MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde

Todos usam o SUS
SUS na Seguridade Social
Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília-DF
2012

Fotos: Divulgação / Embratur

© 2012 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 30.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Anexo, ala B, 1° andar, salas 103 a 115
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2151 / 2150
Faxes: (61) 3315-2414 / 2472
E-mail: cns@saude.gov.br
Homepage: www.conselho.saude.gov.br

Coordenação:
Rozângela Fernandes Camapum

Projeto gráfico e diagramação:
Delton Assis

Fotos:
Clarice Santos
Cleison Moura
Karina Zambrana
Karla Lucena

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora

Normalização: Delano de Aquino Silva

Revisão: Júlio Maria de Oliveira Cerqueira
Mara Soares Pamplona

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.
Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN

1. Políticas públicas em saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Seguridade Social. I. Título. II. Série.

CDU 35:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0091

Títulos para indexação:
Em inglês: Final report of the 14th National Health Conference: all use SUS: SUS in social security: Public policy, heritage of the brazilian people.
Em espanhol: Informe final de la 14ª Conferencia Nacional de Salud: todos utilizan el Sistema Único de Salud. SUS en la seguridad social: Política pública, patrimonio del pueblo brasileño

DELEGADO(A)

SUS
14ª Conferência
Nacional de Saúde
ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE
UM DESAFIO PARA O SUS

SUS = VIDA

SUMÁRIO

Apresentação 9

Propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde .. 11

Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde..... 83

Moções Aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde 93

Atos Normativos da 14ª Conferência Nacional de Saúde..... 145

- Decreto..... 146
- Portarias 148
- Regulamento..... 174

Considerações para a 15ª Conferência Nacional de Saúde 189

Ficha Técnica da 14ª Conferência Nacional de Saúde 197

Anexos..... 221

14.ª Co
SUS

EM DEFESA DO SUS
MÉDICOS APOIAM A EC29
10% DA UNIÃO PARA A SAÚDE

14.ª Conferência
Nacional de Sa
SUS
Brasília, DF - 30 de no
COM QUALIDADE E UM DE

APRESENTAÇÃO

Apresentamos o Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, debatido e aprovado por 2.937 delegados oriundos de todos os estados da Federação. Estes representantes da sociedade e dos trabalhadores, prestadores e gestores da saúde debruçaram-se sobre as 15 diretrizes e propostas originárias dos municípios e estados em um processo ascendente que inovou o sistema de controle social desenvolvido pelo SUS.

O Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília, foi o palco do mais importante evento sobre saúde do País, a 14ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011. Sob o tema "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro", mais de quatro mil participantes, entre delegados e convidados, debateram o tema para contribuir na construção das políticas públicas na área da saúde.

É com a sensação do dever cumprido que apresentamos o Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. O presente documento foi construído com base nas 343 propostas votadas e aprovadas nos Grupos de Trabalho (GTs) e na Plenária Final. Em consonância com o Relatório Final, mas direcionado especificamente à sociedade brasileira outro documento foi aprovado, intitulado Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Para chegar a este momento, foram realizadas 4.374 conferências (municipais e estaduais) nos 27 estados brasileiros, o que significa a realização de 78% do total de conferências esperadas. Somente com base neste aspecto, a 14ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada um marco na história das lutas pela saúde pública no País.

As diretrizes e propostas debatidas durante os quatro dias de conferência resultaram em sugestões de importantes mudanças no padrão de funcionamento do Sistema Único de Saúde, o SUS real. O que ora apresentamos representa de forma fidedigna o que delegados de todo o País almejam para a saúde dos brasileiros.

O que a saúde prescinde, o que necessita ser mudado e o que pode e deve ser feito para que o Sistema Único de Saúde, o nosso SUS, cumpra sua missão está registrado neste documento, que se torna público agora. Bem como os desafios para os próximos quatro anos do SUS.

Conselho Nacional de Saúde

14 Conferencia

ACOLHIMENTO COM Q

ucional de Saúde
rasília, DF - 30 de novembro a 04 de dezembro de 2
O E ACOLHIME O COM Q DA
UM DESA RA O

rítica Pública
SUS
14ª Co
Nacio
Brasília, DF - 3
ACESSO E AC

14ª Conferência
Nacional de Saúde

M QUALID

PROPOSTAS APROVADAS NA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DIRETRIZ 1:
EM DEFESA DO SUS – PELO DIREITO À SAÚDE E À SEGURIDADE SOCIAL

1 Fazer cumprir a Lei de Seguridade Social, valorizar os direitos constituídos, articular, intensificar e fortalecer as parcerias entre a Previdência Social, a Saúde e a Assistência Social, melhorando a qualidade do atendimento, garantindo agilidade aos processos, desenvolvendo a intersetorialidade por meio de programas, projetos e ações transversais, dando prioridade à promoção e prevenção à saúde.

2 Garantir que o SUS se mantenha como Política de Saúde Pública e oficial do Estado brasileiro, assegurando a gestão das políticas específicas e de todos os seus serviços próprios, nos três níveis de governo, exclusivamente pelo setor público. Considerando-o como grande gestor, não segmentado, que deve exercer o controle, a regulamentação e a fiscalização de todos os serviços e ações de saúde, inclusive os de natureza privada, de modo a estabelecer a preponderância do interesse público sobre o privado e a garantia dos direitos dos cidadãos em todos os âmbitos institucionais.

3 Reafirmar o SUS como política pública e patrimônio do povo brasileiro, que exige respeito e não pode conviver com desvios na aplicação dos seus recursos, cujas ações devem refletir a realidade e atender à vulnerabilidade e diversidade social, melhorando o acesso e acolhimento em toda sua rede, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde, para melhorar a qualidade de vida e garantir assistência dígna à saúde de todas as pessoas.

4 Criar e desenvolver uma Política Nacional de Seguridade Social, articulando e formando um amplo conjunto de direitos sociais em um sistema de proteção social universal e equânime, com fixação de um Orçamento da Seguridade Social (OSS) que

inclua o setor Saúde e cumpra o artigo 196 da Constituição Federal, fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de Estado, tendo os seus princípios e diretrizes garantidos na gestão pública, de maneira que os interesses de mercado não estejam acima dos interesses públicos, sendo a sua implantação de responsabilidade compartilhada dos entes federados, dos conselhos de saúde e da sociedade civil organizada.

5 Fortalecer a Política Nacional de Humanização no SUS e expandi-la para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Previdência Social.

6 Ampliar e qualificar os canais de participação social na Política de Seguridade Social, promovendo debates periódicos com as comunidades e divulgando amplamente as políticas públicas de assistência social e previdência, inclusive para os profissionais e os usuários do SUS, para efetivação do direito à Seguridade Social expresso na Constituição Federal.

7 Reativar os Conselhos de Seguridade Social nas esferas municipal, estadual/DF e federal como espaços de definição de estratégias e responsabilidades complementares voltadas à valorização da vida, prevenção das doenças, violências, uso de drogas, acidentes, violações de direitos e de afirmação da cultura da paz.

8 Discutir com os Ministérios da Saúde e da Assistência Social a Resolução nº 39/2010, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que dispõe sobre o processo de reordenamento dos benefícios eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde, fortalecimento e integração entre a Previdência Social e Programa de Saúde do Trabalhador, objetivando o fluxo de informações.

9 Extinguir a Desvinculação das Receitas da União (DRU), principalmente quando incide sobre o orçamento da Saúde e de outras políticas públicas e realizar auditoria da dívida pública, com suspensão de seu pagamento para garantir a capacidade do Estado Brasileiro de investir em políticas públicas.

10 Redefinir a partilha dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) entre os componentes desse sistema de modo a aumentar a parcela referente ao setor Saúde.

11 Organizar de forma integrada a rede de serviços dos Ministérios da Saúde, Previdência e Desenvolvimento Social, por meio do SUS, SUAS e previdência nos estados/DF e municípios, garantindo a aplicação dessas diretrizes conforme as realidades locais, remetendo a esses entes as suas responsabilidades.

12 Instituir, por meio de parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, nas disciplinas apropriadas, conteúdos curriculares relacionados com as políticas públicas, SUS, cidadania, participação da comunidade, controle social, educação em saúde, entre outros, nos currículos escolares do ensino fundamental e médio e na grade curricular dos cursos de graduação de universidades públicas e privadas.

13 Criar, implantar e institucionalizar comissões intersetoriais para fortalecer a integração entre o SUS, o SUAS e o FNDE, visando impulsionar o desenvolvimento de políticas intersetoriais que garantam a sustentabilidade dos setores.

14 Vetar a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 233/08, por ter impacto negativo para o sistema de seguridade social, que perderá a garantia das fontes de financiamento exclusivas, definidas pela Constituição Federal de 1988.

15 Fortalecer as políticas públicas e implementar os serviços de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, na rede de atenção especializada para as pessoas com deficiência, com agravos relacionados ao trabalho e com doenças incapacitantes, bem como formular políticas integradas entre saúde, educação e esportes incentivando parcerias e projetos intersetoriais, garantindo equidade de acesso físico e social e qualidade de vida a todos.

16 Revisar os critérios de concessão de aposentadorias e demais direitos previdenciários, considerando o tempo de serviço, tipo de atividade laboral e ampliar a concepção de incapacidade, incluindo condições socioeconômicas, psicológicas, acessibilidade e mobilidade.

17 Redefinir os critérios para concessão dos benefícios (auxílio-doença etc.) ampliando e qualificando a equipe de avaliação ligada ao processo diagnóstico da anemia falciforme, síndrome de Burnout, entre outras, bem como fiscalizar e efetivar os programas sociais existentes, expandindo e priorizando as regiões que não são beneficiadas.

18 Impedir que os médicos peritos do INSS tenham vínculos empregatícios com empresas privadas.

19 Contratar, por concurso público, equipe multiprofissional para atuar na concessão de benefícios previdenciários, agilizar o agendamento de perícias médicas e entrega de laudo pericial com Classificação Internacional de Doenças (CID) para todos os segurados, fortalecendo as ações intersetoriais com os Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

20 Exigir que os exames complementares solicitados pelos peritos previdenciários

sejam pagos pelo INSS ou órgão previdenciário respectivo.

21 Rever os critérios para concessão de benefício socioprevidenciário para que incluam as pessoas que usam drogas e que estejam sob tratamento.

22 Reduzir de 65 para 60 anos a idade mínima dos favorecidos pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) e assegurar que o BPC do idoso e com deficiência NÃO seja somado para o cálculo da renda mensal familiar na concessão do benefício para outro idoso e/ou deficiente da mesma família.

23 Lutar pela manutenção do piso de um salário mínimo, extinção do Fator Previdenciário, cálculo do valor dos benefícios baseados nas últimas 36 contribuições corrigidas monetariamente e pela manutenção da vinculação do orçamento da Seguridade Social na Receita da União.

24 Efetivar a integração entre a saúde, a assistência social e a previdência social, melhorando o acesso às informações sobre os benefícios da Seguridade Social relativos aos trabalhadores rurais, ao salário-maternidade e aos benefícios de prestação continuada da assistência social.

25 Unificar as bases de dados das políticas setoriais que compõem o sistema de seguridade social (CAD-SUS/Saúde, CAD SUAS/Assistência Social e Base da Previdência/BPC), criando também instruções normativas que integrem serviços, programas e benefícios que tenham interface entre si nas três esferas de governo.

26 Assegurar a implantação e o funcionamento em horário integral das agências do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) com todas as suas

funções em todos os municípios, aumentando o número de profissionais e diminuindo a espera.

27 Garantir em lei a licença maternidade de seis meses para todas as mães trabalhadoras, empregadas tanto no setor público quanto no setor privado. E às mães privadas de liberdade, o direito de amamentar por seis meses, criando estruturas adequadas à permanência dos bebês com as mães nas Unidades Prisionais e Delegacias.

28 Estabelecer pelo Ministério da Saúde linhas de financiamento para reabilitação dos usuários vítimas de acidentes, violências, acidente vascular cerebral, entre outros, com definição de recursos do programa de internação domiciliar (PID) de forma a assegurar a qualidade de vida dessas pessoas, subsidiando fraldas, leite, leitos hospitalares e dietas enterais.

29 Promover a inclusão do trabalho como primeira medida de promoção da saúde, base para as políticas de bem-estar social; combater o desemprego; incentivar a educação e a profissionalização do jovem, cumprindo o art. 195 da Constituição Federal.

30 Facilitar a formalização dos contratos de trabalho dos assalariados rurais, bem como apoiar as lutas de reconhecimento de novas categorias profissionais para que possam gozar do direito previdenciário.

31 Diminuir para 25 anos o tempo requerido para a aposentadoria de profissionais da área de saúde e que os valores a receber incluam as gratificações.

32 Viabilizar condições de moradia e saneamento básico para portadores de má formação, possibilitando melhor qualidade de vida.

33 Articular e garantir junto ao Ministério dos Transportes a recuperação de rodovias federais para melhorar o acesso ao atendimento de saúde da população.

34 Realizar a 1ª Conferência Nacional de Seguridade Social, garantindo condições objetivas para a realização das etapas estaduais, com vistas à construção de um sistema de seguridade social brasileiro, integrando as ações de saúde, seguridade e previdência.

35 Descentralizar o serviço de atendimento de perícias médicas exclusivas do INSS, criando carreiras de dentista hospitalar e perito do INSS, ampliando assim o número de peritos para facilitar o acesso à assistência, evitando as demandas judiciais.

DIRETRIZ 2:

GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL SOBRE O ESTADO: AMPLIAR E CONSOLIDAR O MODELO DEMOCRÁTICO DE GOVERNO DO SUS

1 Fortalecer o controle social autônomo, paritário, democrático e deliberativo em todas as agências de fiscalização para a defesa dos direitos da cidadania e do bem comum, legitimando os conselhos de saúde como espaços estratégicos de gestão participativa para pactuação e estabelecimento de compromissos entre a gestão pública, os trabalhadores e os usuários, visando ao desenvolvimento e à qualificação dos serviços e das políticas públicas de saúde, como política de governança, impactando na melhoria da qualidade de vida da população, com fiscalização dos prestadores de serviços contratados/conveniados quanto à efetiva disponibilização dos procedimentos, medicamentos e insumos necessários ao tratamento de usuários do SUS sob sua responsabilidade, com acesso irrestrito, nos termos da lei, a todas as informações necessárias sobre os serviços de saúde, incluindo média e alta complexidade e pesquisas de opinião pública com usuários e trabalhadores, dando publicidade adequada aos resultados.

2 Implementar conselhos regionais e fortalecer os conselhos estaduais de saúde, realizando eleição direta e livre para seus presidentes, garantindo-lhes infraestrutura e logística e impedindo que os Colegiados de Gestão Regional os substituam nas competências deliberativas, a fim de preservar a efetividade do controle social.

3 Fortalecer a gestão participativa, nas três esferas de governo, contemplando todos os componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS (ouvidoria, auditoria, gestão participativa, informática e informações em saúde e articulação interfederativa), fortalecendo o planejamento estratégico entre todos os setores e os conselhos de saúde, no sentido de contribuir para articular, mobilizar e estimular a participação popular na elaboração e modificação dos termos de compromisso do pacto de gestão, para defender o SUS; mudar o modelo de atenção e fortalecer a participação popular, com vistas a uma atenção à saúde universal e de qualidade.

4 Fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, implementando processos de educação popular em saúde, promovendo a defesa do direito à saúde, disseminando o conhecimento sobre as diretrizes e princípios do SUS, estimulando a conquista de territórios saudáveis, destacando-se a importância da juventude nesse processo e garantir a participação da comunidade, por meio do orçamento participativo, conselhos de saúde e movimentos populares, no planejamento das ações de saúde e na construção e votação dos orçamentos públicos como também, implementar educação em saúde, com temas como cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando à promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor Saúde.

5 Definir mecanismo para implantação de Conselhos Regionais de Saúde (nos estados), fortalecendo a atuação dos mecanismos de controle social.

6 Garantir que os convênios e contratos do SUS sejam apreciados e aprovados previamente pelos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, antes de sua assinatura, e aumentar os recursos destinados ao fortalecimento dos órgãos de fiscalização, controle e auditoria do SUS.

7 Apossar-se dos instrumentos de informação para garantir a transparência dos serviços prestados e das pactuações das instâncias de controle social e estimular os conselhos municipais de saúde a que, baseados em diagnósticos situacionais de saúde (problemas e satisfação/potencialidades), trabalhem efetivamente a favor da população com resultados de forma a planejar suas ações na realidade local.

8 Fazer cumprir pelos gestores a Lei nº 8.142/90, respeitando os conselhos de saúde como órgãos fiscalizadores e deliberativos, garantindo-lhes a infraestrutura física, administrativa e financeira e dando prioridade às suas solicitações de auditoria e fiscalização financeira, acatando em tempo hábil suas denúncias, bem como fazer cumprir as punições quando constatados desvios de recursos públicos aos moldes da Controladoria Geral da União (CGU).

9 Garantir que as propostas aprovadas nas conferências de saúde anteriores sejam utilizadas como subsídios para aprimorar os planos municipais de saúde, com acompanhamento dos conselhos, fiscalizando e cobrando sua execução.

10 Assegurar que as políticas de saúde deliberadas nos conselhos de saúde, dos estados/DF e nacional, sejam articuladas com o controle social nos municípios e que o Conselho Nacional de Saúde monitore as políticas de saúde em todas as esferas e estimule a divulgação da carteira de serviços de atenção primária.

11 Efetivar o controle social no SUS que envolve as conferências, conselhos de saúde de todas as esferas, com retaguarda de entidades profissionais e sindicais, fóruns e redes, movimentos sociais, criando-se mecanismos que possibilitem o monitoramento, controle e avaliação da gestão pública, divulgando permanentemente, em todas as mídias, políticas, programas, direitos dos usuários e ações desenvolvidas no SUS.

12 Criar calendário anual de apresentações temáticas nos conselhos de saúde em todas as esferas de governo.

13 Ampliar e aprimorar a política de formação continuada de conselheiros(as) como espaço permanente de educação favorecendo a participação de todos os segmentos, inclusive gestores e população indígena, comunidades tradicionais e lideranças comunitárias, garantindo a eficiência de sua atuação no acompanhamento e na definição das políticas públicas, inserindo programa de inclusão digital, com atividades à distância e presencial, com cofinanciamento pelas três esferas de governo com recursos do ParticipaSUS e dos Tesouros Municipal, Estadual/DF e Federal, previstos nas leis orçamentárias anuais, contribuindo para que os conselheiros desenvolvam uma compreensão ética e ampliada de saúde e seguridade, articulada com as demais áreas das políticas públicas, embasadas em uma metodologia problematizadora, crítica e participativa, com ampla divulgação no Portal Transparência.

14 Instituir a criação dos conselhos locais de saúde e fomentar a participação das comunidades, sobre a importância do controle social, dando ênfase aos direitos e deveres do usuário, criando material informativo, bem como divulgação em todos os meios de comunicação sobre as experiências exitosas do SUS, dando publicidade às atas dos conselhos de saúde.

15 Ampliar as vagas do Conselho Nacional de Saúde para as comunidades tradicionais e entidades gerais.

16 Promover encontros intersetoriais entre órgãos do governo, Poder Judiciário, Poder Legislativo, e representação das câmaras do Ministério Público, entre os conselhos e fóruns de políticas setoriais, com a sociedade civil organizada e com a finalidade de debater assuntos relacionados à saúde pública gratuita, de qualidade e de acesso integral a todos os cidadãos.

17 Ampliar as articulações dos conselhos de saúde das três esferas de governo com os demais órgãos de controle (Tribunais de Contas dos Estados e da União e Ministério Público), Auditoria da Saúde e sociedade civil organizada para melhorar e qualificar o controle social no SUS e garantir rapidez e eficiência na apuração e punição de fraudes e malversação de recursos financeiros e materiais na saúde, bem como para a efetiva fiscalização do uso de recursos e ações executadas pelos gestores das três esferas de gestão do SUS, promovendo a inclusão dos conselheiros de saúde em outros conselhos, fortalecendo o compartilhamento e intersetorialidade das ações de controle social.

18 Propor que o Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, regule a criação e ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área de saúde.

19 Criar e aperfeiçoar as Ouvidorias do SUS, tornando-as obrigatórias nos âmbitos Municipal, Estadual/DF e Federal e dar divulgação das suas ações, do telefone 136 e outros meios de comunicação do usuário com a Ouvidoria, bem como proporcionar-lhes apoio financeiro, capacitações e informações em geral para que possam atuar de modo efetivo contribuindo para o esclarecimento dos usuários e apuração de denúncias.

20 Divulgar pelos meios de comunicação, inclusive mídia eletrônica, digital e rádios comunitárias, o papel dos conselheiros, das conferências e dos conselhos de saúde (distritais, locais e gestores) e sua importância como órgão deliberativo do SUS, bem como os cronogramas e pautas de suas reuniões ordinárias, destacando as políticas e as diretrizes de atuação do SUS. Divulgar esses conteúdos também por meio de cartazes afixados nas unidades de saúde e outros espaços públicos apropriados, como escolas e templos, entre outros, folhetos e outros veículos,

contribuindo para divulgar direitos e deveres dos usuários do SUS e estimular, organizar e mobilizar a população a participar e exercer sua cidadania, inclusive tendo acesso a informações relevantes como: escalas de serviço, atividades das unidades e dos distritos e painel de vagas dos serviços contratados, sempre utilizando linguagem acessível.

21 Disponibilizar infraestrutura e demais recursos para funcionamento dos Conselhos de Saúde, inclusive os Conselhos de Saúde Indígena, nas três esferas de governo. Garantir autonomia aos Conselhos para gerirem seus recursos e se constituírem em unidade orçamentária, tendo agilidade na tomada de decisões para que possam exercer satisfatoriamente o seu papel de controle social, com sede independente, comunicação interna e externa, sistema de informação, construção de prédios, aquisição de veículos próprios com acessibilidade, suporte tecnológico, recursos humanos e financiamento de no mínimo 0,25% do orçamento, inclusive com responsabilização sanitária dos gestores que descumprirem a determinação.

22 Ampliar o Programa de Inclusão Digital (PID) para conselheiros municipais de saúde e incentivar a Política de Educação Permanente para o controle social do SUS.

23 Implementar o Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde e líderes comunitários, através da educação popular para efetivar seu comprometimento perante as ações de saúde, com participação e financiamento das três esferas de governo, criando um componente específico para custeio das ações de Educação na Saúde pelo Fundo Nacional de Saúde dentro do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, em parcerias com instituições acadêmicas, formadoras e certificadoras, utilizando diversas estratégias, incluindo educação à distância, divulgação de material educativo, cartilha para conselheiros, oficinas, seminários, capacitações e participação nas redes sociais, de forma obrigatória quando for o caso, no início

de cada mandato dos conselheiros, com conteúdo que aborde a legislação e funcionamento do SUS bem como o papel do controle social e a implantação e desenvolvimento de mecanismos avaliativos e participação de profissionais especializados do Ministério Público, Tribunais de Contas, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Conselho Regional de Contabilidade (CRC) e do setor de planejamento.

24 Criar fóruns regionais de conselhos municipais de saúde.

25 Descentralizar as reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e garantir o envio de relatórios mensais, para facilitar o fluxo da comunicação entre os Conselhos.

26 Responsabilizar os gestores pelo não cumprimento das resoluções dos conselhos e conferências, em especial, quanto à dotação orçamentária e propor que os projetos de leis vinculados à saúde sejam aprovados previamente pelos respectivos Conselhos de Saúde.

27 Inserir conhecimentos básicos sobre o SUS e o Controle Social na grade curricular do Ensino Fundamental I e II e Médio.

28 Garantir a realização de plenárias anuais de saúde com a participação da educação, assistência social, comunidade, movimentos sociais e Conselhos.

29 Implementar a Política Nacional de Educação Popular, criando as comissões estaduais e promover campanhas educativas de prevenção, promoção à saúde e de conscientização sobre o SUS, utilizando-se dos diversos meios de comunicação, à exemplo de cartilhas e sítios interativos na internet, instrumentalizando a população para o exercício do controle social.

30 Criar mecanismos para punir os gestores de saúde que não cumprirem a Resolução CNS nº 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde, no tocante ao estabelecimento de dotação orçamentária na respectiva Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), inviabilizando o adequado funcionamento dos Conselhos de Saúde, ressaltando-se a importância da votação na escolha dos presidentes dos Conselhos de Saúde e do cumprimento da lei na composição dos conselhos, sobretudo quanto à paridade.

31 Garantir, por meio do termo de compromisso na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na tripartite, a execução das propostas nas conferências municipais, estadual/DF e nacional de saúde.

32 Garantir a participação de representantes do controle social na avaliação de serviços hospitalares e clínicas psiquiátricas conveniadas, assim como garantir a proteção dos defensores de direitos humanos.

33 Criar a Semana Nacional de Controle Social no SUS.

34 Garantir a divulgação ampla e irrestrita, em mídia nacional, da importância da organização e realização das conferências nacional, estadual/DF e municipal de Saúde, bem como tornar público os relatórios específicos contendo as propostas e as moções aprovadas, e colocando-as em prática.

35 Incluir informações sobre cidadania e controle social do SUS no currículo escolar, visando a conscientização sobre a importância do controle social, a formação sobre direitos e deveres perante o SUS e a importância da participação popular.

36 Submeter aos conselhos de saúde, inclusive durante o processo de elaboração do orçamento da área da saúde, os Projetos de Lei elaborados pelo Poder Executivo

que tenham relação com as políticas públicas de saúde, para apreciação, debate e deliberação antes de enviar ao legislativo.

37 Garantir financiamento federal para o custeio dos conselhos municipais de saúde, com repasse fundo a fundo.

38 Reiterar o fortalecimento do Controle Social no SUS e a necessidade de convocação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

39 Garantir incentivo e apoio para a criação da Casa dos Conselhos, visando à integração dos colegiados.

40 Agir para que os conselhos de saúde (estaduais/DF, municipais e federal) atuem no sentido da proibição da propaganda de drogas lícitas na mídia.

41 Revisar a carta de Direitos e Deveres dos Usuários, enfatizando os deveres com foco na corresponsabilidade, reforçando a divulgação para a comunidade por meio de: veículos de comunicação e ações intersetoriais entre empresas, escolas, igrejas, sindicatos, associações de moradores, produtores, profissionais da saúde e outros.

42 Otimizar a atuação do conselho estadual de saúde e dos entes federados de modo a incentivar a utilização dos novos mecanismos do Decreto nº 7.508/2011.

DIRETRIZ 3:

VINTE ANOS DE SUBFINANCIAMENTO: LUTAR PELO RECURSO NECESSÁRIO PARA O SUS

1 Articular um movimento envolvendo a sociedade civil, as instâncias de controle social do SUS e os governos federal, estaduais/DF e municipais para pressionar o Congresso Nacional a regulamentar imediatamente a Emenda Constitucional nº 29 de forma a garantir efetiva ampliação do orçamento da Saúde.

2 Regulamentar a Emenda Constitucional – EC nº 29 de forma a definir a vinculação de percentuais mínimos do orçamento/Receita Corrente Bruta da União, dos estados/DF e dos municípios para a Saúde, definindo em lei quais despesas podem ser consideradas como sendo da Saúde. Os percentuais mínimos devem ser de 10% para a União, 12% para os estados e 15% para os municípios.

3 Alcançar um mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para a Saúde, garantindo o investimento público.

4 Destinar no mínimo 10% dos recursos do Fundo Social do Pré-Sal para o Sistema Único de Saúde.

5 Garantir a não incidência da Desvinculação das Receitas da União (DRU) sobre o orçamento do Sistema Único de Saúde.

6 Retomar o debate sobre a Reforma Tributária, de forma a garantir financiamento estável para a Saúde, a partir da vinculação e ampliação da taxação de: DPVAT (Seguro Obrigatório), multas de trânsito, indústria de álcool e tabaco, empresas poluidoras, agrotóxicos e todas as

atividades econômicas que impactam negativamente sobre a saúde das pessoas.

7 Garantir repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para implementar a acessibilidade da população aos serviços de saúde existentes, executando manutenção preventiva e corretiva destes serviços no âmbito estrutural, como: instalação hidráulica, elétrica, telhados, alvenaria e no âmbito funcional, como serviço de telefonia, informática, imagem, e equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos, reformando os serviços que se encontrem com estrutura em desacordo com as diretrizes e normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), acessibilidade e ergonomia, adaptando-os em relação ao espaço e dinâmica de trabalho e mudar a localização dos serviços de saúde, evitando imóveis alugados ou de difícil acesso, sempre com acompanhamento do Conselho Gestor e Técnico da Secretaria Municipal de Saúde.

8 Assegurar financiamento tripartite para desenvolvimento das ações e serviços em saúde bucal em todos os níveis de atenção; em atividades de promoção, prevenção e cura, inclusive fazendo uso das novas tecnologias e das diversas especialidades da Odontologia Moderna: Ortodontia, Implantodontia e Prótese.

9 Revisar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no contexto da aprovação da Lei de Responsabilidade Social e Sanitária, visando eliminar as dificuldades na contratação de força de trabalho para o Sistema Único de Saúde por meio de concursos públicos.

10 Garantir que o financiamento do setor Saúde seja diferenciado para a Região Amazônica, em função de suas características geográficas e especificidades regionais, regulamentando o Art. 35 da Lei nº 8.080/1990.

11 Reavaliar Diretrizes/Normas que norteiam o cofinanciamento de suplementação

do SUS que venham beneficiar todos os municípios, independente do quantitativo populacional.

12 Revisar a Legislação que trata da transferência de recursos por Bloco de Financiamento, permitindo o remanejamento dos mesmos entre os Blocos: Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

13 Assegurar a todos os estados e municípios brasileiros a distribuição especial dos *royalties* do Pré-Sal, com percentuais específicos destinados aos Fundos Municipais e Estaduais/DF de Saúde, de acordo com o Produto Interno Bruto (PIB) de cada estado/DF e do Fundo de Participação dos Municípios e Índice de Desenvolvimento Municipal.

14 Instituir um bloco de financiamento federal específico para garantir o custeio do Complexo Regulador nos estados e nos municípios.

15 Revisar e atualizar os valores financeiros repassados às Casas de Apoio tipo I e tipo II que constam da Portaria nº 1.824, de 2 de setembro de 2004, que dispõe sobre as normas relativas aos recursos adicionais destinados a estados, ao Distrito Federal e a municípios, qualificados para o recebimento de incentivo para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/ Aids.

16 Garantir financiamento tripartite para estruturação e apoio ao funcionamento dos Conselhos de Saúde.

17 Garantir os valores reais dos custos nos repasses financeiros por parte do governo federal, do PAB (Piso da Atenção Básica), do PID (Programa de Internação Domiciliar), da ESF (Estratégia Saúde da Família), da média e da alta complexidade,

das AIHs (Autorizações de Internações Hospitalares), bem como para ações de reabilitação em saúde.

18 Realizar recuperação, ampliação e adequação da estrutura física, aquisição de novos equipamentos e recursos humanos para hospitais, Unidades de Saúde e Centros de Especialidades existentes no SUS, bem como aquisição de unidades móveis totalmente equipadas com consultórios médicos e odontológicos para as equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família).

