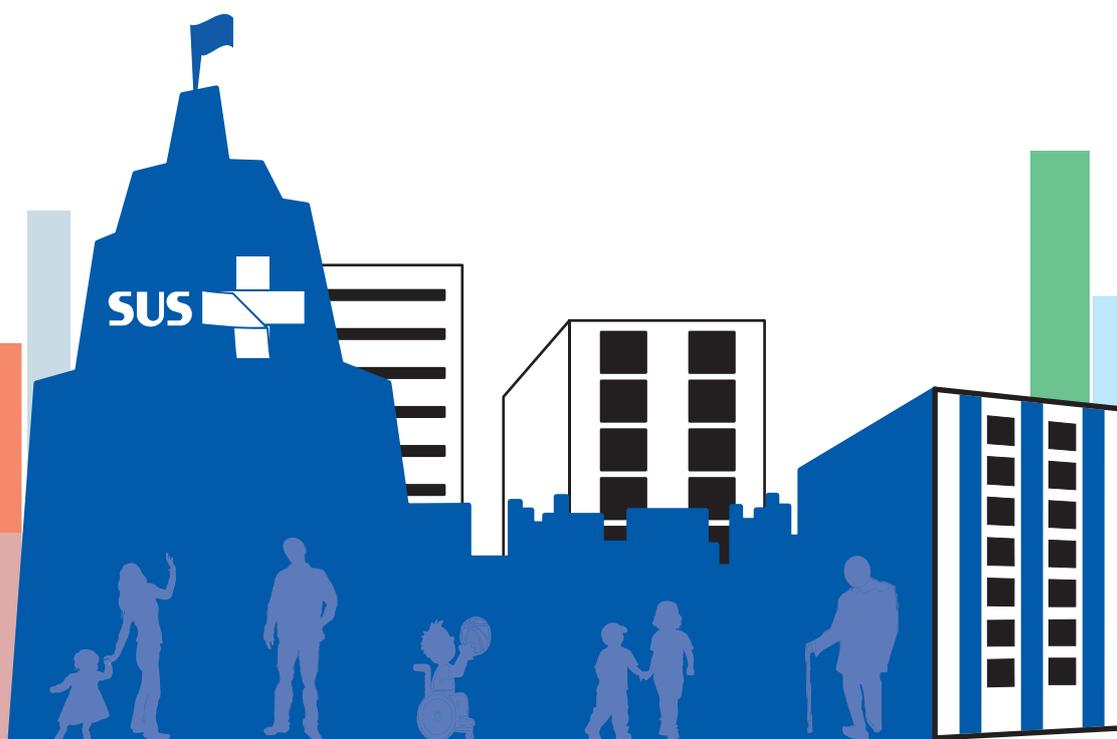


17ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
**TEMA CENTRAL: “SUS COM QUALIDADE E EFICIÊNCIA:
UM COMPROMISSO DE TODA CIDADE”**

Temáticas:

IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids
III Conferência Municipal de Saúde Mental
III Conferência Municipal de Saúde da População Negra
Relatórios Consolidados das Pré-Conferências



Prefeito

Fernando Haddad

Secretário Municipal da Saúde

Presidente do Conselho Municipal de Saúde - CMS

José de Filippi Junior

Secretário Adjunto Municipal da Saúde

Paulo de Tarso Puccini

Chefe de Gabinete

Oswaldo Misso



Secretaria Municipal da Saúde
Conselho Municipal de Saúde
Rua General Jardim, nº 36 - 4º andar - CEP: 01223-010 - São Paulo - SP
Fone: 3397-2179 / 2167 / 2171
Fax: 3397-2166

ÍNDICE

REGULAMENTO DA 17ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO E DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS	05
17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo - Tema Central: “SUS com Qualidade e Eficiência: Um compromisso de toda cidade” Relatório Consolidado das Pré-Conferências	13
IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids Relatório Consolidado das Pré-Conferências	35
III Conferência Municipal de Saúde Mental Relatório Consolidado das Pré-Conferências	45
III Conferência Municipal de Saúde da População Negra Relatório Consolidado das Pré-Conferências	57



REGULAMENTO DA 17ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO E DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS TEMÁTICAS: III CONFERÊNCIA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, IV CONFERÊNCIA DE DST/HIV/AIDS, III CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Art. 1º - A 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids, III Conferência Municipal de Saúde Mental, deliberadas pelo Pleno Ordinário de nº 169 do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, realizado em 14/03/2013, e convocadas pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, conforme Portaria nº 1191/2013-SMS/G, têm por finalidades:

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

II - Delegar ao Pleno do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo a homologação e posse dos (as) Conselheiros (as) Municipais de Saúde para o Biênio 2014/2015, processo a ser realizado posteriormente.

CAPÍTULO II – DO TEMÁRIO

Art. 2º - Nos termos deste Regulamento, a 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo terá como tema central:

I - “SUS com qualidade e eficiência, um compromisso de toda cidade”, com os seguintes subtemas divididos em eixos:

- Efetiva Implementação do SUS 100% com qualidade, acesso e acolhimento na atenção básica, média e alta complexidade;
- Política de Saúde na intersetorialidade, segundo os princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade;
- A Participação no Controle Social como Cidadania;
- Gestão do SUS: Financiamento, Modelo de Gestão, Sistema de Saúde do Trabalhador, Educação em Saúde e Política de Recursos Humanos;
- Políticas de Saúde da Mulher e do Homem com acesso, acolhimento e Humanização.

E os temas das Conferências Temáticas:

II - DST/HIV/Aids: Políticas Públicas de Saúde em relação as DST/HIV/Aids, com o seguinte eixo:

- Prevenção, Promoção e Assistência.

III - Saúde Mental: Construindo uma Política Intersetorial de Saúde Mental na cidade de São Paulo, com os seguintes subtemas divididos em eixos:

- Seguridade Social e Direitos Humanos;
- Políticas de Álcool e outras Drogas, e em Situação de Rua;
- Acesso, Qualidade e Humanização nos equipamentos de Saúde;
- Economia Solidária e Centro de Convivência e Cooperativa – CECCO.

IV - Saúde da População Negra: Implementar a Política Nacional de Saúde da População Negra para consolidar a Política Municipal de Saúde, com os seguintes subtemas divididos em eixos:

- Contextualização da saúde da População Negra na Secretaria Municipal de Saúde. Racismo Institucional;



- Inclusão e Coleta do quesito raça/cor;
- Doenças e Agravos de maior prevalência;
- Linha de Cuidado para Doença Falciforme;
- Educação Permanente e Participação do Controle Social.

