais de pequeno porte;

433.Compromisso dos hospitais de ensino e dos gestores do SUS com a inserção orgânica e efetiva dos profissionais no Sistema, criando condições reais de exercerem sua missão e de retribuir com qualidade técnica na assistência, no ensino, na pesquisa, na educação, na avaliação e na incorporação de novas tecnologias;

434.Rediscutir o papel dos hospitais de pequeno e médio porte e garantir infra-estrutura, material, de equipamentos e pessoal para qualificar os serviços oferecidos à população;

435.Que haja agilização de implantação do PID (programa de internação domiciliar) nos municípios, com prioridade para pacientes crônicos, com a finalidade de dar maior rotatividade aos leitos do SUS, nos hospitais locais, e estimular a internação domiciliar nos demais;

436. Dar um adequado destino ao lixo químico dos hospitais;

437. Que os exames e consultas especializadas possuam regras para a oferta. Regular as consultas e exames com laudo médico dos profissionais do SUS justificando o referido pedido;

438. Discutir a regionalização dos serviços de saúde, dando mais autonomia e estrutura aos hospitais micro-regionais;

439. Aumentar o convênio com hospitais de pequeno porte, mais perto do município, para diminuir a ambulância-terapia.

Gestão do Sistema

440. Garantir que as Coordenadorias Regionais de Saúde atuem a partir de uma equipe tenham coordenações nos diferentes setores de trabalho (Planejamento, Ações em Saúde, Vigilância em Saúde e Administrativo) formando uma equipe coordenadora que possibilite uma gestão articulada, democrática e descentralizada, em tempo integral;

441. Que seja incluído o questionário étnico-racial em todos formulários da SMS, dentro da classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

442. Informatização de todos os setores da saúde e urgência na implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o território nacional;

443. Continuar com os Convênios e Programas de Saúde.

Fronteira

444. Implementação de Legislação apropriada frente às questões de saúde nas áreas de faixa de fronteira;

445. Que os municípios de fronteira recebam um teto para atender a demanda de estrangeiros no município;

446. Destinação, por parte da União e do Estado, de Incentivo Financeiro para atendimento da população de fronteira;

447. Destinar mais verbas da Saúde para Zona de Fronteiras e sazonais.

Vigilância em saúde

448. Antecipar o período de divulgação, educação e campanha da vacina da gripe nos estados do sul do País, atendendo premissas de equidade e características climáticas, como forma de diminuir as internações hospitalares e morbidades respiratórias;

449. Melhorar as condições de saneamento básico e fiscalizar esgoto residencial;

450. Aumentar a conscientização em relação aos benefícios da vacina da gripe através de relatos de usuários em meios de comunicação e realizar campanhas durante todo o ano para desmistificar os mitos em relação a vacina da gripe;

451. Conscientizar e capacitar os agentes de saúde sobre o calendário de vacinação das crianças e disponibilizar vacinas para atualizar a carteira de vacinação durante as

campanhas de vacinação;

452.Fortalecimento dos Sistemas Municipais de Vigilância em Saúde, com assessoria e educação permanente dos trabalhadores pelo Estado;

453.Promover a conscientização da importância do trabalho em vigilância em saúde, bem como dos seus profissionais, com a efetiva participação da população;

454.Ampliar as ações do Programa de Controle de Vetores, com base nas necessidades locais;

455.Que seja divulgada a competência de cada esfera de governo através das listas de padronização de medicamentos;

456.Melhorar o acesso da comunidade rural nas campanhas de vacinação;

457.Intensificar a fiscalização sanitária nas escolas de educação infantil (0 a 5 anos) e clínicas geriátricas;

458.Intensificar a fiscalização da Vigilância Ambiental, para controlar o desmatamento em volta dos rios, nascentes e arroios e incentivar, junto ao meio ambiente, o reflorestamento através de um profissional da área, biólogo ou técnico;

459.Conscientizar as pessoas com ações educativas que a água é um bem natural necessário, escasso e público, e devemos preservá-la devido sua importância para a vida;

460.Mobilizar para que as autoridades competentes criem fundos disponíveis, para o armazenamento de água no centro de tratamento, manter a rede de água conservada e realizar tratamento correto do esgoto;

461.Apoiar ações de educação sobre o uso racional de agrotóxicos, baseados em estudos epidemiológicos;

462.Efetivar o Programa Inverno Gaúcho como política de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, incluindo a antecipação da campanha de vacinação contra a gripe para as pessoas com mais de sessenta anos, para o mês de fevereiro de cada ano, no Estado do Rio do Rio Grande do Sul, como forma de diminuir as internações hospitalares durante o inverno, relacionadas a doenças respiratórias;

463.Urgência da votação e aprovação pela Assembléia Legislativa do Código de Saúde (para ações de vigilância no ambiente de trabalho);

464.Controlar a incidência/prevalência das doenças emergentes desenvolvendo ações efetivas para este controle, detecção precoce e tratamento adequado;

465.Integração da equipe do Programa Saúde da Família com o Programa de vigilância e controle da Dengue;

466.Garantir a execução da Norma Técnica Nacional de combate a Dengue, com a garantia de realização de Levantamento de Índice em municípios não infestados;

467.Realizar ações educativas e preventivas contra a Dengue, juntamente com as Secretarias de Educação para conscientização da prevenção em um âmbito geral;

468.Fazer cumprir a legislação referente à fluoretação da água.

Medicamentos e Assistência Farmacêutica

469.Que o direito dos usuários que fazem uso de medicamento contínuo seja efetivado

nas três esferas conforme a legislação;

470. Que sejam ampliados os recursos e seleção de incentivos para a assistência farmacêutica básica;

471. Estabelecimento de regras claras, para o financiamento dos programas de Assistência Farmacêutica, definindo as competências de financiamento e dispensação;

472. Exigir do Congresso Nacional a revisão da Lei de Patentes no Brasil como uma estratégia de implementação da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior para fármacos e medicamentos;

473. Que o município seja ressarcido, obedecendo as regras de regulação e preço tabelado, quando arcar com a compra de medicamentos especiais e excepcionais;

474. Acionar os mecanismos que já existem para fazer cumprir a lei no que diz respeito à medicação;

475. Agilizar e racionalizar o acesso para a obtenção de medicamentos, especialmente para os de uso contínuo, especiais e excepcionais;

476. Exigir dos Gestores da Saúde nas três esferas, a garantia da disponibilidade e acessibilidade a medicamentos e vacinas nas Unidades de Saúde;

477. Maior investimento por parte do Estado para o acesso a medicamentos especiais e excepcionais;

478. Maior investimento por parte do Estado no repasse de recursos aos Municípios para aquisição de medicamentos da Farmácia Básica;

479. Cumprimento do repasse de recursos para medicamentos de uso contínuo e medicamentos especiais para os pacientes;

480. Que se cumpra a dispensação de medicamentos na Farmácia Municipal, inclusive medicamentos controlados.

481. Que o estado entregue os medicamentos que são de sua alçada sem a necessidade de processo judicial;

482. Implementar a avaliação permanente da Assistência Farmacêutica no Estado e o atendimento das resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em especial quanto ao fracionamento dos medicamentos;

483. Imediato cumprimento da legislação referente à política de medicamentos especiais e excepcionais pelo Estado do RS, bem como desburocratizar e agilizar os processos;

484. Que as decisões judiciais sejam respaldadas por pareceres técnicos de profissionais da área da saúde;

485. Que o Ministério da Saúde adote medidas para ampliar a produção de medicamentos e atenda em especial às demandas regionais com ênfase na atenção básica;

486. O gestor deverá disponibilizar vacinas contra HPV, tuberculose e hepatite, exames e tratamento contra o HIV, para homens e mulheres, na rede de saúde pública, principalmente para travestis, transexuais, homossexuais masculinos, usuários de drogas, profissionais do sexo, trabalhadores de área da saúde e de OSC (organização da sociedade civil) que lidam com pessoas portadoras de HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), com o intuito de preservar estas PVHA da exposição a uma nova co-infecção, sem que estas sejam submetidas a qualquer tipo de constrangimento.