19 Reduzir em 50% o orçamento do Congresso Nacional e das Assembleias Legislativas dos estados, com transferência exclusiva desses recursos para a saúde.

20 Ampliar a Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, que disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico e dá outras providências, contemplando projetos oriundos da saúde.

21 Desvincular das emendas parlamentares, todo e qualquer recurso destinado à saúde, primando, assim, pela adequada utilização de recursos sem prejuízo de repasse aos municípios, bem como monitorar e aplicar sanções aos municípios que não destinarem adequadamente os recursos recebidos.

22 Instituir o orçamento participativo na saúde, garantindo fóruns para avaliação, discussão e divulgação dos custos da Saúde Pública, de forma a ampliar a transparência.

23 Garantir recursos financeiros, bem como o compromisso e pactuação tripartite

para a continuidade dos programas de saúde, garantindo à população o acesso a todos os programas de atenção integral à saúde.

24 Ampliar em 100% os recursos financeiros do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo, passando dos atuais R$ 18,00 para R$ 36,00 por habitante/ano; ampliar o PAB-Variável focando a capacitação e qualificação da Estratégia Saúde da Família/ Estratégia Agentes Comunitários da Saúde (ESF/EACS) e as unidades básicas de saúde territorializadas, conforme as necessidades de cobertura dos municípios. Garantir a atualização periódica dos valores do PAB fixo e do PAB variável.

25 Garantir recursos das três esferas de governo como cofinanciador nos consórcios intermunicipais de saúde, bem como a regulação e a fiscalização por parte dos conselhos, em todas as instâncias de atuação, ampliando a oferta de serviços e garantindo um melhor acesso aos usuários na oferta de serviços.

26 Criar uma câmara de compensação financeira interestadual para cobrir os gastos oriundos dos serviços de atenção primária e secundária realizados no SUS entre todos os municípios fronteiriços.

27 Fortalecer o financiamento da Política de Educação Permanente em Saúde para gestores, trabalhadores de saúde, e integrantes do controle social, com a participação das três esferas de governo.

DIRETRIZ 4:

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE É ÚNICO, MAS AS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS NÃO O SÃO: GARANTIR GESTÃO UNIFICADA E COERENTE DO SUS COM BASE NA CONSTRUÇÃO DE REDES INTEGRAIS E REGIONAIS DE SAÚDE

1 Instituir os Contratos Organizativos da Ação Pública, em cumprimento ao Decreto nº 7.508/2011 e a agenda do Pacto pela Saúde, visando à defesa do SUS como política de Estado, com a ampliação da autonomia e capacidade de gestão das instâncias regionais do SUS com fortalecimento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), assegurando gestão compartilhada e participativa dos recursos assistenciais e financeiros e enfrentando as prioridades assistenciais e a construção do processo de regionalização, com a revisão, ajustes contínuos e regulação da Programação Pactuada Integrada (PPI), tendo como base o critério das necessidades de saúde da população e a inclusão dos municípios fronteiriços no processo de pactuação mediante a elaboração da PPI interestadual e a ampliação e adequação da estrutura dos serviços de saúde mediante a necessidade de cada região.

2 Criar a Lei de Responsabilidade Sanitária para garantir a responsabilização dos gestores públicos no SUS, com a criação de mecanismos de fiscalização.

3 Implantar um Sistema Nacional de Regulação do SUS, que garanta a ampliação do acesso para todos, de acordo com o princípio da equidade e que induza uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) viva, com a disponibilização mais adequada dos procedimentos de baixa oferta, a redução do tempo de resposta mediante critérios de risco e o acesso aos procedimentos especializados, insumos,

medicamentos, dispositivos e equipamentos, de acordo com a necessidade e a demanda, em tempo adequado, com fluxos pactuados entre os serviços e devidamente divulgados, mediante a adoção de protocolos clínicos baseados nas melhores práticas.

4 Criar, nas três esferas de governo, políticas de ações intersetoriais integradas, interligando e articulando ações de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e saneamento.

5 Garantir que os gestores do SUS sejam profissionais de carreira, escolhidos conforme qualificação profissional compatível com as atribuições do cargo.

6 Implementar o Plano de Saúde da Amazônia Legal com a garantia de que as ações e serviços de saúde sejam planejados, organizados e executados de forma ascendente, respeitando as especificidades geográficas locais e culturais e garantindo a acessibilidade aos usuários, incluindo a disponibilidade de transportes especiais (aéreo, ambulâncias tracionadas, ambulanchas, barcos itinerantes de saúde) para remoção e atendimento de pacientes em estado grave em áreas de difícil acesso.

7 Exigir que municípios que não cumprirem a pactuação com o Ministério da Saúde em articulação com a respectiva Secretaria de Estado da Saúde devolvam os recursos financeiros recebidos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

8 Estruturar o Sistema Nacional de Auditoria do SUS com o incremento e incentivo de ações sistemáticas de controle, avaliação, ouvidoria e auditoria sobre os contratos e gastos do sistema de saúde, com a participação dos conselhos respectivos, visando eliminar perdas decorrentes da má utilização dos recursos e da má qualidade do

atendimento, promovendo a permanente avaliação técnica e o monitoramento dos indicadores de saúde, bem como das atividades profissionais executadas nos serviços de saúde.

9 Promover maior cooperação técnica e financeira entre União, estados/DF e municípios, visando garantir estrutura e gestão qualificada especialmente nos municípios com piores indicadores e perfil epidemiológico mais complexo.

DIRETRIZ 5:
GESTÃO PÚLICA PARA A SAÚDE PÚBLICA

1 Garantir que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas de gestão e em todos os serviços, seja 100% pública e estatal, e submetida ao Controle Social.

2 Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais (OSs), e solicitar ao Supremo Tribunal Federal que julgue procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) nº 1.923/98, de forma a considerar inconstitucional a Lei Federal nº 9.637/98, que estabelece esta forma de terceirização da gestão.

3 Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

4 Rejeitar a proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), contida no Projeto de Lei nº 92/2007, e as experiências estaduais/municipais que já utilizam esse modelo de gestão, entendido como uma forma velada de privatização/terceirização do SUS.

5 Repudiar quaisquer iniciativas, em qualquer esfera de gestão, de gerar "dupla-porta" – acesso diferenciado para usuários com e sem planos de saúde privados – ao Sistema Único de Saúde.

6 Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais.

7 Respeitar a constituição e as leis orgânicas do SUS, de forma a restringir a participação da iniciativa privada no SUS ao seu caráter complementar; que as três esferas de gestão garantam o investimento necessário para a redução progressiva e continuada da contratação de serviços na rede privada até que o SUS seja provido integralmente por sua rede própria.

8 Criar mecanismos de fortalecimento da regulação, controle e avaliação dos contratos realizados com prestadores de serviços com periodicidade preestabelecida para a apresentação da relação de procedimentos realizados no controle social e colegiados microrregionais de controle social.

9 Garantir o direito dos usuários de planos privados de saúde à indenização por danos morais e materiais quando os mesmos não assegurarem assistência em seus equipamentos próprios, levando-os a utilizar o SUS, sem prejuízo ao ressarcimento ao fundo de saúde correspondente.

10 Instituir a efetiva profissionalização da gestão do SUS em todos os níveis, com os cargos ocupados por profissionais de carreira concursados, com formação e perfil necessários para atenderem às necessidades do SUS e da população brasileira.

11 Extinguir os subsídios públicos de planos privados de saúde, a exemplo do ressarcimento à assistência à saúde suplementar dos servidores públicos e dedução de gastos com a assistência à saúde no imposto de renda, com destinação desses recursos para o SUS.

12 Exigir que todos os hospitais universitários públicos atendam a 100% SUS, ampliando a oferta de leitos (AIHS e UTI), de procedimentos e exames de alta complexidade, com fluxos de referência e contrarreferência bem definidos e articulados

com hospitais públicos regionais e microrregionais, além de divulgar em portais de transparência as auditorias realizadas e os recursos destinados às entidades públicas, privadas e filantrópicas.

13 Criar e implantar cadastro negativo nacional, nas três esferas de governo, para coibir a permanência de pessoas e empresas que fazem mau uso dos recursos e cargos públicos da saúde.

14 Intensificar o papel regulador do Estado, no setor Saúde, mediante políticas de indução de investimento tecnológico na indústria farmacêutica, de modo que sejam orientadas pelas reais necessidades da população, e não por imposição do mercado como rotineiramente ocorre.

DIRETRIZ 6:

POR UMA POLÍTICA NACIONAL QUE VALORIZE OS TRABALHADORES DE SAÚDE

1 Instituir, de maneira pactuada na mesa de negociação permanente do SUS, um Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV) de âmbito nacional para todos os profissionais de saúde do SUS, com vínculo trabalhista regido pelo Regime Jurídico Único (RJU) e acesso exclusivo por concurso público e que contemple as diferenças regionais.

2 Implementar piso salarial nacional para o Sistema Único de Saúde, definido para cada categoria profissional e nível de formação, que seja reajustado anualmente de forma a minimamente repor as perdas inflacionárias. Que haja uma contrapartida federal para os estados/DF e municípios que não conseguirem atingir o piso.

3 Adotar a carga horária máxima de 30 horas semanais para a enfermagem e para todas as categorias profissionais que compõem o Sistema Único de Saúde.

4 Aprovar o Piso Nacional para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, garantindo também as condições adequadas de trabalho, com o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), transporte adequado à realidade do território, etc.

5 Garantir o repasse do financiamento federal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) diretamente para os ACS, na forma de incentivo financeiro (gratificação ou salário).

6 Viabilizar a reabilitação ou aposentadoria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) que não apresentem condições para o exercício das funções.

7 Fiscalizar o cumprimento da Emenda Constitucional nº 51 e da Lei nº 11.350/2006, que regulariza, em âmbito estadual e nacional, o vínculo empregatício de todos os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (ACE).

8 Instituir o Serviço Civil, definido em lei e em caráter obrigatório, para os profissionais de saúde de nível universitário, em especial os formados em instituições públicas de ensino ou em instituições privadas com subsídio público (ex.: Fies, Prouni); os profissionais devem exercer função remunerada, preferencialmente na atenção primária e em municípios de difícil acesso e alta vulnerabilidade social, por período determinado de dois anos.

9 Gerar estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam formação profissional (especialização ou residência) e incentivos salariais e de carreira.

10 Garantir a regulamentação e implantação, em todas as esferas de governo, do § 4º do artigo 4º da Constituição Federal de 1988, que trata das aposentadorias especiais para trabalhadores do serviço público em saúde que atuam em áreas de atividades insalubres e periculosas, garantindo os proventos de aposentadoria por ocasião de sua concessão, calculados com base na remuneração do servidor no cargo efetivo em que se der a aposentadoria e, correspondendo à totalidade da remuneração, sendo esta corrigida em conformidade com a remuneração do servidor da ativa.

11 Identificar e regulamentar as profissões de saúde ainda não reconhecidas no âmbito do SUS, incluindo as parteiras tradicionais, microscopistas, graduados em Saúde Coletiva, entre outras.

12 Determinar que todos os cursos de formação de profissionais de saúde tenham incluídos em suas disciplinas ou módulos temas sobre o Sistema Único de Saúde, seus princípios, diretrizes e modos de funcionamento, preparando os profissionais de saúde para o trabalho no SUS.

13 Garantir a capacitação instrumental dos profissionais de saúde na Língua Brasileira de Sinais (Libras) e Braille.

14 Proibir, em todo o território nacional, que profissionais de saúde vinculados à iniciativa privada (incluindo cooperativas e instituições assemelhadas) trabalhem no âmbito dos estabelecimentos públicos de saúde, valorizando os servidores públicos de carreira.

15 Garantir a Educação Permanente em Saúde (EPS) como a estratégia para qualificação e apoio aos profissionais de saúde e gestores do SUS – tanto em nível médio como em nível universitário – firmando parcerias com instituições públicas de ensino.

16 Ampliar o número de trabalhadores da Saúde Mental e Assistentes Sociais atuando nos três níveis de atenção em saúde, mediante contratação por concurso público.

17 Ampliar, mediante pactuação no Conselho Nacional de Saúde e com base nas necessidades sociais, o número de vagas e de cursos de medicina e demais cursos da área de saúde, bem como das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS).

18 Ampliar as vagas de residência médica e multiprofissional, com ênfase na Saúde da Família e demais áreas em que há carência de profissionais do Sistema Único de Saúde, atreladas às políticas de interiorização da saúde.

19 Inserir nos currículos da Educação Básica o conteúdo de Políticas Públicas e ações transversais nos temas da área da saúde, garantindo carga horária mínima obrigatória e capacitação dos professores.

20 Retomar os estágios de vivências no SUS (VER-SUS).

21 Realizar revisão periódica do dimensionamento dos trabalhadores de saúde, orientada pelos órgãos fiscalizadores de cada categoria profissional, para identificação de vagas existentes de forma a orientar a realização de concursos públicos para a saúde.

22 Qualificar os trabalhadores da saúde dos três níveis de atenção sobre os temas da Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS), a exemplo do acolhimento, entre outros, para a humanização da atenção e a corresponsabilização na relação profissional-usuário do SUS.

23 Viabilizar a revalidação dos diplomas de profissionais de saúde formados no exterior, garantindo tradutor oficial para tradução dos currículos.

24 Implantar a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da Saúde, com realização de ações específicas de apoio aos servidores da saúde, com revisão do piso salarial, tratamento humanizado e equipe de apoio multidisciplinar para os casos de doenças que garantam condições de trabalho adequadas, conforme as normas de biossegurança, para todos os trabalhadores do SUS a fim de assegurar trabalho com

qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade ao paciente.

25 Implantar um sistema de editais públicos visando garantir o acesso democrático aos cursos de capacitação no SUS, especializações, mestrados profissionais, doutorados, com apoio para permanência e conclusão dos estudos.

26 Implantar e assegurar um Programa Federal, Estadual/DF e Municipal de formação e educação permanente em participação e controle social, envolvendo conselheiros de saúde, gestores e trabalhadores em saúde, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, a partir da educação popular, sendo realizada em âmbito local, regional, estadual e considerando a diversidade cultural, sexual, gênero, geração, raça e etnia, de necessidades especiais e de território.

27 Garantir o tratamento igualitário entre os servidores da Funasa e os servidores cedidos ao SUS.

28 Excluir o gasto com o pessoal da saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal, garantindo a contratação de profissionais por meio de concursos públicos para cargos públicos, combatendo a terceirização e a precarização da gestão do trabalho e viabilizando a contratação de profissionais de saúde pelos municípios.

29 Revisar imediatamente o Decreto nº 268/06 para garantir adicionais de insalubridade, risco de vida e periculosidade a todos os profissionais de saúde com a participação dos trabalhadores e suas respectivas entidades nessa discussão e implantação de novo decreto, seguindo o índice conforme jurisprudência do Tribunal Superior do Trabalho (TST).

30 Instituir um incentivo financeiro para os profissionais que trabalham na região amazônica, visto que esta apresenta peculiaridades e dificuldades para contratar profissionais especializados (médicos, enfermeiros, etc.) e mantê-los nos municípios de pequeno porte.

31 Implementar as capacitações para as áreas de urgência, emergência e hospitalar a partir das necessidades das diferentes categorias de trabalhadores e dos serviços disponíveis e necessários.

32 Capacitar de forma eficiente os servidores, visando agilizar as solicitações das perícias médicas, bem como o processo para obter os benefícios, aposentadorias especiais, enfatizando sua singularidade de causa e consequência em relação à saúde, e proporcionando um atendimento humanitário, garantindo a equidade no atendimento aos usuários do sistema de seguridade social.

33 Instituir as Comissões Locais de Saúde Ocupacional, conforme preconiza a NOB-RH/SUS 2005, visando atender as seguintes questões: cumprimento de ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora do SUS; garantia de ambientes e processos de trabalhos salubres e promoção da saúde.

34 Apoiar, capacitar e aperfeiçoar os operadores do sistema único de regulação com monitoramento permanente.

35 Fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde nos estados da Federação, com a participação das três esferas de governos, qualificando gestores, trabalhadores e equipes de saúde dos níveis de Atenção Primária à Saúde, à Média e a Atenção Hospitalar, a fim de promover melhorias no atendimento ao usuário, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS e políticas de atenção prioritárias, tais

como a promoção da saúde, humanização, doença falciforme. Este processo será coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), consolidado em planos de educação permanente em saúde e efetivado por meio de Núcleos de Educação Permanente nos diversos pontos do Sistema Estadual de Saúde e promovendo a integração ensino-serviço.

36 Manter e ampliar os recursos financeiros destinados à Educação Permanente em Saúde e à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS).

37 Implementar políticas públicas de valorização de todos os profissionais que atuam na saúde, com a melhoria das condições de trabalho e salário para os trabalhadores e profissionais da saúde com implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS, com piso salarial nacional, isonomia salarial para profissionais e trabalhadores com o mesmo nível de formação, implementando a Carreira Única no SUS, como carreira de Estado, garantindo incentivos de exclusividade, escolaridade e interiorização, respeitando as leis de carga horária de todas as profissões, garantindo sua cidadania e estabelecendo mecanismos de combate ao assédio moral. O PCCS terá a participação das três esferas de governo em seu financiamento, com garantia de que o PCCS da saúde seja discutido e implantado, até fevereiro de 2012, pela Mesa de Negociação Permanente do SUS, pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República, incluindo também os ACS (transmutando a contratação da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT para Estatutário) e ACE, bem como garantir concurso público, para todos os cargos do SUS, além de instituir o processo eleitoral para gerência de hospitais regionais e distritais, além das gerências de saúde, podendo apenas se candidatar quem é funcionário da instituição, mediante a apresentação de uma carta-proposta de três anos e uma chapa indicando o nome do diretor e dos respectivos coordenadores.

38 Reconhecer a parteira tradicional como categoria de trabalho.

DIRETRIZ 7:

EM DEFESA DA VIDA: ASSEGURAR ACESSO E ATENÇÃO INTEGRAL MEDIANTE EXPANSÃO, QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS

1 Criar núcleos municipais de práticas integrativas e complementares em saúde com o reconhecimento da Terapia Comunitária como política pública.

2 Ampliar os recursos para assistência farmacêutica incluindo os fitoterápicos com financiamento das três esferas de governo, de forma a garantir atendimento humanizado e digno aos usuários de medicamentos nas farmácias.

3 Implantar de forma plena a Política de Humanização do SUS, executando-a na interface com outras políticas e o Pacto pela Saúde.

4 Implantar, nos Municípios da Região Amazônica, a Farmácia Popular, Serviço de Urgência e Emergência a fim de atender as Comunidades Ribeirinhas, do Campo e da Floresta.

5 Garantir a implantação do Programa de Internação Domiciliar (PID), em todo o território nacional, com incentivo financeiro das três esferas, capacitando e treinando os Cuidadores, Profissionais e Trabalhadores de Saúde.

6 Regularizar o sistema de referência e contrarreferência do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e cofinanciar as ações nas três esferas de governo, observando os critérios referentes às especificidades regionais, em conformidade com os protocolos de regulação assistencial.

7 Fortalecer a Política de Atenção ao Idoso, com o desenvolvimento de ações nos diferentes níveis de atenção e intersetorialmente.

8 Estimular a implementação de equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), garantindo a presença dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nestas equipes, para assegurar a realização de ações de reabilitação baseadas nas demandas das comunidades.

9 Garantir a criação de Pronto Atendimento Psicossocial e a integração dos técnicos do SAMU e corpo de bombeiros no centro integrado de atendimento psicossocial, visando à humanização no serviço de urgência e emergência nos estados brasileiros.

10 Qualificar a implantação da Política Nacional de Atenção Básica efetivando a Estratégia Saúde da Família como a principal porta de entrada aos serviços do SUS, garantindo a contrarreferência da unidade básica de saúde com a unidade hospitalar, melhorando a comunicação/interação entre os demais serviços da rede de saúde.

11 Ampliar a cobertura das ações de Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, considerando as linhas de cuidado, visando a sua promoção, proteção e recuperação de forma integral, com acesso universal e igualitário à população, inclusive em serviços de urgência e emergência.

12 Destinar recursos do Financiamento do Fundo de Ação Estratégica e Compensação (FAEC) para a realização de mutirões de cirurgias e exames de média e alta complexidade, bem como os procedimentos de apoio diagnóstico para a Estratégia Saúde em Movimento.

13 Implantar a sistemática de acolhimento e classificação de risco na rede SUS de forma integrada: atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar nas unidades de emergência/urgência e centrais de regulação.

14 Criar fundo do Ministério da Saúde para a construção e equipagem de novos postos de saúde nas zonas rurais, bem como para reforma dos já existentes.

15 Melhorar a efetividade do planejamento de forma que as ações e serviços de saúde sejam integrados, do nível local até o federal, em parceria com os conselhos de saúde, de forma que compatibilize perfil epidemiológico e recursos financeiros.

16 Ampliar e descentralizar o sistema de marcações de consultas, exames e seus derivados nos três níveis de atenção à saúde, incluindo polos de marcação nas Unidades Básicas de Saúde das zonas rurais.

17 Instituir o apoio matricial na assistência e vigilância, tendo em vista projetos terapêuticos integrados e projetos de intervenção coletiva para qualificação de acesso e prevenção.

18 Revisar o sistema de referência e contrarreferência do SUS, visando garantir o acesso e o retorno em tempo hábil para resolução dos casos, diminuição do tempo de espera para atendimento, otimização dos fluxos do sistema e criação de centrais de regulação regionais com sistemas de informação gratuitos para urgência e emergência e procedimentos eletivos, que englobem todos os prestadores do SUS, promovendo assim a integralidade da assistência.

19 Qualificar a rede pública hospitalar, sobretudo na atenção obstétrica e serviços de urgência/emergência com ampliação da oferta de leitos de UTI e de reabilitação, integrando a assistência hospitalar com uma política de tratamento em domicílio articulada com a atenção básica por meio de eficiente regulação.

20 Isentar de recolhimento do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) sobre a compra de medicamentos para todos os serviços de saúde que atendam 100% SUS.

21 Implantar e implementar os complexos regulatórios estaduais/DF através de centrais de regulação garantindo a referência e a contrarreferência.

22 Ampliar a Rede da Atenção Básica e de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar de forma articulada, com apoio aos governos estaduais para desburocratização, expansão da oferta e garantia de pronto acesso ao atendimento de Urgência/Emergência, Trauma-Ortopedia, Perinatal, Infantil, Obstétrico, Oncológico, de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e/ou de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI).

23 Implantar políticas públicas de acesso e acolhimento, em todos os serviços e ações de saúde, sem discriminação (de gênero, orientação sexual, raça e etnia), nas três esferas de governo, com a participação do controle social e o apoio de ferramentas informatizadas, bem como adequar a oferta conforme o aumento populacional e necessidades locorregionais.

24 Inserir o programa de Assistência Farmacêutica e acompanhamento farmacoterapêutico no SUS, realizado pelo farmacêutico como mecanismo de acompanhamento e avaliação da terapêutica, em particular em grupos de atenção especial à

saúde, como idosos, crianças, pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, infecto-Contagiosas e transtornos mentais, visando ao uso racional de medicamentos.

25 Criar Plano de Atendimento a desastres e constituir comissão permanente de emergência, envolvendo secretarias de Saúde, corpo de bombeiros, defesa civil, guardas municipais e forças vivas dos municípios, bem como preparar os municípios do ponto de vista sanitário, de forma articulada e intersetorial para os grandes eventos nacionais e internacionais como, por exemplo, a Copa do Mundo.

26 Implementar e implantar o acolhimento com classificação de risco e o agendamento de consultas nas unidades básicas de saúde, clínicas de saúde da família e urgências, por meio de profissional habilitado, para acabar com as filas na distribuição de fichas e outros procedimentos de saúde.

27 Garantir investimento, tripartite, para a ampliação da cobertura dos serviços em saneamento básico, baseado no perfil socioeconômico e epidemiológico dos municípios, garantindo água com qualidade para o consumo humano e destino adequado de dejetos e águas servidas, inclusive com soluções alternativas para a zona rural, além de articular com os diversos órgãos de interface com a saúde, a construção de aterros sanitários controlados, em consórcios intermunicipais, estabelecendo com os órgãos ambientais parceria para auxiliar os municípios no estudo de áreas viáveis para implantação dos mesmos, atendendo as legislações ambientais vigentes.

28 Reestruturar a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) dentro dos princípios e diretrizes do SUS e do Controle Social e instituir mecanismo de divulgação, a fim de deixar claro o seu papel e atribuições.

29 Garantir a efetiva aplicação da referência e contrarreferência para o usuário transitar entre as redes básica, de média e alta complexidade da atenção, com a utilização do Cartão Nacional de Saúde em todo o território nacional, possibilitando também a compensação financeira entre os municípios e estados.

30 Garantir recursos financeiros para fortalecimento da prática da medicina tradicional com implantação de estrutura física equipada de acordo com as necessidades da operacionalização de farmácias vivas nas aldeias.

DIRETRIZ 8:

AMPLIAR E FORTALECER A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA): TODAS AS FAMÍLIAS, TODAS AS PESSOAS, DEVEM TER ASSEGURADO O DIREITO A UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como eixo organizador e estruturador do Sistema Único de Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção integral à saúde, garantindo todas as condições estruturais e financeiras para seu pleno exercício.

2 Reforçar a Estratégia de Saúde da Família como modelo preferencial da Atenção Básica no Brasil, com ampliação progressiva da cobertura até a universalização.

3 Ampliar e fortalecer os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), inclusive ampliando sua composição, e reduzir o número mínimo de equipes que podem ser acompanhadas pelo NASF, permitindo o acesso desta política também aos municípios pequenos.

4 Fortalecer o controle social e a participação popular nas Unidades Básicas de Saúde, incluindo os usuários e a sociedade civil organizada nas decisões sobre a dinâmica dos serviços, construção/reforma de unidades, áreas de cobertura etc., garantindo o acesso às informações necessárias.

5 Estruturar a política de atenção domiciliar em sinergia com a atenção básica, garantindo que as equipes da atenção básica tenham condições e capacitação para acompanhar as pessoas idosas e acamadas, fazendo também o trabalho de prevenção de acidentes domésticos, quedas e outros fatores de morbimortalidade prevalentes nessas condições.

6 Estabelecer uma política de incentivo para a Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de uma avaliação participativa, com a premiação pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde, das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal (ESB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com melhores resultados.

7 Reduzir o número máximo de usuários por equipe de Saúde da Família para 2.500, revendo a Portaria nº 648/2006.

8 Reavaliar os dados e indicadores de saúde do Sistema de Informação da Atenção Primária (SIAB), incluindo as demandas ainda não contempladas, como Saúde Mental, Saúde do Homem e outras.

9 Disponibilizar financiamento para construção/reforma de Unidades Básicas de Saúde, em especial nas áreas rurais, em conformidade com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50.

10 Implementar ações na Atenção Básica visando orientar e tratar gestantes e adolescentes gestantes. Cumprir a Lei nº 11.108, de 7/4/2005, que garante a presença de acompanhante no "Parto Humanizado" e incentivar a implantação de Casas da Gestante, visando otimizar seu acesso às maternidades, principalmente as de alto risco, e implantar a "Rede Amamenta Brasil", credenciando as UBS na iniciativa "Unidade Básica Amiga da Amamentação", com financiamento federal e estadual/DF.

11 Modificar o critério do número de pessoas acompanhadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), de forma que o número máximo seja de 400 pessoas na zona rural e de 600 pessoas na zona urbana.

12 Modificar a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família, com a inclusão de novas categorias profissionais.

13 Definir política nacional adequando a formação de médicos nas universidades públicas, direcionando para uma formação generalista; instituir o compromisso de atender por período de 24 meses, após formados, em municípios de áreas remotas e difícil provimento de profissionais, assegurando estratégias para fixação do profissional médico na Estratégia Saúde da Família.

14 Inserir os médicos brasileiros formados nos países do Mercosul no SUS, por período de três anos, exclusivamente na atenção básica, com fiscalização pelos conselhos das três esferas, para posterior revalidação do título no Brasil.

15 Implantar o terceiro turno nas Unidades Básicas de Saúde, com garantia de financiamento federal.

16 Instituir equipe multidisciplinar permanente de retaguarda para os municípios que compõem a Amazônia Legal, garantindo investimento e custeio das esferas estadual e federal, respeitando as características locoregionais; apoiar a implantação do componente aéreo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para as regiões de difícil acesso.

17 Incluir protetor solar e labial nas listas de medicamentos fornecidos na atenção básica gratuitamente, e garantir sua utilização como Equipamento de Proteção Individual (EPI) para todos os trabalhadores da saúde.

18 Instituir o piso nacional para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias, e um Plano de Carreira Nacional da Estratégia Saúde da Família

no SUS, contribuindo para o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

19 Reconhecer a Terapia Comunitária Integrativa como política pública prioritária nacional, em consonância com o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

20 Ampliar a política de Assistência Farmacêutica compreendendo seus componentes: básico, estratégico e excepcional, revisando e ampliando o rol de medicamentos tanto nas farmácias públicas quanto no programa Farmácia Popular.

21 Implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, ofertando novas práticas integrativas e complementares nos serviços de atenção básica, considerando as práticas já existentes e as articulações com os equipamentos e movimentos sociais do território.

22 Garantir o cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal e ampliação da cobertura do cuidado em todas as faixas etárias, nos três níveis de complexidade assegurando: a implantação da Estratégia de Saúde Bucal (ESB), preferencialmente, na modalidade tipo II, segundo a demanda, obedecendo a relação no mínimo de uma ESB para uma Estratégia de Saúde da Família (ESF); o atendimento às pessoas em situação especial (população carcerária, acamados, portadores de doença infectocontagiosas, entre outros) em local adequado; a implantação de Centro de Especialidade Odontológica (CEO), Unidades de Pronto Atendimento e urgência odontológica e atendimento ambulatorial; a assistência odontológica nos serviços hospitalares de média e alta complexidade; a realização de levantamento epidemiológico em saúde bucal periódico e a viabilização de consultórios odontológicos portáteis somente em regiões de difícil acesso.

23 Fomentar os programas de atenção à saúde da mulher, implantar nos municípios que não tenham, e ampliar os já contemplados, construindo uma rede

integral abrangente com envolvimento de todos os setores de proteção à saúde da mulher.

24 Incrementar o Piso da Atenção Básica para a região da Amazônia Legal considerando suas especificidades locorregionais, obedecendo ao princípio da equidade.

25 Ampliar os recursos para a atenção básica, garantindo reajuste anual dos valores e composição tripartite (50% União, 25% estados/DF e 25% municípios), para priorizar: implantação e manutenção das equipes de saúde da família, saúde bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e demais serviços de atenção básica; implementação de práticas integrativas e complementares; construção e reforma de unidades; informatização das unidades e implementação de prontuários eletrônicos; aquisição de veículos, insumos e Equipamentos de Proteção Individual e demais equipamentos necessários.