CAPÍTULO III – DA ORGANIZAÇÃO

Art. 3º - A 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e as Conferências Municipais Temáticas: III Conferência de Saúde da População Negra, IV Conferência de DST/HIV/Aids, III Conferência de Saúde Mental serão presididas pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde ou por seu representante.

Art. 4º - Os trabalhos de organização da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e das Conferências Municipais Temáticas: III Conferência de Saúde da População Negra, IV Conferência de DST/HIV/Aids, III Conferência de Saúde Mental, conforme o regimento publicado no DOC - Diário Oficial da Cidade de São Paulo no dia 21 de agosto de 2013, página 51, serão realizados pela comissão organizadora designada através da Portaria 1191/2013-SMS/G, publicada pela Secretaria Municipal da Saúde no Diário Oficial da Cidade em 2 de julho de 2013.

CAPÍTULO IV – DA PROGRAMAÇÃO

Art. 5º - A 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e as Conferências Municipais Temáticas: III Conferência de Saúde da População Negra, IV Conferência de DST/HIV/Aids, III Conferência de Saúde Mental serão realizadas de acordo com a programação a seguir:

§ único - Qualquer grupo pode solicitar espaço para atividades culturais, desde que seja comunicado à Comissão Organizadora para fazer a reserva no horário do almoço. O evento não terá caráter deliberativo e não há responsabilidade da Comissão Organizadora na sua realização.

02/10/2013

16h às 19h30 - Credenciamento de delegados

17h às 19h30 - Coquetel

19h às 21h - Abertura com Homenagem ao Conselheiro Naelson Correa Guimarães

21h às 22h - Leitura e aprovação do regulamento da 17ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO E CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS TEMÁTICAS: III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE DST/HIV/Aids, III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

03/10/2013

08h às 09h30 - Café

08h às 10h - Credenciamento dos delegados titulares

09h às 10h - Palestra Magna - Dr. Gilson Carvalho

10h às 12h - Credenciamento dos delegados suplentes

10h às 12h - III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

12h às 13h - Almoço (com Atividades Culturais)

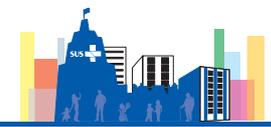
13h às 15h - III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

15h às 17h - III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

17h às 17h30 - Coffee Break

17h30 às 19h30 - III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

04/10/2013



08h às 09h30 - Café

09h às 13h - IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE DST/HIV/Aids

12h30 às 14h - Almoço (com Atividades Culturais)

14h às 17h - 17ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

17h às 17h30 - Coffee Break

17h30 às 20h - 17ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

05/10/2013

08h às 09h30 - Café

09h às 13h - Plenária Final

- III CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA
- IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE DST/HIV/Aids
- III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

12h30 às 14h - Almoço (com Atividades Culturais)

14h às 17h - 17ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

17h às 17h30 - Coffee Break

17h30 às 20h - 17ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

20h - Encerramento

CAPÍTULO V – DA PARTICIPAÇÃO

Art. 6º - Serão participantes da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e das Conferências Municipais Temáticas: III Conferência de Saúde da População Negra, IV Conferência de DST/HIV/Aids, III Conferência de Saúde Mental 1.268 delegados eleitos pelos segmentos integrantes do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo. Participarão, ainda, 130 convidados e 102 observadores, totalizando 1.500 participantes. O conjunto dos delegados obedecerá o princípio da paridade e terá a seguinte representação nos termos da lei:

Segmento	Total de Delegados
50% usuários	602
25% trabalhadores	301
25% gestores/prestadores	301
Conselho Municipal de Saúde	64

§ 1º - Os atuais conselheiros titulares e suplentes do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo serão delegados natos, num total de 64, desde que estejam legitimados pela participação em uma Pré-Conferência.

§ 2º - Os delegados terão direito à voz e a voto.

§ 3º - Os convidados terão direito à voz.

§ 4º - Os observadores não terão direito à voz e voto.

Art. 7º - O credenciamento dos Delegados titulares e suplentes com carta de substituição será realizado no dia 02/10/2013, das 16h às 19h30 e no dia 03/10/2013 das 8h às 10h. Os suplentes sem carta de substituição poderão se credenciar das 10h até às 12h do dia 03/10/2013.

Art. 8º - Todos os delegados, observadores e convidados, regularmente inscritos, terão direito a participar dos debates e plenária final da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e das Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids e III Conferência Municipal de Saúde Mental, assim como de todos os trabalhos programados.



§ único - Para ter direito ao Certificado da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e das Conferências Municipais Temáticas: III Conferência de Saúde da População Negra, IV Conferência de DST/HIV/Aids, III Conferência de Saúde Mental o participante deverá ter participado de 80% dos trabalhos.

CAPÍTULO VI – DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º - A 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e as Conferências Municipais Temáticas: III Conferência de Saúde da População Negra, IV Conferência de DST/HIV/Aids, III Conferência de Saúde Mental serão regidas pelas seguintes normas:

§ 1º - A Plenária de Abertura terá entre seus objetivos o de deliberar sobre o Regulamento da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, e Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids e III Conferência Municipal de Saúde Mental e contará com uma mesa paritária, com coordenador(a) indicado(a) pelo Secretário Municipal da Saúde e secretário(a) indicado(a) pela Comissão Organizadora.

§ 2º - Os grupos de trabalho serão compostos paritariamente. As mesas também serão paritárias, com coordenação e secretaria indicados pela Comissão Organizadora e um relator(a) indicado(a) pelo grupo de trabalho. Os grupos deliberarão sobre o Relatório Consolidado da Etapa das Pré-Conferências, disponibilizado aos delegados(as) da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, e Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids e III Conferência Municipal de Saúde Mental, da seguinte forma:

I. O Relatório Consolidado da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids e III Conferência Municipal de Saúde Mental será lido e votado;

II. Os delegados e convidados poderão fazer seus destaques no momento da leitura do relatório. As inscrições para intervenções dos delegados deverão ser feitas junto ao coordenador do grupo, com apresentação do crachá, devendo o uso da palavra se restringir a três minutos;

III. Os pedidos de reinscrição passarão a ser atendidos depois dos pronunciamentos iniciais;

IV. A questão de ordem é direito ligado ao cumprimento dos dispositivos regimentais e legais. Deverá ser colocada antes do início das votações, com o uso da palavra de dois minutos, sendo competência dos coordenadores de mesa a decisão da pertinência do pedido;

V. As propostas constantes do Relatório Consolidado das Pré-Conferências não destacadas nos grupos de trabalho serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids e III Conferência Municipal de Saúde Mental;

VI. Serão incorporadas ao relatório final da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids e III Conferência Municipal de Saúde Mental as propostas que obtiverem mais de 70% de votação na maioria dos grupos e as propostas que obtiverem acima de 50% em pelo menos um dos grupos. As propostas que obtiverem menos de 50% dos votos serão rejeitadas;

VII. A propositura de moções é permitida apenas aos delegados credenciados. As moções deverão ser encaminhadas em formulário próprio à Comissão de Relatoria até as 18 horas do dia 04/10/2013, por escrito, com no máximo, quinze linhas e com identificação do(s) proponente(s).