Educação Permanente

487. Incentivo e estrutura para capacitação de profissionais de saúde para o atendimento humanizado (ênfase em aspectos como ética, respeito, educação, solidariedade) com incentivo à prática de acolhimento e garantia do encaminhamento adequado dos usuários às devidas referências, dando continuidade ao tratamento íntegro;

488. Revisar conceitos e práticas educativas, de forma que fortaleça a formação e educação permanente dos profissionais e favoreçam uma nova cultura. Capacitação para todos os trabalhadores do SUS, e contemplam projetos de capacitação e educação permanente dos trabalhadores, visando à humanização e responsabilização quanto à atenção e assistência, com compromisso com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, incluindo os serviços de apoio;

489. Qualificar e capacitar os profissionais de saúde ligados às Unidades Básicas de Saúde com o comprometimento de proporcionar um atendimento integral e humanizado, e dos recepcionistas nas UBS;

490. Oferecer maior suporte técnico para as equipes que trabalham na atenção básica com capacitação permanente e eficaz desde o módulo introdutório dos profissionais das equipes do ESF;

491. Capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde para as questões específicas dos diferentes étnicos, bem como dos portadores de deficiências e transtornos mentais;

492. Estímulo, possibilidade e reconhecimento das capacitações, especializações e atualizações dos profissionais do serviço público de saúde, sem custo para o mesmo;

493. Que os profissionais concursados tenham acesso a cursos de pós-graduação nas Universidades Públicas de forma gratuita;

494. Reservar recursos e qualificar os trabalhadores para a produção de pesquisas científicas e tecnológicas, visando à qualidade da atenção;

495. Realizar capacitação continuada com os profissionais de saúde: Saúde coletiva e humanização da assistência, a partir da realidade local. Valorização, equiparação salarial e Plano de Carreira dos profissionais de saúde;

496. Desenvolver estratégias de educação permanente com os profissionais de saúde para maior qualificação técnica, administrativa e institucional em planejamento, programação, acompanhamento e avaliação;

497. Capacitação (permanente) dos Agentes Comunitários de Saúde, com certificação e carga horária e apoio das coordenadorias regionais; que contemple as reais necessidades, levantando entre o público-alvo as prioridades a serem trabalhadas, qualificando o trabalho. Teoria e prática;

498. Exigir das instituições formadoras de ensino de terceiro grau (públicas e privadas) o cumprimento da Lei de Diretrizes e Bases da Educação no que se refere à implantação das Diretrizes Curriculares para os cursos de saúde e ampliação do debate entre gestores de saúde e instituições formadoras, proporcionando ambientes de ensino-aprendizagem nos serviços de saúde;

499. Que a política nacional de educação permanente na saúde contemple na implementação a execução de ações semelhantes ao projeto VER-SUS (metodologia de estágios de vivência) para qualificação da formação em saúde;

500. Políticas de educação para a saúde que garantam adequada qualificação de docentes, discentes, gestores e profissionais de saúde em compatibilidade com as

necessidades do SUS;

501.Realização de convênios com instituições formadoras para qualificação dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão;

502.Reconhecer a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde como legítima reguladora dos Programas/Cursos, tanto no que se refere à qualidade para titulação, quanto à solução de continuidade por sua fonte financiadora (Portaria MS nº 45, de janeiro de 2007);

503.Construir a política estadual de educação permanente, com pactuação tripartite de responsabilidades de desenvolvimento de programas de residência integrada em saúde, em consonância com as diretrizes nacionais deliberados na CNRMS. Desta forma, deve-se garantir a criação de novos programas, nas diferentes regiões do Estado, conforme necessidades e particularidades locorregionais, debatidas pelas instâncias de controle social. Este processo deve ser articulado à formação de uma Comissão Estadual de CRMS;

504.Política de Educação Permanente em Intensificar o combate às drogas, com programas direcionados as escolas especificamente;

505.Integração das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) com as Entidades da Sociedade Civil no tratamento e reinserção social de jovens usuários de drogas;

506.Incentivar e garantir a construção de políticas de atenção integral ao uso abusivo de álcool ou outras drogas, de acordo com os preceitos de universalidade, participação social, integralidade e equidade no modelo de clínica ampliada;

507.Saúde, com previsão orçamentária, como estratégia de formação de trabalhadores da saúde, gestores, formadores, conselheiros e usuários do SUS segundo as necessidades de saúde da população;

508.Que as CIES (Comissão de Integração do ensino-serviço) se efetivem como espaços de formulação da política de educação permanente em saúde em apoio a todas as esferas de gestão, contemplando o interesse de participação intersetorial bem como a autonomia de indicação das representações dos segmentos na composição das CIES;

509.Criar núcleos de articulação distritais de educação permanente em saúde, coerentes com a Política Nacional, com garantia de financiamento municipal específico para as ações de formação pactuadas entre usuários, gestores, trabalhadores e instituições formadoras;

510.Fortalecimento institucional da Escola de Saúde Pública através dos Núcleos Regionais de Saúde Coletiva (NURESC), promovendo as condições necessárias ao seu funcionamento e garantindo a política de educação permanente para o SUS;

511.Capacitação dos profissionais da rede pública de saúde para atendimento de pessoas com deficiência;

512.Disponibilização por parte do Ministério da Saúde de Capacitação para os profissionais da rede hospitalar, com facilitações para os profissionais da rede pública, e da rede filantrópica;

513.Viabilizar recursos de aperfeiçoamento na área da saúde, com temas pertinentes que tenham implicação direta e indiretamente com a política de desenvolvimento de recursos humanos, envolvendo os profissionais da saúde, gestores, conselheiros, com apoio das três esferas de governo, dentro da política nacional de educação permanente em saúde, fortalecendo e qualificando o SUS;

514.A capacitação para todos os trabalhadores visando à humanização e responsabilização quanto à atenção e gestão com compromisso de efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, incluindo os serviços de apoio;

515.Proporcionar educação continuada para os profissionais da saúde, escolares e lideranças comunitárias objetivando a efetivação dos princípios do SUS;

516.Implementar qualificação do profissional médico para assumir serviços de ecografia segundo análise de auto-efetividade e necessidades locais;

517.Municipalização parcial da atenção à saúde da área de abrangência do Centro de Saúde Escola Murialdo e manutenção da Residência Integrada em Saúde (RIS) sob gestão da Escola de Saúde Pública, garantindo a área de abrangência populacional reduzida nas unidades de ensino-serviço;

518.Garantia da manutenção do serviço de saúde comunitária do GHC (Grupo Hospitalar Conceição) como espaço formação, pesquisa e inovação para o SUS, reconhecendo esta particularidade na definição de parâmetros assistências de cobertura.

Gestão do Trabalho

519.Que seja reorganizada a partir de discussão e pactuação com os trabalhadores a otimização dos profissionais concursados, respondendo à necessidade de funcionamento adequado e resolutividade dos serviços de saúde do município;

520.A realização de concurso público para preenchimento de cargos NA ÁREA DA SAÚDE de forma periódica e sistemática, com remuneração compatível a partir de um plano de carreira, cargos e salário e isonomia salarial entre os profissionais do mesmo nível construindo, assim, uma política salarial que incentive a dedicação integral, a capacitação dos profissionais para cada função (em especial na ESF) e indicadores de qualidade dos serviços de saúde;

521.Ampliar e manter as Equipes de ESF nas UBS;

522.Efetivação do ESF com recursos humanos e materiais e financeiros;

523.Dar visibilidade/valorização/capacitação através do reconhecimento como funcionários públicos/trabalhadores de saúde aos Agentes de Saúde e aos Redutores de Danos;

524.Aumento dos incentivos financeiros federais aos programas de ACS, ESF e ESB;

525.Contratação de profissional farmacêutico para as SMS;

526.Concurso público para agente sanitário para as ações de controle ambiental em saúde;

527.Criação do cargo de Auxiliar de consultório dentário e contratação dos referidos profissionais para todas as Unidades Básicas de Saúde;

528.Obrigatoriedade de concurso público para todos os trabalhadores da área da saúde assegurando seus direitos trabalhistas;

529.Integração dos grupos que trabalham nos Distritos (UBS, Pastoral da Criança, Associações dos Bairros) ESF e PACS;

530.Integrar os profissionais da rede municipal efetivando o trabalho interdisciplinar em busca de um trabalho humanizado;