26 Estimular a implementação de equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), garantindo a presença dos profissionais nestas equipes, para assegurar a realização de ações de reabilitação baseadas nas demandas das comunidades.

27 Qualificar a implantação da Política Nacional de Atenção Básica efetivando a Estratégia de Saúde da Família como a principal porta de entrada aos serviços do SUS, garantindo a contra referência da unidade básica de saúde com a unidade hospitalar, melhorando a comunicação/interação entre os demais serviços da rede de saúde.

28 Fortalecer a Atenção Primária à Saúde, por meio de parcerias com universidades, implantando novos cursos na área da saúde, criando residências multiprofissionais focadas na melhoria da atenção primária à saúde, ampliando vagas de estágio para cursos de saúde e oferecendo educação permanente para todos os profissionais.

DIRETRIZ 9:

POR UMA SOCIEDADE EM DEFESA DA VIDA E DA SUSTENTABILIDADE DO PLANETA: AMPLIAR E FORTALECER POLÍTICAS SOCIAIS, PROJETOS INTERSETORIAIS E A CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA E DA PROMOÇÃO À SAÚDE

1 Fortalecer os programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida voltados para os diferentes ciclos da vida: crianças, idosos, adolescentes, entre outros, além de pessoas com necessidades especiais, garantindo a acessibilidade aos serviços públicos e privados.

2 Criar, implantar e implementar políticas públicas voltadas à valorização da vida e cultura de paz, nos diferentes ciclos de vida, como mecanismo de prevenção de acidentes (domésticos, no trânsito, no trabalho) e da violência.

3 Fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que articula os diferentes serviços das vigilâncias (municipais, estaduais/DF e federal) de forma a potencializar a atuação de cada uma, aprimorando também os processos de divulgação de suas atividades, de políticas de saúde, de dados epidemiológicos, do financiamento, do trabalho em saúde, de programas, ações e serviços prestados pelo SUS.

4 Reformular os planos de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com ênfase na prevenção e promoção e garantindo a integralidade nas linhas de cuidado.

5 Qualificar as políticas específicas e afirmativas de atenção à saúde, bem como incentivar programas de conscientização sobre as mesmas, de forma universal, integral, equitativa e descentralizada: acesso à consultas, exames, procedimentos, prevenção e promoção na atenção básica, de média e alta complexidade.

6 Estabelecer metas de universalização da Política de Saneamento Ambiental e de implantação de Planos de Resíduos Sólidos de acordo com a Lei nº 12.305/2010 e Decreto nº 7.040/2010, como parte da política de investimento do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) e financiamento tripartite com contrato de gestão firmado através de Consórcios Intermunicipais e fiscalização feita pelos Conselhos Municipais ou Regionais de Saúde dos municípios beneficiados, garantindo a sustentabilidade ambiental e a erradicação dos lixões, com ênfase à coleta e destino adequado do lixo hospitalar.

7 Incluir na legislação sanitária o programa de segurança alimentar e nutricional; desenvolver ações voltadas à alimentação correta, higiene corporal, atividade física, etc., buscando reduzir o sedentarismo, a obesidade infantil e outras complicações à saúde.

8 Estabelecer política de incentivo financeiro, em articulação com diversos órgãos, para a implantação de usinas municipais de triagem e compostagem de resíduos, bem como, centrais de coleta seletiva de forma regionalizada, estabelecendo fluxo de escoamento para industrialização do material armazenado, fomentando a implantação de fábricas de recicláveis, de plástico, vidro e papel.

9 Garantir a efetivação nas três esferas de gestão da Portaria nº 518/2004, do Ministério da Saúde, que estabelece os procedimentos e as responsabilidades relativas ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano, através da articulação intersetorial entre as vigilâncias sanitária, ambiental e epidemiológica.

10 Garantir que em todos os assentamentos oriundos da reforma agrária, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) arque com o impacto ambiental, financiando a estruturação, por período determinado, de serviços de atenção à saúde para o assentado, além de pesquisas e monitoramento das doenças vetoriais e educação em saúde para a prevenção de acidentes e doenças, em comum acordo com o município sede.

11 Implantar Centros de Controle de Zoonoses regionais, com financiamento bipartite (União e estados), com infraestrutura, contemplando o bem-estar e a harmonia da relação homem-animal, bem como prevenir, reduzir e eliminar a morbidade e a mortalidade provenientes de doenças zoonóticas.

12 Solicitar ao Ministério da Saúde que elabore o termo de parceria com países de fronteira para atendimento na área da saúde, com liberação de recursos financeiros aos municípios brasileiros.

13 Ampliar os esquemas de vacinação do Programa Nacional de Imunização, incluindo novas vacinas como anti-HPV, hepatite A, *influenza* sazonal, garantindo serviços com qualidade, adequando as salas de vacina de acordo com as normas vigentes em todo o País.

14 Aprovar e implementar em todo território nacional o Projeto de Lei nº 315/2008, que altera a Lei nº 9.294/96 de forma a proibir o uso de produtos do tabaco em ambientes fechados públicos ou privados.

15 Fortalecer o papel da atenção básica na vigilância, prevenção e promoção da saúde, responsável por seus territórios de abrangência, desenvolvendo ações intersetoriais com Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas).

16 Efetivar, implementar e promover a manutenção das Academias da Saúde propostas pelo Ministério da Saúde em todos os municípios/DF, garantindo a presença em tempo integral do profissional de Educação Física para orientação das atividades realizadas.

17 Reduzir os impostos incidentes sobre produtos *light* e *diet*, por meio de legislação específica, de forma a propiciar acessibilidade aos portadores de doenças relevantes.

18 Aumentar os recursos provenientes do Ministério da Saúde para efetivação das Vigilâncias Sanitárias nos municípios, organização e estruturação de redes (Centros de Controle de Zoonoses, canis, municipais, laboratórios de entomologia, entre outros) e para as áreas de planejamento, controle e avaliação.

19 Garantir investimento para a ampliação da cobertura dos serviços em saneamento básico, baseado no perfil socioeconômico e epidemiológico dos municípios, garantindo água com qualidade para o consumo humano e destino adequado de dejetos e águas servidas, inclusive com soluções alternativas para a zona rural, além de articular com os diversos órgãos de interface com a saúde, a construção de aterros sanitários controlados, em consórcios intermunicipais, estabelecendo com os órgãos ambientais parceria para auxiliar os municípios no estudo de áreas viáveis para implantação dos mesmos, atendendo as legislações ambientais vigentes.

20 Firmar parcerias com os ministérios e órgãos afins, para desenvolver programas de educação no trânsito, estabelecer regras rígidas para acesso à habilitação de motociclistas e motoristas e estabelecer o ressarcimento ao SUS dos custos de acidentes considerados dolosos.

DIRETRIZ 10:

AMPLIAR E QUALIFICAR A ATENÇÃO ESPECIALIZADA, DE URGÊNCIA E HOSPITALAR INTEGRADAS ÀS REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL

1 Organizar o acesso e ampliar a rede de saúde com serviços de urgência e emergência, atenção básica, média e alta complexidade, promovendo a diminuição de espera dos pacientes por exames, consultas e procedimentos e articulando as redes de apoio (Centro de Referência em Assistência Social – Cras; Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf; Centro de Atenção Psicossocial – Caps; Estratégia Saúde da Família – ESF; Postos de Saúde – PS e Conselho tutelar (CT)) intermunicipais e intramunicipais para uma melhor interação para resolutividade dos problemas.

2 Aperfeiçoar o processo de acolhimento do SAMU Regional com vistas à melhorar e humanizar o atendimento, qualificando-o para um cuidado respeitoso e digno, bem como criar mecanismos de avaliação e monitoramento dessa prestação de serviços juntamente com os municípios.

3 Implementar serviços de acolhimento aos usuários do SUS com qualidade, nos hospitais públicos e universitários, nas policlínicas e nas Upas.

4 Organizar a rede de urgência e emergência com equipamentos adequados e insumos, criando salas de estabilização em municípios de pequeno porte, providenciando transporte adequado nos casos de transferência para unidades de maior complexidade e ainda instituir financiamento para ampliar o SAMU nas regiões de saúde.

5 Divulgar a Lei do Acompanhante (Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000) ao conjunto da população, implantá-la nos hospitais públicos estaduais e municipais, além

de estimular e supervisionar sua implantação nos hospitais e maternidades conveniadas/contratadas ao SUS, capacitando a Vigilância Sanitária (Visa) de cada instância de gestão no conhecimento e implementação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), sobre as condições para um parto de qualidade e humanizado.

6 Criar centros de referência de especialidades médicas em cada macrorregião dos estados com criação e implantação de policlínicas.

7 Aumentar o valor da Tabela de Procedimento SUS.

8 Garantir a execução e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências nos estados, viabilizando infraestrutura e custeio necessários aos processos de regionalização dos serviços, a exemplo do SAMU 192.

9 Implantar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em todas as regiões do estado, até 2014, com todos os seus componentes (atenção primária, secundária: UPA e SAMU, e terciária: SAMU – suporte avançado e hospitais especializados em atendimento ao trauma, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) em todas as macrorregiões), estabelecendo uma atenção integrada com encaminhamento correto dos pacientes, considerando a unidade adequada para o caso e que promova a assistência mais eficaz no menor tempo possível.

10 Subsidiar através de recursos estaduais e federais a manutenção dos serviços já existentes de Urgência e Emergência e implantação de Serviços de Urgência e Emergência (SAMU) em locais com população maior ou igual a 100.000 habitantes; que os recursos possam ser utilizados para a contratação das equipes, manutenção de veículos

e equipamentos necessários ao funcionamento dos serviços. E nos municípios menores de 100.000 habitantes que sejam implantados Serviços de Urgência e Emergência em âmbito microrregional.

11 Implantar a Rede SAMU 192 com financiamento tripartite nos municípios Sede das Microrregiões de Saúde; ampliar a rede onde já existe, e incluir em seus controles de atendimento, a identificação dos acidentes e óbitos relacionados ao trabalho, com posterior envio dos dados dos casos identificados à vigilância epidemiológica das secretarias municipais de saúde para providências.

12 Viabilizar que o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, implemente as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) regionais já implantadas e de toda a rede de urgência e emergência, garantindo a aquisição de todos os equipamentos necessários para o seu funcionamento, melhorando o acesso aos serviços de urgência e emergência.

13 Gestionar junto ao Ministério da Saúde a ampliação de recursos financeiros para a implantação e manutenção da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil e Rede de Atenção à Saúde de Urgência e Emergência para todos os estados.

14 Garantir a implantação e funcionamento das redes de atenção à saúde, urgência e emergência nos municípios, conforme perfil epidemiológico de cada município, de acordo com as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

15 Garantir apoio técnico-financeiro aos hospitais municipais com atuação de referência regional, contemplando os serviços de urgência e emergência, garantindo a gestão eminentemente pública sem participação de organizações sociais.

16 Garantir a implementação da política de urgência e emergência com todos os seus suportes (aéreo, fluvial e terrestre), de acordo com as especificidades das regiões de saúde.

17 Fortalecer a Política de Atenção à Saúde da Mulher com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos, atendimento humanizado à mulher em situação de abortamento e de violência doméstica, sexual e de gênero, prevenção da mortalidade materna, garantindo a regionalização do Projeto Rede Cegonha, bem como ampliar a cobertura na prevenção e controle do câncer de colo de útero, garantindo o acesso a exame de citologia e colposcopia e prevenção e controle do câncer de mama, garantindo o acesso a exame de imagem para rastreamento e diagnóstico, bem como implantar o exame de peniscopia como estratégia de prevenção no Programa de Saúde do Homem.

18 Implantar e implementar o Programa Saúde do Homem em todos os municípios, possibilitando todo atendimento médico e odontológico especializado, oferta de exames, campanha de prevenção do câncer de próstata, visando à promoção e à prevenção de sua saúde.

19 Solicitar ao Ministério da Saúde a revisão do protocolo para realização de mamografia de rastreamento, ampliando o acesso das mulheres na faixa etária a partir dos 40 anos de idade para a realização de, pelo menos, um exame anual assegurando o controle e acompanhamento dos casos de câncer confirmados, oferecendo atendimento multiprofissional específico.

20 Criar novos parâmetros de avaliação que levem em conta, além do índice populacional, as características epidemiológicas da população, para implantação de programas nos municípios, como, entre outros, o de enfrentamento ao uso de *crack* e outras drogas.

21 Exigir o cumprimento da Portaria nº 1.737, de 19 de agosto de 2004, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no Sistema Único de Saúde (SUS). Fazer cumprir a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 151, de agosto de 2001 que em seu artigo 3º, inciso 5 dispõe sobre a coleta de sangue, vedando os bancos privados de realizarem coletas externas, sendo estas reservadas somente aos bancos de sangue públicos.

22 Fortalecer a gestão e regulação de leitos hospitalares, otimizando sua ocupação.

23 Ampliar o número de vagas hospitalares, ativando leitos inativos dos hospitais, unidades de terapia intensiva e semi-intensiva, agilizando os exames de média e alta complexidade e regulando os leitos e exames adequada e unicamente pelo Serviço de Regulação.

24 Regular toda a rede de assistência, das três esferas, incluindo hospitais federais e universitários, disponibilizando-se as vagas de forma equânime, preferencialmente regionalizada, aos usuários de todos os municípios.

25 Ampliar a oferta de ações e serviços de saúde na média e alta complexidade (consultas, exames e procedimentos), respeitando parâmetros epidemiológicos, distribuindo de forma igualitária e proporcional.

26 Exigir o cumprimento das Portarias nº 2.439/GM e SAS nº 741, do Ministério da Saúde, que dispõem sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica que prioriza os hospitais públicos.

27 Implementar as capacitações para as áreas de urgência, emergência e hospitalar a partir das necessidades das diferentes categorias de trabalhadores e dos serviços disponíveis e necessários.

28 Garantir financiamento global das ações e serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) respeitando as diversidades loco-regionais e populacionais de modo a viabilizar a constituição das redes regionalizadas e integrais de atenção à saúde revisando-se, anualmente, a Tabela de procedimentos do SUS, considerando os índices de mercado mais adequados à precificação de procedimentos para o setor público.

29 Implementar a Política de Atenção Laboratorial e descentralizar os Laboratórios Centrais (Lacen) com o objetivo de maior acessibilidade dos usuários.

30 Estruturar serviço para transplantes de órgãos em todos os estados para pacientes renais-crônicos e outros, com implantação da central de captação de doadores.

31 Estabelecer o perfil epidemiológico e sociodemográfico da população como parâmetro para a construção de hospitais e unidades de média complexidade.

32 Reformular o Projeto de Lei do "Ato Médico" no Senado.

33 Ampliar os recursos destinados aos projetos de aquisição de equipamentos e de materiais permanentes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), expandindo a capacidade física instalada dos municípios, para aquisição de equipamentos de média e alta complexidade, com atenção especial aos hospitais e demais equipamentos de saúde do interior dos estados, em todas as suas macrorregiões de Saúde, garantindo a manutenção qualificada, recuperação e reposição dos mesmos, de forma que o Ministério da Saúde adote uma política pública para descentralização dos equipamentos, dos profissionais e da estrutura física, nos serviços de hemodiálise, levando em consideração a distância geográfica de onde residem os pacientes e onde estão localizados esses serviços, para garantir o acesso, aos que precisam desse serviço em todo Brasil, aumentando a frota de ambulâncias municipais, assegurando o nível de

prioridades por doenças e organizando o transporte de paciente para outros municípios, respeitando-se o horário de atendimento e o retorno humanizado ao município, bem como agilizar e otimizar os processos administrativos, disponibilizar os materiais e insumos para os serviços de saúde do SUS, através de mudanças na Lei Federal de Licitação nº 8.666, de 21 de junho de 1993, criando uma legislação que penalize as empresas financeiramente, com critérios de exclusão das empresas, nas próximas licitações, que não entregarem a compra solicitada na data estabelecida.

34 Pactuar e implementar, nas três esferas de gestão, as Políticas Nacionais de Saúde Integral da População LGBT e de comunidades tradicionais (negros, indígenas, camponeses, quilombolas, ribeirinhos etc.), garantindo a capacitação dos(as) profissionais de saúde, gestores(as), bem como desenvolver ações de enfrentamento ao racismo e todas as formas de discriminação.

35 Ampliar o debate público sobre as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e sua integração com a rede de atenção básica; revisar, por parte do Ministério da Saúde, os critérios para implantação das UPAs em municípios com menos de 50.000 habitantes.

36 Garantir a aquisição de Desfibriladores Automáticos (DEA), para agilizar o socorro a pessoas infartadas, em todos os serviços de saúde, acompanhada de capacitação paralela a profissionais e a pessoas leigas e equipar as ambulâncias de todos os municípios do país com desfibriladores.

37 Realizar atualização anual das tabelas de procedimentos do SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de informações Hospitalares) de acordo com os índices de inflação.

DIRETRIZ 11:

POR UM SISTEMA QUE RESPEITE DIFERENÇAS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DE REGIÕES E POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

1 Definir uma política equitativa de alocação de recursos, orientada por projetos para enfrentamento das desigualdades regionais em suas especificidades geográficas, socioeconômicas, culturais, entre estados e municípios para comunidades indígenas, quilombolas, negras, extrativistas, atividades sazonais e demais trabalhadores com baixo índice de desenvolvimento humano.

2 Reavaliar a legislação e a política de financiamento dos programas de saúde e que disciplina a habilitação de serviços na Região Norte.

3 Alocar recursos do Orçamento do Ministério da Saúde para financiar a aquisição de veículos com tração destinados à prestação de serviços de saúde em áreas rurais e de difícil acesso na Amazônia.

4 Garantir, em todo o âmbito do SUS, o respeito às diversidades étnico-raciais, sexuais, de gênero, geração, território e transtornos mentais e dependentes químicos, garantindo recursos humanos capacitados também para as áreas específicas, especialmente pessoas com deficiência de saúde mental, visando à humanização da atenção.

5 Adotar política de ampliação para novos serviços de saúde nos municípios, reformulando as portarias que dificultam a implantação de novas equipes de saúde da família e serviços como Caps, Farmácia Popular, Nasf devido à limitação do quantitativo populacional, ou seja, que reveja os critérios populacionais para descentralizar esses serviços para toda população, principalmente para municípios de pequeno porte.

6 Implantar e implementar as políticas de saúde integral da população negra, povos indígenas, ciganos, povos do campo e da floresta em todas as unidades da federação.

7 Implantar e implementar as políticas de saúde dos povos indígenas.

8 Garantir recursos financeiros para implementação de Políticas de Saúde destinadas a grupos populacionais específicos (camponeses, ribeirinhos, quilombolas, mulheres, indígenas, afrodescendentes, LGBT, idosos, pessoas com deficiência, anemia falciforme, albinismo e outras patologias), incluindo incentivo para compensações regionais e para municípios que recebem populações flutuantes.

9 Garantir mecanismos de atendimento na área da saúde que ajudem todas as comunidades de difícil acesso.

10 Assegurar o cumprimento e a aplicação dos recursos destinados à Atenção à Saúde do Idoso conforme o disposto na Lei nº 8.842/94 em articulação com as demais Políticas Públicas.

11 Investir e implementar a política de saúde do homem, visando à promoção e prevenção, especialmente ações de prevenção ao câncer de próstata, com retaguarda ambulatorial e diagnóstico.

12 Implementar a política dos portadores de necessidades especiais, e garantir o financiamento para implantação do Centro Municipal de Reabilitação Física (Cemurf), com equipe multiprofissional, nos municípios qualificando o atendimento às pessoas com deficiência.

13 Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições seguras para mulheres e adolescentes e realizar a vigilância do óbito materno, neonatal e infantil, bem como descentralizar o programa aborto legal.

14 Implantar redes de atenção e proteção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual, crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência, transtorno mental e trabalhadores.

15 Reduzir a morbimortalidade infantil, através do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e da implementação do processo de acompanhamento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos; da implementação de protocolos clínicos de controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs); da implementação do processo de acompanhamento do baixo peso ao nascer e do controle da deficiência de ferro e de vitamina A.

16 Implantar programa de atendimento ao paciente obeso no SUS com a contratação de equipes multiprofissionais, como: endocrinologia pediátrica, nutricionistas, psicólogos, etc.

17 Solicitar à indústria farmacêutica a disponibilização de medicação em forma líquida para o tratamento de crianças (acima de 4 anos) e adolescentes doentes de aids.

18 Criar uma política de saúde para regiões de fronteiras, contemplando estratégias de pactuação e troca de atendimento, com estabelecimento de fluxos e serviços prestados, em documento assinado pelas autoridades sanitárias de municípios fronteiriços.

19 Promover ação intersetorial visando construir novas pistas de pouso e homologar as pistas de pouso utilizadas para atenção à saúde nas comunidades indígenas, inclusive com articulação junto à Agência Nacional de Aviação Civil (Anac) para utilização das pistas ainda não homologadas, temporariamente, nos casos da necessidade de remoção de pacientes em situação de risco à saúde.

20 Incluir a Saúde do Adolescente como um dos eixos prioritários no Pacto da Saúde, garantindo o acesso aos serviços integrais da Rede de Atenção na Promoção, Proteção e Recuperação relacionadas ao: Planejamento Familiar, Gravidez na Adolescência, DST-Aids, Hepatites Virais, Violências, uso de álcool, cigarro, *crack* e outras drogas, estimulando hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física, entre outros.

21 Pactuar e implementar, nas três esferas de gestão, as políticas nacionais de saúde integral da população LGBT e de comunidades tradicionais (negros, indígenas, camponeses, quilombolas, ribeirinhos etc.), garantindo a capacitação dos e das profissionais de saúde, gestores(as), bem como desenvolver ações de enfrentamento ao racismo e todas as formas de discriminação.

22 Garantir a todos os municípios os recursos financeiros necessários para aquisição de consultórios odontológicos móveis, visando ao atendimento dos usuários com dificuldade de locomoção e acesso.

23 Instituir, com recursos federais, estaduais e municipais dentro do bloco de financiamento, uma política que garanta a aquisição de transportes terrestres apropriados às características geográficas de cada município ou região, para proporcionar condução adequada das equipes de saúde e de usuários encaminhados às unidades de referência.

24 Garantir o acesso dos indígenas aos financiamentos para formação técnica e de nível superior.

25 Reconhecer os pajés que trabalham na medicina tradicional.

26 Desenvolver política de atendimento especializado nas comunidades indígenas e sede dos municípios (Ortopedia, Pediatria, Neurologia, Cardiologia, Oftalmologia, Dermatologia, Ginecologia e Endocrinologia), e adquirir e instalar radiofonias nas Unidades de Saúde referenciais para atenção à saúde indígena, comunidades rurais, ribeirinhos e assentados nas sedes dos municípios, para comunicação em tempo real.

27 Definir Política de Gestão do Trabalho específica para Saúde Indígena, com participação efetiva das comunidades e dos trabalhadores.

28 Inclusão da avaliação semestral da saúde bucal, em crianças e adolescentes, sendo obrigatório como requisito, para recebimento de benefício socioassistencial.

DIRETRIZ 12:

CONSTRUIR POLÍTICA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO QUE ASSEGURE GESTÃO PARTICIPATIVA E EFICAZ AO SUS

1 Aprimorar e integrar os vários sistemas de informação do SUS, utilizando uma única base de dados que inclua informações gerais sobre Seguridade Social e financiamento, com descrição de receitas e despesas e que mantenha interface *online* com o cadastro de estabelecimentos de serviços de saúde, de profissionais, do Cartão SUS e do prontuário eletrônico, qualificando as equipes de saúde e gerenciais para utilizá-lo de acordo com as necessidades loco-regionais, fortalecendo assim as Redes Regionais de Atenção à Saúde.

2 Qualificar a comunicação entre os serviços da rede de saúde, informatizando os serviços, por meio de acesso à internet e ao telefone, garantindo suporte técnico e manutenção adequados.

3 Instituir um sistema de informação, interligando saúde, previdência social e assistência social, objetivando melhor acesso às informações, integralidade da assistência e monitoramento dos usuários.

4 Garantir recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS, com leitura óptica, ampla divulgação e incluir seu número no RG, para que este seja o registro nacional único de usuários do SUS em todo o território nacional e base para a transferência automática de recursos financeiros referentes aos usuários atendidos fora do seu município.

5 Criar um prontuário nacional para os usuários do SUS, para ampla compreensão de histórico de saúde do mesmo em todos os níveis de atenção.

6 Implementar o programa Telessaúde e Telemedicina nas Regiões de Saúde, para dar suporte às equipes de profissionais de saúde.

7 Garantir a conectividade em todos os municípios para a realização de EAD (Educação à Distância).

8 Construir o Plano Estratégico de Comunicação obedecendo à seguinte sistematização: municipal, estadual e federal.

9 Realizar campanhas de divulgação midiática das ações, programas e serviços prestados pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, assim como as ações do controle social, o fluxo de atendimento, o funcionamento do SUS e os direitos e deveres dos usuários da saúde.

10 Restringir a veiculação de propaganda de bebidas alcoólicas e medicamentos em todos os meios de comunicação, além de isentar ou reduzir os impostos na compra de medicamentos, veículos, equipamentos e insumos para a saúde (SUS).

11 Efetivar um sistema informatizado de regulação (Sisreg) ou similar, pelo Ministério da Saúde para ser utilizado pela Regulação Estadual e Municipal.

12 Manter informações atualizadas para os usuários nas unidades, de forma visível, constando escala de serviços e trabalho desta unidade, que contemplem fluxo e funcionamento, relação de medicamentos das farmácias da rede e divulgação das farmácias populares.

13 Criar, pelo Ministério da Saúde, uma Rádio e um Canal específico para saúde (TV SUS, Rádio SUS e outros meios), para implementar as políticas de saúde, dando maior visibilidade ao SUS.

14 Divulgar nos principais meios de comunicação (rádio, TV, jornais locais) e nas próprias unidades de saúde (cartazes, *banners*, protocolos, informativos) sobre a localização, os fluxos e serviços disponíveis no SUS, o que é atenção básica, urgência, emergência e pronto atendimento, suas competências e atuação dos conselhos de saúde, Estratégia Saúde da Família e outros programas federais entre eles a farmácia popular.

15 Reestruturar os sistemas de informação cadastrando os serviços da atenção básica a fim de permitir que os municípios possam realizar e receber procedimentos classificados como de média complexidade.

DIRETRIZ 13:

CONSOLIDAR E AMPLIAR AS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA SAÚDE MENTAL, DEFICIÊNCIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

1 Fazer cumprir a Lei nº 10.216/2001, garantindo a estruturação de toda a rede de serviços substitutivos aos manicômios, como Caps I, II e III, Caps-i, Caps-AD, Residências Terapêuticas, leitos em hospital geral e de urgência, consultórios de rua, etc., de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2 Rever e flexibilizar os critérios de base populacional para implantação dos Caps, de forma a permitir a expansão da rede e garantir o acesso às populações de municípios com menos de 20 mil habitantes.

3 Implantar serviços de saúde mental na Atenção Básica, com a inclusão de profissionais de saúde mental, em especial nas cidades menores que não têm contingente populacional suficiente para implantação de Caps.

4 Assegurar a continuidade e o monitoramento da rede de atenção à Saúde Mental, criando o Sistema Nacional de Informação em Saúde Mental ligado ao Ministério da Saúde.

5 Garantir a implantação do Caps para a infância e adolescência (Capsi) para facilitar o controle das medicações indicadas às crianças comprometidas psiquicamente, portadoras de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

6 Garantir que as três esferas de governo realizem campanhas publicitárias sobre saúde mental, por meio da mídia, com o objetivo de esclarecer a população sobre as doenças mentais, visando combater o preconceito e possibilitar a inserção dos doentes mentais na sociedade, além de promover ampla discussão sobre a problemática da somatização (problemas de saúde gerados ou agravados por distúrbios emocionais), com impacto sobre a demanda de exames e especialistas, criando políticas específicas para a sua abordagem por equipes multiprofissionais.

7 Usar a estratégia da Redução de Danos na Política Nacional sobre o uso de álcool e outras drogas, garantindo a cobertura de serviços assistenciais como centros de recuperação e reabilitação, Caps-AD, leitos em urgências e hospitais gerais para desintoxicação, consultórios de rua, e investindo também no apoio familiar e comunitário e na inclusão social dos usuários.

8 Criar um Fundo Nacional de Reabilitação para usuários de drogas composto pela venda de bens e valores apreendidos do tráfico de drogas, com repasses aos fundos municipais de saúde respectivos.

9 Efetivar as políticas de saúde dirigidas a pessoas portadoras de necessidades especiais nas deficiências: física, motora, auditiva, visual, transtorno mental, entre outras, qualificando o acesso e prioridade em lugares públicos e privados com sinalização visual, faixas, placas e adesivos informativos, e um sistema de transporte adaptado para locomoção desses cidadãos.

10 Garantir interlocução e integração entre SUS e perícia do INSS para os casos de benefícios para portadores de qualquer deficiência, inclusive os pacientes com sofrimento mental, para avaliação dos laudos com a conclusão indicativa de afastamento ou não e o porquê, com qualidade e coerência, proporcionando um atendimento

humanizado à clientela, com direito a acompanhante indicado pelo paciente, para evitar abusos.

11 Implantar políticas públicas de acordo com as diretrizes da Política Nacional Sobre o Uso de Álcool e Outras Drogas, alinhada aos preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, garantindo assistência universal e integral ao usuário, e apoio aos familiares visando a reestruturação familiar e demais formas de redução de danos, promovendo a inclusão social do grupo familiar ao qual pertence, exigindo do Estado participação tripartite no financiamento, ampliando os Caps AD e Capsi e leitos hospitalares para desintoxicação em hospital geral, consultórios de rua.

12 Garantir o aumento dos recursos para investimentos em pesquisas, monitoramento e implantação de novos serviços relacionados ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

13 Implantar nas três esferas de gestão os programas de saúde funcional e de atenção integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e mobilidade reduzida; e capacitar os trabalhadores e profissionais de saúde, no atendimento e abordagem ao usuário com deficiência, valorizando o conhecimento da prática por ele vivenciado.

DIRETRIZ 14:

INTEGRAR E AMPLIAR POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA ASSEGURAR ATENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR

1 Implantar a Vigilância em Saúde do Trabalhador por meio de rede integrada de serviços com unidade sentinelas, com condições e fluxos para a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), adotando a busca ativa, a fiscalização conjunta com órgãos afins, para a utilização da notificação compulsória de doenças e acidentes de trabalho no Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST).

2 Implantar programa de prevenção ao uso do agrotóxico e acompanhar os trabalhadores que manuseiam os produtos com atenção especial à população afetada por exposição a tais elementos químicos; fim do financiamento público à aquisição de tais produtos e que as licenças ambientais passem pelo controle social, conselho de saúde e ambiental, nas três esferas de governo.