Para legitimar a moção são necessárias 10% de assinaturas de adesão dos delegados credenciados;

§ único - As moções que não preencherem os requisitos do parágrafo anterior, não serão apreciadas devendo ser devolvidas aos proponentes para a regularização.

VIII. As moções serão lidas uma a uma. Lida a moção e não tendo o plenário a necessidade de esclarecimento, a mesma será colocada em votação;

IX. Lida a moção e tendo o plenário a necessidade de esclarecimento, o proponente será chamado a defendê-la, no tempo máximo de 2 minutos e depois será colocada para votação.

CAPÍTULO VII – DA PLENÁRIA FINAL

Art. 10 - A Plenária Final terá como objetivo aprovar o Relatório Final que expresse o resultado dos debates da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e das Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids e III Conferência Municipal de Saúde Mental, que contenham diretrizes Municipais para implantação e implementação de políticas públicas de saúde para o SUS.

I - As propostas não aprovadas, em conformidade com o disposto no Inciso VI do Artigo 9º deste Regulamento, que constam nos relatórios consolidados da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e das Conferências Municipais Temáticas: III Conferência de Saúde da População Negra, IV Conferência de DST/HIV/Aids, III Conferência de Saúde Mental serão lidas, discutidas após uma defesa a favor e uma contrária, ambas de 3 minutos, e votadas pela maioria simples (50% mais um) dos delegados(as) presentes na plenária final;

II - Na Plenária Final não serão acatadas propostas novas;

III - O Relatório aprovado na Plenária Final da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids e III Conferência Municipal de Saúde Mental, será encaminhado pelo Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, à Secretaria Municipal da Saúde, à Câmara Municipal de São Paulo, ao Prefeito e ao Ministério Público, após homologação do Pleno do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.

Art.11 - Os casos omissos ocorridos durante a realização da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e Conferências Municipais Temáticas: III Conferência Municipal de Saúde da População Negra, IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids e III Conferência Municipal de Saúde Mental serão avaliados pela comissão organizadora.

17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo
Tema Central:
**“SUS com Qualidade e Eficiência:
Um compromisso de toda cidade”**
Relatório Consolidado das Pré-Conferências





**17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo - Tema Central:
“SUS com Qualidade e Eficiência: Um compromisso de toda cidade”
Relatório Consolidado das Pré-Conferências**

I. INTRODUÇÃO

1. O Município de São Paulo (MSP) faz parte da Região Metropolitana de São Paulo, que conta com 39 municípios e 19.672.582 habitantes (IBGE 2010), ocupando 7.943,85 Km² de área territorial. É a cidade mais populosa do Brasil e conta com 11.253.503 habitantes (2011), sendo 5.328.632 do sexo masculino e 5.924.871 do sexo feminino. Da sua população, 99,1% vivem em área urbana e 0,9% em área rural (IBGE 2010). É o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul, com Produto Interno Bruto de R\$ 443 bilhões (IBGE – 2010) e PIB per capita de R\$ 35.271,93, representando 35,9% do PIB paulista e 12,3% do PIB nacional. Abriga um importante centro tecnológico de saúde, com um complexo médico-hospitalar de referência nacional e internacional, o que representa parcela importante da sua economia. As unidades sob gestão do Estado são maioria quando se trata de alta complexidade, no entanto, sob gestão municipal predominam as unidades da Atenção Básica, as de urgência e os hospitais gerais secundários, revelando que as dificuldades de articulação de esferas prejudicam o acesso integral do cidadão ao Sistema Único de Saúde (SUS) São Paulo.

2. ¹ A efetivação do SUS com qualidade e eficiência passa pela imediata municipalização das unidades de saúde que se encontram sob gestão do Estado.

3. ² Portanto, em cumprimento à constituição de 1988, é necessário efetivar e garantir a continuidade do processo de municipalização plena.

4. No que diz respeito ao setor público, a Cidade produz o maior número de internações no SUS do país, assim como o maior número de procedimentos ambulatoriais de baixa, média ou alta complexidade. Conta com 447 unidades básicas de saúde (UBS), boa parte delas transferidas e gerenciadas pelas Organizações Sociais (OS) e 53 hospitais gerais ou especializados, com a maior parte deles sob gestão do Estado e em menor parte sob gestão municipal, transferidos e gerenciados por OS. Segundo o Tribunal de Contas da União, as OS têm apresentado distorções e descontrole no atendimento e na administração dos recursos financeiros, além do alto custo em relação aos próprios da PMSP e do Estado de São Paulo. Fazem parte dessa rede aproximadamente 1.200 equipamentos. No entanto, apesar de estarem habilitados na gestão plena desde 2003, parte significativa dos serviços de média e alta complexidade permanecem sob a gestão estadual, incluindo ambulatorios e hospitais próprios do Estado, privados e filantrópicos conveniados e contratados. Portanto, faz-se necessário concluir a municipalização de equipamentos de baixa, média e alta complexidade, considerando a manutenção dos contratos e dos vínculos estabelecidos dos recursos humanos estaduais e federais, bem como o repasse orçamentário, sem as terceirizações.

5. ³ Que se tomem medidas efetivas para que haja transparência e controle financeiro sobre as OSS e que se privilegiem investimentos nos serviços da administração direta.

6. ² Efetivar a gestão plena do SUS no município de São Paulo com a inclusão das Unidades do Estado, como: Complexo Hospitalar do Mandaqui, Centro de Referência do Idoso, AME Maria Zélia, AME Psiquiatria e outros da região e do Município, com amplo controle e regulação única pelo município.