- 531. Desenvolver as ações com equipes multiprofissionais em todos os níveis de atenção do SUS;**
- 532. Fixação de um piso salarial para os profissionais que compõem a equipe do ESF;**
- 533. Dar melhores condições aos trabalhadores da saúde, mais infraestrutura aos profissionais;**
- 534. Garantir a todos os trabalhadores o direito de insalubridade, conforme previsto em lei;**
- 535. Revisão do índice de pagamento da insalubridade e efetivação do pagamento sobre o piso da categoria conforme jurisprudência do TST a todos os profissionais;**
- 536. Adicional de difícil acesso e insalubridade para os servidores municipais da saúde;**
- 537. Estabelecer pacto de responsabilidade e de compromisso dos profissionais contratados com as diretrizes dos serviços;**
- 538. Garantir condições de trabalho para que os servidores possam exercer sua formação profissional e para que os usuários sintam-se acolhidos e valorizados;**
- 539. Exigir que os profissionais da saúde cumpram a carga horária pelo qual foi contratado, para melhor atender a população;**
- 540. Incentivar, discutir e efetivar ações de responsabilização no trabalho e compromisso efetivo com as necessidades dos usuários do sistema e com a implantação do SUS, de acordo com os objetivos institucionais, considerando: a) A substituição das práticas autoritárias pela autoridade de coordenação colegiada e democrática visando o desenvolvimento de relações de trabalho cuja referência principal seja a satisfação do usuário (responsabilização); b) A superação da alienação pela participação consciente no processo de trabalho e sua extensão;**
- 541. Criação de ouvidoria para denúncias e outros espaços coletivos de discussões e encaminhamentos dos problemas encontrados nos serviços;**
- 542. Aumentar a rede de fiscalização das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Saúde Bucal;**
- 543. Criação de distritos sanitários com equipes matriciais em apoio às equipes de saúde da atenção básica e demais serviços da rede, com atendimento estendido aproveitando e potencializando o trabalho em equipe e a articulação entre ensino e o serviço, respeitando os diferentes perfis e necessidades de saúde dos diferentes indivíduos e grupos populacionais;**
- 544. Ampliação das ações do Setor de Saúde do Trabalhador, voltados para os trabalhadores da saúde, inclusive aos do UBS;**
- 545. Para garantia da continuidade das políticas de saúde, propomos a profissionalização da gestão, através da criação de cargos específicos para gestão em saúde, nos níveis municipal, estadual e nacional;**
- 546. Que sejam implantadas formas e práticas de interlocução (reuniões, boletins, intranet, etc.) como caminho para a intra e intersetorialidade na gestão, no planejamento e execução dos serviços de saúde, incluindo outros setores da gestão municipal além da saúde;**
- 547. A exigência que as instituições públicas de saúde cumpram o estabelecido pelo decreto n.º 5.626/05, o qual estabelece que as empresas concessionárias de serviços públicos de saúde devem dispor de, pelo menos, cinco por cento de trabalhadores capacitados para o uso e a interpretação da língua brasileira de sinais (Libras);**

548. Que o Gestor assegure através de um planejamento prévio de alocação de pessoal a substituição dos profissionais que saem da base operacional para cargos de gerência;
549. Extensão do período de licença maternidade para no mínimo de seis meses com garantia da manutenção dos direitos trabalhistas e incentivos à implantação de postos de coleta de leite materno em empresas públicas e privadas;
550. Regulamentação das 30 horas semanais para os trabalhadores da Saúde;
551. Negociação Coletiva como processo permanente nas relações de trabalho, tendo como base a concepção administrativa fundada em princípios democráticos e modernizadores da gestão e de defesa do PATRIMÔNIO PÚBLICO, celebração de convênios coletivos de trabalho com negociação direta, como estratégia de melhor servir a população usuária;
552. Total apoio financeiro e de recursos humanos em nível de Estado na reestruturação da rede básica, visando atender a obrigatoriedade da implantação da gestão plena de administração da saúde;
553. Que os recursos relacionados à saúde do trabalhador sejam repassados para ampliar o sistema de informação e notificação.

PROPOSTAS PARA O ÂMBITO MUNICIPAL

554. Garantia de insumos necessários para os usuários no seu tratamento / reabilitação domiciliar ou não;
555. Garantia de maiores recursos na área de prevenção por parte dos gestores federais, estaduais e municipais por serem as melhores alternativas a serem aplicadas nos Municípios;
556. Revisão de lei que institui o IPAG Gravataí Saúde por uma comissão composta por trabalhadores e representantes do governo (de forma paritária), com a discussão da não obrigatoriedade da contribuição do IPAG Gravataí Saúde, bem como revisão dos percentuais de contribuição;
557. Inclusão de profissional nutricionista exclusivo para a Secretaria Municipal de Saúde;
558. Efetivação do PCCS constante no Plano Municipal de Saúde e adequação às Diretrizes Nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS);
559. Implantar e implementar a política municipal de saúde para as pessoas com deficiência;

EIXO III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde e a Educação Permanente para o Controle Social no SUS

Informação e Comunicação

560. Desenvolver um trabalho de divulgação contínua da saúde pública junto aos meios de comunicação e Grupos da sociedade;
561. Que sejam priorizadas as ações globais e políticas de saúde pública que beneficiem essencialmente os usuários e trabalhadores do sistema, priorizando ações

preventivas, vendo o indivíduo na sua integralidade, respeitando peculiaridades regionais e que haja divulgação das políticas de saúde para a comunidade;

562. Oportunizar aos usuários a informação e a ampliação destas de forma clara em linguagem acessível com relação a sua saúde, fazendo com que ele seja sujeito responsável do seu processo de cura e de cuidado e aumentar a conscientização pelos seus direitos;
563. Implementar estratégias para informar o usuário e incentivar a participação através dos grupos específicos (idoso, hipertenso, gestante, reeducação alimentar, clube de mães etc.);
564. Criar e implantar estratégias de Educação Popular em Saúde na lógica da Educação Permanente em Saúde, intersetorialmente envolvendo entidades e movimentos sociais no processo de conscientização sobre saúde;
565. Que a participação popular enquanto princípio do SUS, garanta relações éticas e compromissadas com os usuários;
566. Esclarecimento, sensibilização e conscientização da população no sentido de valorizar o conhecimento preventivo da doença e uso responsável dos meios disponíveis para a promoção da saúde;
567. Repensar a maneira de conscientização e chamamento que é desenvolvida para atingir a sociedade;
568. Legitimar efetivamente a participação popular e o Controle Social nos espaços de construção de formação em saúde, a fim de garantir uma formação para o SUS comprometida com as reais necessidades da população;
569. Estimular a inclusão da comunidade nas decisões sobre a saúde pública, integrando usuários com os profissionais da saúde, para o planejamento das ações conforme as necessidades da população;
570. Que todas as secretarias municipais da saúde, concluam imediatamente o cadastramento dos respectivos municípios, para que o Governo Federal de posse destes dados possa implantar o cartão SUS nacionalmente e assim disponibilizar todo sistema para o Controle Social;
571. Exigir do Estado a garantia de organização de cursos, oficinas e eventos sistemáticos com os usuários, profissionais e estudantes em conjunto no que diz respeito ao efetivo funcionamento do SUS;
572. Organizar eventos sistemáticos com usuários orientando-os sobre o funcionamento do Sistema de Único de Saúde;
573. Relação permanente com o Ministério Público e com o Judiciário com o intuito de qualificar a efetivação do Sistema Único de Saúde;
574. Que a mídia esteja presente nestes momentos de Conferências Municipal, Estadual e Nacional, para abranger maior índice de conhecimento para a população.

Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde

575. Exigir dos Poderes constituídos o cumprimento da Lei Federal nº 8.142/90 e da Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, em nossos Municípios garantindo desta forma a legalidade, legitimidade e autonomia do Controle Social;
576. Incentivar e Respeitar a paridade nos Conselho e que os Municípios cumpram a lei no que se refere à manutenção, estatuto e Regimento Interno dos Conselhos de Saúde;

577. Fortalecer os Conselhos de Saúde através de suas representatividades e que os conselheiros tenham uma relação vinculada com o segmento que representam, sendo respeitados enquanto instâncias deliberativas pelos gestores do SUS;
578. Os presidentes ou coordenadores dos Conselhos de Saúde não devem ser gestores, nem ocupar cargo de confiança ou funções gratificadas nas três esferas de Governo;
579. Os conselheiros que virem a compor a mesa diretora, principalmente no papel de presidentes, venham a ter apoio e liberação eventual de sua carga horária das entidades que representam e ou onde trabalham, com o objetivo de planejar ações do Controle Social;
580. Os Conselhos de Saúde devem implantar, onde ainda não existem, os Conselhos Locais e Conselhos Distritais de Saúde, fortalecendo onde já existem e estimulando a participação da Comunidade nestes importantes espaços do Controle Social do SUS;
581. Que cada Conselheiro atue no Controle Social, consultando e buscando sugestões de seus representados (entidades) antes das reuniões, e que seja estimulado a divulgar em suas bases, as decisões do Conselho de Saúde;
582. Que os Conselhos criem seus Informativos periódicos para divulgar e difundir a importância da participação social, que tem direito a voz nos conselhos e conferências, como também, as atribuições dos conselheiros, as decisões, as ações desenvolvidas, o calendário e local das reuniões do Conselho Municipal de Saúde;
583. Garantir que o Conselho Municipal de Saúde tenha espaço garantido na propaganda de governo com o objetivo de esclarecer a população sobre seus direitos e encaminhamento de denúncias, sendo o tempo a ser utilizado negociado com os gestores;
584. O Conselho de Saúde deve tornar público suas deliberações e tentar sensibilizar a mídia para divulgar sistematicamente suas atividades e resoluções;
585. Divulgar o trabalho dos conselhos em linguagem adequada para as comunidades, inclusive em Braille e Libras;
586. O Conselho de Saúde, para suas reuniões, deverá apresentar a pauta de assuntos aos Conselheiros com antecedência para dar tempo às entidades realizarem a discussão sobre os temas a serem debatidos como também a divulgação das suas decisões;
587. Que o Conselho possa realizar reuniões plenárias descentralizadas nas localidades e distritos do município, para melhor acesso e participação dos usuários;
588. Criar, em todo o País, Conselhos Regionais de Saúde como instâncias de Controle Social dos Colegiados de Gestão Regional (previsto no Pacto de Gestão da Saúde);
589. Fortalecer e proporcionar meios necessários para maior agilidade das Comissões fiscalizadoras dos Conselhos de Saúde e que estes comprometam-se a gerenciar;
590. Os Conselheiros não devem exercer política partidária dentro dos Conselhos de Saúde;
591. Ampliar a rede de Controle Social, fazer resgate do seu conceito e implantar Conselhos Gestores de Saúde em todos os serviços, inclusive nos hospitais vinculados ao SUS, garantir aos respectivos conselhos estrutura física e condições para que possam melhor cumprir suas funções, inclusive a de fiscalização;
592. Lutar por maior articulação do Controle Social, na fiscalização dos Serviços de Saúde, solicitando implantação de programa de qualidade na prestação de serviços públicos aos poderes institucionais;
593. Que os gestores do SUS participem das reuniões dos conselhos, para esclarecimentos relevantes a saúde dos municípios;