3 Negociar junto aos demais órgãos de governo da mesma esfera, recursos dos respectivos orçamentos anuais, estabelecendo rubrica específica, para a implantação/implementação e custeio dos serviços de saúde ocupacional dos trabalhadores públicos, com instrução de normas e protocolos para garantir a assistência integral à saúde dos trabalhadores do SUS no sistema, mantendo a equidade em relação aos usuários de modo geral.

4 Criar um programa de atendimento à saúde do trabalhador, coordenado pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador com a participação dos movimentos sociais e sistema de informação eficiente entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e as unidades de saúde.

DIRETRIZ 15:

RESSARCIMENTO AO SUS PELO ATENDIMENTO A CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS, TENDO O CARTÃO SUS COMO ESTRATÉGIA PARA SUA EFETIVAÇÃO, E PROIBIR O USO EXCLUSIVO DE LEITOS PÚBLICOS POR ESSES (AS) USUÁRIOS (AS)

1 Garantir o ressarcimento dos serviços privados ao SUS pelos procedimentos realizados em usuários com Plano de Saúde, de acordo com a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998. O Ministério da Saúde, em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde, deve regulamentar os fluxos de ressarcimento ao SUS dos atendimentos de beneficiários de planos de saúde, efetivando as disposições e prerrogativas de controle e avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), eliminando progressivamente os incentivos e subsídios públicos aos planos privados de saúde.

2 Implantar o Cartão SUS, a fim de possibilitar o ressarcimento relativo aos procedimentos realizados na rede de saúde pública dos usuários conveniados a planos de saúde privados, bem como, fortalecer a contratualização da gestão federal, estadual e municipal.

3 Criar mecanismo para que os municípios sejam ressarcidos das despesas originadas pela judicialização, quando se referir à medicamentos ou procedimentos de responsabilidade do estado e/ou do Ministério da Saúde.

SUS na Seguridade Social
SUS
UM DESAFIO PARA O SUS

SUS

"EU QUERO
SAÚDE E
PAZ, QUE SÓ
EQUILÍBRIO
ME TRAZ"

14ª Conferên
cional de S
DF - 30 de novembro a 04 de de

SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro
14ª Conferência
Nacional de Saúde
SUS

CARTA DA
14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CARTA DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À SOCIEDADE BRASILEIRA

Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social!
Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro
Acesso e Acolhimento com Qualidade: um desafio para o SUS

Nestes cinco dias da etapa nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde reunimos 2.937 delegados e 491 convidados, representantes de 4.375 Conferências Municipais e 27 Conferências Estaduais.
Somos aqueles que defendem o Sistema Único de Saúde como patrimônio do povo brasileiro.
Punhos cerrados e palmas! Cenhos franzidos e sorrisos.
Nossos mais fortes sentimentos se expressam em defesa do Sistema Único de Saúde.
Defendemos intransigentemente um SUS universal, integral, equânime, descentralizado e estruturado no controle social.
Os compromissos desta Conferência foram traçados para garantir a qualidade de vida de todos e todas.

A saúde é constitucionalmente assegurada ao povo brasileiro como direito de todos e dever do Estado. A saúde integra as políticas de Seguridade Social, conforme estabelecido na Constituição brasileira, e necessita ser fortalecida como política de proteção social no País.

Os princípios e as diretrizes do SUS – de descentralização, atenção integral e participação da comunidade – continuam a mobilizar cada ação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores do SUS.

Construímos o SUS tendo como orientação a universalidade, a integralidade, a igualdade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde.

O SUS, como previsto na Constituição e na legislação vigente é um modelo de reforma democrática do Estado brasileiro. É necessário transformarmos o SUS previsto na Constituição em um SUS real.

São os princípios da solidariedade e do respeito aos direitos humanos fundamentais que garantirão esse percurso, que já é nosso curso nos últimos 30 anos, em que atores sociais militantes do SUS, como os usuários, os trabalhadores, os gestores e os prestadores, exercem papel fundamental na construção do SUS.

A ordenação das ações políticas e econômicas deve garantir os direitos sociais, a universalização das políticas sociais e o respeito às diversidades étnico-racial, geracional, de gênero e regional. Defendemos, assim, o desenvolvimento sustentável e um projeto de Nação baseado na soberania, no crescimento sustentado da economia e no fortalecimento da base produtiva e tecnológica para diminuir a dependência externa.

A valorização do trabalho, a redistribuição da renda e a consolidação da democracia caminham em consonância com este projeto de desenvolvimento, garantindo os direitos constitucionais à alimentação adequada, ao emprego, à moradia, à educação, ao acesso à terra, ao saneamento, ao esporte e lazer, à cultura, à segurança pública, à segurança alimentar e nutricional integradas às políticas de saúde.

Queremos implantar e ampliar as Políticas de Promoção da Equidade para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, as crianças, os idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, as populações do campo, da floresta e ribeirinha, a população LGBT, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais.

As políticas de promoção da saúde devem ser organizadas com base no território com participação intersetorial, articulando a vigilância em saúde com a Atenção Básica e devem ser financiadas de forma tripartite pelas três esferas de governo para que sejam superadas as iniquidades e as especificidades regionais do País.

Defendemos que a Atenção Básica seja ordenadora da rede de saúde, caracterizando-se pela resolutividade e pelo acesso e acolhimento com qualidade, em tempo adequado e com civilidade.

A importância da efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, além da garantia de atenção à mulher em situação de violência, contribuirão para a redução da mortalidade materna e neonatal, o combate ao câncer de colo uterino e de mama e uma vida com dignidade e saúde em todas as fases de vida.

A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra deve estar voltada para o entendimento de que o racismo é um dos determinantes das condições de saúde. Que as Políticas de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo e da Floresta e da População LGBT, recentemente pactuadas e formalizadas, se tornem instrumentos que contribuam para a garantia do direito, da promoção da igualdade e da qualidade de vida dessas populações, superando todas as formas de discriminação e exclusão da cidadania, e transformando o campo e a cidade em lugar de produção da saúde. Para garantir o acesso às ações e serviços de saúde, com qualidade e respeito às populações indígenas, defendemos o fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se viabilizar por meio da integração entre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e as Vigilâncias em Saúde Estaduais e Municipais. Buscamos o desenvolvimento de um indicador universal de acidentes de trabalho que se incorpore aos sistemas de informação do SUS. Defendemos o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental e Álcool e outras Drogas, alinhados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica antimanicomial brasileira e coerente com as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em relação ao financiamento do SUS, é preciso aprovar a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. A União deve destinar 10% da sua receita corrente bruta para a saúde, sem incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU), que permita ao Governo Federal a redistribuição de 20% de suas receitas para outras despesas.

Defendemos a eliminação de todas as formas de subsídios públicos à comercialização de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como o aprimoramento de mecanismos, normas e/ou portarias para o ressarcimento imediato ao SUS por serviços a usuários da saúde suplementar. Além disso, é necessário manter a redução da taxa de juros, criar novas fontes de recursos, aumentar o Imposto sobre Operações

Financeiras (IOF) para a saúde, tributar as grandes riquezas, fortunas e latifúndios, tributar o tabaco e as bebidas alcoólicas, taxar a movimentação interbancária, instituir um percentual dos *royalties* do petróleo e da mineração para a saúde e garantir um percentual do lucro das empresas automobilísticas.

Defendemos a gestão 100% SUS, sem privatização: sistema único e comando único, sem "dupla-porta", contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros. Precisamos contribuir para a construção do marco legal para as relações do Estado com o terceiro setor. Defendemos a profissionalização das direções, assegurando autonomia administrativa aos hospitais vinculados ao SUS, contratualizando metas para as equipes e unidades de saúde. Defendemos a exclusão dos gastos com a folha de pessoal da Saúde e da Educação do limite estabelecido para as prefeituras, estados, Distrito Federal e União pela Lei de Responsabilidade Fiscal e lutamos pela aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária.

Para fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, é estratégico promover a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde, investir na educação permanente e formação profissional de acordo com as necessidades de saúde da população, garantir salários dignos e carreira definida de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, assim como, realizar concurso ou seleção pública com vínculos que respeitem a legislação trabalhista, e assegurem condições adequadas de trabalho, implantando a Política de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

Visando fortalecer a política de democratização das relações de trabalho e fixação de profissionais, defendemos a implantação das Mesas Municipais e Estaduais

de Negociação do SUS, assim como os protocolos da Mesa Nacional de Negociação Permanente em especial o de Diretrizes Nacionais da Carreira Multiprofissional da Saúde e o da Política de Desprecarização. O Plano de Cargos, Carreiras e Salários no âmbito municipal/regional deve ter como base as necessidades loco-regionais, com contrapartida dos estados e da União.

Defendemos a adoção da carga horária máxima de 30 horas semanais para a enfermagem e para todas as categorias profissionais que compõem o SUS, sem redução de salário, visando cuidados mais seguros e de qualidade aos usuários. Apoiamos ainda a regulamentação do piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Controle de Endemias (ACE), Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) com financiamento tripartite.

Para ampliar a atuação dos profissionais de saúde no SUS, em especial na Atenção Básica, buscamos a valorização das Residências Médicas e Multiprofissionais, assim como implementar o Serviço Civil para os profissionais da área da saúde. A revisão e reestruturação curricular das profissões da área da saúde devem estar articuladas com a regulação, a fiscalização da qualidade e a criação de novos cursos, de acordo com as necessidades sociais da população e do SUS no território.

O esforço de garantir e ampliar a participação da sociedade brasileira, sobretudo dos segmentos mais excluídos, foi determinante para dar maior legitimidade à 14ª Conferência Nacional de Saúde. Este esforço deve ser estendido de forma permanente, pois ainda há desigualdades de acesso e de participação de importantes segmentos populacionais no SUS.

Há ainda a incompreensão entre alguns gestores para com a participação da comunidade garantida na Constituição Cidadã e o papel deliberativo dos conselhos

traduzidos na Lei nº 8.142/90. Superar esse impasse é uma tarefa, mais do que um desafio.

A garantia do direito à saúde é, aqui, reafirmada com o compromisso pela implantação de todas as deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde que orientará nossas ações nos próximos quatro anos, reconhecendo a legitimidade daqueles que compõem os conselhos de saúde, fortalecendo o caráter deliberativo dos conselhos, já conquistado em lei, e que precisa ser assumido com precisão e compromisso, na prática em todas as esferas de governo, pelos gestores e prestadores, pelos trabalhadores e pelos usuários.

Somos cidadãs e cidadãos que não deixam para o dia seguinte o que é necessário fazer no dia de hoje. Somos fortes, somos SUS.

Brasília/DF, 4 de dezembro de 2011.

14ª Conferência
Nacional de Saúde
SUS
ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE
UM DESAFIO PARA O SUS
BRASIL

ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE
UM DESAFIO PARA O SUS
BRASIL

WELCOME
TO BRAZIL

SUS
BRASIL

14ª Conferência
Nacional de Saúde
SUS
BRASIL

SUS
PATRIMONIO DA HUMANIDADE
SOCIAL CULTURAL E
MATERIAL.
MOVIMENTO
POPULAR

14ª Conferência

MOÇÕES APROVADAS NA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

MOÇÕES DE APOIO

Moção nº 1

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social.

Apoio aos portadores de xeroderma pigmentoso na luta pela criação, implantação e implementação de uma política nacional intersetorial para tratamento e para propiciar melhores condições de vida. Xeroderma pigmentoso – doença congênita que se caracteriza pela intolerância total da pele ao sol, com queimaduras externas, lesões crônicas e tumores malignos.

Moção nº 2

Tipo: Apoio
Destinatário: Indefinido.

A vida é sagrada e deve ser protegida desde o seu início, na concepção. A vida do outro é o limite de nossa liberdade. Se a mulher tem direitos e deveres, eles não podem interferir ou impedir o direito à vida de outro ser humano. Somos a favor da vida em abundância.

Moção nº 3

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministérios da Saúde, Educação, Trabalho e Emprego.

Com objetivo de combater os preconceitos e os estigmas criados pela ignorância da população em geral sobre a epilepsia, causando sofrimentos e exclusão de seus portadores,

vimos através desta solicitar a implementação de normas que facilitem estes atos, além de clarificar aos órgãos públicos da importância de sua atuação diante da introdução, permanência e a não discriminação dos portadores de epilepsia no mercado de trabalho; menor tempo nas filas de espera para consultas neurológicas, exames e cirurgias; ampliação das variedades dos medicamentos fornecidos pelo SUS; capacitação dos profissionais para atendimento aos portadores de epilepsia na rede pública de ensino, saúde, etc.

Moção nº 4

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Conscientizar os profissionais de saúde quanto ao respeito às diversidades culturais e étnico-raciais, em especial aos afrodescendentes e indígenas, reconhecendo suas tradições, saberes, crenças, plantas medicinais e rituais de cura, garantindo o acesso a todos de forma digna e respeitosa.

Moção nº 5

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde (CES).

Considerando que são visíveis os avanços no campo da prevenção e assistência à Aids, em particular a extensão da sobrevida daqueles que apresentam a manifestação da doença e a redução da mortalidade, porém continua visível a epidemia no País.

Considerando ainda que a Política de Incentivo e a descentralização das ações em HIV/ Aids têm se transformado em um dos maiores desafios para a sustentabilidade da

resposta brasileira ao HIV/ Aids, visto que algumas cidades e estados apresentam avanços, e outros sofreram retrocessos consideráveis nos serviços de prevenção e assistência.

Considerando ainda que, por meio da Portaria Ministerial nº 2.313/02, foi instituído o incentivo aos estados, DF e municípios, no âmbito do Programa Nacional de HIV/ Aids e outras DST, e que este se traduz em uma modalidade de financiamento pelos mecanismos regulares do SUS, com repasse automático do Fundo Nacional da Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde. A Portaria foi constituída em virtude da necessidade e da importância da formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids, tendo em conta as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional, bem como os avanços e o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde.

Considerando ainda a necessidade de análise constante sobre o comportamento atual da epidemia de Aids, que requer reordenação nas estratégias para o seu enfrentamento, reforçando a necessidade de descentralização e desconcentração de responsabilidades e ações, de modo coordenado entre os três níveis de gestão do SUS.

Considerando a necessidade de recursos específicos para o financiamento do combate à epidemia, dada a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas, abrangendo um largo espectro de atividades no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença e dos danos, da assistência e tratamento dos portadores e do desenvolvimento institucional, visando o envolvimento dos diferentes níveis de gestão do SUS na efetivação de medidas estratégicas, a garantia de novos avanços e continuidade do padrão de qualidade e de resultados que vêm sendo alcançados.

Considerando o exposto, nós, delegados (as) presentes à 14ª Conferência Nacional de Saúde, apresentamos moção de apoio à resposta de combate à Aids, e reconhecemos a importância desta, deliberando pela manutenção da Política de Incentivo Fundo a Fundo estabelecida pela Portaria MS nº 2.313/2002.

Moção nº 6

Tipo: Apoio
Destinatário: Presidenta Dilma Rousseff, Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

Interiorização dos cursos de medicina, odontologia, enfermagem e farmácia para todos os municípios polos do interior do País que disponham de instituições públicas de ensino superior, bem como tenham estrutura física para a realização de cursos de saúde.

Moção nº 7

Tipo: Apoio
Destinatário: Conselho Nacional de Saúde.

Moção para garantir o processo de controle da paridade e equidade, mudança do texto da Resolução CNS nº 333, de 2003.

Texto original: *VI – A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.*

Novo texto: *VI – A ocupação de cargos de confiança ou de chefia deve ser avaliada como impedimento da representação do segmento e deve ser indicativo de substituição do conselheiro.*

Moção nº 8

Tipo: Apoio
Destinatário: Senado Federal.

Os movimentos sociais e populares e os profissionais de saúde estão mobilizados em defesa de uma regulamentação da EC nº 29/00 que efetivamente traga os recursos necessários ao pleno desenvolvimento do SUS. Essa proposta está hoje incorporada ao projeto do ex-senador Tião Viana (PLP nº 121-2007), que já foi aprovado no Senado, mas precisa ser ratificado por uma votação. Os delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde exigem que seja ratificado o PLP nº 121-2007 e que seja rejeitado, parcial ou totalmente, o projeto aprovado na Câmara dos Deputados que, além de não trazer recursos novos para a saúde, ainda retira o Fundeb da base de referência do cálculo dos 12% dos estados, o que leva a saúde a perder a cada ano cerca de 7 bilhões de reais.

Moção nº 9

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde.

Nós, delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde, defendemos e lutamos para romper com o injusto e imoral desfinanciamento da saúde, que deve ser garantida pelos governos como política universal e inclusiva da sociedade brasileira. É urgente que se regulamente a EC nº 29/00, processo que se arrasta desde 2003 e que deve trazer mais recursos federais para o financiamento da saúde. Os municípios já esgotaram sua capacidade de financiamento e, em média, têm colocado em saúde 30% a mais que o mínimo constitucional. Defendemos e lutamos para ser reaprovado na íntegra o projeto do senador Tião Viana, já aprovado uma vez no Senado e que novamente terá que ser votado. Esse projeto relaciona o financiamento federal a um percentual

da Receita Corrente Bruta arrecadado pela União, parâmetro igual ao dos estados e municípios. A proposta que defendemos é a mesma defendida pelo Conass, Conasems, Conselho Nacional de Saúde e pela plenária da 13ª Conferência Nacional de Saúde, e já aprovada uma vez no Senado Federal. Os recursos federais para a saúde devem ser no primeiro ano 8,5% da Receita Corrente Bruta (RCB); no segundo ano 9% da RCB; no 3º ano 9,5% e no 4º ano 10% da Receita Corrente Bruta.

Moção nº 10

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro.

Nós, delegados e delegadas presentes à 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, vimos por meio desta apoiar a efetiva implantação do Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, garantindo a atenção e a assistência às pessoas acometidas pela doença, bem como apoiar as últimas recomendações da referida Câmara Técnica e da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO), recomendação esta, renovada neste ano de 2011, que decide incluir as pessoas com doença falciforme no tratamento com transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH).

Moção nº 11

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde (CES).

Nós, participantes da 14ª Coferência Nacional de Saúde, cujo lema é "Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política e patrimônio do povo brasileiro", realizada de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, consideramos que:

A doença falciforme tem origem genética, apresenta alto índice de mortalidade, e índice com maior frequência na população afrodescendente, e que nossos governos ainda não divulgam informações suficientes para o esclarecimento da população;

Grande parte dos profissionais da saúde não está capacitada a diagnosticá-la e tratá-la efetivamente;

Elas atingem pessoas de qualquer classe social, etnia e gênero;

Os medicamentos de uso contínuo, para atender ao tratamento dessas pessoas fazem parte da farmácia básica do SUS, pesam no orçamento familiar e faltam com frequência, promovendo descontinuidade no tratamento;

Alta frequência de infecção e complicações sérias quando na interrupção do tratamento, determinam internação em unidade de terapia intensiva, com alto custo e risco de morte;

A ausência de políticas públicas inclusivas para o grupo em vulnerabilidade (negros, quilombos, comunidades tradicionais, indígenas, população carcerária) determina complicações e sequelas irreversíveis e mortes evitáveis.

Apoiamos:

1. Os conselhos de saúde em suas diversas instâncias para que criem comissões específicas para o acompanhamento das pessoas com doenças falciformes, tendo em sua composição representante destes seguimentos;

2. Ações intersetoriais com mobilizações da mídia para promoção do esclareci-

mento do cidadão, redução do preconceito e bullying *que cercam as pessoas nos diferentes espaços sociais;*

3. As associações de pacientes com doença falciforme em suas articulações junto aos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário de forma a garantir o atendimento integrado às suas necessidades nos diversos espaços sociais (família, comunidade);

4. As secretarias de saúde e educação na criação de programas no diagnóstico precoce e tardio com acompanhamento da doença falciforme, contemplando a prevenção das complicações, autocuidado, adesão ao tratamento;

5. A inclusão das pessoas com doença falciforme no tratamento com Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) no Sistema Único de Saúde;

6. Que as secretarias de saúde em suas diferentes instâncias atuem no sentido de possibilitar o acesso ao medicamento de uso contínuo e aqueles especiais aos que dele necessitam, e que não podem adquiri-los fora o SUS;

7. Instituição de um programa nacional de transferência de renda para as pessoas com doença falciforme, em situação de pobreza e extrema pobreza, independente do recebimento do Bolsa Família;

8. Instituição de incentivo fiscal para empresas que contratem pessoas com doença falciforme de forma a assegurar o acesso ao mercado de trabalho, considerando a potencialidade das pessoas, de forma a garantir o trabalho, com controle por órgão competente;

9. Instituição imediata de um programa de controle do cumprimento da legislação nacional, referente à saúde, educação, e trabalho, por órgão

competente, nas diferentes instâncias administrativas, garantindo a Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Doença Falciforme, assegurando a inclusão social de tais cidadãos;

10. Promulgação de legislação específica que garanta oferta de vagas no mercado de trabalho, que atendam usuários de transportes coletivos intermunicipais adaptados àqueles com necessidades especiais;

11. Inserção dos diagnósticos precoces e tardios da anemia falciforme nas ações das Equipes de Saúde Família, com atenção especial às comunidades quilombolas, indígenas, comunidades tradicionais e comunidade carcerária;

12. Realização e divulgação dos resultados das pesquisas pelas Instituições de Ensino Superior visando ao tratamento, à cura, à qualidade de vida das pessoas com doença falciforme;

13. Inserção nos programas de saúde da mulher, da criança e do jovem, do homem, do idoso, para melhorar a expectativa de vida.

"Em todo o mundo, a minoria étnica continua a ser desproporcionalmente pobre, desproporcionalmente afetada pelo desemprego e desproporcionalmente menos escolarizada que os grupos dominantes. Estão sub-representadas nas estruturas políticas e super-representadas nas prisões. Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, consequentemente, menor expectativa de vida. Estas, e outras formas de injustiça social, são a cruel realidade do nosso tempo, mas não precisam ser inevitáveis no nosso futuro."

Kofi Annan – (Secretário Geral da ONU, março de 2001).

Moção nº 12

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministérios da Saúde e da Justiça.

Os delegados e delegadas presentes na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, apresentam esta moção de apoio à "Carta do Rio de Janeiro", que versa sobre as precárias condições de saúde das pessoas privadas de liberdade e das péssimas condições de trabalho dos servidores da área de saúde, que atuam no sistema prisional, aprovada na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, realizada de 24 a 27 de outubro de 2011 (carta em anexo).

Moção nº 13

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça.

Os delegados e delegadas presentes à 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, apresentam esta moção de apoio à implementação das Resoluções da Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2010, referente à adequação e transformação das instituições de internação de pessoas submetidas às medidas de segurança (HCTPs), conforme preconizado pela Lei nº 10.216/01, especialmente, no que se refere à criação de espaços de atenção e cuidados na rede substitutiva (Centros de Atenção Psicossocial – Caps, Nucleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs, Residências Terapêuticas e Casas de Acolhimento Transitório).

Moção nº 14

Tipo: Apoio
Destinatário: Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado Federal).

O Plenário da 14ª Conferência Nacional de Saúde, entendendo a importância e a necessidade da valorização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), vem solicitar a regulamentação da Emenda Constitucional nº 63, a qual dispõe sobre o piso salarial nacional e a entrada desses profissionais no SUS, através de concurso público, respeitando a sua fixação profissional de 6 meses antes da publicação do referido edital. Também garantir o aprimoramento e a capacitação desses profissionais, visando à qualificação e humanização para melhoria da qualidade de vida da população e dos profissionais por meio da estratégia da Saúde da Família. Estender os benefícios também aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan).

Moção nº 15

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde.

A Portaria MS/SNUS nº 272/98, que aprovou o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral (TNP), estabeleceu que a equipe de terapia nutricional devesse ser multiprofissional, formal e obrigatoriamente constituída de, pelo menos, um profissional destas categorias: médico, farmacêutico, enfermeiro e nutricionista. Considerando que o objetivo da Terapia de Nutrição Parenteral é garantir assistência especializada aos pacientes com risco nutricional e que entre as muitas causas de desnutrição, a disfagia orofaríngea causa importante impacto na nutrição e hidratação do paciente, desestabilizando seu estado clínico; defendemos a presença obrigatória do fonoaudiólogo na equipe de terapia nutricional.

Moção nº 16

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde.

Que seja implantado o programa de genética clínica no SUS, conforme preconiza a Portaria do MS nº 81/2009, visando à atenção e aos cuidados, ao aconselhamento genético, planejamento familiar com foco nas pessoas com doenças raras, doenças genéticas, citando entre elas: doença de Huntington, neurofibromatose, mucopolissacaridose, hemangiomas e linfagiomas, doença de Guacher, osteogênese imperfeita, doença de Crohn, além das 8.000 doenças raras, que afetam a população mundial, classificadas pela OMS.

Moção nº 17

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde.

Considerando a necessidade de apropriação da sociedade civil do tema dos medicamentos biológicos, sua capacitação diante destes desafios e consequentemente o debate político orientado pela realidade das bases, que convivem diretamente, e que a incorporação de novas tecnologias e produtos na disponibilização da rede pública deva ser acompanhada pelos usuários do SUS.

Pelo exposto pelos delegados (as) da 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011 na cidade de Brasília/DF, apresentamos esta moção de apoio e recomendação ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde sobre os medicamentos biológicos com a efetiva participação de conselheiros (as) de saúde e profissionais, visando à disponibilização das informações sobre a segurança, eficácia, qualidade e imunogenicidade desta nova tecnologia em assistência farmacêutica.

Moção nº 18

Tipo: Apoio
Destinatário: Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Nós, delegados e delegadas da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no período de 30/11 a 4/12 de 2011, vimos apoiar a inclusão do optometrista, academicamente preparado, no atendimento da saúde visual no SUS em razão da alta demanda reprimida nesta especialidade. A assistência aos usuários do SUS, por intermédio desta ação de prevenção, promoção, proteção, recuperação da saúde visual e de memória integrada, agilizará o atendimento na área oftalmológica, representará significativa redução de evasão escolar, cegueira evitável (especialmente geradas por cataratas e glaucomas); cegueira funcional (implicando em números, mas evitáveis casos de auxílio doença); entre outra série de benefícios associados à saúde visual, atendendo os escopos a que o SUS está obrigado, com destaque aos da eficiência, integralidade e do atendimento multiprofissional e interdisciplinar, a exemplo do que ocorre na quase totalidade dos países do mundo, que se valem do Ofício Optométrico da forma preconizada pela OMS, que tem a optometria como a primeira barreira contra a cegueira evitável.

Moção nº 19

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde.

Os Agentes de Endemias e os Agentes Comunitários de Saúde vêm a público promover moção de apoio para que o Ministério da Saúde se sensibilize quanto à necessidade da categoria em trabalhar com instrumentos tecnológicos aderindo para os mesmos notebooks e/ou palmtops e capacitá-los para a utilização destes instrumentos.

Moção nº 20

Tipo: Apoio
Destinatário: Conass, Conasems e prefeitos municipais.

Considerando o aumento de casos de HIV tardio em mulheres, principalmente em municípios com menos de 200 mil habitantes, solicitamos a implantação e implementação do plano I de enfrentamento à feminização do HIV:

- *Plano de enfrentamento à feminização da Aids;*

- *Plano integrado de enfrentamento à feminização do HIV (Aids).*

Moção nº 21

Tipo: Apoio
Destinatário: Gestores nos três níveis.

O ser humano está exposto a gigantesco volume de substâncias tóxicas ou potencialmente tóxicas. Calcula-se que somente 6.000 substâncias têm sido avaliadas no que diz respeito aos riscos que oferecem ao homem e ao meio ambiente. O Brasil é o maior consumidor de tóxico. Inclusive os que já foram banidos em outros países, somado a isto a epidemia de intoxicação por medicamentos. A integralidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, referentes às intoxicações e as exposições humanas às substâncias químicas é inadmissível. Programar e planejar ações e serviços incluindo atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, notificação, tratamento das intoxicações e reabilitação das populações expostas às substâncias químicas deve ser de responsabilidade do Estado brasileiro. Nós delegados e delegadas solicitamos a urgente institucionalização de diretrizes de vigilância e atenção à saúde para as intoxicações e exposições humanas às substâncias químicas, no SUS.

Moção nº 22

Tipo: Apoio
Destinatário: Congresso Nacional (deputados e senadores).

Implantar as Ouvidorias em Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs0, hospitais filantrópicos, hospitais de pequeno porte – HPP, médio porte e macros, no sentido de apoiar, esclarecer a política de saúde como também estar próximo aos cidadãos resolvendo seus problemas prioritários de saúde.

Moção nº 23

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde.

Considerando a necessidade imperativa da ampliação das informações referentes aos medicamentos biológicos/biossimilares em âmbito do controle social no SUS; Considerando ainda que a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), por intermédio da RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) nº 53/2011; Considerando ainda o primeiro seminário nacional sobre medicamentos biossimilares da ótica controle social, realizado na cidade de Atibaia/SP entre os dias 25 e 27 de maio de 2011, com a efetiva participação de conselheiros de saúde, técnicos e demais representações de organismos governamentais e não governamentais; Considerando ainda que o relatório final do citado seminário demande para:

- *Que o governo federal, através do Ministério da Saúde, da Anvisa e demais órgãos competentes incremente a divulgação de informações sobre os medicamentos biológicos, bem como o resultado de pesquisas em andamento e a capacitação de*

profissionais de saúde para o tema, buscando ainda reformular a grade curricular de cursos incluídos na formação de profissionais da área de saúde.

• Que sejam efetivadas ações no sentido de tornar obrigatório a notificação dos efeitos colaterais, riscos e benefícios, de medicamentos sob registro, tendo a Anvisa como centralizadora desses dados, dos quais devem ser amplamente divulgados a toda a população a partir de sua dispensação.

• Que a sociedade civil tenha a sua participação representativa garantida nos espaços de discussão e decisão sobre medicamentos, seus efeitos, pesquisa e disponibilidade na rede pública visando à atualização dos protocolos clínicos, como forma de conhecimento para proporcionar segurança e qualidade. Assim sendo e pelo exposto acima, que nós delegados (as) da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011 na cidade de Brasília/DF, apresentamos essa moção de apoio e recomendação ao Ministério da Saúde e Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), para a inclusão de representação da sociedade civil (Titular e Suplente) na Câmara Técnica de Produtos Biológicos (Catebio).

Moção nº 24

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conass e Conasems.

Existe alta prevalência de Agência Nacional de Aviação Civil distúrbios da voz por trabalhadores que usam-na profissionalmente, levando ao afastamento do trabalho e ao aumento do custo na Seguridade Social. O protocolo de distúrbios da voz relacionado ao trabalho visa garantir notificação junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e integralidade da assistência.

Moção nº 25

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Os delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde vêm manifestar seu apoio para regulamentação imediata da atenção domiciliar instituída pela Portaria nº 2.527 de 27/10/2011, com objetivo de permitir que os municípios com menor porte populacional também possam ter implantados em seu território serviços de atenção domiciliar.

Moção nº 26

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Governo Federal.