7. ¹ Implantar e manter Hospital Municipal na Capela do Socorro.
8. ¹ Na Capela do Socorro faltam implantar pelo menos 21 UBS. As que já têm área definida são: UBS Cantinho do Céu, (Rua dos Acordes - processo de desapropriação), UBS Jd. Orion, (Rua José Francisco de Freitas), UBS Jd. Lucélia, (Rua Maria Pape – desapropriação), UBS Pq. Cocaia, (Rua Portunhos - negociar com CDHU área para UBS), UBS Eliane II, (UBS Conjunto Faria Lima - Caixa d'Água), UBS Guanhembu, (Av. Paulo Costa Ribeiro Bastos ou Rua Irmã Dulce), UBS Jd. São Bernardo, (CDC Petronita), UBS Jd. Reimberg, (Rua Alba Valdez ou Rua Pastoral), UBS Cidade Dutra, (CDC Ébanos), UBS Vila da Paz, (CDC Vila da Paz), UBS Vila Rubi, (Rua Archote do Peru ou CDC Jd. Malia II), UBS Imbuías, (CECI), UBS Parque América, (CDC Sebastião Zillig).

UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE QUE DIGA SIM AOS CIDADÃOS E ÀS CIDADÃS!

9. A transformação da Rede de Atenção Básica e da Rede de Vigilância em Saúde em uma rede de unidades é imprescindível. Uma rede que diga sim aos cidadãos e cidadãs por meio da implantação de Unidades Básicas de Saúde Integral – **UBS Integral** e da gradativa transformação de todas as UBS em unidades de saúde que adotem a concepção das UBS Integral. Uma rede que incorpore outros desenhos da Atenção Básica, adotando os pressupostos do acesso, qualificação e integralidade da atenção, garantindo o trabalho multidisciplinar, respeitando-se a realidade do território,² que se adequem às necessidades locais e sejam discutidos com os conselhos gestores, garantindo a atenção integral da população.

10. ¹ Que a UBS Integral garanta o atendimento com enfoque familiar, fortalecendo e garantindo a Estratégia de Saúde da Família com ampliação dos profissionais (Ginecologista, Pediatras, Equipes de Saúde Mental). Ampliação do horário de atendimento mantendo sua área de abrangência e influência. Tal proposição aponta para uma Atenção Primária em Saúde em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica que garanta: atenção à demanda espontânea, integralidade do cuidado, coordenação do cuidado e ordenação da rede, onde a UBS integral funcione como porta de entrada com ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde.

11. ¹ Garantia de cobertura de 100% da população com ESF, com a criação das seguintes UBS com ESF: Jardim dos Alámos, Balneário São José, ou Casa Grande, Jardim Alve Verde, Jaceguava, Jaceguai, Pq. Terceiro, Pq. Florestal, Bairro Jusa, Paiol, Bosque do Sol, Jd. do Centro e Cipó do Meio.

12. ¹ Garantia de atendimento bucal para toda a população.

13. ¹ Implantar Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) na Capela do Socorro.

Referências – Pré-Conferências ¹ Capela do Socorro, ² Casa Verde/Cachoeirinha/Limão

14. É imprescindível a transformação das unidades de saúde especializadas de referência em equipamentos **resolutivos**, sem qualquer viés cartorial, por meio da implantação da **Rede Hora Certa**, e da gradativa transformação de todas as unidades de saúde especializadas em unidades de saúde que adotem a concepção das unidades da Rede Hora Certa.

15. ¹ Recomposição e adequação de RH por meio de concursos públicos, contemplando o horário de funcionamento das Unidades de Saúde, visando o atendimento da saúde integral.

16. ² Quanto à Rede Hora Certa, neste momento, o indicativo é que esta contratação não é pela



administração direta; nossa proposta é que a forma de contratação na Rede Hora Certa seja de forma transparente, através de concurso público.

17. ³ As instâncias de controle social necessitam consensuar a concepção da Rede Hora Certa e de outros arranjos organizacionais existentes, que sejam resolutivos e integrados à rede de atenção à saúde, cuja contratação ocorra prioritariamente por concurso público.

18. ⁴ Implantar Rede Hora Certa (uma unidade na Capela do Socorro, duas unidades no Grajaú, além do programado para o AE Jd. Cliper).

19. ⁵ Propõe-se a municipalização da Fundacentro – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Referências – Pré-Conferências ¹ Itaim Paulista, ² São Mateus, ³ Sé, ⁴ Capela do Socorro e ⁵ Vila Mariana

20. Faz-se necessária a articulação sólida e ágil entre a rede de atenção básica, com a concepção da UBS Integral – rede de atenção básica integral –, as unidades de saúde especializadas da Rede Hora Certa – rede de unidades de saúde especializadas de referências resolutivas – e uma rede de atendimento pré-hospitalar, ¹rede de urgência e emergência e hospitalar operosa, ágil e humanizada no trato com todos(as) os(as) usuários(as), independente de classe social, gênero, apresentar ou não deficiência física, mental ou sensorial, etnia, orientação sexual, acesso ou não a serviços de plano ou seguro de saúde privado das pessoas assistidas.

21. ² O Ministério da Saúde, por meio do órgão a ele vinculado, deve garantir o ressarcimento ao SUS dos valores dos atendimentos prestados a usuários de planos de saúde quando esses são atendidos nos serviços do SUS, conforme prevê legislação em vigor, sejam eles moradores e/ou trabalhadores e/ou estudantes do território.

22. ³ Garantir transporte de usuário para: a) atendimento/tratamento de pessoas com restrição de mobilidade; b) remoção de usuários entre os serviços; c) ambulância com suporte para remoção de urgência/emergência, inclusive psiquiátrica.

23. ⁴ Instalação de Ambulatório Rede Hora Certa em cada Subprefeitura, com estrutura descentralizada.

24. ⁵ Integração da Vigilância em Saúde com a Rede Assistencial, promovendo a prevenção de doenças e riscos à saúde, incluindo a incorporação das atividades de vigilância nos diferentes níveis de atenção.

Referências – Pré-Conferências ¹ Guaianases, ² Ipiranga, ³ Sé, ⁴ Ermelino Matarazzo e ⁵ Vila Mariana, Vila Maria/Vila Guilherme

25. Funcionamento da urgência-emergência com implantação de **Unidades de Pronto Atendimento (UPA)**, por meio da Autarquia Municipal Hospitalar.

26. ¹ Unificação do regime de contratação para esses serviços e que sejam estabelecidos mecanismos formais para que os serviços de urgência e emergência dialoguem de forma efetiva com a Rede de Atenção Básica.

27. ² Que seja dado o conhecimento da demanda real das unidades em seus diversos níveis pela Secretaria na Conferência Municipal de Saúde, ⁴ como o fortalecimento da atenção primária e monitoramento dos programas de saúde.

28. ³ Incluir plantão regulador.