594. A contratação, bem como a renovação de contrato emergencial, de profissionais para área de saúde devem passar pela avaliação do conselho de saúde;
595. Homologação das deliberações do Conselho Estadual de Saúde, pelo chefe do poder executivo, e implantação das mesmas, pela Secretaria Estadual da Saúde;
596. Exigir maior fiscalização do Conselho Estadual de Saúde;
597. Que os Conselhos Regionais de Saúde e as Coordenadorias Regionais de Saúde dialoguem com os municípios, para adesão coletiva ao Pacto pela Saúde;
598. Maior integração entre o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Regional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde;
599. Regulamentar a participação nas Plenárias de Conselheiros, quando fora do domicílio, na mesma forma adotada nas Conferências, com custeio das três esferas de governo e que o estado atenda a decisão da plenária de conselheiros, quanto ao financiamento do coordenador nacional de plenárias – RS, quando em ações dentro do estado;
600. Que o setor formador de profissionais de saúde (estudantes, docentes e instituições formadoras) tenha assento previsto nos Conselhos Municipais e Estaduais de saúde, como já ocorre no Conselho Nacional de Saúde;
601. Que o Conselho Estadual de Saúde estimule os Conselhos Municipais a criarem Conselhos Locais de Saúde nas comunidades rurais e bairros, para que as reivindicações sejam atendidas com maior agilidade;
602. Articulação regional dos Conselhos, assumindo uma visão mais ampla de sua abrangência;
603. Criar espaços envolvendo todos os Conselhos Municipais (educação, direitos da criança, saúde, habitação, idoso etc.) para discutir temas intersetoriais;
604. Criação de Fóruns de Discussão das Políticas Públicas (de 2 em 2 anos);
605. Realizar reuniões de integração entre os conselhos setoriais existentes que existem no município, a cada três meses;
606. Articulação intersetorial dos Conselhos do Município para propor políticas públicas;
607. Fortalecimento da articulação entre instituições governamentais e não governamentais e movimentos nacionais e internacionais voltados para a mudança da situação dos determinantes sociais que afetam a qualidade de vida da população, a fim de consolidar as lutas pelas reformas agrárias e urbanas, pelo fim da mercantilização da saúde;

Estrutura e Manutenção do Conselho de Saúde

608. Que os Conselhos de Saúde sejam apoiados pelas Secretarias de Saúde, disponibilizando suporte técnico, jurídico, financeiro, humano e político para o melhor funcionamento dos conselhos de saúde. Criação de rubricas específicas na dotação orçamentária, infra-estrutura física e material necessário para que exerçam efetivamente seu papel;
609. Substituir as entidades que não tem participado das reuniões do Conselho Municipal, Regional e Estadual de Saúde, cumprindo o que estabelece a Lei;
610. Maior fiscalização dos serviços da área da saúde por parte dos conselhos de saúde e também dos serviços prestados pelos mesmos, dentro ou fora do

estabelecimento de saúde, assim como efetivar a fiscalização aos prestadores de serviço;

611. Os Conselhos de Saúde devem buscar a integração junto às Universidades viabilizando apoio técnico e trazendo a sua experiência de realidade da população;
612. O Conselho de Saúde deve buscar assessoramento técnico (voluntário) junto às Universidades;
613. Proporcionar estrutura própria para o Conselho Municipal de Saúde podendo ser junto com outros conselhos, promovendo sua autonomia.

Composição dos Conselhos de Saúde

614. Pleitear junto ao Conselho Estadual da Saúde que todos os Conselhos Regionais de Saúde do RS tenham assento no Colegiado Estadual;
615. Instituição do Fórum dos diversos Conselhos para discussão das políticas públicas, visando à efetivação das ações propostas pelas várias instâncias do Poder Público;
616. Garantir à participação de um representante das Comissões, associações ou sindicatos dos Agentes Comunitárias de Saúde nos Conselhos Municipais de Saúde.

Educação Permanente para o Controle Social

617. Criar meios de capacitação e qualificação de conselheiros, de lideranças, de Gestores e demais profissionais de saúde mais acessíveis aos municípios, para a realização do exercício do Controle Social em saúde, com financiamento das três esferas de governo;
618. Política de formação de conselheiros e multiplicadores na lógica da Educação Permanente em Saúde;
619. Realizar seminários com mais frequência para que a população esteja mais atualizada convocando conselheiros de saúde e gestores, trabalhadores de saúde e lideranças municipais a participarem;
620. Capacitar os agentes do Controle Social, os gestores e os trabalhadores sobre o Pacto da Saúde e sobre os novos programas e leis da saúde;
621. Propiciar mecanismos de Educação Permanente aos profissionais da saúde, conselheiros municipais e Agentes Comunitários de saúde de forma regionalizada;
622. Maiores oportunidades aos conselheiros e novos conselheiros de saúde para que tenham direito de conhecer, de como fiscalizar, e assim contribuir com o fortalecimento do SUS e a educação permanente para o Controle Social do SUS;
623. Realizar encontros com as entidades da sociedade civil organizada para esclarecer e estimular a participação nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde;
624. Implantar um sistema educacional permanente inserido no calendário curricular em forma de disciplina escolar voltada exclusivamente para educação na área da Saúde contemplando temas, como: princípios básicos do SUS, alimentação saudável, prevenção, de doenças sexualmente transmissíveis, cuidados com higiene, direitos e deveres, anti-tabagismo e anti-drogas. Caberá as Universidades formar os profissionais docentes e caberá ao conselho federal da educação adequar a disciplina no contexto educacional brasileiro;
625. Promover capacitação para os conselheiros, principalmente para os usuários, sobre processo de funcionamento dos serviços e formação e composição das

equipes de saúde. É necessário instrumentalizá-los para participar dessa discussão, pois eles não se sentem capacitados para tal;

626. Promover capacitação permanente para os usuários, profissionais de saúde, gestores e conselheiros de saúde em todos os níveis (Local, Distrital, Estadual e Nacional), abrangendo temas referentes ao SUS, priorizando as especificidades de cada localidade. Promovendo a atualização em relação às novas demandas surgidas, sendo os recursos necessários garantidos pelas três esferas do governo;
627. Que o Conselho Nacional de saúde a partir do debate com a plenária do Conselho, deve regular (deliberar sobre) a criação de novos cursos de formação de trabalhadores de saúde, bem como a ampliação dos existentes (graduação, pós-graduação, cursos técnicos e programas de residência);
628. Organizar Conferências Temáticas de: Assistência em Saúde e Qualidade, DST/Aids, Drogas e álcool, Portadores de Deficiências, doenças crônicas e genéticas incluindo os temas específicos nas diversas conferências da saúde, com maior participação das ONGs que atuam na área, entidades de movimentos populares e associações que representam o usuário do SUS;
629. Conferências Regionais e micro regional para o fortalecimento dos municípios da região;
630. Garantir o acesso às conferências, principalmente aos usuários, pois a eles enquanto principais interessados devem ser assegurados os meios para discutir, reivindicar e cobrar melhorias no atendimento em saúde;
631. Garantir recursos para os delegados eleitos participarem nas Conferências Regionais, Estadual e Nacional;
632. Maior divulgação e estimulação por parte dos Conselhos de Saúde e Secretarias de Saúde, para a participação de usuários e trabalhadores nas Conferências de Saúde;
633. Pactuar agendas comuns entre gestores, movimentos sociais, e trabalhadores da saúde, com a finalidade de organização e mobilização popular para participação nas instâncias de controle social do SUS. Tentar conscientizar a população sobre a importância do Conselho de Saúde e das Conferências de Saúde;
634. Monitoramento e fiscalização por parte dos Conselhos de Saúde quanto ao cumprimento das deliberações das Conferências de Saúde;
635. Divulgar o Relatório Final das Conferências de Saúde, para conhecimento da população, através dos Conselhos de Saúde.