A 14ª CNS apoia a luta dos médicos formados em Cuba e no exterior pela revalidação dos seus diplomas, haja vista que os mesmos, há mais de 10 anos, defendem um processo de revalidação justo que cumpra a legislação vigente na LDB/CNE, Resolução nº 1, de fevereiro de 2002/2007, a qual vem sendo descumprida e desrespeitada totalmente, por um novo modelo constituído pelo MEC e Ministério da Saúde, denominado "revalida" – Exame Nacional de Revalidação; que vem ocasionando um prejuízo incalculável ao SUS, pois mais de 100 mil médicos se encontram impedidos de exercer sua função que é tão necessitada pela população brasileira.

Moção nº 27

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde (CES).

Precisamos que seja feita a revisão dos protocolos clínicos, bem como a criação de novos protocolos clínicos para as patologias que não têm, visando à atualização para maior atuação de uma equipe multiprofissional (psicólogos, médicos, enfermeiros, nutricionistas, geneticistas, biólogos, fisioterapeutas, biomédicos, odontólogos e fonoaudiólogos), nos centros de referência, melhorando os diagnósticos das patologias conhecidas e das raras, não deixando de salientar as dietas enteral e parenteral.

Moção nº 28

Tipo: Apoio
Destinatário: Governo Federal.

Os delegados presentes na 14ª CNS decidem por manifestar publicamente seu apoio à presente moção: em defesa dos SUS como direito constitucional, 100% estatal e de qualidade; pela regulamentação da EC nº 29/00 em seu projeto inicial (União 10%, estados 12% e municípios 15%); pelo fim da desvinculação de receitas da União e dos estados (DRU e DRE); pela auditoria da dívida pública, a fim de evidenciar o descalabro desta, destinando imediatamente maior percentual do PIB para a Saúde Pública (6% no mínimo), Educação (10%) e Previdência Social; pela Institucionalidade das Organizações Sociais (OS); contra as alternativas de gestão que precarizaram o trabalho como as OS, Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público (OSC/P), Parcerias Público-Privadas (PPPS), Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH);

pela valorização dos trabalhadores do SUS: concurso público, carreira única de Estado, salários condizentes, criação de fundo específico para os trabalhadores do SUS; pela regulamentação do artigo 37 da CF, da autonomia administrativa financeira das unidades públicas; agilidade da atuação pública com a revisão da Lei nº 8.666/93 adequada à realidade da saúde. Não é possível que aparelhagem, medicamentos e materiais levem de 4 a 6 meses ou mais para serem adquiridos; respeito ao caráter deliberativo do controle social.

Moção nº 29

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conass e Conasems.

Garantir aos usuários do SUS assistência fonoaudiológica integrada aos níveis da atenção básica, média e alta complexidade, cumprimento da diretriz da integralidade de atenção à saúde.

Fato ou Condição que motiva a moção: Segundo o Censo do IBGE de 2010, 14,5% da população brasileira tem algum tipo de deficiência, muitas delas com impacto na comunicação humana. O fonoaudiólogo é o profissional que trabalha em todos os níveis de atenção, no cuidado nas áreas de audição, voz, linguagem, fala, motricidade orofacial e disfagia, desde o nascimento até a 4ª idade.

Desta forma a moção visa garantir aos usuários do SUS o direito à assistência fonoaudiológica integrada, respeitando esta diretriz do SUS.

Moção nº 30

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conass, Conasems.

Moção de Apoio para criar equipes multiprofissionais de saúde funcional compostas por profissionais que tenham como objeto de seu processo de trabalho a funcionalidade humana.

Fato ou condições que motivam a moção: a moção é motivada por reafirmar a diretriz aprovada na 13ª Conferência Nacional de Saúde para criação, implantação e implementação de uma Política Nacional de Saúde Funcional.

Moção nº 31

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Os delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde vêm manifestar seu apoio no sentido de facilitar o acesso à terapia enteral/parenteral prescrita pelo médico assistente do paciente, quando em alta hospitalar e atendimento domiciliar. Justificativa: muitos pacientes nessas condições, com prescrição de TNE/TMP têm que enfrentar tamanha burocracia para poder acessá-la, havendo casos que chegam a óbito em decorrência do estado de desnutrição que lhes impede de enfrentar doenças de base.

Moção nº 32

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde.

Apoio às pessoas acometidas por doenças reumáticas e suas famílias, bem como as ações de diagnóstico precoce, por intermédio das seguintes ações:

- *Distribuição gratuita e regular, em todo o território nacional, dos medicamentos indicados, bem como órteses e próteses e outros recursos terapêuticos;*

- *Criação do quinquênio das doenças reumáticas no Ministério da Saúde, sendo cada ano com temas específicos, por exemplo: "artrite reumatoide afeta pessoas em qualquer idade";*

- *Atualização anual dos protocolos clínicos;*

- *Incentivo às pesquisas científicas das doenças reumáticas;*

- *Políticas públicas para pacientes reumáticos no controle social;*

- *Apoio à implementação de políticas públicas de saúde em consonância com a política de assistência;*

- *Capacitação da equipe multiprofissional da atenção básica na dispensação e aplicação de medicamentos biológicos;*

- *Criação de centros de infusão de medicamentos de dispensação excepcional (Ex.: medicamento que precisa ser armazenado em geladeira, o paciente recebe e leva para*

casa). Sugerimos que esse medicamento, uma vez prescrito, seja encaminhado diretamente para os centros de infusão. O paciente, no dia da aplicação, vai ao respectivo centro infusional e faz uso do mesmo. Essa ação possibilita o uso compartilhado, descarte correto, não desabastece e é possível avaliar os eventos adversos.

Moção nº 33

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres.

Vimos, através desta moção, solicitar apoio de todos os delegados e delegadas para que o SUS garanta em todo o País o seguinte:

1. Inclusão de mastologista na Estratégia Saúde da Família – ESF (Programa Saúde da Família – PSF e/ou Núcleo da Saúde da Família – NSF);

2. Inclusão de oncologista clínico na estrutura das policlínicas no modelo MS;

3. Acesso à novas tecnologias, sobretudo medicamentos de alto custo em uso há mais de cinco anos com comprovação de eficácia;

4. Leitos clínicos para pessoas com câncer, quando da ocasião de intercorrências;

5. Biópsias mamárias em tempo hábil;

6. Reconstrução mamária no ato da mastectomia (garantia da Lei nº 9.797/99);

7. Cobertura mamográfica de 70%.

Moção nº 34

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

As demências senis, por conta do processo de envelhecimento populacional, estão cada vez mais incidentes. A principal é a doença de Alzheimer, que provoca a alteração de memória e comportamento e caracteriza-se como neurodegenerativa progressiva. Estas alterações geram conflitos e desestruturação da saúde de toda a família, já que a maioria dos cuidadores também são idosos.

Solicitamos maior capacitação para detecção e diagnóstico das demências, bem como suporte de saúde ao cuidador familiar de idosos demenciados.

Moção nº 35

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Nós, delegados e delegadas presentes na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília/DF, vimos solicitar apoio à regulamentação trabalhista dos agentes comunitários de saúde e guardas de endemia municipais, pois os mesmos não têm os seus direitos trabalhistas, caracterizando a precarização do trabalho, em termos dos contratos e condições de infraestrutura.

Moção nº 36

Tipo: Apoio

Destinatário: Presidência da República, Ministério da Saúde, Presidência da Câmara dos Deputados, Líderes Partidários na Câmara dos Deputados, Conass e Conasems.

Os delegados e as delegadas da 14ª Conferência Nacional de Saúde apoiam a reivindicação da enfermagem brasileira pela aprovação imediata do Projeto de Lei nº 2.295/2000, que regulamenta a jornada de trabalho da enfermagem em 30 horas semanais, e que se encontra hoje pronto para votação no plenário da Câmara dos Deputados, da mesma forma, apoiam a sanção imediata da lei pela Presidência da República.

A jornada de 30 horas semanais é um direito da enfermagem, uma profissão que tem como características o cuidado do ser humano em suas distintas etapas da vida, do nascimento à morte, nos 365 dias do ano, nas 24 horas do dia, nas diversas instituições de saúde, públicas e privadas, da atenção básica à alta complexidade.

A garantia de condições de trabalho dignas para a profissão passa pela regulamentação da carga horária que irá contribuir significativamente para a qualificação da assistência prestada à população brasileira. Várias profissões da saúde já possuem sua carga horária de trabalho regulamentada.

A enfermagem responde por cerca de 60% dos profissionais de saúde e por uma parcela significativa das ações relacionadas à assistência em saúde. Nesse sentido, a 14ª Conferência defende a regulamentação da jornada de trabalho de 30 horas semanais para a enfermagem brasileira.

Moção nº 37

Tipo: Apoio
Destinatário: Indefinido.

Garantir, em lei, a licença maternidade de seis meses para todas as mães trabalhadoras empregadas, tanto no setor público como no privado. E às mães privadas de liberdade, o direito de amamentar por seis meses, criando estruturas adequadas à permanência dos bebês com as mães nas unidades prisionais e delegacias.

Moção nº 38

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde.

Que o Ministério da Saúde assuma a diretriz de garantir em todas as esferas do governo municipal, estadual e federal a contratação de médicos especialistas em geriatria tendo em vista o crescimento da longevidade da população. Que os governos estaduais, municipais e distrital cumpram o seu papel constitucional, financiando as equipes de saúde incluindo nelas o geriatra. O aproveitamento dos profissionais médicos, clínicos ou outro especialista, que eventualmente tenham interesse em exercer a área de geriatria, isto após a respectiva especialização.

Moção nº 39

Tipo: Apoio
Destinatário: Governo Federal e Conselho Nacional de Saúde.

Considerando a necessidade crônica de ampliação e destinação permanente de recursos sustentáveis para as políticas sociais e de saúde no Brasil;

Considerando a imensa desigualdade de oportunidades e de qualidade de vida entre ricos e pobres;

Considerando o imbricamento entre a concentração de recursos financeiros e o entrave que gera para a implementação de mudanças estruturais e fundamentais para a efetivação do SUS e da Seguridade Social, apoiamos e recomendamos a providência solicitada sobre as grandes fortunas e as grandes movimentações financeiras da elite brasileira e internacional que está interpenetrada no Brasil.

Moção nº 40

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde, Conass, Conasems.

A cobertura ampliada no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva no Brasil vem garantindo a universalidade do acesso, equidade, integralidade e o controle social sobre as políticas de saúde auditiva. Porém, apesar dos avanços, a implementação ainda está aquém do preconizado pela Portaria MS/GM nº 2.073, de outubro de 2004, e das necessidades da população, além de garantir os insumos para equipamentos de saúde auditiva.

Moção nº 41

Tipo: Apoio
Destinatário: Ministério da Saúde.

Isonomia para todos os profissionais da saúde, tendo em vista que já é lei federal para várias profissões;

Melhor qualidade de prestação de serviço aos usuários da saúde;

Diminuição de doenças e agravos relacionados ao trabalho.

MOÇÕES DE APELO

Moção nº 1

Tipo: Apelo

Destinatário: Presidência da República, Senado Federal, Câmara dos Deputados, Ministério da Saúde.

Nós, delegadas e delegados na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília/DF, de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011, somos favoráveis à proibição de propaganda televisiva, radiofônica e impressa (jornais, revistas, entre outros) que estimula o consumo de bebidas alcoólicas; mesmo aquelas propagandas indiretas que usam imagens, em movimento ou estáticas, de pessoas famosas consumindo cerveja, uísque, etc., não devem ser permitidas. É público e notório o quantitativo de situações advindas do uso do álcool, as quais vêm se ampliando dia a dia, gerando problemas familiares, acidentes, mortes, etc., bem como o crescimento do número de menores de idade que dele se utilizam, fator inaceitável devido aos tantos complicadores.

Buscando minimizar tais problemas, ofertando possibilidades de saúde e qualidade de vida à nossa população, solicitamos da Presidência da República, do Ministério da Saúde, do Senado Federal, da Câmara dos Deputados, em caráter de urgência urgentíssima, criação e implementação de lei proibindo a veiculação de propaganda de bebidas alcoólicas, conforme exposto acima.

Moção nº 2

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Considerando que o assédio moral é um grave problema que causa inúmeros danos à saúde do cidadão, denegrindo sua dignidade como pessoa humana, representando uma afronta ao Estado Democrático de Direito e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), nós, delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde, apelamos pela imediata adoção de medidas eficazes para a prevenção e combate ao assédio moral, em todas as suas formas, no sistema de saúde brasileiro, garantindo a responsabilização e punição dos assediadores e a proteção e recuperação da saúde física e mental das vítimas de assédio moral.

Moção nº 3

Tipo: Apelo
Destinatário: Governo Federal.

A Comissão de Saúde da População Negra do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo solicita apoio dos delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde para fortalecer junto ao Governo Federal a implementação, em todos os municípios do País, do Estatuto da Igualdade Racial – Lei Federal nº 12.288, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Portaria Federal nº 992, Programa de Introdução do Quesito Cor no Sistema Estadual – Lei nº 14.273, Programa de Combate ao Racismo – Lei Municipal nº 13.791, Atenção Básica Área Técnica Saúde da População Negra.

Moção nº 4

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde e Ministério da Justiça.

Os delegados e delegadas presentes à 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, apresentam esta moção de apelo pela criação e implementação de uma Política Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário Brasileiro em substituição à Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003, fomentando uma política de Estado que garanta o acesso e o acolhimento com qualidade na atenção básica, secundária e terciária para todas as pessoas privadas de liberdade ou em média de segurança, que contemple:

- *A Constituição da República Federativa do Brasil, em especial, ao disposto no artigo 5º, seus parágrafos e incisos que tratam sobre os direitos individuais;*

- *As regras mínimas para tratamento de reclusos contidas no documento da Organização das Nações Unidas (ONU) e ratificado pelo governo brasileiro;*

- *Os princípios basilares do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), de acordo com a Lei nº 8.080, de 1990, e o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que "dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências";*

- *A Lei nº 10.216/2001, que trata da Reforma Psiquiátrica.*

Moção nº 5

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Apoiamos a criação de um instrumento normativo para todo e qualquer investimento feito às Santas Casas de Misericórdia, através do Governo Federal, Estadual ou Municipal, com a finalidade de ampliar o Sistema Único de Saúde (SUS). Podendo este ser para bens móveis e imóveis. Que seja feito através de uma concessão e não doação. Objetivo: como exemplo de término ou quebra de contrato, falência etc., que os bens concedidos voltem ao povo, usuários do SUS, como de direito, sem prejuízo.

Moção nº 6

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Fiscalizar e garantir o cumprimento da EC nº 51 e da Lei nº 11.350/2006, que regulariza e desprecariza o vínculo empregatício de todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), e a aprovação do piso nacional, com plano de carreira, cargos e salários, assegurando a estes profissionais equipamentos e ferramentas necessárias para o desempenho de suas atividades.

Moção nº 7

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde, Programa Nacional de Saúde do Trabalhador e Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

Buscando a melhoria das condições de vida e saúde do trabalhador rural, especialmente da cana-de-açucar, mas extensivo às demais lavouras; reforça-se a adoção e regulamentação da "carteira (ou caderneta) de saúde do trabalhador rural" pelo SUS, como agente e garantia da equidade, integralidade e universalidade; e também da dignidade e direito de cidadania do trabalhador rural especialmente migrante; com enfoque nas condições de moradia, transporte e assistência, conforme já proposto pelo Fórum da Cidadania, Justiça e Cultura de Paz de Piracicaba e região, em São Paulo, na Promoção da Saúde do Trabalhador Rural.

Moção nº 8

Tipo: Apelo
Destinatário: Governo Federal, Senado Federal e Câmara dos Deputados.

Nós, os delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde, vimos propor esta moção de apelo à aprovação do Projeto de Lei nº 2.295/2000, que regulamenta a jornada de trabalho de 30 horas para os profissionais de enfermagem, haja vista o fato desse projeto já estar em tramitação há mais de dez anos, sem que haja vontade política e empenho para sua aprovação.

Moção nº 9

Tipo: Apelo
Destinatário: Câmara dos Deputados.

Os agentes comunitários de saúde e agentes comunitários de endemias vêm a público promover a moção de apelo à aprovação do Projeto de Lei nº 7.495/2006, que trata do plano de carreira, cargo e subsídios da categoria.

Moção nº 10

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

As campanhas publicitárias levadas a cabo pelo Ministério da Saúde que informam a sociedade sobre a conquista que é para o povo brasileiro, o SUS, são bastante positivas e devem ser permanentes, exceto quando não estimulam a participação popular e omitem o controle social como pilar fundamental do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, a 14ª CNS conclama o Ministério da Saúde a valorizar o controle social e a participação popular nas peças publicitárias do Sistema Único de Saúde que são veiculadas na mídia em geral.

Moção nº 11

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Por meio da divulgação se alcança o conhecimento da existência, o que garante os diretos, não apenas à medicação, como também ao adequado tratamento e consequente aprimoramento das pesquisas. Tem-se em vista não somente minorar os

efeitos, mas principalmente eliminar as causas, ou seja, exigir que se extermine o vetor de transmissão, o inseto conhecido como barbeiro que transmite a doença de Chagas.

Já foram encaminhados ao Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, por meio dos órgãos competentes, no âmbito nacional e internacional, pedidos para continuidade da produção por laboratórios públicos, além dos privados, dos medicamentos necessários.

Moção nº 12

Tipo: Apelo
Destinatário: Conselho Nacional de Saúde.

Esta é uma moção de apelo ao reconhecimento do bacharel do campo da Saúde Coletiva, tendo em vista os cursos já iniciados em dez unidades da Federação. Esse bacharel tem a competência para atuar nas atividades de planejamento, gestão, monitoramento, avaliação, promoção, vigilância e educação em saúde. Esta moção também indica ao Conselho Nacional de Saúde que rediscuta a Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998, tendo em vista a revisão das ocupações de saúde e a inserção da ocupação de sanitarista como uma das possíveis atuações desse bacharel, não excluindo outros profissionais de exercerem essa ocupação.

Moção nº 13

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Solicitamos ao Ministro da Saúde atenção especial à Política Nacional do Sangue, que tem sido distorcida, priorizando os bancos privados conveniados ao SUS em detrimento da Hemorrede Pública, como se observa na produção hemoterápica do Ministério da Saúde de 2011.

Que se faça mais investimentos na rede pública para que possa cumprir seu papel de atender 100% dos pacientes do SUS.

Que seja respeitada a Portaria nº 1.737/2004, do Ministério da Saúde, priorizando a rede pública, restando aos bancos privados a complementação somente nos locais que não houver rede pública ou esta for insuficiente, autorizados pelos conselhos municipais e estaduais da saúde.

"Sangue não se vende, não se compra".

Moção nº 14

Tipo: Apelo
Destinatário: Presidência da República, Ministério da Saúde e outros Ministérios.

Fortalecer e implementar a Política de Saúde Indígena por meio de Subsistema da Saúde Indígena sob gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e no âmbito dos 34 Distritos Sanitários Especiais da Saúde Indígena (DSEIS), entendendo a Saúde Indígena em sua complexidade, garantindo a demarcação de terras, a proteção da integridade física, segurança alimentar, os interesses das comunidades nos recursos naturais e culturais de seus territórios, com a integração de diferentes Ministérios. (Documento em anexo).

Moção nº 15

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Recursos para garantir acesso às populações ribeirinhas do município de São Tomé, no Rio Grande do Norte, que durante as enchentes sazonais ficam sem assistência à

saúde e a outras necessidades básicas. Essa situação também ocorre em outras regiões ribeirinhas, que também precisam de garantias desses recursos, podendo ser ofertada assistência à saúde por meio de Unidades de Saúde Flutuantes (barcos a motor).

Moção nº 16

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministro da Saúde e Ministério das Cidades.

O Conselho Municipal de Saúde de Aparecida/SP solicita adequação do financiamento das ações de saúde desenvolvidas nos municípios de população flutuante, como, por exemplo, Aparecida/SP, que possui 35 mil habitantes e que durante o ano, devido ao Santuário Nacional, recebe mais de 10 milhões de peregrinos, assim como os demais municípios que são polos turísticos.

Moção nº 17

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Nós, delegados da 14ª CNS, solicitamos ao Ministério da Saúde o reconhecimento e a divulgação, como parâmetro de mercurialismo, o protocolo do diagnóstico clínico-ocupacional, exames especializados das funções do sistema nervoso central (teste neurocomportamental, ressonância magnética do crânio, exame oftalmológico e campo visual, SPECT, BERA, exames psiquiátricos neurológicos, função de sistema endócrino e dosagem de hormônios de tireoide, glicemia etc.), função renal (urina tipo 1, ureia, creatinina, dosagem de proteína no soro e proteinúria de 24 horas), função hepática (TGO, TGP, Gama GT, NAG, Porfirinúria) e função imunológica (imunoglobulina, FGA, IGM, IgG, IgE).

Além disso, manter protocolo de assistência à saúde dos trabalhadores expostos e/ou contaminados por mercúrio metálico existente no SSO/ HCFMUSP, para orientação da rede SUS/INSS.

Acompanhamento psiquiátrico com tratamento medicamentoso (antidepressivos, antiansiolíticos etc.) e psicoterapia individual ou de grupo.

Acompanhamento para problemas de doenças secundárias ao mercurialismo, como: hipertensão arterial, tireoidopatia e doenças neuromusculares.

Tratamento com antioxidantes e eventualmente intoxicação aguda com quelantes.

Técnicas de reabilitação de danos neurocognitivos (memórias e coordenação psicomotora).

Moção nº 18

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde e da Educação.

Considerando o contingente populacional brasileiro, a distribuição geográfica, a complexidade de nossa população e territórios, e o difícil acesso ao profissional terapeuta ocupacional o que compromete o cumprimento e a garantia dos princípios do SUS. Que o Ministério da Saúde e da Educação se comprometam a desenvolver ações conjuntas, a partir de 2012, para abertura de cursos de graduação em Terapia Ocupacional em universidades públicas.

Moção nº 19

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Garantir cópias de inteiro teor de material de áudio e vídeo desta Conferência aos conselhos estaduais e municipais de saúde. Repassar também as cópias de todo o material existente de áudio e vídeo da 13ª Conferência Nacional de Saúde, da 4ª Conferência Nacional de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde, da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental e da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Moção nº 20

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Garantir o direito de um dentista por equipe de PSF (Programa Saúde da Família), em todos os municípios brasileiros.

Moção nº 21

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde

Nós, os delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde, vimos por meio da presente moção, solicitar que fique garantida a implantação de políticas públicas das profilaxias primária e secundária para os hemofílicos com abastecimento pleno de fatores de coagulação incluído tratamento multiprofissional e diagnóstico, de acordo com as diretrizes do SUS, evitando assim o surgimento de sequelas irreversíveis, o que implica na perda de qualidade de vida e no volume de custo para o SUS.

Moção nº 22

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Paulo da Silveira Chaves, representante da Sociedade São Vicente de Paulo e Pastoral da Criança de Minas Gerais, paciente oncológico em acompanhamento, propõe: a inclusão na tabela do SUS, da radioterapia em 3D, conformada, para atender pacientes SUS, com câncer, fazendo radioterapia.

Moção nº 23

Tipo: Apelo
Destinatário: Governo Federal – Ministério da Saúde.

Ações efetivas de promoção à saúde da mulher na atenção básica, média e alta complexidade, visando ao cumprimento da Lei de nº 11.664, de 29 de abril de 2008, assegurando o direito à prevenção e detecção, tratamento (cirúrgico, quimioterapia, radioterapia etc.) e todo o segmento do câncer de mama, como também de um prazo limite entre o diagnóstico e o início do tratamento, já que a recomendação mundial é de 30 dias.

Moção nº 24

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde – Ministro da Saúde Senhor Alexandre Padilha.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) é uma das ferramentas mais importantes para facilitar e organizar o acesso dos usuários do SUS, pois cria condições para se eliminar as perversas "filas da madrugada" na busca de SENHAS ou FICHAS para o atendimento nas unidades de saúde pelo Brasil a fora. Sabe-se, porém, que há

um movimento, especialmente dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados, no sentido de procurar identificar as experiências de ACR quanto à política nacional de humanização do SUS. Os delegados da 14ª CNS, por entenderem e reconhecerem a importância do ACR, apelam ao Ministério da Saúde para uma postura mais firme e categórica na defesa de sua implantação em todo o território nacional, inclusive realizando gestões junto aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, no sentido de reafirmar sua própria política de humanização. Apelamos pela implantação das salas de acolhimento, importante forma de organização dos serviços, que irá melhorar um dos aspectos mais perversos do SUS: a dificuldade de acesso, nas "filas da madrugada".

Moção nº 25

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde.

Apelo para que o Ministério da Saúde garanta e realize, a cada quatro anos, as Conferências Nacionais de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Conforme aprovado em plenário na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, e também estabelecido na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Esta realizada somente em 2003.

Moção nº 26

Tipo: Apelo
Destinatário: Ministério da Saúde.

Os Agentes de Saúde vêm, por meio desta, pedir aos órgãos competentes do Ministério da Saúde, a maior fiscalização e punição para os municípios que alimentam o "CNEs" com informações falsas de funcionários que não fazem mais parte do quadro.

Moção nº 27

Tipo: Apelo
Destinatário: Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Nós, profissionais com formação específica, seja graduado, especializado ou tecnólogo, vimos por meio da 14ª CNS mover uma moção de apelo, com o objetivo de sensibilizar o Conselho Nacional e o Ministério da Saúde, por meio de um abaixo-assinado movido no Ceará e demais estados da Federação. O gestor em saúde pública possui formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios da ética no campo da saúde pública.

O profissional formado neste curso poderá atuar em análise de situação de saúde, gestão de sistemas e serviços de saúde; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador; educação em saúde; promoção, entre outras atividades. Há boas perspectivas no setor público para atuar na formulação da política social da saúde e também na gestão de órgãos de saúde públicos.

MOÇÃO DE APLAUSO

Moção nº 1

Tipo: Aplauso
Destinatário: Ministério da Saúde.

Moção de aplauso à alimentação adequada oferecida aos participantes com necessidades alimentares especiais (celíacos, hipertensos, diabéticos) por ocasião da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Manifestamos a nossa satisfação quanto à disponibilidade de uma alimentação adequada, respeitando as restrições alimentares de forma inclusiva e participativa.

MOÇÃO DE SOLIDARIEDADE

Moção nº 1

Tipo: Solidariedade

Destinatário: Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos e Presidência da República.

Os delegados e delegadas da 14ª Conferência Nacional de Saúde vêm por meio desta declarar solidariedade à indenização dos filhos que foram separados dos pais pela política higienista de internação compulsória da hanseníase praticada pelo Estado brasileiro até o início da década de 90.

MOÇÕES DE REPÚDIO

Moção nº 1

Tipo: Repúdio
Destinatário: Conselho Nacional de Saúde

Os delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde repudiam o retrocesso promovido pelo Conselho Nacional de Saúde, que tem por finalidade propor, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas de saúde no Brasil. Esta decisão resulta num processo que atinge negativamente os conselhos municipais de saúde e conselhos estaduais de saúde, causando um duro ataque aos avanços do controle social do SUS. O presidente do conselho de saúde deve ser eleito democraticamente pelo plenário do respectivo colegiado, e ser independente da gestão do SUS. A falta de independência fica clara no silêncio comprometedor do Conselho Nacional de Saúde, quanto: 1) Ao avanço do privado em detrimento do público e as diversas formas de privatização do SUS; 2) Ao Decreto nº 7.508/2011, que afronta diretamente os princípios da integralidade, universalidade e controle social, ao atribuir aos conselhos de saúde prerrogativas consultivas; 3) Ao não cumprimento, por parte do Governo Federal, dos mínimos constitucionais mesmo já regulamentados pelo próprio Conselho Nacional de Saúde, o que são ações e serviços públicos de saúde. O silêncio apenas reflete a atuação de um conselho de saúde quando presidido pelo gestor do SUS, visto que, embora permitido pela legislação, afronta o princípio da moralidade na administração pública, ao ser um contrassenso o agente público ser o fiscal de sua própria administração.

Moção nº 2

Tipo: Repúdio
Destinatário: Governo Federal.

Moção de Repúdio à Privatização do SUS. Os(as) delegados(as) presentes à 14ª CNS decidem por se manifestar publicamente contra qualquer forma de privatização do SUS, principalmente as novas modalidades de gestão: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSRH) e qualquer dispositivo privatizante que desconsidera o Controle Social, precarizam o trabalho, proporcionam o desvio de recursos públicos, desqualificam o serviço público, prejudicam os usuários e entregam o patrimônio público, a gestão, o pessoal, equipamentos, insumos e recursos públicos a entidades privadas que têm por objetivo produzir doença e garantir o lucro.

Moção nº 3

Tipo: Repúdio
Destinatário: Presidente Dilma Rousseff, Ministros da Saúde, Assistência Social e Secretaria de Direitos Humanos.

As delegadas e delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2011, repudiam a prática de internação compulsória que desrespeita a Lei nº 10.216, anulando os direitos constitucionais dos cidadãos e aniquilando o exercício da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas. As delegadas e delegados exigem que nenhum "Plano de Combate ao Crack" seja lançado sem antes garantir um debate público com a presença da sociedade civil, a partir das discussões nos diversos Conselhos de Direitos e outros mecanismos de controle social. Exigimos que as recomendações da IV Conferência de Saúde Mental sejam respeitadas e que a ampliação da rede substitutiva em saúde mental seja efetivada.

Moção nº 4

Tipo: Repúdio
Destinatário: Presidente Dilma Rousseff.

As delegadas e delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2011, repudiam as propostas do Governo Federal para o Plano Plurianual (PPA 2012 – 2015) de financiamento das "chamadas Comunidades Terapêuticas", pois consideram que isso se constitui em uma nova forma de privatização da assistência à saúde e afronta as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010). Considerando que o financiamento seja direcionado à rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico de cuidados em saúde mental, (Caps I, II, III, Caps AD II, III, Capsi, SRT, leitos em hospital geral, consultório de rua, redução de danos etc.).

Moção nº 5

Tipo: Repúdio
Destinatário: Indefinido.

Repúdio contra a inserção das Comunidades Terapêuticas no SUS. Nós participantes do X Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, realizado de 23 a 27/11/2011, em Angra dos Reis, repudiamos as atuais iniciativas do governo federal, estaduais e municipais de incorporar as Comunidades Terapêuticas e as internações compulsórias como recurso regular em escalas massivas do SUS. Esta modalidade de assistência reintroduz no País um novo parque manicomial, segregador, contraditório e autoritário aos princípios básicos da cidadania e da Reforma Sanitária legitimados em quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental aos serviços substitutivos e abertos que estão sendo implementados em todo o País. Reafirmamos, sim, a necessidade urgente da consolidação e ampliação da Rede de Atenção em Saúde Mental, preconizada e reafirmada na IV conferência Nacional de Saúde Mental.

Convidamos os participantes de 14ª Conferência Nacional de Saúde, para reafirmar essa posição, possibilitando a consolidação de uma política de atenção, em concordância com os princípios da Reforma Sanitária.