Referências – Pré-Conferências ¹ Freguesia do Ó/Brasilândia, ² Itaim Paulista e Cidade Ademar, ³ M'Boi Mirim, ⁴ Capela do Socorro



29. Apoio à SMS-SP para que o Sistema Único de Saúde – SUS municipal assuma o conjunto de suas competências legais e passe a executar todas as ações de vigilância em saúde que, ainda, são realizadas pela Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES-SP). A SMS-SP, por meio da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), órgão central, e das Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e respectivas Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), órgãos loco-regionais, mediante revisão e instituição por meio de lei da estrutura do Sistema de Vigilância em Saúde do Município de São Paulo,¹ com ampliação de recursos humanos, tem plenas condições de assumir tais competências.

30. ² Implantação de: um Centro de Controle de Zoonoses para atender a demanda de abrigo aos animais abandonados e negligenciados na Capela do Socorro e para agilizar a distribuição de insumos e máquinas para controles de vetores e zoonoses; um Hospital Veterinário gratuito; e uma unidade de referência para vacinação anti-rábica humana.

31. ³ Atendimento Médico Veterinário Público na região de Vila Maria/Vila Guilherme com a implantação de esterilização da população de cães e gatos.

Referências – Pré-Conferências ¹ São Mateus, ² Capela do Socorro e ³ Vila Maria/Vila Guilherme

32. Na discussão sobre o financiamento público da Saúde no país, é fundamental realizar sólida articulação com os movimentos sociais, a fim de estabelecer uma maneira de pressionar o governo federal para que aumente o investimento em Saúde e o governo estadual para que realize investimentos na municipalidade e cumpra sua obrigação constitucional de alocar 12% de suas receitas na Saúde. Embora o Município de São Paulo invista na Saúde mais do que o percentual mínimo (15%) estabelecido na Constituição Federal, o que foi regulamentado pela Lei Complementar – LC nº. 141/2012, a municipalidade é por demais complexa para garantir o financiamento público da Saúde exclusivamente às expensas do Tesouro Municipal, ou seja, é preciso mais recursos no SUS e, por conseguinte, é preciso urgentemente mais recursos – federal e estadual – no SUS na Cidade de São Paulo.

33. ¹ Municipalização dos serviços do Estado de baixa e média complexidade. Ex: Ambulatórios de Especialidades, Centro de Saúde Escola e hospitais de média e alta complexidade.

34. ² Propõe-se por meio desses recursos a implantação de uma Supervisão única para Perus e uma para Pirituba. Tais recursos também devem ser destinados para saneamento, fator indispensável para a saúde no SUS na Cidade de São Paulo.

35. ³ Que sejam implantados e implementados, por conta do referido financiamento, centros de práticas naturais em cada subprefeitura com atendimento de homeopatia, acupuntura, antroposofia, fitoterapia, bio-par médico magnético, práticas corporais terapêuticas e massagens, com farmácias homeopáticas e fitoterápicas.

Referências – Pré-Conferências ¹ M'Boi Mirim, ² Perus e ³ São Mateus

36. Ao discutir **carreiras para os trabalhadores(as) do SUS**, é necessária a incorporação de todos os tipos de vínculos de trabalho existentes na gestão, combatendo a fragmentação salarial e apontando a necessidade de criação e readequação de cargos, bem como o provimento mediante concurso público. Neste sentido, é vital ousar e discutir a necessidade de implantação de carreiras nacionais no SUS, com co-financiamento federal-estadual e também ¹ municipal, e a alocação dos profissionais a partir de necessidades discutidas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB de cada estado da Federação (Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes municipais e Secretaria de Estado da Saúde da Unidade da Federação). Uma corresponsabilidade



fundamental ao pleno êxito do modelo de atenção integral proposto, com isonomia salarial para os trabalhadores de todas as esferas. A educação permanente deve fazer parte no plano de carreira dos profissionais envolvidos com o trabalho em saúde, operacionalizado por meio de equipes multiprofissionais, incluindo trabalhadores da saúde como os assistentes sociais e os trabalhadores administrativos.

37. ²Equivalência do cargo de agente de endemia como é contemplado na Administração Pública federal, assim como todas as carreiras da saúde.

Referências – Pré-Conferências ¹Ermelino Matarazzo e ²Capela do Socorro

38. Investir em estratégias para a **saúde do trabalhador(a) do Município de São Paulo**, em conformidade com os termos da Portaria MS/GM nº. 1.823, de 23 de agosto de 2012, que Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

39. ¹Implementar política de saúde para os trabalhadores da saúde.

40. ²Implementar a Política Municipal para fases dos Ciclos de Vida, e para Saúde Mental, Saúde da População Negra, Saúde da Pessoa com Deficiência, DST/HIV/AIDS, Saúde do Homem, Saúde do Idoso e das diversas etnias.

41. Humanização na saúde em especial aos deficientes físicos e mentais, com respeito, igualdade e dignidade.

Referências – Pré-Conferências ¹Capela do Socorro e ²Ermelino Matarazzo, Itaim Paulista

42. Ampliar a Estratégia Saúde da Família, que contempla todos os ciclos da vida nas suas diversas necessidades humanas, e incluir o agente comunitário de saúde como usuário e participante ativo da prestação de serviços, bem como da programação dos cuidados de saúde, em conjunto e com o direcionamento da equipe técnica.

43. ³Rede de cuidados da Saúde da Pessoa com Deficiência.

44. ⁴Que a Conferência Municipal de Saúde apóie a negociação entre SMS-SP e a SES-SP, a fim de resolver os seguintes graves problemas para a organização do SUS Municipal:

- a. Repor imediatamente profissionais da equipe multiprofissional, principalmente médicos e equipe de enfermagem, nos hospitais administrados pela SES-SP;
- b. Que a SES-SP planeje as reformas de seus hospitais, evitando fechar frequentemente serviços vitais para a assistência da população, e
- c. Que a SES-SP não terceirize para organizações sociais hospitais e ambulatórios públicos.

Referências – Pré-Conferências ³Perus, ⁴Pirituba

EIXOS:

Efetiva implementação do SUS 100% com qualidade, acesso e acolhimento na atenção básica, média e alta complexidade

45. Cabe à Atenção Básica do Município a ampliação da rede de unidades básicas,¹ comprometida com os princípios de integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e acesso, priorizando a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção, contando com o apoio multiprofissional e serviços especializados de forma a contemplar as UBS com a diversidade de profissionais necessários, tendo como base os profissionais que integram o modelo de UBS integral, adotado pelo Município.

É preciso garantir a integralidade nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).