Responsabilidade das três esferas de governo (âmbito Federal, Estadual e Municipal)

636. Logomarca seja incluída nos locais, visíveis prestadoras e equipamentos. Aos meios de comunicação dar mais destaque à sigla SIA/SUS, mostrando os dois lados da história;
637. Garantir que o Pacto pela Saúde seja amplamente discutido e que toda e qualquer alteração seja apreciada e deliberada pela instância apropriada de controle social;
638. Garantir a participação dos Conselhos Locais, Distritais, Municipais e Estadual de Saúde na discussão e elaboração do Plano de Saúde e no Plano Plurianual de Gestão, na Lei de Diretrizes Orçamentárias na parte que referente à saúde;
639. Melhoria das condições materiais e técnicas para a interiorização e descentralização do conhecimento necessário para a efetiva participação social em

- todo o processo de saúde; constitua redes inter setoriais que construam um espaço de troca de conhecimentos, a partir dos princípios de educação popular;
640. Fixar em lugar visível em todas as unidades de saúde quadro de escala com horário de todos os profissionais sejam eles, contratados ou concursados pelo SUS;
 641. Efetivação do controle social sobre os Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde;
 642. Criar, disponibilizar e divulgar amplamente as informações em Saúde bem como, dados e indicadores dos programas, para que a população seja informada sobre o funcionamento do SUS;
 643. Discussão, análise e deliberação de toda a política de saúde nos Conselhos de Saúde, desde projetos, convênios, planos de aplicação, peça orçamentária e relatórios de gestão e que esses, sejam remetidos ao Conselho de Saúde em tempo hábil para análise e discussão dos conselheiros;
 644. Realizar audiências públicas para discussão de temas prioritários em saúde;
 645. Construir o Plano de Saúde de forma participativa e Fortalecer o Controle Social através da Gestão Participativa;
 646. Capacitação de profissionais de saúde, conselheiros e gestores: para melhoria no atendimento, acolhimento aos usuários do SUS e comprometimento da sociedade;
 647. Criação de Ouvidorias nos níveis Municipal, Estadual e Federal;
 648. Implantar o “disque denúncia” para que a população tenha como denunciar, registrar e buscar esclarecimentos sobre os serviços do SUS, e que este também, acione o Ministério Público para que o cidadão não continue sendo lesado enquanto não sai à decisão Judicial;
 649. Monitoramento e fiscalização por parte dos Conselhos de Saúde dos serviços próprios quanto ao atendimento no setor de emergência dos hospitais nos prontos atendimentos, dos trabalhadores do serviço de saúde, (sem discriminação), e dos trabalhos da secretária de saúde – sua capacidade instalada e dos serviços, a fim de que as ações de saúde sejam baseadas na realidade local. Incluir nas fiscalizações, o atendimento às mães parturientes;
 650. Fiscalizar sobre os repasses de verbas para a saúde, com planilhas de gastos e antecedência para a apreciação dos conselheiros.

Dotação Orçamentária para os Conselhos de Saúde e para o Controle Social do SUS

651. Financiamento para o controle social, com recursos das três esferas de governo;
652. Que seja orçado pelo governo recurso financeiro para garantir o custeio das despesas de todo Conselheiro de Saúde quando representando o seu Conselho de Saúde e Delegado eleito e participação nas Conferências de Saúde;
653. Garantir recursos públicos para a capacitação de Conselheiros, lideranças comunitárias e usuários;
654. Criação de um fundo, para manutenção dos Conselhos de Saúde e para a capacitação dos Profissionais da área, possibilitando aos conselheiros e funcionários acesso aos cursos e capacitações disponibilizadas pelas Coordenadorias Municipais, Regionais e Ministério da Saúde;
655. As comunidades e instituições deverão custear as despesas de deslocamento dos membros representantes do Conselho Municipal de Saúde que residem no interior do município;

656. Criar mecanismo de acompanhamento do Fundo de Saúde pelos Conselhos de Saúde;
657. Encontros anuais para discussão e avaliação das políticas de saúde existentes e liberação de recursos Federais para capacitação dos membros dos Conselhos de Saúde;
658. Conselho de Saúde organize uma agenda mínima anual, incluindo temas como: Discussão da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO;
659. Que o controle social promova a discussão e divulgação nas comunidades, entidades, universidades e demais espaços da Carta de Direitos dos usuários do SUS, em curto prazo.

Moções de Apoio

1. **Moção de Apoio:** Os participantes da 5ª Conferência Estadual de Saúde realizada em Porto Alegre nos dias 11, 12 e 13 de outubro de 2007, manifestam o **apoio ao movimento da reforma psiquiátrica reforçando os princípios do SUS, a Política Nacional de Saúde Mental e a Legislação que atualmente garante a implementação da Reforma Psiquiátrica no País, aos serviços substitutivos a internação hospitalar em saúde mental** – manutenção do incentivo nacional a criação de CAPS e **criação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais**. Este processo está pautado nos preceitos do SUS, tais como integralidade, universalidade e equidade e nos valores de que o cuidado em saúde mental é terapêutico quando em liberdade.
2. **Moção de Apoio que o Hospital São Pedro continue como referência à saúde mental, e que seu espaço patrimonial e físico não seja vendido pelo poder público.**
3. **Moção de Apoio à regulamentação da EC-29.** Os delegados da 5ª Conferência Estadual de Saúde do RS, realizada nos dias 11 a 13 de Outubro de 2007, no Centro de Eventos da PUC-RS em Porto Alegre, tornam público seu apoio à regulamentação da EC-29, através da aprovação PLP 01/2003. Entendemos que a regulamentação não pode mais ser adiada do atual sub-financiamento da saúde no Brasil. Aumentar os recursos, melhorar a eficácia dos investimentos e combater a corrupção no SUS são condições fundamentais para avançarmos numa das principais conquistas da sociedade brasileira, que é o direito a saúde. Cabe a união aumentar o percentual a 10% de recursos a serem investidos na saúde da mesma forma como se exige que os Estados e os Municípios cumpram com os percentuais de 12% e 15% previstos. Por isso, defendemos a aprovação urgente do PL 01/2003.
4. **Moção de Apoio à imediata votação da regulamentação da EC-29 nos moldes da emenda do senador Tião Viana.**
5. **O SINDISAÚDE-RS** – Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e empregados em Hospitais e Casas de Saúde do Rio Grande do Sul, com sede na Rua João Guimarães, município de Porto Alegre/RS, torna público seu **apoio à regulamentação da EC-29 (PLP-01-2003)**.
6. **Moção de Apoio para que seja feito o efetivo cumprimento da regulação da EC 29 pelas três esferas do governo e que a justiça e os tribunais punam as três esferas com igualdade frente ao não cumprimento da lei.**
7. **Moção de Apoio ao reajuste da tabela SUS, urgente, para todos os segmentos.** Que se passe a pagar um valor real de mercado aos serviços prestados, para que o sistema conte com parceiros privados.