Moção nº 6

Tipo: Repúdio
Destinatário: Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

*As delegações das pessoas com deficiência e os delegados(as) solidários(as) a essas pessoas vêm manifestar seu repúdio aos organizadores da 14ª Conferência Nacional de Saúde pela falta de acessibilidade nos hotéis e a insuficiência de transporte acessível. Os hotéis se dizem acessíveis e, no entanto, os banheiros não estão de acordo com as Normas brasileiras de Acessibilidade (NBA 9050) ficando impossível o uso de seus equipamentos. A Comissão Organizadora do evento deveria, com antecedência, acompanhada de pessoas com deficiência, verificar "*in loco*" as instalações dos hotéis. Propomos que a próxima conferência de saúde não seja realizada em Brasília, até que esses problemas sejam resolvidos.*

Moção nº 7

Tipo: Repúdio
Destinatário: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Nós, delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde, militantes da luta antimanicomial, defensores dos direitos humanos e da implementação da reforma psiquiátrica brasileira (Lei nº 10.216/2001), vimos por meio desta moção repudiar toda e qualquer forma de privatização, terceirização e precarização dos serviços substitutivos de Saúde Mental, contrariando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080/1990, o Decreto nº 7.508/2011 e as deliberações da IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental.

Moção nº 8

Tipo: Repúdio
Destinatário: Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça, Ministério das Comunicações, Senado Federal.

No dia 30 de novembro de 2001, o Supremo Tribunal Federal iniciou o julgamento de um caso da maior relevância para a garantia dos direitos das crianças e adolescentes face à mídia: a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2.404, em que consta medidas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente para emissoras que desrespeitarem o horário de exibição adequada para determinados programas de TV, de acordo com a classificação etária indicativa. Os participantes da 14ª Conferência Nacional de Saúde repudiam a posição manifestada por quatro ministros do STF e esperam que esse quadro possa ser revertido, para que a Corte Suprema não coloque em enorme risco o desenvolvimento das crianças brasileiras.

Moção nº 9

Tipo: Repúdio
Destinatário: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Nós, delegados de Pernambuco, abaixo-assinados, com o apoio dos delegados de outros estados, vimos externar nosso repúdio à divulgação de documentos ofensivos em nome da Delegação de Pernambuco, uma vez que não fomos consultados do seu teor e não nos sentimos contemplados.

Moção nº 10

Tipo: Repúdio
Destinatário: Ministério da Saúde.

Nós, delegados da 14ª CNS, repudiamos todas as formas de corrupção com que possa conviver o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a corrupção que desvia recursos financeiros, materiais e medicamentos, até aquela, não menos grave, da desassistência às pessoas por descumprimento de contratos de trabalho ou por atitudes clientelistas, contrárias à obrigação pública de garantir saúde para todos os cidadãos, dando privilégios e precedência ao atendimento à saúde a algum cidadão igual aos demais.

Moção nº 11

Tipo: Repúdio
Destinatário: Governo Federal.

Moção de repúdio ao governo brasileiro pela morosidade e omissão na garantia e efetivação nas demarcações e ampliações das terras indígenas, fato este que tem exposto os povos indígenas a estado de vulnerabilidade social e em constantes conflitos com a sociedade envolvente e vitimando lideranças indígenas, jovens e crianças, ocorrendo altos índices de violências, homicídios, suicídios, desnutrição e constantes degradações sociais de partes vivas da história do nosso País. Mato Grosso do Sul possui a segunda maior população indígena do país com mais de 70 mil indígenas com mais de 25 acampamentos indígenas, e é o estado com maiores casos de violência contra indígenas, sendo que nos últimos anos já ocorreram 500 casos de suicídios e 300 casos de homicídios e o Estado brasileiro continua omisso. SOCORRO!

Moção nº 12

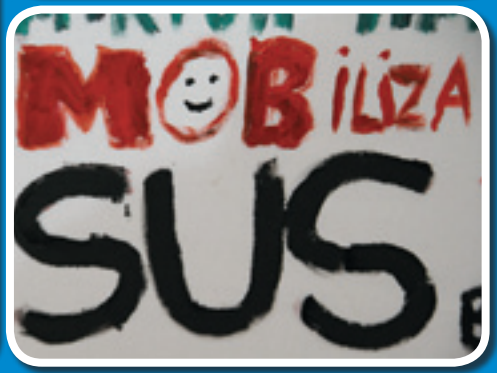
Tipo: Repúdio

Destinatário: Ministros do Supremo Tribunal Federal – STF.

Nós, delegados e delegadas da 14ª Conferência Nacional de Saúde, repudiamos os votos contrários proferidos por Ministros do Supremo Tribunal Federal, ao julgar a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) que afirma ser inconstitucional a Lei nº 9.637/98, ao ferir artigo que diz ser o Sistema Único de Saúde (SUS) aberto à iniciativa privada, porém, de forma complementar. Entretanto, o que ocorre na prática é a entrega à iniciativa privada da gestão plena em várias áreas e, de modo especial, na saúde. Dessa forma, fere incontestavelmente os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – o nosso SUS.

Tenda
Paulo Freire

SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro.
14ª Conferência
Nacional de Saúde
SUS


MOBILIZA
SUS

14ª Conferência
Nacional de Saúde
SUS

Café
com
ideias

Seguridade Social, Política Pública e Patrimôn

14ª Conferência
Nacional de Saúde

14ª Conferência
Nacional de Saúde
SUS

Reforma Política
Para Mudar:
Reforma Política JÁ!

SUS

ATÉ MARIA FOI CONSULTADA!
GRAVIDEZ
apenas
QUANDO
DESEJADA!!

ATOS NORMATIVOS DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DECRETO

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO DE 3 DE MARÇO DE 2011
Convoca a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica convocada a 14ª Conferência Nacional de Saúde, a se realizar no período de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011, em Brasília, Distrito Federal, com o tema: "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro" e o eixo: "Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS".

Art. 2º A 14ª Conferência Nacional de Saúde será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

Art. 3º As etapas municipais da 14ª Conferência Nacional de Saúde serão realizadas no período de 1º de abril a 15 de julho de 2011 e as etapas estaduais, no período de 16 de julho a 31 de outubro de 2011.

Art. 4º O regimento interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde será aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e editado mediante portaria do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 5º As despesas com a organização e realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde correrão por conta de recursos orçamentários consignados ao Ministério da Saúde.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 3 de março de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF
Alexandre Rocha Santos Padilha

PORTARIAS

PORTARIA Nº 935, DE 27 DE ABRIL DE 2011

Aprova o Regimento Interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do Artigo 87 da Constituição, resolve:

Artigo 1º Esta Portaria aprova o Regimento Interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde, na forma prevista nos artigos abaixo:

CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS

Artigo 2º A 14ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto Presidencial, de 3 de março de 2011, publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 4 de março de 2011, será realizada em Brasília (DF) e tem por objetivos:

I - impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) garantidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, na perspectiva do fortalecimento da Reforma Sanitária;

II - avaliar o SUS e propor condições de acesso à saúde, ao acolhimento e à qualidade da atenção integral;

III - definir diretrizes e prioridades para as políticas de saúde, com base nas garantias constitucionais da Seguridade Social, no marco do conceito ampliado e associado aos Direitos Humanos; e

IV - fortalecer o Controle Social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II
DA REALIZAÇÃO

Artigo 3º A 14ª Conferência Nacional de Saúde será realizada em 3 (três) Etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal e Etapa Nacional nas quais serão debatidos o tema central e o eixo, a partir do documento orientador, que versará sobre o processo de construção de diretrizes para a saúde, como contribuição para as Conferências, sem prejuízo de debates específicos, em função da realidade de cada Estado/Distrito Federal e Município.

Artigo 4º As Etapas da 14ª Conferência Nacional de Saúde serão realizadas nos seguintes períodos:

I - Etapa Municipal - 1º de abril a 15 de julho de 2011;

II - Etapa Estadual/Distrito Federal - 16 de julho a 31 de outubro de 2011; e

III - Etapa Nacional - 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011;

§ 1º A não realização das etapas previstas nos incisos I e II não constituirá impedimento à realização da Etapa Nacional na data prevista.

§ 2º Em todas as Etapas da 14ª Conferência Nacional de Saúde, será assegurada a paridade dos delegados representantes dos usuários em relação ao conjunto dos delegados dos demais segmentos, conforme a Resolução CNS nº 333, de 4 de novembro de 2003 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 3º Como cumprimento da Etapa Municipal da 14ª Conferência Nacional de Saúde, será elaborado Relatório da Etapa Municipal a ser encaminhado à Comissão Organizadora da Etapa Estadual/Distrito Federal destacando-se, entre as diretrizes aprovadas nessa Etapa, as que subsidiarão as políticas municipais de

saúde, bem como as que poderão subsidiar a formulação de políticas estaduais e nacionais de saúde.

§ 4º Como cumprimento das Etapas Estaduais e do Distrito Federal da 14ª Conferência Nacional de Saúde, será elaborado o Relatório da Etapa Estadual/ Distrito Federal a ser encaminhado à Comissão Organizadora da Etapa Nacional, destacando-se, entre as diretrizes aprovadas nessa etapa, as que poderão subsidiar a formulação de políticas nacionais de saúde.

Artigo 5º A realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde será de responsabilidade das três esferas de governo (Secretarias de Saúde) e dos respectivos Conselhos de Saúde, sendo que a Etapa Nacional será de responsabilidade do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde e será realizada em Brasília (DF).

Artigo 6º Somente as propostas e moções de âmbito nacional serão consideradas na Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Artigo 7º O documento orientador das Etapas Municipais, Estaduais/Distrito Federal e Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde será elaborado pela Comissão Organizadora Nacional.

CAPÍTULO III
DO TEMA

Artigo 8º Nos termos deste Regimento, a 14ª Conferência Nacional de Saúde terá como tema central: "TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA, PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO", com o seguinte eixo:

I - Acesso e Acolhimento com Qualidade – Um deságio para o SUS.

a) política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;

b) participação da comunidade e controle social; e

c) gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde).

§ 1º O tema e o eixo da 14ª Conferência Nacional de Saúde e os diálogos temáticos serão discutidos em Mesas, com coordenação, secretaria e a participação de expositores, indicados pela Comissão Organizadora.

§ 2º Serão elaboradas ementas que orientarão as apresentações dos expositores nas mesas.

CAPÍTULO IV
DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Artigo 9º Serão consideradas como instâncias deliberativas da 14ª Conferência Nacional de Saúde:

I - Plenária de Abertura;

II - Grupos de Trabalho; e

III - Plenária Final.

§ 1º A Plenária de Abertura terá como objetivo deliberar sobre o Regulamento da Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde e contará com uma mesa paritária com coordenação e secretaria, todos indicados pela Comissão Organizadora.

§ 2º Os Grupos de Trabalho, compostos paritariamente, serão realizados simultaneamente, em um número total de 17 (dezessete), deliberarão sobre o Relatório Consolidado da Etapa Estadual/Distrito Federal, disponibilizados aos delegados da Etapa Nacional, da 14ª Conferência Nacional de Saúde da seguinte forma:

I - o Relatório Consolidado da Etapa Nacional será lido e votado;

II - as propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Nacional não destacadas nos grupos de trabalho serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

III - as propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais dos votos, em cada grupo de trabalho, e forem aprovadas por 9 (nove) grupos de trabalho, farão parte do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

IV - para apreciação na Plenária Final, as propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Nacional, destacadas nos Grupos de Trabalho, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um dos 9 (nove) Grupos de Trabalho para compor o Relatório Final;

V - na Etapa Nacional, não serão acatadas propostas novas; e

VI - os Grupos de Trabalho terão mesas paritárias, com coordenação e secretaria, todos indicados pela Comissão Organizadora.

§ 3º A Plenária Final terá como objetivo aprovar o Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, que constituirá o Relatório Final da Conferência, devendo expressar o resultado dos debates nas três Etapas, bem como conter diretrizes nacionais para formulação de políticas para o SUS e aprovar as moções de âmbito nacional;

§ 4º O Relatório, aprovado na Plenária Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, será encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde.

CAPÍTULO V
DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Artigo 10 A Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde é composta de 24 (vinte e quatro) conselheiros nacionais de saúde, assim distribuídos:

I - 12 (doze) conselheiros indicados pelos usuários;

II - 6 (seis) conselheiros indicados pelos profissionais de saúde; e

III - 6 (seis) conselheiros indicados pelos gestores e prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo único – A Comissão Organizadora terá convidados do Conselho Nacional de Assistência Social, do Ministério da Previdência Social, do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Secre-

taria de Direitos Humanos da Presidência da República, da Coordenação da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde e do Comitê do Fórum Social Mundial de Saúde.

Artigo 11 A Comissão Organizadora terá a seguinte estrutura:

I - Coordenador-Geral.

II - Secretário-Geral.

III - Relator-Geral e Relator-Adjunto.

IV - Coordenador de Comunicação e Informação.

V - Coordenador de Articulação e Mobilização.

VI - Coordenador de Infraestrutura.

§ 1º O Coordenador-Geral será um Conselheiro Nacional, indicado pelo Conselho Nacional de Saúde;

§ 2º O Relator-Geral e o Relator-Adjunto serão indicados pelo CNS sendo um deles, necessariamente, Conselheiro Nacional de Saúde;

§ 3º O Secretário-Geral, o Coordenador de Comunicação e Informação, o Coordenador de Articulação e Mobilização e o Coordenador de Infraestrutura serão indicados entre os integrantes da Comissão Organizadora Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde; e

§ 4º A Comissão Organizadora poderá indicar pessoas e representantes de entidades com contribuição significativa na área, para integrarem às Comissões como apoiadores.

Artigo 12 A Comissão Organizadora contará com Comitê Executivo, designado pelo Ministério da Saúde e composto por representantes dos seus órgãos, para dar apoio administrativo, financeiro, técnico e de infraestrutura para execução das suas atividades e das deliberações do Pleno do Conselho Nacional de Saúde à realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único – O Comitê Executivo contará com a participação de dois membros da Comissão Organizadora.

CAPÍTULO VI
DA METODOLOGIA

Artigo 13 Os relatórios das Conferências Estaduais de Saúde, apresentados em versão resumida de, no máximo 20 (vinte) laudas, em espaço dois, deverão ser encaminhados para a relatoria-geral da Conferência Nacional até 8 de novembro de 2011, para serem consolidados e subsidiarem as discussões da Etapa Nacional.

§ 1º O Relatório das Etapas Municipais poderá conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter 10 (dez) propostas a serem encaminhadas à Etapa Estadual/Distrito Federal.

§ 2º O Relatório das Etapas Estaduais e do Distrito Federal poderá conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter 5 (cinco) propostas a serem encaminhadas à Etapa Nacional da Conferência;

§ 3º O número de propostas de âmbito Municipal, Estadual/Distrito Federal será definido pela Comissão Organizadora da respectiva Etapa e não comporá o consolidado do relatório a ser enviado à Etapa Nacional da Conferência; e

§ 4º Os Relatórios aprovados nas Etapas Estaduais e do Distrito Federal da 14ª Conferência Nacional de Saúde serão encaminhados à Coordenação de Relatoria em formato eletrônico, com sistema de senha, por meio da página eletrônica do Conselho Nacional de Saúde.

Artigo 14 A Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde receberá os Relatórios aprovados na Etapa Estadual/Distrito Federal e elaborará Relatório Consolidado da Etapa Nacional de acordo com o tema e o eixo da Conferência.

Artigo 15 As discussões, na Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde terão como base o Relatório Consolidado da Etapa Estadual/Distrito Federal e os debates ocorridos nos Grupos de Trabalho.

Parágrafo único – Será constituída uma equipe de relatores proposta pela Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

CAPITULO VII
DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 16 A Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde terá as seguintes atribuições:

I - encaminhar a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde, atendendo às deliberações do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde;

II - propor ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde:

a) o temário e o eixo da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

b) a metodologia da realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde e da consolidação do Relatório das três Etapas;

c) os nomes dos expositores das mesas redondas;

d) os critérios para participação e a definição dos convidados nacionais e internacionais;

e) a elaboração do roteiro de orientação para os expositores das mesas-redondas; e

f) o número de delegados da Etapa Nacional e sua distribuição por Unidade Federada, bem como o percentual de delegados eleitos de entidades nacionais;

III - acompanhar a disponibilidade e a organização da infraestrutura, inclusive, do orçamento para a Etapa Nacional;

IV - apresentar ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde a prestação de contas da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

V - Encaminhar o Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde;

VI - realizar o julgamento dos recursos relativos aos credenciamentos de delegados; e

VII - discutir e deliberar sobre todas as questões julgadas pertinentes acerca da 14ª Conferência Nacional de Saúde e não previstas nos itens anteriores, submetendo-as ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde.

Artigo 17 Ao Coordenador-Geral caberá:

I - convocar as reuniões da Comissão Organizadora;

II - coordenar as reuniões e as atividades da Comissão Organizadora;

III - submeter à aprovação do Conselho Nacional de Saúde as propostas e os encaminhamentos da Comissão Organizadora; e

IV - supervisionar todo o processo de organização da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Artigo 18 Ao Secretário-Geral caberá:

I - organizar a pauta das reuniões da Comissão Organizadora;

II - participar das reuniões do Comitê Executivo;

III - organizar e manter arquivo dos documentos recebidos e cópias dos documentos encaminhados em função da realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde; e

IV - encaminhar os documentos produzidos pela Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde para providências.

Artigo 19 Ao Relator-Geral caberá:

I - coordenar a Comissão Relatora da Etapa Nacional;

II - estimular o encaminhamento, em tempo hábil, dos relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal de Saúde à Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

III - coordenar o processo de trabalho dos relatores das Plenárias;

IV - consolidar os Relatórios da Etapa Estadual/Distrito Federal e prepará-los para distribuição aos delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

V - coordenar a elaboração dos consolidados dos Grupos de Trabalho;

VI - coordenar a elaboração e a organização das moções, aprovadas na Plenária Final, no Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde; e

VII - coordenar a elaboração do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde a ser apresentado ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único – O Relator-Geral será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Relator-Adjunto.

Artigo 20 Ao Coordenador de Comunicação e Informação caberá:

I - definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

II - promover a divulgação do Regimento Interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

III - orientar as atividades de Comunicação Social da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

IV - promover a divulgação adequada da 14ª Conferência Nacional de Saúde; e

V - articular, especialmente, com a Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro da Saúde, a elaboração de um plano geral de Comunicação Social da Conferência.

Artigo 21 Ao Coordenador de Infraestrutura caberá:

I - propor condições de infraestrutura necessárias à realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde, referentes ao local, equipamentos e instalações, audiovisuais, reprografia, comunicações, hospedagem, transporte, alimentação e outras; e

II - avaliar, juntamente com a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Artigo 22 Ao Coordenador de Mobilização e Articulação caberá:

I - estimular a organização e a realização de Conferências de Saúde em todos os Municípios, Estados e no Distrito Federal, Etapas importantes da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

II - mobilizar e estimular a participação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos delegados de todas as Etapas da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

III - mobilizar e estimular a participação paritária dos trabalhadores de saúde em relação à soma dos delegados gestores e prestadores de serviços de saúde; e

IV - fortalecer e facilitar o intercâmbio Estado-Estado, e assim incentivar a troca de experiências positivas sobre o alcance do tema das Conferências Estaduais e da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Artigo 23 Ao Comitê Executivo da 14ª Conferência Nacional de Saúde cabe:

I - implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

II - articular a dinâmica de trabalho entre a Comissão Organizadora e o Ministério da Saúde;

III - enviar orientações aos Conselhos de Saúde e às entidades nacionais da sociedade, relacionadas às matérias aprovadas pela Comissão Organizadora;

IV - estimular e apoiar as Etapas Municipais e Estaduais/Distrito Federal da 14ª Conferência Nacional de Saúde nos seus aspectos preparatórios;

V - encaminhar processos administrativos com prestação de contas à Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

VI - obter dos expositores os textos de suas apresentações para fins de arquivo e divulgação;

VII - elaborar o orçamento e providenciar as suplementações necessárias, assim como propor a infraestrutura da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

VIII - convocar técnicos dos órgãos do Ministério da Saúde para auxiliá-lo, em caráter temporário ou permanente, no exercício das suas atribuições;

IX - providenciar a divulgação do Regimento e Regulamento da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

X - propor a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

XI - propor, elaborar e realizar métodos de credenciamento dos delegados da Etapa Nacional e os controles necessários;

XII - propor e organizar o apoio da Secretaria da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

XIII - promover a divulgação adequada da 14ª Conferência Nacional de Saúde;

XIV - articular, especialmente, com a Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro da Saúde, a elaboração de um plano geral de Comunicação Social da Conferência;

XV - monitorar o andamento das Etapas Municipais e Estaduais da 14ª Conferência Nacional de Saúde, por meio das suas coordenações, especialmente, no recebimento de seus relatórios finais; e

XVI - providenciar os atos e encaminhamentos pertinentes ao fluxo dos gastos com as devidas previsões, cronogramas e planos de aplicação.

Parágrafo único – O Comitê Executivo da 14ª Conferência Nacional de Saúde contará com suporte técnico e administrativo do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, para a realização das atividades necessárias ao desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VIII
DOS PARTICIPANTES

Artigo 24 A 14ª Conferência Nacional de Saúde contará com 3.694 (três mil seiscentos e noventa e quatro) participantes, dentre os quais 3.212 (três mil duzentos e doze) serão delegados.

Parágrafo único – Nos termos do § 4°, do Artigo 1°, da Lei n° 8.142, de 1990, e nos termos da Resolução nº 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, a representação dos usuários em todas as Etapas da 14ª Conferência Nacional de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde, sendo assim configurada a participação:

I - 50% (cinquenta por cento) dos participantes serão representantes dos usuários;

II - 25% (vinte e cinco por cento) dos participantes serão representantes dos profissionais de saúde; e

III - 25% (vinte e cinco por cento) serão representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde.

Artigo 25 Os participantes da Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde distribuir-se-ão em duas categorias:

I - delegados com direito à voz e voto; e

II - convidados com direito à voz.

Artigo 26 Serão delegados na 14ª Conferência Nacional de Saúde:

I - delegados eleitos nas Etapas Estaduais e no Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no Anexo I a esta Portaria;

a) divisão equitativa de 30% (trinta por cento) do total de delegados entre os 27 estados e o Distrito Federal;

b) distribuição de 70% (setenta por cento) do total de delegados a partir da divisão proporcional do índice de representação de cada delegado, resultado da divisão da população do país por 70% de delegados previstos para serem eleitos; e

c) o número final de delegados por unidade da federação deverá ser múltiplo de 4 (quatro), para dar cumprimento ao previsto no artigo 23 deste Regimento.

II - delegados eleitos por órgãos de governo e entidades de abrangência e representação nacionais no total de 10% (dez por cento) dos participantes da 14ª Conferência Nacional de Saúde, distribuídos da forma prevista no Anexo II a esta Portaria.

a) delegados eleitos pelos gestores municipais (Conasems), estaduais (Conass) e federal (Ministério da Saúde);

b) delegados eleitos por entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde;

c) delegados eleitos por entidades nacionais de trabalhadores de saúde; e

d) delegados eleitos por entidades e movimentos de usuários.

III - delegados natos do Conselho Nacional de Saúde – conselheiros nacionais titulares, 1ª e 2ª suplência, nos termos previstos no Anexo II a esta Portaria.

Parágrafo único – Com o propósito de promover ampla participação dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores, a Comissão Organizadora Nacional recomenda que a eleição de delegados estaduais considere os critérios demográficos, de equidade e a legitimidade das entidades e movimentos sociais.

Artigo 27 Serão eleitos, nas Etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal, 30% (trinta por cento) de delegados suplentes do total de cada segmento, para a substituição, se necessário, de titulares na 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único – As Comissões Organizadoras das Conferências Estaduais deverão comunicar, até dia 14 de novembro de 2011, os suplentes que serão credenciados no início da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Os demais que vierem a preencher vagas de titulares entre os dias 18 a 30 de novembro de 2011 serão credenciados excepcionalmente no dia 1º de dezembro de 2011.

Artigo 28 A inscrição de delegados para a 14ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser feita nos estados, pelas Comissões Organizadoras da Etapa Estadual/Distrito Federal da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

I - as inscrições dos delegados eleitos nos Estados devem ser enviadas ao Comitê Executivo até 8 (oito) de novembro de 2011; e

II - as inscrições dos delegados eleitos por órgãos de governo e entidades de abrangência e representação nacionais devem ser enviadas ao Comitê Executivo até 8 (oito) de novembro de 2011.

Artigo 29 Os delegados que participarão da Etapa Estadual/Distrito Federal da 14ª Conferência Nacional de Saúde serão eleitos dentre os participantes das Etapas Municipais e os que participarão da Etapa Nacional serão eleitos dentre os participantes das Etapas Estaduais e do Distrito Federal.

Parágrafo único – A Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde recomenda aos Municípios e Estados/Distrito Federal que as delegações garantam a diversidade de sujeitos, comunidade científica e prestadores de serviços de saúde, no mínimo em acordo com a Resolução CNS nº 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

Artigo 30 Os Conselheiros de Saúde, titulares e suplentes, são delegados natos para participarem das etapas da 14ª Conferência Nacional de Saúde na seguinte ordem:

I - Etapa Municipal: Conselheiros Municipais de Saúde;

II - Etapa Estadual/Distrito Federal: Conselheiros Estaduais e do Distrito Federal de Saúde; e

III - Etapa Nacional: Conselheiros Nacionais de Saúde.

Artigo 31 Serão convidados para a 14ª Conferência Nacional de Saúde:

I - representantes de órgãos, entidades, instituições nacionais e internacionais;

II - personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância na área de saúde e setores afins; e

III - Movimentos Sociais.

§ 1º Os convidados para a Conferência Nacional terão percentual de até 15% (quinze por cento) do total de delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

§ 2º O Conselho Nacional de Saúde definirá os convidados da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

§ 3º As inscrições dos convidados deverão ser enviadas ao Comitê Executivo até 08 (oito) de novembro de 2011.

Artigo 32 Os participantes com deficiências ou patologias deverão fazer o registro na ficha de inscrição da 14ª Conferência Nacional de Saúde, para que sejam providenciadas as condições necessárias à sua participação.

CAPÍTULO IX
DOS RECURSOS FINANCEIROS

Artigo 33 As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde correrão à conta da dotação orçamentária consignada pelo Ministério da Saúde.

§ 1° O Ministério da Saúde arcará com as despesas de hospedagem dos usuários e trabalhadores da saúde, e com as despesas de alimentação de todos os participantes da Conferência.

§ 2° As despesas com o deslocamento dos delegados, dos seus Estados de origem a Brasília, serão de responsabilidade dos Estados.

CAPÍTULO X
DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 34 Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Artigo 35 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Distribuição de Delegados Eleitos nos Estados para 14ª Conferência Nacional de Saúde

DISTRIBUIÇÃO PARITÁRIA

Região/UF	População IBGE 2010	%	30% do	total*	Indice**	Total	Ajuste***	Total	Usuários (50%)	Trabalhadores (25%)	Governo e Prestadores (25%)
Região Norte	15.865.678	8,32	217	164	381	11	392	196	98	98	98
Rondônia	1.560.501	0,82	31	16	47	1	48	24	12	12	12
Acre	732793	0,38	31	8	39	1	40	20	10	10	10
Amazonas	3.480.937	1,83	31	36	67	1	68	34	17	17	17
Roraima	451.227	0,24	31	5	36	0	36	18	9	9	9
Pará	7.588.078	3,98	31	78	109	3	112	56	28	28	28
Amapá	668.689	0,35	31	7	38	2	40	20	10	10	10
Tocantins	1.383.453	0,73	31	14	45	3	48	24	12	12	12
Região Nor-deste	53.078.137	27,83	279	547	826	10	836	418	209	209	209
Maranhão	6.569.683	3,44	31	68	99	1	100	50	25	25	25
Piauí	3.119015	1,64	31	32	63	1	64	32	16	16	16
Ceará	8.448.055	4,43	31	87	118	2	120	60	30	30	30
Rio Grande do Norte	3.168.133	1,66	31	33	64	0	64	32	16	16	16
Paraíba	3.766.834	1,97	31	39	70	2	72	36	18	18	18
Pernambuco	8.796.032	4,61	31	91	122	2	124	62	31	31	31
Alagoas	3.120922	1,64	31	32	63	1	64	32	16	16	16

Região/UF	População IBGE 2010	%	30% do	total*	Indice**	Total	Ajuste***	Total	Usuários (50%)	Trabalhadores (25%)	Governo e Prestadores (25%)
Sergipe	2.068.031	1,08	31	21	52	0	52	26	13	13	13
Bahia	14.0214.32	7,35	31	144	175	1	176	88	44	44	33
Região Sudeste	80.353.724	42,13	124	828	952	4	956	478	239	239	139
Minas Gerais	19.595.309	10,27	31	202	233	3	236	118	59	59	59
Espírito Santo	3.512.672	1,84	31	36	67	1	68	34	17	17	17
Rio de Janeiro	15.993.583	8,39	31	165	196	0	196	98	49	49	49
São Paulo	41.252.160	21,63	31	425	456	0	456	228	114	114	114
Região Sul	27.384.815	14,36	93	281	374	6	380	190	95	95	95
Paraná	10.439.601	5,47	31	107	138	2	140	70	35	35	35
Santa Catarina	6.249.682	3,28	31	64	95	1	96	48	24	24	24
Rio Grande do Sul	10.695.532	5,61	31	110	141	3	144	72	36	36	36
Região Centro--Oeste	14.050.340	7,37	124	145	268	8	276	138	69	69	69
Mato Grosso do Sul	2.449.341	1,28	31	25	56	0	56	28	14	14	14
Mato Grosso	3.033.991	1,59	31	31	62	2	64	32	16	16	16
Goiás	6.004.045	3,15	31	62	93	3	96	48	24	24	24
Distrito Federal	2.562.963	1,34	31	26	57	3	60	30	15	15	15
Total	190.732.694	100,00	837	1.965	2.801	39	2.840	1.420	710	710	710

Nota* Divisão equitativa de 30% do total de delegados entre os 27 estados e o Distrito Federal – 837 delegados

Nota ** O índice de 97.164 na proporção populacional para cada delegado é o resultado da divisão da população do País 190.732.694 por 70% de delegados previstos para serem eleitos nos estados – 1.965 delegados (70% de um teto de 2.800), segundo o regimento.

Nota *** O ajuste considera definição de múltiplo de quatro para os estados.

O critério de ajuste é aumentar sempre para mais o número do estado, a partir do índice, para se chegar ao múltiplo de quatro. Fonte da População: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo 2010.

ANEXO II
Total de Delegados para 14ª Conferência Nacional de Saúde

Segmentos	Eleitos – Estados	Eleitos – Entidades e Instituições Nacionais	Total
Gestores e Prestadores (25%)	710	93	803
Trabalhadores da Saúde (25%)	710	93	803
Usuários (50%)	1.420	186	1.606
TOTAL DE DELEGADOS	2.840	372	3.212

• Estão incluídos, no total de delegados eleitos por órgãos de governo e entidades de abrangência e representação nacionais nos respectivos segmentos (usuários, trabalhadores e comunidade científica, gestores e prestadores de serviços de saúde), os 144 conselheiros nacionais e seus suplentes, 27 coordenadores de Plenária, e no segmento de usuários estão incluídos os 68 representantes indígenas dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas que integram o Subsistema de Saúde Indígena do SUS.