46. ² Municipalizar os hospitais gerais estaduais. Para isso é imprescindível:
 - a) que estes hospitais sejam administrados exclusivamente pela municipalidade, sem participação de organizações sociais ou qualquer outra entidade ou instituição;
 - b) que haja garantia de repasse financeiro das três esferas do governo – federal, estadual e municipal;
 - c) que os funcionários públicos estaduais tenham os mesmos benefícios destinados aos funcionários públicos municipais nos termos de planos, cargos, carreiras e salários.
47. ^{2 4} Reorganizar os processos de trabalho, humanizar os serviços, recebendo a todos que os procuram, garantindo a integralidade com a continuidade do cuidado.
48. ^{2 3 4} Articular a Atenção Básica com a atenção pré-hospitalar, com os prontos-socorros isolados ou intra-hospitalares e com a atenção hospitalar no processo de estruturação da prestação de serviços de urgência e emergência, integrando as RAS e Rede de Urgência e Emergência (RUE).
49. ⁵ Que seja ampliado o número de unidades de SAV do Programa SAMU 192 na região leste.
50. ⁶ Ampliação dos equipamentos de Saúde: CAPS infantil, CAPS Álcool e Drogas, UPA Jaçanã/Tremembé, Rede Hora Certa, Ampliar ESF para UBS Vila Albertina, Ampliar Equipe PAI, Construção das UBS Jova Rural, UBS Jardim Felicidade (Fontalis), UBS Jardim Apuanã, UBS Jd. Cabuçu e CEO Odontologia. Ampliar Equipes PRODOM HSLG e EMAP. Ampliação da UBS Vila Nova Galvão e UBS Flor de Maio. Melhorar o pronto atendimento do HMSLG, aumentar o número de leitos, melhorar o atendimento de ortopedia, plantões médicos noturnos e em finais de semana.
51. ⁷ Para efetiva implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Urgência e Emergência (RUE), é necessária a municipalização do Hospital São Mateus pela sua característica de hospital geral, com os devidos repasses de recursos pela SES-SP.
52. ⁸ Completar o quadro de médicos das Unidades Básicas de Saúde.
53. ⁸ Contratação de imigrantes para o trabalho de agentes comunitários de saúde nas regiões com predomínio de população latina.
54. ⁸ Voluntários ou estagiários para o trabalho de educação em saúde junto à comunidade latina.
55. ⁸ Melhorar o atendimento nos hospitais e realizar as reformas nas Unidades Básicas de Saúde
56. ⁸ Melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS.
57. ⁸ Contratação de mais funcionários para o atendimento da população.
58. ⁸ Melhoria do atendimento dos AMA com a contratação de mais médicos e técnicos de Raios X.
59. ⁸ Construção do Centro de Atenção ao Idoso; Construção da UBS Vila Maria Baixa; UBS Jd. Julieta; SAE DST / AIDS Vila Maria; CAPS AD e Adulto; um equipamento Hora Certa; UPA Porte III.
60. ⁸ Implantação de programas específicos para o acolhimento dos grupos de maior vulnerabilidade.

Referências – Pré-Conferências ¹ Butantã, ² Guaianases, ³ Itaim Paulista, ⁴ Penha, ⁵ Ermelino Matarazzo, ⁶ Jaçanã/Tremembé, ⁷ São Mateus e ⁸ Vila Maria/Vila Guilherme

61. Ampliar e garantir acesso aos serviços especializados, na atenção ambulatorial, hospitalar e de urgências, contribuindo com a reorganização e operação do complexo regulador, para reduzir os tempos de espera por exames e consultas especializadas, promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde da população, ¹ com



transparência sobre as filas de espera para exames – esclarecimento ao usuário de sua posição na fila e grau de priorização, bem como o monitoramento por parte dos Conselhos Gestores locais.

62. ² Oferecer Raios X panorâmico odontológico em toda rede e instituir o serviço de implantodontia, bem como inclusão de equipe de Saúde Bucal em toda rede de ESF do município de São Paulo.

63. ¹ Agilidade no agendamento de exames, quaisquer que sejam.

64. ¹ Revisão do Sistema de Agendamento do SIGA, priorizando o atendimento da população no seu território.

65. ¹ Melhorar a gestão do setor de compras de materiais médico-hospitalares e de medicação, evitando assim o desabastecimento das unidades de saúde.

66. ¹ Implantação de uma rede de atenção à pessoa com deficiência, com garantia do fornecimento de OPM (órgãos, próteses e materiais especiais), que conte com centros especializados de atendimento e reabilitação adequados às necessidades da população do território.

67. ¹ Implantação de uma rede de cuidados em saúde bucal em todas as unidades de saúde.

68. ¹ Aumentar a cota de próteses dentárias para a região de Vila Maria/Vila Guilherme.

69. ¹ Fortalecimento dos Ambulatórios de Especialidade da região da Coordenação Regional de saúde – CRS Norte, especialmente da AMA – Especialidade Izolina Mazzei e do Hospital Municipal Vereador José Storopoli, garantindo um maior número de vagas para a região e completude das especialidades que possuem demanda local, particularmente mediante a ampliação dos ambulatórios de ortopedia e cirurgia geral.

70. ¹ Ampliação e divulgação dos serviços do Programa Melhor em Casa na região.

71. ¹ Ampliação do número de leitos do Hospital Municipal Vereador José Storopoli, com reaparelhamento do hospital e ampliação de sua estrutura física.

72. ¹ Implantar os serviços de ESF - Estratégia da Saúde da Família na Região da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasil e na Região do Jardim Julieta (área de abrangência da futura UBS Jardim Julieta que será construída).

73. ¹ Ampliar e manter os serviços de ações externas na Microrregião Vila Maria/Vila Guilherme nas unidades que não têm ESF – Estratégia da Saúde da Família, priorizando as ações educativas e de promoção e prevenção em saúde.

Referências – Pré-Conferências ¹Vila Maria/Vila Guilherme e ²Jaçanã/Tremembé

74. ¹ Revitalizar áreas verdes, construir, reformar, ampliar e adequar a área física dos equipamentos próprios (UBS, CAPS, Ambulatórios) de acordo com normas técnicas vigentes, garantindo uma ambiência humanizada para usuários e trabalhadores. Na aquisição de mobiliários contemplar a compra de materiais sustentáveis. Definir uma agenda com prazos para reformas, adequações e aquisições para os equipamentos de SMS, considerando a proposta de UBS Integral e Programa Mais Médicos e a utilização do espaço físico pela comunidade, com acompanhamento dos conselhos de saúde e população, garantindo a transparência dos gastos.

75. ² Contemplar em agenda todas as atividades previstas, incluindo a assistência ao não agendado, assim como atividades de MTHPIS.

76. ³ Garantir acessibilidade para a pessoa com deficiência. Ampliar o serviço de Terapia Renal Substitutiva na região.