8. **Moção de Apoio à aplicação da CPMF somente em ações em saúde exclusivamente como repasse financeiro aos Municípios.**
9. **Moção de Apoio que existam políticas públicas permanentes em saúde e não programas que se alterem com a troca de gestão.**
10. **Moção de apoio à autonomia da Secretaria de Saúde e Conselho de Saúde no gerenciamento nos fundos da Saúde.**
11. **Moção de Apoio à ASSEDISA.** Os participantes da 5ª Conferência Estadual de Saúde se solidarizem com a ASSEDISA no sentido de a assinatura do Pacto da Saúde só seja efetivada mediante garantias reais do cumprimento das três esferas no repasse de recursos ao seu cumprimento.
12. **Moção de Apoio ao Of. Nº 155 da ASSEDISA que formaliza sua posição em relação ao Pacto pela Saúde, financiamento solidário, regulação da média e alta complexidade em todo Estado, Regionalização e Piso Estadual de Atenção Básica a Saúde.**
13. Considerando que a Jornada de 30 horas semanais é um assunto caro para os trabalhadores da saúde, vez que existe entendimento de usuários, trabalhadores e gestores do SUS nas deliberações das últimas Conferências Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e de Recursos Humanos em favor da jornada diminuída, por se tratar de trabalho de vida humana; Considerando que são vários os fatores que fundamentam a redução da jornada de trabalho para os trabalhadores das áreas da saúde. Destacamos as peculiaridades das funções, já que estas lidam com vidas humanas de modo geral debilitadas pela situação de doença e que buscam nesses profissionais as ações de preservação, recuperação e restauração do bem maior que é a saúde; considerando que diversas categorias já conquistaram jornadas menores através de legislações federais – médico (Lei 3.999/61), odontólogo (Lei 3.991/61), médico veterinário (Lei 8.216/91), fisioterapeuta (Lei 8.856/94), terapeuta ocupacional (Lei 8856/94), técnico em radiologia/operador de raio-X (Lei 7394/85) e advogado (Lei 8906/94) que, diferentemente do que são luta corporativa, trata-se de importante conquista para o SUS do Brasil. Considerando que o próprio governo federal já sinalizou através do Decreto Federal nº 4.836/2003 sobre a possibilidade dos servidores públicos federais que trabalham em “atividades contínuas de regime de turnos ou escalas” podem “cumprir jornada diária de trabalho de 6 horas e carga horária semanal de 30 horas”; **a plenária da 5ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre manifesta seu apoio ao estabelecimento de jornada de trinta horas semanais para todos os trabalhadores de saúde.**
14. **A Plenária da 5ª Conferência Estadual da Saúde aprova uma moção de apoio para que haja nas unidades básicas de saúde, pelo menos um professor de educação física,** considerando que é necessário um profissional habilitado para orientar os exercícios físicos, visando uma melhor qualidade de vida.
15. **Moção de Apoio a Aprovação do Substitutivo ao PL 4385/93.** Considerando que a dispensação de medicamentos tem como objetivo garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto sendo um dos elementos vitais para o uso racional dos medicamentos. Considerando que cabe ao farmacêutico a responsabilidade pelo atendimento do usuário acerca do modo correto de uso do medicamento, através da orientação ao paciente, repassando informações sobre a forma de tomar o medicamento, eventuais efeitos colaterais e reações adversas, os cuidados sobre o armazenamento, entre outros. Considerando que essa atitude pode contribuir significativamente para o sucesso do tratamento, diminuindo assim os custos financeiros de todo o sistema de saúde. Considerando que a farmácia deve ser uma unidade de promoção de saúde, constituída nos seguintes aspectos: Como um estabelecimento de saúde e unidade

de prestação de serviços de interesse público; Articulada ao Sistema Único de Saúde; Reafirmando o farmacêutico como profissional responsável pela assistência farmacêutica; Estabelecendo a autorização dos Conselhos Municipais de Saúde para abertura de novas farmácias segundo critérios demográficos, epidemiológicos e geográficos; Vedando as farmácias a promoção e a propaganda de medicamentos que induzam a auto-medicação e ao uso inadequado e irracional; Proibindo a dispensa de medicamentos pelo sistema de auto-serviço. Considerando que o Brasil precisa de uma política pública que altere o conceito e as práticas das farmácias. De comércio elas devem passar a estabelecimentos de saúde. Para a promoção da saúde pública elas devem irradiar noções sanitárias e promover o uso racional dos medicamentos. Farmácias devem prestar assistência farmacêutica, como preconiza o SUS, através do profissional competente, o farmacêutico. **A plenária da 5ª Conferência Estadual de Saúde apoiou a aprovação do substitutivo do Deputado Federal Ivan Valente, ao PL 4385/93, que estabelece a farmácia como um estabelecimento de saúde.**

- 16. Moção de Apoio para que seja mudada a Política Nacional do INSS quanto aos peritos médicos serem especificamente para cada patologia e não um Clínico Geral para diferentes enfermidades.**
- 17. Moção de Apoio pela Regulamentação do Teste do Olhinho e da Triagem Auditiva Neonatal Universal.** A implementação de políticas preventivas em saúde desde a infância deve ser uma prioridade para os gestores. Buscar a realização de exames em recém-nascidos que sejam capazes de detectar a existência de doenças precoces contribui decisivamente para a eliminação das seqüelas que elas podem ocasionar futuramente e contribui decisivamente para a eliminação das seqüelas que elas podem ocasionar futuramente e contribui para a melhoria da qualidade de vida da criança e de sua família. Neste sentido, pode ser uma das precursoras na detecção de doenças oculares e auditivas precoces. Além do teste do pezinho, os hospitais públicos ou conveniados ao SUS devem realizar outros dois exames importantes, chamados “Triagem Auditiva Neonatal Universal - TANI” e “Teste do Olhinho”. O primeiro tem como objetivo detectar problemas auditivos e o segundo, doenças oculares como o glaucoma congênito e a catarata. Ambos já fazem parte da Legislação Municipal e devem ser realizados nas primeiras horas de vida do bebê. Para sua plena implementação, falta apenas a regulamentação por parte do Executivo Municipal.
- 18. Moção de Apoio aos Portadores de Anemia Falciforme para que tenham atendimento com profissionais capacitados,** exigindo contratação de especialistas e encaminhamento aos hospitais considerados referência;
- 19. Moção de Apoio que se aplique no estado do RS o plano municipal de saúde da população negra,** votado na conferência nacional e já encampado pelo MS que realizou em 2004 o seminário nacional das políticas de saúde da população negra. Este mesmo plano foi aprovado por unanimidade em novembro de 2006 no CNS.
- 20. Moção de Apoio que seja incluído programa nacional de saúde no tratamento de anemia falciforme.**
- 21. Moção de Apoio: Como garantia de direito humano à alimentação, intensificar campanhas de aumento de 1 mês no aleitamento materno, ou seja, 7 meses. Aumentar os recursos e repasses aos estados que possuem maiores índices de câncer de mama.**
- 22. Moção de Apoio ao Protocolo Clínico e Diretrizes da Doença Celíaca;**
- 23. Moção em Favor de maior participação do SUS em relação às questões ambientais,** criando um Fundo de Investimento para tratamento, orientação e preservação da natureza junto aos conselhos e órgãos governamentais;

24. **Moção de Apoio para que a FEGAM (Federação Gaúcha das Associações de Moradores) assuma a cadeira no Conselho Estadual de Saúde** por sua real representação dos comunitários gaúchos, já que para nós comunitários a extinta FRACAB já não nos representa mais.
25. **Moção de Apoio à UERGS.** Pela valorização da UERGS e pela ampliação de recursos e investimentos públicos necessários para a sua qualificação permanente; pelo reconhecimento dos serviços por ela prestados ao desenvolvimento do Estado.
26. **Moção de Apoio.** A 5ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul vêm através desta, por deliberação de sua plenária: **Declarar integral apoio à Emenda proposta pelo Senador Paulo Paim** no projeto de manutenção da CPMF em tramitação no Congresso Nacional, no que se refere ao compartilhamento da mesma entre União, Estados e Municípios.
27. **Moção de Apoio à regularização imediata na questão da contratação dos agentes de saúde, agentes redutores de danos e visitantes do PIM,** com garantias de efetivação dos que já desempenham as funções.
28. **Moção de Apoio ao expresse cumprimento da IIIª Diretriz, Inciso III, da resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 333/03 em todos os espaços de representação da composição do CES,** pois a mesma define que a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais no âmbito de atuação do Conselho de Saúde, o que não está sendo observado na representação de organizações de moradores.
29. A Plenária da 5ª Conferência Estadual da Saúde aprova **moção de apoio para que haja passe livre no transporte Coletivo para pessoas vivendo com HIV/AIDS, Deficiência, doenças crônicas (em tratamento de hemodiálise) e doenças genéricas (anemia falciforme).**
30. A Plenária da 5ª Conferência Estadual da Saúde aprova **moção de apoio a instalação de uma unidade de Reabilitação aos moldes da Rede Sara junto ao Hospital Universitário de Santa Maria, justificativa: inexistência de serviço semelhante no RS e sem o custo da construção de um Hospital para tal.**

Moções de Repúdio

31. **Moção de Repúdio à Supressão da gratuidade do SUS, presente no Caderno de Propostas da 5ª Conferência de Saúde do Rio Grande do Sul.**
32. Os participantes da 5ª Conferência Estadual de Saúde realizada nos dias 11, 12 e 13 de outubro de 2007 em Porto Alegre **vem repudiar a tentativa de desmontar uma conquista histórica do povo brasileiro** a qual é um sistema de saúde Gratuito, Universal que preconiza a integralidade.
33. **Moção de Repúdio à idéia de transferência de áreas pertencentes ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) para a empresa privada Dell Computer,** conforme vinculado na mídia, vimos exigir à transformação daquele espaço em um centro de políticas públicas de inclusão, conforme previsto no projeto São Pedro Cidadão.
34. **Moção de repúdio ao movimento contrário à consolidação da Reforma Psiquiátrica,** que busca tirar a legitimidade das leis (gaúcha e federal).
35. A 5ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul vem a público **manifestar a sua contrariedade a qualquer proposta que altere o modelo atual de política pública de atenção à saúde mental, em vigor em nosso estado e no país, referendada pela legislação vigente. Desta forma repudiamos as propostas apresentadas no decorrer do Congresso da ABP (Associação Brasileira de**

Psiquiatria), que ocorre concomitantemente a esta Conferência, pretendendo alterar os princípios da Reforma Psiquiátrica, já regulamentados, sem discutir com os diferentes segmentos da sociedade, como por exemplo: Transformar os CAPS, hoje pautados numa linha de cuidado interdisciplinar, sem hegemonia de qualquer categoria profissional, em “Centros de Atenção Médico Psicossocial – CAMPS”, retrocedendo a uma assistência médico centrada, o que contraria de forma inconstitucional os princípios e diretrizes do SUS e as leis federal e estadual da Reforma Psiquiátrica e Sanitária deste País.