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA N° 976, DE 2 DE MAIO DE 2011

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87, da Constituição, e considerando o disposto no Decreto de 3 de março de 2011, que convoca a 14ª Conferência Nacional de Saúde, e o Regimento da 14ª Conferência Nacional de Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua 218ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de fevereiro de 2011, resolve:

Art. 1º Designar os responsáveis pelo desenvolvimento das seguintes ações para a 14ª Conferência Nacional de Saúde:

I - Alexandre Rocha Santos Padilha – Presidente;
II - Jurema Pinto Werneck – Coordenadora-Geral;
III - Francisco Batista Júnior – Secretário-Geral;
IV - Gastão Wagner de Souza Campos – Relator-Geral;
V - Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Relator-Adjunto;
VI - Graciara Matos de Azevedo – Coordenação de Comunicação e Informação;
VII - Maria do Socorro de Souza – Coordenação de Articulação e Mobilização; e
VIII - Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Coordenação de Infraestrutura.

Art. 2º Designar os integrantes da Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde:

I - Alcides Silva de Miranda – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde;
II - Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra;
III - Clóvis Alberto Boufleur – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil;
IV - Edmundo Dzuaiwi Omore – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira;
V - Eliane Aparecida da Cruz – Ministério da Saúde;
VI - Francisco Batista Júnior – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social;
VII - Geraldo Adão dos Santos – Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas;
VIII - Gilson Cantarino O'Dwyer – Conselho Nacional de Secretários de Saúde;
IX - Graciara Matos de Azevedo – Conselho Federal de Odontologia;
X - João Rodrigues Filho – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde;
XI - José Eri de Medeiros – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;
XII - Júlia Maria Santos Roland – Ministério da Saúde;
XIII - Junéia Martins Batista – Central Única dos Trabalhadores;
XIV - Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Ministério da Saúde;
XV - Maria de Lourdes Alves Rodrigues – Liga Brasileira de Lésbicas;
XVI - Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos;
XVII - Maria do Socorro de Souza – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura;
XVIII - Maria Thereza Almeida Antunes – Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down;

XIX - Nildes de Oliveira Andrade – Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil;
XX - Olympio Távora Derze Correa – Confederação Nacional de Saúde;
XXI - Pedro Tourinho de Siqueira – Associação Nacional de Pós-Graduandos;
XXII - Ruth Ribeiro Bittencourt – Conselho Federal de Serviço Social;
XXIII - Wanderley Gomes da Silva – Confederação Nacional das Associações de Moradores; e
XXIV - Wilen Heil e Silva – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.186, DE 25 DE MAIO DE 2011

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto de 3 de março de 2011, que convoca a 14ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro" e o eixo: "Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS"; e

Considerando o disposto no art. 11 do regimento, da referida Conferência, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Constituir o Comitê Executivo da 14ª Conferência Nacional de Saúde (14ª CNS), composto por representantes dos seguintes órgãos:

I - dois representantes do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde:
a) Luciano Chagas Barbosa;
b) Marylene Rocha de Souza;
II - um representante da Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE);
a) Alexandre Pandino Azevedo;
III - dois representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS);

a) Rozangela Fernandes Camapum;
b) Gleisse de Castro de Oliveira;
IV - cinco representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo um representante do Departamento de Informática do SUS (DATASUS);
a) Elizabete Vieira Matheus da Silva;
b) Norma Consuêlo de Souza Côrtes;
c) Luiz Carlos Canuto Brasiliense;
d) Ana Kátia de Melo Aguiar;
e) Antonio Augusto Pimenta Cortês;
V - dois membros da Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde;
a) Maria Thereza Almeida Antunes; e
b) João Rodrigues Filho.
Parágrafo único. O Comitê Executivo da 14ª CNS será coordenado por um dos representantes da SGEP designado pelo Secretário de Gestão Estratégica e Participativa.

Art. 2º O Comitê Executivo terá como atribuição a execução das ações constantes no Regimento da 14ª CNS e deliberadas pela Comissão Organizadora da 14ª CNS, visando garantir o bom funcionamento do evento.

Art. 3º A Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS) e a (SGEP) darão o apoio logístico necessário para a implantação e funcionamento do referido Comitê, bem como para a realização da 14ª CNS.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.867, DE 4 DE AGOSTO DE 2011

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87, da Constituição, e considerando o disposto no Decreto de 3 de março de 2011, que convoca a 14ª Conferência Nacional de Saúde, e o Regimento da 14ª Conferência Nacional de Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua 218ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de fevereiro de 2011, resolve:

Art. 1º Alterar a Portaria nº 1.186/GM/MS, de 25 de maio de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 100, de 26 de maio de 2011, Seção 2, página 37, de 26 de maio de 2011, no que se refere a designação dos membros do Comitê Executivo da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.1º .....
II - um representante da Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE)
a) Carlos Sérgio Soares de Jesus".

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.688, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87, da Constituição, e considerando o disposto no Decreto de 3 de março de 2011, que convoca a 14ª Conferência Nacional de Saúde, e o Regimento da 14ª Conferência Nacional de Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua 218ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de fevereiro de 2011, resolve:

Art. 1º Alterar a Portaria nº 1.186/GM, de 25 de maio de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 100, Seção 2, página 37, de 26 de maio de 2011, no que se refere à designação dos integrantes do Comitê Executivo da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º .....

II - um representante da Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE);
a) Valdiléia Carvalho Rodrigues Pinto
IV - cinco representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo um representante do Departamento de Informática do SUS (DATASUS);
a) .....;
b) .....;
c) Maria Edmilza da Silva;
d) Fábio Landim Campos;
e) .....

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

REGULAMENTO

Regulamento aprovado na plenária da 14ª Conferência Nacional de Saúde

CAPÍTULO I
FINALIDADE

Artigo 1º - Este Regulamento define as regras de funcionamento e programação da Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde (14ª CNS), convocada pelo Decreto Presidencial, de 3 de março de 2011, com Regimento aprovado na 218ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 17 de fevereiro de 2011.

CAPÍTULO II
ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º - A Etapa Nacional da 14ª CNS terá a seguinte organização:
I. mesa de apresentação sobre o Tema e Eixo da 14ª CNS;
II. diálogos temáticos;
III. plenárias:
a. plenária de abertura;
b. plenária final;
IV. grupos de trabalho.

Parágrafo Único - A 14ª CNS contará com um Ato Político de abertura da Conferência a ser realizado no dia 30 de novembro de 2011, das 14h às 17h.

CAPÍTULO III
TEMÁRIO

Artigo 3º - Nos termos do seu Regimento, a 14ª CNS tem como tema central: "TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA, PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO", por meio do eixo: "Acesso e Acolhimento com Qualidade – Um desafio para o SUS", e os seguintes itens:

I. política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
II. participação da comunidade e controle social; e
III. gestão do SUS, com ênfase no financiamento; pacto pela saúde, relação do público com o privado; gestão do sistema, do trabalho e da educação em saúde.

§ 1º - O tema e o eixo da 14ª CNS e os diálogos temáticos serão discutidos em Mesas, com coordenação, secretaria e a participação de expositores(as), indicados(as) pela Comissão Organizadora.

§ 2º - Os(as) delegados(as) e convidados(as) inscritos(as) terão sua manifestação garantida nas Mesas e Plenárias da 14ª CNS, incluindo intérprete e todas as formas de acessibilidade.

CAPÍTULO IV
DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Artigo 4º - Nos termos do seu Regimento, serão consideradas instâncias deliberativas no âmbito da 14ª Conferência Nacional de Saúde:

I. plenária de abertura;
II. grupos de trabalho; e
III. plenária final.

§ 1º - Nos termos do Regimento Interno da 14ª CNS, participarão das instâncias deliberativas os (as) delegados (as) com direito a voz e voto e os (as) convidados (as) com direito a voz.

§ 2º - A Plenária de Abertura terá como objetivo deliberar sobre o Regulamento da Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde e contará com uma Mesa Coordenadora dos Trabalhos, paritária, com coordenação e secretaria, cujos membros serão indicados pela Comissão Organizadora.

§ 3º - Nos termos do seu Regimento, os Grupos de Trabalho (GT), compostos paritariamente, serão realizados simultaneamente, em um número total de 17 (dezessete), e deliberarão sobre o Relatório Consolidado da Etapa Nacional, a partir dos relatórios das Etapas Estaduais e do Distrito Federal, da seguinte forma:

I. o Relatório Consolidado da Etapa Nacional será lido e votado;
II. as Diretrizes e Propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Nacional não destacadas nos Grupos de Trabalho serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde;
III. as Diretrizes e Propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais dos votos, em cada Grupo de Trabalho, e forem aprovadas em pelo menos 9 (nove) Grupos de Trabalho, farão parte do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde;
IV. para apreciação na Plenária Final, as Diretrizes e Propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Nacional, destacadas nos Grupos de Trabalho, deverão ter aprovação de 50% mais um e menos de 70% dos votos dos(as) delegados(as) presentes em cada Grupo de Trabalho e em pelo menos 9 (nove) Grupos de Trabalho;
V. na Etapa Nacional, não serão acatadas Diretrizes e Propostas novas; e
VI. os Grupos de Trabalho terão mesas paritárias, com coordenação e secretaria indicadas pelos respectivos Grupos;

VII. caso o(a) delegado(a) considere que a proposta aprovada em etapa estadual, não tenha sido contemplada ou teve seu mérito alterado, poderá apresentar recurso, por escrito à Comissão de Relatoria, até às 18 horas do dia 2 de dezembro de 2011, a qual avaliará a sua pertinência e encaminhará aos Grupos de Trabalho.

§ 4º - A Plenária Final terá como objetivo aprovar o Relatório Consolidado com as Diretrizes e Propostas nacionais para formulação de políticas para o SUS, após a votação realizada nos Grupos de Trabalho conforme estabelecido neste regulamento, e aprovar as Moções de âmbito nacional.

§ 5º - Será informado aos delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde quais Diretrizes e Propostas foram aprovadas nos Grupos de Trabalho, e que constarão no Relatório Final da 14ª CNS, e quais deverão ser votadas na Plenária Final.

§ 6º - O Relatório com Diretrizes e Propostas de âmbito nacional, nos termos da Lei nº 8142/1990, aprovado na Plenária Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, será encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde.

§ 7º - A Plenária Final contará com uma mesa composta de modo paritário, com definição de coordenação e secretaria, todos os membros indicados pela Comissão Organizadora.

SEÇÃO I
DA MESA DE APRESENTAÇÃO SOBRE O TEMA E EIXO DA 14ª CNS

Artigo 5º - O tema e o eixo da 14ª CNS serão apresentados na forma de conferência no dia 1º de dezembro de 2011, de 15h às 16h.

SEÇÃO II
DOS DIÁLOGOS TEMÁTICOS

Artigo 6º - A discussão dos diálogos temáticos será feita mediante apresentações e debates na forma de Mesas com até 4 (quatro) expositores e 1 (um) coordenador e 1 (um) secretário.

§ 1º - Os coordenadores e secretários de cada Mesa serão indicados pela Comissão Organizadora.

§ 2º - Os expositores serão escolhidos entre usuários(as), gestores(as), prestadores(as) de serviços, trabalhadores(as) e pessoas com conhecimento e experiência na área de saúde.

§ 3º - Cada expositor disporá de até 20 (vinte) minutos para a sua apresentação com prorrogação de até mais 5 (cinco) minutos para conclusão.

Artigo 7º - Após as exposições dos Diálogos Temáticos, o(a) coordenador(a) da Mesa iniciará as inscrições dos (as) delegados(as) e convidados(as) presentes na Plenária, para o debate que será feito no tempo previsto na programação, devendo o número de inscritos ser de acordo com este tempo.

§ 1º - Os(as) delegados(as) e convidados(as), após identificarem-se, poderão se manifestar em relação ao tema, por escrito ou verbalmente, durante o período de debate, garantindo-se a ampla oportunidade de participação no tempo estipulado para o debate.

§ 2º - O tempo máximo para cada manifestação será de até 3 (três) minutos improrrogáveis.

§ 3º - Serão recolhidos os crachás de delegados(as) e convidados(as) em número compatível com o tempo disponível para o debate, tendo prioridade para manifestação os inscritos pela primeira vez.

Artigo 8º - As exposições e os debates serão gravados.

SEÇÃO III
GRUPOS DE TRABALHO

Artigo 9º - Os Grupos de Trabalho são instâncias de debate e votação das Diretrizes e Propostas, de âmbito nacional, consolidadas a partir dos Relatórios das Etapas Estaduais e do Distrito Federal da 14ª CNS e terão a seguinte organização:

I. os(as) delegados(as) e convidados(as) conforme distribuição prévia, realizada pela Comissão Organizadora, comporão 17 (dezessete) Grupos de Trabalho, obedecendo à paridade entre usuários(as) e demais segmentos, conforme a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde;

II. o quórum mínimo para instalação dos Grupos de Trabalho será de maioria simples (cinquenta por cento mais um) do total de delegados(as) que compõe o respectivo Grupo de Trabalho. Após instalado, para aprovação das propostas, o grupo procederá seus trabalhos com quórum mínimo de cinquenta por cento mais um dos(as) delegados(as) presentes;

III. cada GT terá suas atividades dirigidas por uma Mesa Coordenadora dos Trabalhos, que será composta por usuários(as), trabalhadores(as), gestores(as) e prestadores(as) indicados(as) pelos respectivos grupos;

IV. a Mesa Coordenadora dos Trabalhos terá a função de organizar as discussões do Grupo de Trabalho, avaliar o processo de verificação de quórum, controlar o tempo e organizar a participação dos(as) delegados(as) e convidados(as);

V. a Relatoria de cada Grupo de Trabalho será composta por até 4 (quatro) relatores(as) indicados(as) pela Comissão de Relatoria.

Artigo 10 - Os Grupos de Trabalho terão como subsídio para a discussão os debates ocorridos durante a Mesa de Apresentação sobre o tema e eixo e os diálogos temáticos.

Artigo 11 - A Mesa Coordenadora dos Trabalhos fará a leitura do Relatório Consolidado da Etapa Nacional da 14ª CNS.

Artigo 12 - A cada Diretriz ou Proposta, a Mesa Coordenadora dos Trabalhos consultará o Plenário sobre destaques.

§ 1º - Os destaques serão de supressão total ou parcial do texto, em conformidade com o artigo 4º, § 3º, V.

§ 2º - Os destaques deverão ser apresentados à Mesa Coordenadora dos Trabalhos durante a leitura das Diretrizes e Propostas do Grupo de Trabalho.

Artigo 13 - As Diretrizes e Propostas que não receberem destaque durante a leitura serão consideradas aprovadas.

Artigo 14 - Após a leitura, a votação dos destaques será encaminhada da seguinte maneira:

I. ao término da leitura, serão apreciados os destaques e o(a) autor(a) do destaque terá 2(dois) minutos para defender sua proposta de supressão;
II. será permitida uma segunda defesa, a favor e contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação;

III. caso o autor do destaque não estiver presente no momento da apreciação do seu destaque, o destaque não será considerado.

Artigo 15 - A votação se dará da seguinte forma:

I. a Mesa Coordenadora dos Trabalhos comunica o número de delegados(as) que compõe os percentuais mínimos para as votações, segundo a lista de delegados do Grupo de Trabalho, conforme inciso II do artigo 9º deste regulamento;

II. haverá a projeção no telão das Diretrizes e Propostas destacadas de supressão;

III. não serão discutidos novos destaques para os itens aprovados;

IV. a votação será realizada na seguinte ordem: a Diretriz ou Proposta do Relatório Consolidado será a proposta número 1 (um) e o destaque de supressão será a proposta número 2 (dois).

V. quando a diretriz ou proposta obtiver 70% (setenta por cento) ou mais dos votos dos(as) delegados(as) presentes em cada Grupo de Trabalho e em pelo menos 9 (nove) Grupos de Trabalho, será considerada aprovada pela Conferência, será levada para conhecimento da Plenária Final e fará parte do Relatório Final da 14ª CNS;

VI. as Diretrizes e Propostas que obtiverem 50% mais um e menos de 70% dos votos dos (as) delegados (as) presentes em cada Grupo de Trabalho e em pelo menos 9 (nove) Grupos de Trabalho serão levadas para apreciação e votação da Plenária Final.

VII. as Diretrizes e Propostas que obtiverem 50% mais um dos votos serão encaminhadas à Comissão Geral de Relatoria, sendo registrado em cada uma das propostas o percentual de votos obtidos no Grupo de Trabalho.

Artigo 16 - A Mesa Coordenadora do Grupo de Trabalho avaliará e poderá assegurar questão de ordem aos(às) delegados(as) e aos(às) convidados(as), quando dispositivos deste Regulamento não estiverem sendo observados.

Parágrafo Único - Não serão permitidas questões de ordem durante o regime de votação.

Artigo 17 - As solicitações de encaminhamento somente serão acatadas pela Mesa Coordenadora dos Trabalhos quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação.

SEÇÃO IV
PLENÁRIA FINAL

Artigo 18 - Participarão na Plenária Final:

a) delegados(as) com direito a voz e voto;
b) convidados(as) com direito a voz.

Parágrafo Único - A Comissão Organizadora destinará locais específicos de permanência para delegados(as) e convidados(as).

Artigo 19 - A Plenária Final da 14ª CNS será coordenada por Mesas Coordenadoras dos Trabalhos indicadas pela Comissão Organizadora e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, integradas por representantes dos usuários(as), trabalhadores(as) de saúde, gestores(as) e prestadores(as), de acordo com a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo Único - A Plenária Final será registrada por membros da Comissão de Relatoria.

Artigo 20 - As votações das Diretrizes e Propostas que comporão o Relatório Final da 14ª CNS serão encaminhadas da seguinte maneira:

I. Distribuição prévia das Diretrizes e Propostas do Relatório Consolidado, com as propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho.

II. As diretrizes e propostas aprovadas com 70% (setenta por cento) ou mais, em pelo menos 9 (nove) Grupos de Trabalho serão identificadas pelos seus respectivos números no Relatório Consolidado, para conhecimento da Plenária Final.

III. Na sequência, a Mesa de Coordenação dos Trabalhos fará a leitura e votação das propostas do Relatório Consolidado que obtiveram 50% (cinquenta por cento) mais um e menos de 70% dos votos dos(as) delegados(as) em cada Grupo de Trabalho e em pelo menos 9 (nove) Grupos de Trabalho.

IV. Se a maioria da Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação será permitida uma defesa, "a favor" e uma "contra".

V. Serão consideradas aprovadas as Diretrizes e Propostas e os destaques de supressão que, na votação, obtiverem maioria simples (maioria na ocasião da votação) respeitando quórum mínimo de 50% + 1 (cinquenta por cento mais um) dos(as) delegados(as) credenciados(as) na etapa nacional.

Artigo 21 - A Mesa Coordenadora dos Trabalhos da Plenária Final assegurará o direito de questão de ordem e propostas de encaminhamento, conforme este Regulamento.

Artigo 22 - A 14ª CNS será considerada habilitada a aprovar Diretrizes, Propostas e Moções, com quórum mínimo de 50% + 1 (cinquenta por cento mais um) dos(as) delegados(as) credenciados(as), presentes em Plenário.

SEÇÃO V
MOÇÕES

Artigo 23 - As Moções encaminhadas, exclusivamente, por delegados(as), deverão ser, necessariamente, de âmbito ou repercussão nacional ou internacional, e devem

ser apresentadas junto à secretaria do evento em formulário próprio elaborado pela Comissão de Relatoria da 14ª CNS, até às 14 horas, do dia 3 de dezembro de 2011.

§ 1º - Cada Moção deverá ser assinada por, no mínimo, 10% (dez por cento) dos(as) delegados(as) credenciados(as).

§ 2º - O formulário para proposição de moção terá campos de preenchimento para identificar:

I. o tipo de moção – apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro;

II. o(a) destinatário(a) da moção, ou seja, a quem ela é dirigida;

III. o fato ou condição que motiva ou gera a moção e a providência referente ao pleito;

IV. o(a) proponente principal da moção, poderá, opcionalmente, identificar seu nome, sua unidade federativa, bem como o segmento que representa.

§ 3º - A Coordenação da Relatoria organizará as Moções recebidas, classificando-as segundo o critério previsto no caput deste artigo e agrupando-as por tema.

§ 4º - Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da 14ª CNS, o coordenador da mesa procederá à leitura das Moções e as submeterá à aprovação da Plenária, observado o artigo 22 deste Regulamento.

§ 5º - A aprovação das Moções será por maioria simples, maioria na ocasião da votação, dos(as) delegados(as) presentes, considerando-se o quórum previsto no artigo 22 deste Regulamento.

Artigo 24 - Concluída a votação das Moções, encerra-se a sessão da Plenária Final da 14ª CNS.

CAPÍTULO IV
CREDENCIAMENTO

Artigo 25 - O credenciamento dos(as) delegados(as) titulares deverá ser realizado no dia 30 de novembro de 2011, das 9 horas às 18 horas e no dia 1º de dezembro de 2011, das 9 horas às 14 horas.

Artigo 26 - A substituição dos(as) delegados(as) titulares e o respectivo credenciamento dos(as) delegados(as) suplentes que não foram substituídos(as) até dia 1º de dezembro de 2011 até às 14 horas, será feita no dia 1º de dezembro de 2011, das 14 horas às 18 horas.

§ 1º - Fica sob a responsabilidade de cada estado e do DF, que recebeu a ficha de inscrição dos(as) delegados(as), acompanhar a substituição dos(as) delegados(as) titulares pelos suplentes de seu respectivo estado ou do DF.

§ 2º - Fica sob a responsabilidade das entidades nacionais, acompanhar a substituição de delegados(as) titulares por suplentes em seu âmbito de representação.

Artigo 27 - O credenciamento dos(as) convidados (as) será realizado no dia 30 de novembro de 2011, de 12 horas às 18 horas, e no dia 1º de dezembro de 2011, de 8 horas às 18 horas.

CAPITULO V
DISPOSIÇÕES GERAIS E COMUNS

Artigo 28 - Serão conferidos certificados de participação na 14ª CNS aos (às) delegados(as), integrantes da Comissão Organizadora e Comitê Executivo,

convidados(as), expositores(as) e relatores(as), especificando a condição da participação na Conferência.

Artigo 29 - Os casos omissos serão resolvidos nas Plenárias da 14ª Conferência Nacional de Saúde, ou pela Comissão Organizadora, *ad referendum*, quando a Plenária não estiver reunida.

ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE
UM DESAFIO PARA O SUS

SUS

14ª Conferência
Nacional de Saúde
SUS

de Saúde
SUS

SUS
ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDA
UM DESAFIO PARA O SUS

14ª Conf
Nacional
SUS

14ª Conferência
Nacional de Saúde
SUS

SUS
Nacional de Saúde

14ª Conferência
Nacional de Saúde

Conselho
Nacional
de Saúde
CNS

SUS

FiqueSabendo
FAÇA O TESTE DE AIDS

CONSIDERAÇÕES PARA A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A Comissão Organizadora e o Comitê Executivo da 14ª Conferência Nacional de Saúde, após avaliação do processo organizativo da Conferência, e objetivando contribuir com a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, apresentam as considerações a seguir no sentido de melhorar e aperfeiçoar o processo organizativo das Conferências de Saúde, com vistas à garantir o acesso e acolhimento de todos os participantes do maior evento do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS):

DA ESTRUTURAÇÃO

Regulamento e Regimento

- Submeter à consulta pública o Regulamento, garantindo assim o caráter democrático e a construção coletiva do processo de realização da Conferência.

- Os itens contemplados no Regimento Interno não devem constar no Regulamento da Conferência.

- Prever tempo superior a 30 dias para a consolidação dos relatórios das conferências estaduais pela relatoria da etapa nacional.

Participação

- Garantir e acompanhar o acolhimento condizente com as especificidades e pluralidade dos participantes da Conferência.

- Definir a forma de acolhimento das pessoas que vêm à Conferência sem estarem previstas no Regimento ou Regulamento.

- Promover ações no sentido de garantir maior participação nos grupos de trabalho.

- Instituir controle e percentual de frequência nos grupos de trabalho.

- Entregar os certificados no final da Conferência.

DA ORGANIZAÇÃO

Infraestrutura

- Realizar o processo de licitação com, no mínimo, 12 meses de antecedência.

- A infraestrutura do evento deve garantir acessibilidade às pessoas com deficiência no que diz respeito ao acolhimento, transporte e hospedagem.

- Assegurar a vinda do acompanhante para pessoas com deficiência que deverá ser indicado com dois meses de antecedência, pelos estados e com todas as informações ao Comitê Executivo para que as ações sejam planejadas e organizadas com o devido cuidado.

- Aperfeiçoar a organização do credenciamento dos delegados e convidados, com agilização e a diminuição de filas no primeiro dia, garantindo a quantidade de guichês necessária para atender ao número previsto de participantes.

Metodologia de Trabalho

- Instalar o Escritório do Comitê Executivo da Conferência com pelo menos cinco meses de antecedência.

- Garantir número suficiente de pessoas no Escritório do Comitê Executivo, envolvendo contingente do Ministério da Saúde, para que deem conta da considerável demanda proveniente do processo de organização e realização da Conferência.

- Garantir instrumentos de comunicação necessários para a interlocução entre os organizadores e apoiadores, bem como entre a Comissão Organizadora e o Comitê Executivo, durante a realização da Conferência.

Hospedagem/Transporte

- Selecionar com antecedência os hotéis para as pessoas com deficiências que são cadeirantes, para garantir o acolhimento e a autonomia dessas pessoas. A rede hoteleira de Brasília comporta somente 20 leitos dessa natureza. Registra-se aqui a possibilidade de se pensar na realização das próximas Conferências em cidades que possuem uma infraestrutura mais condizente.

- Verificar com antecedência as condições de transporte e hospedagem para os participantes, pois transtornos dessa ordem tendem a interferir na realização da Conferência. Por isso, é importante as coordenações dessas áreas acompanharem todo o processo organizativo da Conferência.

- Melhorar e ampliar o transporte específico para as pessoas com deficiências que são cadeirantes, porém torna-se necessário que as informações sobre o quantitativo de pessoas que precisam de transporte sejam disponibilizadas com antecedência, de no mínimo 12 meses, pelos estados para garantir o planejamento das ações.

DA RELATORIA

- Criar um grupo de trabalho para contribuir com adequações no "Sistema de Relatoria", de forma a garantir a utilização do sistema eletrônico nas conferências municipais de saúde, com representação dos 26 Conselhos Estaduais de Saúde e DF.

- Garantir que os DATASUS Regionais sejam atores do processo de condução do sistema eletrônico nos estados, dando suporte para todos os municípios, com coordenação nacional do CNS e DATASUS.

- Prever na programação da etapa nacional período maior para trabalhos dos grupos e entre as atividades dos grupos e a plenária final, de forma a possibilitar a consolidação das propostas pela relatoria.

- Fazer reuniões no período que precede a Conferência com os coordenadores dos grupos de trabalho e a relatoria, tendo em vista que as reuniões realizadas no dia anterior não foram suficientes.

- Fazer a entrega do consolidado dos grupos de trabalho para os participantes da plenária final com controle via sistema de credenciamento ou marcação no crachá.

- Criar um Comitê de Moções, com estrutura adequada (computadores, impressoras), responsável por todo o processo – recebimento, organização e envio para a plenária final, e revisão para o relatório final.

- Propiciar informações e esclarecimentos necessários aos delegados das conferências de saúde para a utilização do sistema de votação eletrônica. Rever a forma de entrega do equipamento aos participantes, pois a exigência de documento pessoal

não teve êxito. Providenciar uma equipe de suporte, por exemplo, um técnico para cada dois grupos de trabalho.

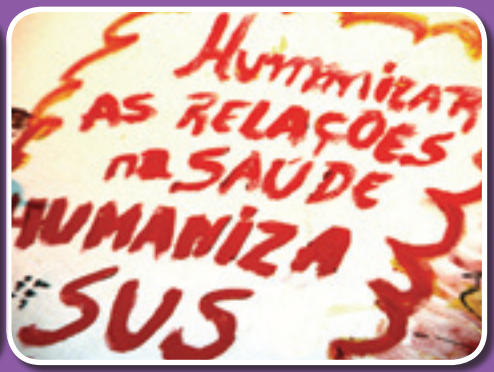
Disposições Gerais

- Manter a Tenda Paulo Freire como atividade cultural, vez que houve considerável receptividade desse espaço na 14ª CNS.

- Disponibilizar material em *braille* impresso ou digital (orientações para o participante, consolidado dos grupos de trabalho para a plenária final) para as pessoas com deficiência visual.

Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro
SUS
14ª Conferência
Nacional de Saúde

4ª Conferência
Nacional de Saúde
Brasília, DF - 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011


HUMANIZAR
AS RELAÇÕES
NA SAÚDE
HUMANIZA
SUS

14ª Conferência
Nacional de Saúde

SUS = VIDA

FICHA TÉCNICA DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

FICHA TÉCNICA DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

I - Alexandre Rocha Santos Padilha – Presidente;
II - Jurema Pinto Werneck – Coordenadora-Geral;
III - Francisco Batista Júnior – Secretário-Geral;
IV - Gastão Wagner de Souza Campos – Relator-Geral;
V - Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Relator-Adjunto;
VI - Graciara Matos de Azevedo – Coordenador de Comunicação e Informação;
VII - Maria do Socorro de Souza – Coordenador de Articulação e Mobilização; e
VIII - Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Coordenador de Infraestrutura.