77. ⁴ Utilizar terreno disponível próximo a UBS Jd. Joamar para equipamento de saúde e readequar a mesma em UBS Integral.

78. ⁵ A média complexidade deve estar dentro da região da M'Boi Mirim, ou ser regionalizada para melhor acesso da população.



79. ¹ Readequação das 03 (três) UBS com AMA para o modelo de UBS Integral na CRS Norte.
80. ¹ Reforma Geral do Hospital Municipal Vereador José Storopoli com ampliação do número de leitos. Pronto Socorro e implantação da emergência psiquiátrica, com adequação de todo parque de equipamentos (principalmente do Raio X fixo) e aquisição de equipamento de videolaparoscopia.
81. ¹ Priorizar e prever espaços físicos nas Unidades para execução de trabalhos educativos (promoção e prevenção) direcionados aos grupos da Atenção Básica e Conselhos Gestores, respeitando legislações vigentes.
82. ¹ Agilizar o início das obras da futura UBS Jardim Julieta e dos CAPS AD e Adulto, bem como da realocação do CAPS Infantil da Vila Maria para uma sede mais adequada.

Referências – Pré-Conferências ¹Vila Maria/Vila Guilherme, ²Ermelino Matarazzo, ³Parelheiros, ⁴Jaçanã/Tremembé, ⁵M'Boi Mirim

83. ¹ Garantir, instituir, ampliar e fortalecer o acolhimento ao usuário, garantindo, inclusive, o atendimento da “queixa aguda”, de forma que haja integração dessa dimensão da assistência com a integralidade do cuidado. Esse acolhimento ocorre conforme critério de vulnerabilidade de risco contida ² nos documentos técnicos do Ministério da Saúde e deve ser realizado por toda equipe, capacitada e qualificada, de modo a garantir uma atenção resolutiva e articulada com outros serviços, visando à integralidade das ações e maior credibilidade do serviço junto à população usuária, ³ devendo haver fiscalização pela administração direta.
84. ⁴ Garantir a implantação efetiva da Política Nacional de Humanização no município, valorizar as boas experiências de acolhimento já desenvolvidas e uniformizar o modelo de atenção à saúde das unidades.
85. ⁴ Ampliar Assistência Laboratorial e os serviços de Coletas Especiais.
86. ³ Que as unidades de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, ainda sob gestão do Estado, passem a ser municipalizadas e geridas pela administração direta.
87. ⁵ Casa de Parto com Parto Humanizado na área do Jaçanã.
88. ⁶ Abrir concurso público para equipe multiprofissional de saúde e categorias administrativas, assistente social e capacitá-los.
89. ⁶ Garantia de cirurgias eletivas.
90. ⁶ Garantia de serviços de consulta e exames de referência para atendimento da demanda do território. Integração dos serviços através do prontuário eletrônico.

Referências - ¹Itaim Paulista, ²Capela do Socorro, ³Jabaquara, ⁴Vl. Maria/Vl. Guilherme, ⁵Jaçanã/Tremembé, ⁶Santo Amaro.

I. Política de saúde na intersectorialidade, segundo os princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade

91. O tema intersectorialidade em saúde vem sendo discutido com mais foco desde a implantação do SUS, que tem como princípios a descentralização das decisões em nível local, a participação do cidadão nas decisões e a universalização do acesso. ³ Baseado no conceito ampliado de saúde que não contempla apenas a doença, mas o direito à qualidade de vida, faz-se necessária a articulação e construção conjunta de propostas e ações intersecretariais com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e instituições de saúde. ¹ Para tanto, é necessária a garantia, participação de todos os setores responsáveis pela melhoria da qualidade de vida da população, além do setor da saúde. ² Assim, deverão ser criados, com a participação dos conselhos de saúde, espaços locais e



regionais nos Conselhos Gestores das Subprefeituras, por meio de Fóruns locais, para discussão e implementação de propostas para atender as necessidades de cada população.

92. ³Consolidação e ampliação da rede de educação, saúde, meio ambiente visando as ações de prevenção de zoonoses, promoção de saúde ambiental, corresponsabilizando a comunidade e o setor público.

93. ⁴Implementação do Programa Saúde do Adolescente.

Referências - ¹Itaim Paulista, ²Penha, ³Capela do Socorro, ⁴Jaçanã/Tremembé.

94. Segundo a legislação que embasa o Sistema Único de Saúde, definiram-se como condicionantes em saúde: a segurança alimentar, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, ¹(atenção à saúde dos animais de pequeno, médio e grande porte com retomada do Programa de Saúde Animal), a moradia digna, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho saudável, a renda, a educação, o transporte qualificado e humanizado, a mobilidade e a segurança pública, garantia de espaço de lazer² (com suporte de atendimento médico), cultura e ³esporte. Enfim, acesso aos bens e serviços essenciais, com ações integrativas das secretarias, prefeituras, governo local, que legalizem seus territórios, viabilizando a acessibilidade a estes bens e serviços a todos os municípios.

Referências - ¹Lapa, ²Vl. Maria/Vl. Guilherme, ³Jabaquara, M'Boi Mirim e Parelheiros.

95. A articulação intersetorial produz propostas com corresponsabilidades por meio de ações intersecretariais integradas, voltadas à redução das desigualdades em saúde e à qualidade de vida de indivíduos e coletividades, ¹levando a uma maior equidade, necessitando de maior efetividade desta articulação em todos os níveis operacionais, público, privado ou sociedade civil e de gestão, estabelecendo-se os órgãos competentes pela atuação nas respectivas áreas. ²Que a SMS busque participar da formulação das políticas públicas que incrementem as ações de Promoção da Saúde com os demais setores. Incluir nos currículos escolares, como processo educativo, o tema do Controle Social.

96. ³Melhoria de transporte na região (ônibus circular com acessibilidade garantida) e colocação de placas de sinalização mostrando onde ficam as Unidades Básicas de Saúde e unidades de urgência/emergência do território. Melhorar a acessibilidade das pessoas com deficiência, priorizando vagas para o atendimento desses usuários.

97. ³Criar em cada Subprefeitura um Conselho Intersetorial/Intersecretarial com representantes dos segmentos usuário, trabalhador e gestor das áreas de Saúde, Meio Ambiente, Segurança, Assistência Social, Esporte, Cultura, Habitação, Educação, Segurança, para discussão das políticas públicas e articulação de ações em conjunto.

98. ⁴Manutenção do PAVS na saúde.

99. ⁵Reavaliar e reestruturar o atendimento em Saúde Bucal de forma que atenda a demanda com resolutividade e reabilitação oral (adultos e idosos).