36. **Moção de Repúdio à não regulamentação da função de agente redutor de danos**, por resultar em evasão de contingente e por causar constrangimentos a aqueles que atuam como redutores de danos, impossibilitando que os mesmos possam gozar de seus direitos de trabalhador e cidadão.
37. **Moção de Repúdio à Mídia Televisiva** que usa indevidamente imagens e cenas de prostituição, alcoolismo, drogadição, corrupção e impunidade em programas de horário nobre.
38. **Moção de Repúdio à mídia por divulgar o SUS apenas de forma negativa omitindo tudo que o sistema contribui para a qualidade de vida da população.**
39. Considerando os danos causados á saúde das pessoas e o caráter educativo dos eventos esportivos, os participantes da 5ª Conferência Estadual da Saúde do RS **repudiam as propagandas e a venda de bebidas alcoólicas nestas atividades**, assim como acontecidos nos jogos pan-americanos do Rio de Janeiro 2007, que contou com recursos públicos da União e da Prefeitura daquela cidade, o qual tinha como um dos seus patrocinadores oficiais uma marca de cerveja.
40. **Considerando o direito de todas as pessoas de usufruírem de métodos contraceptivos** baseados na ampla informação e escolha, bem como da necessidade de articular ações de planejamento reprodutivos com a prevenção das DSTs, HIV e AIDS, reafirmando, ainda, o papel do CMS como espaço para a formação de opinião e de deliberação sobre programas e política de saúde. **A 5ª Conferência de Saúde Repudia a forma utilizada pelos municípios para implementar a referida política**, e clama pela permanente vigilância da sociedade para a garantia de respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.
41. **Moção de Repúdio à imposição de políticas fascistas e controlistas no âmbito do planejamento familiar**, como ocorre no caso do programa de utilização de implantes intradérmicos para adolescentes pobres.
42. **Os participantes da 5ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, reivindicam a mudança da faixa do piso mínimo regional para os trabalhadores da área da saúde** que hoje encontram-se na faixa II, para a faixa IX, tendo em vista que uma melhor remuneração aos trabalhadores da saúde tem sido luta incessante da federação da saúde e seus sindicatos filhados.
43. **Moção de Repúdio ao ATO MÉDICO.**
44. **Moção de Repúdio à subserviência ao corporativismo médico**, que resultou no fechamento da maior porta de emergência ambulatorial (PACS), deixando mais de 800 pessoas por dia sem atendimento de urgência, sobrecarregando todo o sistema municipal e descumprindo uma ordem judicial.
45. **Moção de Repúdio à não realização de concurso para a reposição dos trabalhadores que se aposentaram e ampliação de serviços**, o que tem gerado sobrecarga nas equipes, desatendimento da população e desmotivação no trabalho.
46. **A plenária da 5ª CES manifesta sua desaprovação ao desmonte em curso do IBAMA**, com seu esfacelamento e fechamento indiscriminado de escritórios, sem ouvir a sociedade e os servidores, na contramão do fortalecimento do Sistema Nacional de Meio Ambiente.

47. **Moção de Repúdio pela não inclusão das verbas para a saúde da população negra no PPA.**
48. **A coordenação do Fórum de População Adulta em Situação de Rua apresenta moção de repúdio contra a Prefeitura Municipal de POA pela inexistência de um Programa Municipal para Atendimento da Saúde Bucal da população de rua e de um serviço de saúde no resgate às vítimas desacordadas, que complementa o transporte social com inclusão da população de rua objetivando o preenchimento do vazio de atendimento observado após o fechamento do PSF sem domicílio, às 17hs da tarde.**
49. **Os integrantes do Fórum de população Adulta em Situação de Rua repudiam: a mudança de concepção do trabalho dos profissionais do ESF sem domicílio; ao SAMU, que não acolhe as diversas solicitações que recebe para atendimento dos mesmos e a falta de medicamentos nas enfermarias dos equipamentos públicos.**
50. **A Coordenação do Fórum de População Adulta em Situação de Rua apresenta Moção de Repúdio contra a Prefeitura Municipal de POA pela inexistência de um Programa Municipal para atendimento da Saúde Bucal da população de rua e de um serviço de saúde no resgate às vítimas desacordadas, que complementa o transporte social com inclusão da população de rua objetivando o preenchimento do vazio de atendimento observado após o fechamento do PSF sem domicílio.**
51. **Moção de Repúdio pela não inclusão das verbas para a saúde da população negra no PPA.**
52. **Moção de Repúdio à falta de atendimento e respeito às pessoas com deficiência (PcD) física, auditiva, visual e mental na sua condição de usuários do SUS e na condição de cidadãos que utilizam as vias públicas e estabelecimentos.**
53. **Moção de Repúdio aquelas prefeituras que não estão implantando equipes de ESF de acordo com a necessidade e a demanda dos seus usuários.**
54. **Moção de Repúdio contra a precarização e instabilidade dos contratos dos trabalhadores de saúde indígena no Rio Grande do Sul.**
55. **Por falta de controle no atendimento e agendamento no sistema de saúde nos municípios.** É muito importante que o Ministério da Saúde encontre urgentemente mecanismo para abreviar a espera de atendimento, informatizando o sistema de saúde.
56. **A plenária de 5ª Conferência Estadual de Saúde do RS manifesta repúdio pelo desrespeito do gestor da secretaria municipal saúde de Porto Alegre com o Controle Social pela não definição de uma política de Assistência Farmacêutica.**
57. **Moção de Repúdio ao PLS 219/2007 do senador Tião Viana que tramita no Senado e dificulta o fornecimento de medicamentos especiais e excepcionais a pessoas acometidas por doenças graves.**
58. **Moção de Repúdio à falta de medicamentos para os transplantados no Rio Grande do Sul, neste Governo.**
59. **Moção de Repúdio ao desmonte da infraestrutura dos serviços de saúde, como sucateamento e desmotivação total dos trabalhadores.**
60. **A Plenária da 5ª Conferência Estadual da Saúde manifesta sua desaprovação ao desmonte do IBAMA, ora em curso o fechamento de unidades nos estados, executando sem considerar a opinião dos servidores da sociedade brasileira, bem como as reais necessidades dos SISNAMA.**
61. **Moção de Repúdio à descontinuidade de programas importantes como o Acolhimento, a Regionalização e a Informatização da rede ambulatorial.**
62. **Moção de Repúdio à falta de transparência na relação com os prestadores de serviços, sem contratualização transparente, privilegiando alguns em detrimento de outros e estabelecendo parcerias sem a discussão com o controle social.**
63. **Moção de Repúdio a privatização do SUS via OSs e OSCIPs.**