MEMBRO / REPRESENTAÇÃO

Alcides Silva de Miranda
Centro Brasileiro de Estudos – Cebes

Arnaldo Marcolino da Silva Filho
Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra – RNPN

Clóvis A. Boufleur
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB

Edmundo Dzuaiwi Omore
Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – Coiab

Eliane Aparecida da Cruz
Ministério da Saúde – MS

Francisco Batista Júnior
Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS

Geraldo Adão Santos
Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – Cobap

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass

Graciara Matos de Azevedo
Conselho Federal de Odontologia – CFO

João Rodrigues Filho
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS

José Eri de Medeiros
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems

Júlia Maria Santos Roland
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGEP/MS

Expedito Solaney Pereira Magalhães
Central Única dos Trabalhadores – CUT

Luis Odorico Monteiro de Andrade
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGEP/MS

Maria de Lourdes Alves Rodrigues
Liga Brasileira de Lésbicas

Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos
Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – RNFDSDR

Maria do Socorro de Souza
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – Contag

Maria Thereza Almeida Antunes
Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD

Nildes de Oliveira Andrade
Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – Fenacelbra

Olympio Távora Derze Correa
Confederação Nacional de Saúde – CNS

Pedro Tourinho de Siqueira
Associação Nacional de Pós Graduandos – ANPG

Ruth Ribeiro Bittencourt
Conselho Federal de Serviço Social – CFESS

Wanderley Gomes da Silva
Confederação Nacional das Associações de Moradores – Conam

Wilen Heil e Silva
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Coffito

COMITÊ EXECUTIVO DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Rozângela Fernandes Camapum
Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde – SE/CNS

Elizabete Vieira Matheus da Silva
Secretaria Executiva do Ministério da Saúde – SE/MS

Marylene Rocha de Souza
Gabinete do Ministro de Estado da Saúde – GM/MS

Gleisse de Castro de Oliveira
Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde – SE/CNS

Maria Edmilza da Silva
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGEP/MS

Luciano Chagas Barbosa
Gabinete do Ministro de Estado da Saúde – GM/MS

Norma Consuêlo de Souza Côrtes
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGEP/MS

Fábio Landim Campos
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGEP/MS

Antônio Augusto Pimenta Côrtes
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGEP/MS

Valdiléia Carvalho Rodrigues Pinto
Subsecretaria de Assuntos Administrativos – SAA

Maria Thereza Almeida Antunes
Conselheira Nacional de Saúde – CNS

João Rodrigues Filho
Conselheiro Nacional de Saúde – CNS

COMITÊ DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Graciara Matos de Azevedo – Coordenadora
Conselho Federal de Odontologia – CFO

Alcides Silva de Miranda
Centro Brasileiro de Estudos – Cebes

Eliane Aparecida da Cruz
Ministério da Saúde – MS

Júlia Maria Santos Roland
Ministério da Saúde – MS

Expedito Solaney Pereira Magalhães
Central Única dos Trabalhadores – CUT

Maria de Lourdes Alves Rodrigues
Liga Brasileira de Lésbicas – LBL

Pedro Tourinho de Siqueira
Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG

Wanderley Gomes da Silva
Confederação Nacional das Associações de Moradores – Conam

COMISSÃO DE ARTICULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Maria do Socorro de Souza – Coordenadora
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – Contag

Edmundo Dzuaiwi Omore
Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – Coiab

Francisco Batista Júnior
Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS

Geraldo Adão Santos
Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – Cobap

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass

José Eri de Medeiros
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems

Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos
Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – RNFS

Nildes de Oliveira Andrade
Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – Fenacelbra

Ruth Ribeiro Bittencourt
Conselho Federal de Serviço Social – CFESS

Wilen Heil e Silva
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Coffito

Cléia Aparecida Clemente Giosole
Coordenação Nacional de Plenárias de Conselho de Saúde – CNPCS

COMISSÃO DE RELATORIA

Gastão Wagner de Sousa Campos – Coordenador
Universidade Estadual de Campinas – Unicamp

Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Coordenador Adjunto
Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra – CNS

Lígia Bahia
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco

Luís Eduardo Batista
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP

Paulo Capel Narvai
Universidade de São Paulo – USP

Paulo Navarro de Moraes
Universidade Estadual de Campinas – Unicamp

COMITÊ DE TRABALHO

COMITÊ DE ALIMENTAÇÃO

Coordenação: Maria Batista de Medeiros – DENASUS/SGEP
Coordenação Adjunta: Gabriela Cardoso – GAB/SGEP
Alessandra Martins Viana Jardim – SES/DF
Ana Virgínia de Almeida Figueiredo – Visa/DF
Claudia Fernanda Alves dos Santos – SES/DF
Fatima Mandarino – SES/DF
Leila Maria Villela Côrtes – SES/DF
Paula Bernadete de M. Ferreira – Anvisa
Roberta da Silva Paula – SES/DF
Sebastião Mozart – SES/DF
Sheila Borges – SES/DF

COMITÊ DE ATIVIDADES CULTURAIS

Coordenação: Osvaldo Peralta Bonetti – DAGEP/SGEP
Coordenação Adjunta: Esdras Daniel dos Santos Pereira – DAGEP/SGEP
Cristiane Moreira Machado – GAB/SGEP
Daniela Marques – DAGEP/SGEP
Edson Alves de Menezes – GAB/SGEP
Eliane Almeida – DAGEP/SGEP
Fátima Cristina Cunha Maia Silva – DAGEP/SGEP

Helma Kátia Sena da Silva – GAB/SGEP
Maria de Fátima Marques – DAGEP/SGEP
Martha de Almeida Prado Montenegro – DAGEP/SGEP
Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira – DAGEP/SGEP
Tulio Correio Souza e Souza – DAGEP/SGEP

COMITÊ DE CERIMONIAL

Coordenação: Vilma Gomes de Medeiros Sobral – DENASUS/SGEP
Coordenação Adjunta: Alessandra Giseli Matias – SE/CNS
Anísia Matsunaga Ramos – DENASUS/SGEP
Cristiane Martins de Souza – Nucom/SVS
Cristiane Rodrigues dos Santos – GAB/SGEP
Jane Aurelina Temóteo de Queiroz Elias – DENASUS/SGEP
Nadia Maria Jesus da Cruz Alves – GAB/SGEP
Sueli Cardoso Barbosa - DENASUS/SGEP
Rita Rodrigues Neta – Aspar/GM
Shirlei Aparecida da Silva Bastos – CGESP/SAA/SE
Zenilda Borges dos Santos – DENASUS/SGEP
Silvia Jeane de Macedo Stotlar – GAB/SGEP

COMITÊ DE COMUNICAÇÃO

Coordenação: Renata Mendes – SE/CNS
Coordenação Adjunta: Bruno Monteiro – Nucom/SGEP
Adão Francisco Leal – Ascom/GM
Ana Júlia Pinheiro Rodrigues – Anvisa
Bira Rodrigues – Ascom/MS

Ceci do Espírito Santo Mendes Garcia – Ascom/GM
Cheila Pires Raquel – Nucom/SGEP
Clarice Silva Santos – Nucom/SGEP
Cleison Lima de Moura – Nucom/SGEP
Cynthia Sims – DAGEP/SGEP
Daniele Carcute – Anvisa
Danilo da Silva Molina – Anvisa
Débora Pinheiro – Ascom/MS
Delton Pereira de Assis – SE/CNS
Denise Regina de Oliveira Miranda – SE/CNS
Eujane Dantas Medeiros – Anvisa
Eva Patrícia Álvares Lopes – SES/DF
Fernando Ladeira – Nucom/SAS
Julliana Araújo Ferreira da Silva – Hemobrás
Karla Patrícia Vieira de Lucena – SE/CNS
Karina Zambrana – Nucom/Sesai
Leônidas Albuquerque – Ascom/GM
Leônia Vieira Gomes – Ascom/GM
Marcos Alexandre de Moura – Ascom/GM
Maria de Fátima Gomes – Ascom/GM
Milton Júnior – Ascom/MS
Mercia dos Santos Maciel – Ascom/GM
Monique Maia Batista – SE/CNS
Renato Strauss – Ascom/MS
Tania Maria Pereira de Mello – Nucom/SGEP
Tiago Santos de Souza – Nucom/SAS
Wilany Gomes Santos – SE/CNS
Zeca Moreira – Ascom/MS

COMITÊ DE CREDENCIAMENTO

Coordenação: Vivian Diniz Gondim – SE/CNS
Coordenação Adjunta: Ana Paula Prado Silveira – DAI/SGEP
Anapaula Martins da Silva – SE/CNS
Maria do Carmo Gomes Kell – DAI/SGEP
Rosa Amélia Pereira Dias – CNS
Thaylla Tobias da Silva – CNS

COMITÊ DE HOSPEDAGEM

Coordenação: Scheilla de Oliveira Miguel – DST/ Aids/SVS
Coordenação Adjunta: Waleska Batista Fernandes – SE/CNS
Bruna da Silva Ferreira – Nucom/SGTES
Cely Alves Neves – DST/ Aids/SVS
Everton Araújo Fontinele – SVS
Janilce Guedes de Lima – SVS/MS
José Nilton Neris Gomes – DST/ Aids/SVS
Larissa Bernardi Aguiar – Conep/CNS
Lauana Ribeiro dos Santos – SE/CNS
Marina dos Santos Natividade Alves - Decit/SCTIE
Rebeca Borges de Amorim Cunha – Nucom/SGTES
Vanessa Karla Oliveira - SVS/MS
Victor Hugo Martins dos Santos – SE/CNS

COMITÊ DE INFRAESTRUTURA

Coordenação: Adinan Sidnei Trovó – Cope/Ascom/MS
Coordenação Adjunta: Maicon Camargo – SE/CNS

Alexandre Pereira de Araújo – Cope/Ascom/GM
Camila Cássia Faria Araújo – Cope/Ascom/GM
Carlos Antonio Alves de Almeida – Cope/Ascom/GM
Carlos Junio Meira Carvalho – SE/CNS
Luciana Ferreira Araújo Torres – Cope/Ascom/GM
Márcio Antonio Rodrigues – Cope/Ascom/GM
Patrícia Costa Lima Souza – SE/CNS
Rogério Alves de Oliveira Junior – DATASUS/SGEP
Silvana de Souza Silva – Cope/Ascom/GM

COMITÊ DE PASSAGEM

Coordenação: Jaqueline de Fátima Richard Reis – CGPLAN/SGEP
Coordenação Adjunta: Paula Darlene Baliza Barros Werner – GAB/SGEP
Claudia Karoline dos Santos Macedo – SE/CNS
Idevaldo Francisco Lopes – GAB/SGEP
Lorena Soares Ulhoa – GAB/SGEP
Maria Cecília Ribeiro – SE/CNS
Marlene Souza Figueiredo Barros – GAB/SGEP
Pedro Nogueira de Souza Silva – SE/CNS

COMITÊ SALA DE APOIO

Coordenação: Gleisse de Castro – SE/CNS
Coordenação Adjunta: Norma Consuêlo de Souza Côrtes – DENASUS/SGEP
Carlos Augusto Marques Sidou Ponte – Escritório Comitê Executivo/14ª CNS
Cláudia Cunha Gomes do Couto – SE/CNS
Francisca Auri Paiva – SE/CNS

Lázara Margarida – Colaboradora
Leonardo Rodrigues do Nascimento – Escritório Comitê Executivo/14ª CNS
Maria das Vitórias Albuquerque de Oliveira – SE/CNS
Maria Jaqueline Santos – DENASUS/SGEP
Reinaldo Batista Leite – Apoio/SGEP
Thaís Cristina Gabriel – Sesai/MS

COMITÊ DE SAÚDE

Coordenação: Maria de Lourdes Silva – GAB/SGEP
Coordenação Adjunta: Lucélia Silva Nico – GAB/SGEP
Acássia Lucena Rodrigues – DENASUS/SGEP
Karla Martins – DEMAS/SGEP
Maria Cristina Ferreira de Abreu – DAI/SGEP
Maria do Socorro Barreto Dias – DENASUS/SGEP
Ana Tereza Conceição Santos – SES/DF

COMITÊ DE TRANSPORTE

Coordenação: Fernando Rodrigues Cunha – GAB/SGEP
Coordenação Adjunta: Marcos Cardoso da Costa – SE/CNS
Adriana Assis Miranda – DENASUS/SGEP
Carmen Lucia Muricy – DAPEs/SAS
Deusa Maria Arruda Rocha – DATASUS/SGEP
Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha – DENASUS/SGEP
Elismar Pereira Cesar – DENASUS/SGEP
Joseney Santos – DENASUS/SGEP
Marden Marques Soares Filho – SISPE/DAPES

Maria Sandra Barbosa del Aguila– DENASUS/SGEP
Marilia Ferraro Rocha – DENASUS/SGEP
Mário Luiz da Gama Rosa dos Reis – DEMAS/SE
Nilton José da Silva – DENASUS/SGEP
Rômulo Oscar de Santana - DENASUS/SGEP

COMITÊ DE RELATORIA

Coordenação: Zenite da Graça Bogea Freitas - GAB/SGEP
Coordenação Adjunta: Maria Camila Borges Faccenda – SE/CNS
Denise de Paula Cardoso – SE/CNS
Francisca Auri de Paiva – SE/CNS
Kássia Fernandes de Carvalho – SE/CNS
Maria da Glória Campos da Silva – DAGEP/SGEP
Simone Aparecida da Silva – CGPLAN/SGEP
Sylvio de Costa Júnior – SE/CNS

EQUIPE DE RELATORIA

Abigail Batista de Lucena Reis
Adalgisa de Castro Mota Oliveira
Adilson Soares
Adriana de Castro Rodrigues Krum
Alessandra Ribeiro de Souza
Alessandra Ximenes da Silva
Alexandre de Oliveira Fraga
Aline Castilhos da Silva
Altinéia Maria Neves

Ana Lucia Rosiak
Analice Silva Martins
Arthelúcia Maria Amaral da Silva
Benonilde da Conceição Castro de Carvalho
Camila Damasceno
Carina Lima Ferreira
Célia Machado Gervásio Chaves
Claudete Teixeira Costa
Domício Aurélio de Sá
Doralice Severo da Cruz Teixeira
Dorival Pereira dos Santos Júnior
Ednaldo Joaquim da Silva Júnior
Eduarda Laryssa Vasconcelos da Silva
Elaine Oliveira Soares
Ellen Machado Rodrigues
Eloir Antônio Vial
Erlaene Tedesco Canêdo
Eufrásia Santos Cadorin
Eugênia Célia Raizer
Evanilde Borges Viana
Fabiane Raquel Motter
Fernando Antônio da Silveira
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Fidélia Vasconcelos de Lima
Franci Gomes Cardoso
Francini Lube Guizardi
Francisca Valda da Silva
Francisco Aécio Vieira de Queiroz

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Genilda Leão da Silva
Gustavo França Gomes
Helen Brüggemann Bunn Schmitt
Hermúzia Maria de Souza Gomes
Isabel Cristina de Paula
Isabel dos Reis Silva Oliveira
Ismael Lopes de Oliveira
Ivanda Martins Cardoso
Jacinta de Fátima Senna da Silva
Janice Maria Kock
Jacqueline da Silva Dutra
Jaqueline Nehring
Jerônimo de Lourdes
Jerzey Timóteo Ribeiro Santos
Joelma Aparecida de Souza Carvalho
José Antônio Pereira Barreto
José Carlos Bazan
José Dias Júnior
José Luiz Riani Costa
José Messias Grycak
José Walter dos Santos Caetano
Josinilda Vieira da Silva Pimentel
Katiane Colling
Leandro Rodrigues Machado dos Santos
Lidia Elaine da Costa Trajano
Líliam Cristina Brandalise
Lucas Medeiros Resende

Lúcia Maria Xavier de Castro
Luciana de Assis Amorim
Luita Maria Nunes da Silva
Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza
Magali da Silva Almeida
Maria Alcina Terto Lins
Maria Benedita Gomes da Silva
Maria Cristina Carvalho da Silva
Maria de Fátima Souza
Maria Goreti de Lima
Maria Helena Lopes
Maria Heloísa dos Reis Silva
Maria Inêz Santos
Maria Isabel Ribeiro dos Campos
Maria José Bistafa Pereira
Maria Luzia Paiva Bessa Vale
Maria Maruza Carlesso
Marília Cristina Prado Louvison
Marta Miranda
Martha Isabel Pereira Matos
Mônica Simone Pereira Olivar
Morena Gomes Marques Soares
Neimy Batista da Silva
Nilza Iraci Silva
Olga de Oliveira Rios
Paula Soares Canellas
Pedro Silveira Carneiro
Railton Castro Souza

Ficha Técnica da 14ª Conferência Nacional de Saúde

Raphael Silva Azevedo
Regina Vianna Brizolara
Renata Pires Goulart
Rogena Weaver Noronha Brasil
Rosângela Corrêa de Oliveira Campiolo
Rosilda Silva Dias
Sabrina Bley Maus
Sandra Maria Sales Fagundes
Silas Cabral da Silva
Silmara de Campos Pacheco de Arruda
Silvana Márcia de Andrade Medeiros
Sônia Cristina Arias Bahia
Stella Maris Hildebrand
Stênio Dias Pinto Rodrigues
Tainá Souza Conceição
Talita Freitas Leite
Tandreli Silva Sant'anna
Tania Duque Lopes
Tânia Regina Krüger
Terezinha Maria dos Santos Farias
Thatianny Cristina Soares e Silva
Tiago Pereira de Souza
Thiago Figueiredo de Castro
Vaniluce Ramos Moreira Carujo
Zilmar Cândido da Silva
Zulmira de Souza Marques

APOIO DA RELATORIA

Agda Cristina Santos Bernardes – SE/CNS
Arthur Akimoto – Conep/SE/CNS
Candisse Porto Bandeira Costa
Eduardo Lourenço da Silva – Conep/SE/CNS
Elenice Ramalho de Oliveira – Sesai/MS
Denise Cantieri Taube Fagundes – (DATASUS)
Gleide Isaac Costa Tanios Nemer – (DATASUS)
Glenda Morais Rocha Braña – Conep/SE/CNS
Jaqueline Chueke Pureza – Conep/SE/CNS
Joanna D'arc Rebolças da Silva – Comitê Executivo da 14ª CNS
João Arthur de Santa Cruz Oliveira
Lília Pacífico Alves – (DATASUS)
Marema de Deus Patrício – SE/CNS
Maria do Socorro Pereira da Silva
Maria Aparecida Silva
Mariana Lopes Pinto Alho – Comitê Executivo da 14ª CNS
Marina Heckmann Bove – Conep/SE/CNS
Marilene de Souza das Virgens (DATASUS)
Maryluce dos Santos Gomes
Maicon Vinicius de Camargo – SE/CNS
Pamela Nunes de Souza – Comitê Executivo da 14ª CNS
Raimunda Fortaleza de Souza
Raphael Corino Alves (DATASUS)
Rebecca Lucena Theophilo
Ricardo Rochfort de Oliveira Castro (DATASUS)
Rita de Cássia da Costa – Conep/SE/CNS

Rosilda Cavalcanti da Silva Borba – Conep/SE/CNS
Tiago de Aragão – Conep/SE/CNS
Willian de Lima Barreto – SE/CNS
Gustavo Nolasco Xavier

ESCRITÓRIO DO COMITÊ DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Coordenação:
Vivian Diniz Gondim
Rosângela Almeida Silva

Apoio Administrativo
Anapaula Martins da Silva
Anna Carolina Pereira Marques
Carlos Augusto Marques Sidou Ponte
Francisca Auri de Paiva
Jaqueline Silva Andrade
Joanna Darc Rebouças da Silva
Lauana Ribeiro dos Santos
Leonardo Rodrigues do Nascimento
Lucineide Pontes de Souza
Maria das Vitórias Albuquerque de Oliveira
Mariana Lopes Pinto Alho
Pamela Nunes de Souza
Rosa Amélia Pereira Dias
Sylvio da Costa Júnior
Waleska Batista Fernandes

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Agda Cristina Santos Bernardes
Arthur Akimoto Lorena Lopes Nascimento
Breno Costa Cardoso
Carlos Junio Meira Carvalho
Cristiane Cezário Gomes
Daya Sisson
Deisy Garcia Cruzeiro
Eduardo Lourenço da Silva
Elaine Rodrigues da Silva
Estael Oliveira Reis
Glenda Morais Rocha Brana
Hernanda Cortes Rocha
Jaci de Jesus Santos Silva
Jaqueline Chueke Pureza
Jéssica Brenda Ramos Rodrigues
Jonathan dos Santos Alencar
Juliana Barbosa Vieira
Karoliny Maria Lopes Moura
Kelly Cristina Tavares
Larissa Bernardi Aguiar
Marimi Melo Da Silva
Marina Heckmann Bove
Marina de Sousa Carvalho
Marta Valeria das Graças Miranda
May Sobrinho Sousa
Pauliny Duarte Santana

Pedro Henrique de Miranda
Priscila Soares Silvério
Rita de Cássia da Costa
Rosilda Cavalcanti da Silva Borba
Sara Loreto
Sthefan Bruno Ribeiro
Tânia Lúcia de Castro Tanajura
Tiago de Aragão

QUE A JUSTIÇA RESPEITE
E FAÇA RESPEITAR OS DIREITOS
DAS PESSOAS IDOSAS

SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro.
SUS
14ª Conferência
Nacional de Saúde
Brasília, DF - 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011
ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE
UM DESAFIO PARA O SUS
BRASIL

ANEXOS

ANEXO A – MOÇÃO DE APOIO Nº 12

CARTA DO RIO DE JANEIRO
Rio de Janeiro, 27 de outubro de 2011.

A 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, realizada na cidade do Rio de Janeiro, no Maracanãzinho, no período de 24 a 27 de outubro de 2011, debateu, nos diferentes Grupos de Trabalho e no espaço destinado aos "Diálogos Temáticos", os problemas de saúde que afetam a população do Estado do Rio de Janeiro, que se encontra presa, e as precárias condições de trabalho dos profissionais de saúde que atuam nas unidades prisionais.

A superpopulação e as condições de encarceramento têm gerado o aumento vertiginoso da tuberculose, da hipertensão arterial, da diabetes, de intenso sofrimento mental, de problemas de saúde da mulher, DST/AIDS, hepatites e problemas de saúde bucal, colocando em risco a saúde das pessoas presas e dos profissionais que atuam no sistema prisional.

Enquanto a população prisional cresce a cada dia, o número de profissionais diminui ao longo dos anos, face aos baixos salários, as inadequadas condições de trabalho, a ausência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários e de concurso público. Atualmente, para atender a uma população de cerca de 30 mil pessoas presas em todo o estado, o setor Saúde conta com apenas 700 profissionais de diferentes categorias, entre servidores e contratados.

Embora o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) tenha sido criado no ano de 2003, o Plano Operativo Estadual, até o momento, não foi implan-

tado no Estado do Rio de Janeiro, o que agrava as condições de saúde das pessoas presas, dificultando o acesso destas à saúde integral, caracterizando o descumprimento da Lei de Execuções Penais (LEP) e dos princípios de equidade, universalidade, entre outros, previstos no Sistema Único de Saúde (SUS). Como consta na Constituição Federal, a saúde é direito de todos, sem qualquer discriminação, e dever do Estado.

Os debates nessa Conferência apontam para alguns problemas básicos que precisam ser enfrentados e combatidos para garantir o "SUS como Patrimônio do Povo Brasileiro":

• A falta de uma política pública de saúde / saúde mental específica para a população prisional;

• As dificuldades para implementar o controle social e a participação da sociedade civil na reformulação e implementação das ações de saúde no sistema penitenciário;

• O número insuficiente de profissionais da área da saúde para realizar ações de prevenção, promoção da saúde e tratamento das pessoas presas em função dos agravos decorrentes da situação de confinamento;

• Uma política penitenciária que privilegia a segurança e ficando as práticas disciplinares, em detrimento da garantia de acesso das pessoas às políticas públicas e aos direitos fundamentais, como o do cuidado em saúde. Este modelo de gestão não viabiliza a consolidação de políticas intersetoriais e dificulta o acompanhamento efetivo (e posterior encaminhamento à rede de saúde) de pessoas presas, a partir da avaliação de suas necessidades, por meio de um trabalho articulado das equipes de saúde com a rede externa (dispositivos de saúde, assistência social, trabalho, educação, cultura, habitação).

Dessa forma, os participantes da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, aprovam as seguintes propostas que deverão ser encaminhadas à 14ª Conferência Nacional de Saúde:

1. Implantar a Política Nacional e Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário, garantindo o acesso das pessoas privadas de liberdade ao SUS;

2. Efetivar a implantação do Plano de Cargos, Carreira e Salários das áreas de Saúde e Assistência, elaborado pela SEAP em março de 2011 (Processo E-21/976124/2011), conforme estabelece o Plano Diretor do DEPEN na sua meta 11);

3. Realizar concurso público para estatutário, específico para a área da Saúde do Sistema Penitenciário, tendo em vista atender ao quantitativo de pessoal técnico indicado no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP);

4. Garantir ao Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro assento nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;

5. Construir a PPI – Programação Pactuada e Integrada – entre a Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro (SEAP) e a Secretaria Estadual de Saúde (SES) para a implementação das ações previstas no Plano Operativo Estadual (POE), garantindo o orçamento para sua execução;

6. Criação de uma Comissão composta pelo Coordenador de Saúde da SEAP, pelo Superintendente da Atenção Básica da SES, pelo Superintendente de Orçamento da SES e seu correspondente na SEAP, profissionais de saúde da SEAP e da SES, representante da Associação dos Servidores de saúde e Assistência Penitenciária (ASSAP) e do Conselho Estadual de Saúde (CES), para definir, no prazo de

40 dias, o modelo de gestão integrada a ser implementado pelo Plano Operativo Estadual (POE);

7. Garantir assento no Conselho Nacional de Saúde de entidade representativa do movimento social comprometido com a defesa do direito à saúde das pessoas presas;

8. Criação de uma Comissão Interdisciplinar no Conselho Estadual de Saúde (CES) para acompanhamento das ações de saúde voltadas para a população prisional do Estado do Rio de Janeiro;

9. Garantir o livre acesso dos Conselhos Profissionais ao Sistema Penitenciário para fiscalização dos serviços prestados pelos profissionais;

10. A criação do "SOE da Saúde", isto é, um serviço de transporte para operações externas, que conduz internos para atendimento médico, diferente do SOE atual;

11. Garantir a equipe mínima de saúde prevista no PNSSP com a inclusão, nesta equipe, do profissional nutricionista;

12. Estimular a participação dos familiares de pessoas presas e/ou Associações de Familiares, Egressos e Amigos na discussão sobre implementação, fiscalização e controle da política de saúde do sistema penitenciário;

13. Garantir a implantação do Cartão SUS como prontuário único para o sistema penitenciário do Estado do Rio de Janeiro, com disponibilização de sistema *online* para cadastro e acompanhamento do histórico de saúde da pessoa presa e de seus familiares;

14. Instituir um Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) no sistema prisional;

15. Estabelecer orçamento na SEAP e SES para implantação das residências terapêuticas para os usuários desinternados dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico;

16. Desenvolver política de Educação Permanente para os profissionais de saúde que atuam no Sistema Penitenciário, considerando a especificidade do cárcere;

17. A implementação da Lei nº 10.216/2011, da Reforma Psiquiátrica, na dinâmica institucional dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e no acompanhamento psicossocial das pessoas internadas em função do cumprimento da Medida de Segurança;

18. Garantir que as ações de saúde da SEAP na atenção básica (ambulatório) e terciária (hospital) por parte dos profissionais de saúde, sejam subsidiadas pela Política Nacional de Saúde/Saúde Mental, pelo compromisso ético profissional e pelo investimento estrutural e material do gestor, que permita um trabalho interdisciplinar baseado na atenção integral e comunitária, na lógica da atenção psicossocial e na estratégia de redução de danos.

Estas foram as propostas aprovadas pelo plenário da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e solicitamos que as autoridades governamentais e a sociedade civil as acolham para que sejam implementadas e acompanhadas pelos órgãos de controle social.

PLENÁRIO DA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ANEXO B – MOÇÃO DE APELO Nº 14

Itens anexo à Moção:

1. Reconhecer as Casas de Saúde do Índio (Casais) como unidades de saúde para atendimento ambulatorial articulada com a rede de atendimento do SUS garantindo equipe multidisciplinar qualificada em saúde indígena.

2. Reconhecer os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (Aisan) e Agente Indígena de Saúde Bucal (Aisb) como categoria profissional, valorizando os profissionais com melhoria salarial.

3. Garantir a imediata convocação da V Conferência Nacional da Saúde Indígena a ser realizada em 2013;

4. Garantir a implantação de telemedicina nos Polos Bases e nas Casais, com instalação de internet para suporte às Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena, articulada com a média e alta complexidade.

5. Reconhecimento dos Postos de Saúde e dos Polos Bases como Unidades de Saúde do Subsistema de Saúde Indígena dentro da estrutura dos DSEIS;

6. Regramento diferenciado de referência e contrareferência dos povos indígenas em todos os Polos Bases, Casais e em toda a Rede de Referência do SUS, conforme Decreto nº 7.508 de 28 de julho de 2011, sendo que o regramento deve ter a participação dos representantes indígenas;

7. Realização imediata de concurso público específico e diferenciado, priorizando indígenas;

8. Entender a saúde indígena em sua complexidade, garantindo a demarcação de terras, a proteção da integridade física, segurança alimentar, os interesses das comunidades nos recursos naturais e culturais de seus territórios com a integração de diferentes ministérios;

9. Reconhecer as práticas tradicionais indígenas, os curandeiros,as parteiras, os pajés, os rezadores, os raizeiros e outros, integrando-os nas equipes multidisciplinares de saúde indígena;

10. Que as instâncias de controle social municipais, estaduais e federal tenham imprescindivelmente a representação indígena;

11. Disponibilização de conhecimento e informação sobre saúde, na língua de origem e em português, adequadas às comunidades indígenas, disponibilizando mídias digitais e outros meios de comunicação;

12. Criação de novos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) que respeitem a diversidade cultural e as especificidades de cada região com autonomia, como já vem ocorrendo no âmbito da Sesai;

13. Realizar seminários periódicos de saúde indígena visando à divulgação do SUS e do subsistema de saúde indígena no âmbito municipal estadual;

14. Realização de capacitação permanente de conselheiros distritais e locais visando ao fortalecimento do controle social da saúde indígena;

15. Disponibilizar recursos financeiros específicos nos Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) para todos os tipos de medicamentos, órteses e próteses, exames médicos e laboratoriais em todo o território nacional independente da disponibilidade no SUS, incluindo Tratamento Fora do Domicílio (TFD), inclusive exames pré-natal, tratamentos odontológicos;

16. Criar uma política diferenciada de valorização dos recursos humanos, com melhores condições de trabalho e salário;

17. Garantir a reforma e construção de postos e UBS nos Polos Base e nas aldeias indígenas;

18. Aumentar as vagas dos representantes indígenas nos Conselhos Municipais, Estaduais e no Conselho Nacional de Saúde, respeitando a diversidade cultural e as especificidades de cada região;

19. Incluir na grade curricular da formação de profissionais de saúde, nas faculdades de saúde, a disciplina de povos e saúde indígena, com a finalidade de humanizar e eliminar o preconceito;

20. Adequar as unidades de saúde (postos, UBSD, Casais, unidades mistas e hospitais e outros) onde os indígenas são referenciados (com disponibilização de espaço adequado) para receberem os profissionais da medicina tradicional indígena respeitando as diversidades etnoambientais e culturais;

21. Criar linhas de incentivos financeiros entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação específicos para a formação de profissionais indígenas em diversas áreas de Saúde;

22. Promover as audiências públicas de saúde indígena com participação garantida dos órgãos de controle, objetivando formular uma política estratégica e de atuação conjunta para dirimir situações de agravo das populações indígenas, principalmente na Amazônia Legal, respeitando as diversidades regionais do País;

23. Implantação imediata do Programa Saúde a Família Indígena (PSFI), aprovada na 13ª CNS nos municípios onde as famílias indígenas residem com recursos e sob a gestão direta dos Dseis;

24. Implantar a política do Cuidado Integral dos portadores de necessidades especiais indígenas.