- 64. Moção de Repúdio à transformação dos hospitais públicos e universitários em Fundação Estadual de Direito Privado.** Em apoio a decisão do Conselho Nacional de Saúde, deliberado no dia 13 de junho de 2007, em reprovar a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a serem aplicadas entre outros, aos hospitais federais do Ministério da Saúde e da Educação. E pela imediata retirada do Projeto de Lei Complementar N° 092/2007 para promover um amplo debate com a sociedade.
- 65. A Plenária da 5ª conferência Estadual da Saúde repudia a ação do Governo Estadual ao descumprir a legislação que prevê aplicação de 12% de seu orçamento para a saúde,** assim como a de não repassar recursos aos municípios, demonstrando descaso com a saúde da população gaúcha, bem como a falta de iniciativa do Tribunal de Contas do Estado ao ser conivente com essa situação, não responsabilizando o gestor estadual pelo descumprimento da lei.
- 66. Moção de Repúdio à Governadora do Estado do Rio Grande do Sul,** pela falta de compra de medicamentos de uso contínuo e com isso agravando os pacientes do SUS.
- 67. Moção de Repúdio - Os delegados da 5ª Conferência Estadual de Saúde REPUDIAM as formas ou critérios que vem sendo adotadas pela CIB do RS quando da tomada de suas resoluções.** Justificativa: Várias resoluções estão sendo tomadas sem avaliações da legislação pertinente e sem a apreciação do Controle Social.
- 68. Moção de Repúdio à Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul** por não ter votado, até hoje, o Código de Saúde do Estado, encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde em 2002.
- 69. Os delegados da 5ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE vêm manifestar o seu repúdio à forma como a gestão FOGAÇA/ELISEU tem tratado a saúde de Porto Alegre:** 1) desmonte da infra-estrutura dos serviços de saúde, com o sucateamento e desmotivação dos trabalhadores; 2) descontinuidade de programas importantes como o acolhimento, a regionalização e a informatização da rede ambulatorial; 3) não utilização das verbas disponíveis, como o projeto QUALISUS, Vigilância epidemiológica e sanitária e devolução de recursos de convênio; 4) forma autoritária e desrespeitosa como se relaciona com o controle social, não acatando as resoluções do Conselho Municipal de Saúde, como no caso do PSF e outras; 5) imposição de políticas fascistas e controladoras no âmbito do planejamento familiar, como ocorre no caso do programa de utilização de implantes subdérmicos para adolescentes pobres; 6) subserviência ao corporativismo médico, que resultou no fechamento da maior porta de emergência ambulatorial (PACS), deixando mais de 800 pessoas por dia sem atendimento de urgência, sobre carregando todo o sistema municipal de saúde e descumprindo uma ordem judicial; 7) precarização dos vínculos de trabalho na atenção básica, como a contratação do Instituto SOLLUS para gerenciar os trabalhadores do PSF, desmantelando as equipes além de ser um processo sem transparência e sem aval do controle social que permanece sob investigação do Ministério Público; 8) desmonte da rede de saúde mental, com o fechamento do CAPS AD, não abertura de novos serviços e proposta de ampliar a rede com equipes contratadas também de forma precária (carta-contrato); 9) não realização de concursos públicos para a reposição dos trabalhadores que se aposentaram e ampliação dos serviços, o que tem gerado sobrecarga nas equipes, desatendimento da população e desmotivação do trabalho; 10) falta de transparência na relação com os prestadores de serviço, sem contratualização transparente, privilegiando alguns em detrimento de outros e estabelecendo parcerias sem a discussão com o controle social.

- 70. Moção de Repúdio à organização deste evento** que não soube organizar de maneira satisfatória os trabalhos de votação, organização e pela falta de material que foi entregue somente no último dia do evento e por não ser disponibilizado para todos os participantes.
- 71.** Os delegados da 5ª Conferência Estadual de Saúde do RS repudiam à não adoção do Governo Estadual, assim como o Governo anterior por não adotarem o símbolo “SUS É LEGAL”, elaborado por nós, gaúchos, e deliberados em Plenária Nacional como símbolo nacional do SUS. Quando é que o RS vai utilizar o símbolo nacional em suas discussões sobre o SUS.
- 72. Os Conferencistas desta 5ª Conferência Estadual de Saúde repudiam a SES por não incluir o símbolo do Controle Social no SUS “O SUS É LEGAL” no material distribuído.**
- 73. Moção de Repúdio ao desrespeito da plenária durante algumas falas e nos grupos de trabalho desta Conferência.**
- 74. Nós delegados da 5ª Conferência Estadual de Saúde, realizada nos dias 11, 12 e 13, REPUDIAMOS o pouco tempo para as discussões nos trabalhos em grupos e pelo acúmulo de tempo perdido em discussões que quase nada acrescentou no 1º dia e na parte da manhã do 2º dia, fazendo com que as discussões das propostas fossem prejudicadas.**
- 75. Moção de Repúdio ao pouco tempo de discussão das propostas apresentadas.**
- 76. Moção de Repúdio à Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo,** considerando o total abandono da Vila Palmeira, onde moram mais de 15 mil famílias em condições insalubres. Pedimos providências aos responsáveis para termos uma vida digna com saúde;
- 77. Moção de Repúdio pela não inclusão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra,** aprovada com unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde em Novembro de 2006, no Plano Plurianual do Ministério da Saúde ficando este segmento sem rubrica. Este ato fere o princípio de equidade, à medida que desrespeita a diferença étnica enquanto produtora de agravos na saúde, seja de forma genética ou social, que historicamente dificulta o acesso da população negra ao atendimento no SUS, comprometendo desta forma a qualidade de vida deste grupo.
- 78. Moção de Repúdio às alterações do texto original da EC 29.**
- 79. Moção de Repúdio à manutenção do foro privilegiado, prisão especial e burocracia** que alimentam e viabilizam práticas ilícitas nos órgãos representativos e administrativos do país.
- 80. Aprimorar o serviço de credenciamento realizado aos conselheiros e delegado participantes nesta conferência,** deixando muito a desejar no atendimento em todos o sentido organizacional. **Escolher melhor data para a próxima conferência, não realizar em feriados.**
- 81. Moção de Repúdio ao SIMERS, pela publicação do artigo “Formação de Massa Amorfa” na revista VOX Médica de junho de 2007,** referindo-se irresponsavelmente às Residências Multiprofissionais em Saúde, desconsiderando a histórica luta social a favor da integralidade da atenção e da interdisciplinaridade, como diretrizes de uma visão ampliada de saúde e a ruptura do modelo médico-centrado.
- 82. A 5ª Conferência Estadual de Saúde do RS vem a público manifestar a sua contrariedade a qualquer proposta que altere o modelo atual da Política Pública de atenção a Saúde Mental, em vigor em nosso estado e no país, referendada pela legislação vigente. Desta forma, repudiamos as propostas apresentadas no decorrer do Congresso da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), que ocorre concomitantemente e esta Conferência, pretendendo alterar os Princípios da Reforma**

Psiquiátrica, já regulamentados, sem discutir com os diferentes segmentos da sociedade, como por exemplo: Transformar os CAPS, hoje pautados numa linha de cuidados interdisciplinar, sem hegemonia de qualquer categoria profissional, em “Centros de Atenção Médico Psicossocial – CAMPS”, retrocedendo a uma assistência médico-centrada, o que contraria, de forma inconstitucional, os princípios e diretrizes do SUS, e as leis Federais e Estadual da Reforma Psiquiátrica e Sanitária deste País.

Recomendação

- 83. O exposto cumprimento por parte do CES – RS da terceira diretriz, inciso III da Resolução do CNS, de nº 333/03, a qual define que a representação de órgãos ou entidades terá como critério à representatividade, a abrangência e a complementariedade do conjunto de forças sociais no âmbito de atuação do Conselho de Saúde, o que não está sendo obedecido na representação de organizações de moradores. Por essas razões solicitamos que a federação gaúcha de associações de moradores, FEGAM-RS, indicar os dois representantes titulares e suplentes, junto ao CES-RS, em substituição à FRACAB. (Recurso).**
- 84. Em cumprimento à resolução 333 trocar a FRACAB por FEGAM como entidade representativa das associações de moradores nos Conselhos de Saúde.**
- 85. Plenária da 5ª Conferência Estadual de Saúde afirma que a aceleração do crescimento econômico precisa estar de acordo com os princípios da prevenção e da sustentabilidade, garantindo às presentes e futuras gerações um ambiente ecologicamente equilibrado, essencial à qualidade de vida.**
- 86. Que o CNS, a partir do debate na Plenária de Conselhos, deve regular (deliberar sobre) a criação de novos cursos de formação de trabalhadores de saúde, com como a ampliação dos existentes (graduação, pós-graduação, técnica e residência).**
- 87. Participação efetiva das instâncias de controle social, na criação de projetos político-pedagógicos integrados dos cursos de formação da área de saúde, garantindo a coerência e implicação com a realidade e o SUS.**
- 88. Aprimorar o serviço de credenciamento realizado aos conselheiros nas próximas Conferências Estaduais de Saúde. O atual deixou muito a desejar em todos os sentidos (moroso - falta de execução etc.).**
- 89. Plenária da 5ª Conferência Estadual de Saúde recomenda a inclusão do curso de administração, em suas diversas áreas e ênfases de atuação na área da saúde (Hospitalar, administração de serviços e sistemas de saúde, gestão em saúde), como curso da área da saúde, pois sua aplicabilidade proporciona subsídios para o fortalecimento do SUS.**
- 90. Que a Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS crie e implante imediatamente uma Política Estadual para a prevenção e Controle das Hepatites Virais sob a coordenação de uma equipe multiprofissional que possa trabalhar em todo o estado, os aspectos relacionados à prevenção, assistência, vigilância epidemiológica e tratamento.**