100. ⁵Ampliar CEO Centro de Especialidades Odontológicas (Capela do Socorro e Cidade Dutra).

101. ⁵Ampliar Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

Referências - ¹Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, ²Pinheiros, ³Vl Maria/Vl Guilherme, ⁴Parelheiros, ⁵Capela do Socorro.



II. A participação no controle social como cidadania

102. A finalidade desse tema é discutir a atuação das instâncias e atores do Controle Social como protagonistas políticos da Reforma Sanitária no país, ou seja, uma organização com capacidade de acumular forças, defender interesses públicos e necessidades sociais, além de atuar nas condições de vida e saúde.

103. ¹Assegurar transparência através de ferramentas/indicadores no site das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Referência - ¹Vl. Maria/Vl. Guilherme

104. Amparado na Lei 8.142/1990, o Controle Social na saúde é exercido, principalmente, por meio das Conferências e Conselho de Saúde nas três esferas da gestão governamental e amparado por legislação municipal em instâncias locais: ¹Conselhos de Supervisão de Saúde e Unidades.

105. ¹Instituir no calendário municipal o Dia do Controle Social.

Referência - ¹Penha

106. Que se reconheçam que os valores potenciais transformadores que o Conselho de Saúde detém não são absolutos. ¹Incentivar o controle das Políticas Públicas pela sociedade, a partir da interação de atores sociais proativos, sujeitos no processo de construção do SUS, e não mais como sujeitos às políticas que são encaminhadas unilateralmente pelo poder governamental ²e ampliar a distribuição da Carta de Direitos dos Usuários de Saúde do Ministério da Saúde. ³A pré-conferência deve ter no mínimo dois meses de tempo de preparação (entre sua aprovação e sua realização) e os Conselhos das Supervisões devem ser consultados na elaboração do Regulamento e Registro.

107. ⁴Respeito às decisões tomadas nos Conselhos locais.

108. ⁴Garantia de espaço físico com equipamentos de informática para funcionamento dos conselhos.

109. ⁴Garantir as funções de fiscalização e planejamento como competências dos conselhos gestores.

110. ⁴Oferecer cursos na Escola Municipal de Saúde para formação de monitores para capacitação de conselheiros.

111. ⁴Divulgar resultados das auditorias e atividades dos conselhos gestores.

112. ⁴Oferecer curso para capacitar ouvintes.

113. ⁴Realizar encontros regionais e municipal de Conselheiros Gestores.

Referências - ¹Penha, ²Capela do Socorro, ³Butantã, ⁴Santo Amaro.

114. Incentivar e garantir a participação social e ¹a efetiva participação do trabalhador, através dos conselhos locais de saúde e que discutam e implementem as ações realizadas pelas unidades individualmente – como o atendimento e as atividades na comunidade – contribuindo com o gerenciamento local de saúde. ^{1 3} Devem ser discutidos, nas reuniões de conselho, temas pertinentes à organização do serviço e ao enfrentamento de necessidades de saúde da comunidade, ampliando a capacidade de resposta da unidade aos problemas locais. ²Criar horários flexíveis, de acordo com necessidade de cada região, para reuniões dos Conselhos Gestores, facilitando o comparecimento dos usuários. Criar cartilha didática que divulgue e



explique à população o que é o Conselho Gestor da UBS, para facilitar a entrada de novos usuários.

115. ¹Garantir que as indicações dos segmentos para a composição dos conselhos ocorram, em cada nível de território, em um mesmo momento, facilitando a divulgação e a participação de todos os interessados.

116. ⁴Incluir um Programa de Educação Permanente nas Unidades de Saúde para os usuários sobre SUS, Cidadania (Direitos e Deveres) e Controle Social, em uma linguagem compreensível e com respeito às solicitações de demandas apresentadas pelos conselheiros.

117. ⁴Incluir os Conselhos Locais de Saúde no Programa de Inclusão Digital.

118. ⁴Permitir a inclusão formal dos Conselheiros Gestores em eventos de interesse.

119. ⁴Utilizar o Programa da Rede São Paulo Saudável para aprimorar a divulgação do Conselho Gestor (atribuição, eleição, divulgação de ações).

120. ⁴Melhorar a comunicação entre a administração, os profissionais e os Conselheiros da Unidade (explicando o significado das siglas e termos técnicos de interesse).

121. ⁴Unificação das datas de eleição dos Conselhos Gestores da Saúde, com garantia de material de apoio para divulgação (cartazes, banners, faixas e panfletos) e propaganda na mídia.

Referências - ¹Sé, ²Butantã, ³VL. Prudente/Sapopemba, ⁴VL. Maria/VL. Guilherme

122. ¹O Conselho de Saúde deve contribuir para a melhoria de serviços e ações de saúde, tendo desafios e propostas de melhorias a serem implementadas em cada território e instância de participação comunitária e controle social.

123. ²Criar uma cartilha passo-a-passo para divulgar o que é o SUS, o que ele oferece, como funciona e qual é o direito da população em geral.

124. ³Conselheiros atuantes e lideranças comprometidas com a população. Ampla divulgação, empoderamento da população na utilização do serviço de ouvidoria em todas as Unidades de Saúde. Inclusão na mídia de grande imprensa, divulgando as ações de saúde de maneira a fortalecer a cidadania plena nos serviços de saúde. Controle Social em todos os equipamentos de saúde independente da sua forma de gestão.

125. ⁴Descentralizar as verbas do Controle Social, fortalecendo os Conselhos Gestores das unidades e da Supervisão. Disponibilidade de espaço, equipamento e RH para o funcionamento pleno dos Conselhos. Garantir que as deliberações do pleno do Conselho, as leis e o regimento interno sejam cumpridos.

126. ⁵Garantir por parte da Escola Técnica de Saúde a capacitação em Educação Permanente para os Conselheiros Gestores de Saúde.

127. ⁶Valorização e resgate do Conselho, respeitando as suas prerrogativas, mantendo seu caráter deliberativo.

Referências - ¹Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, ²Butantã, ³Ermelino Matarazzo, ⁴Itaim Paulista, ⁵Parelheiros, ⁶ São Miguel Paulista.

III. Gestão do SUS: financiamento, modelo de gestão, sistema de saúde do trabalhador, educação em saúde e política de recursos humanos

128. Retomada da gestão pública e transparente do Município, ¹garantindo a efetividade da Lei 8080/90 que preconiza os serviços privados como “apenas” complementares, suprimindo a necessidade de trabalhadores por meio de concursos públicos.

129. Garantir a fiscalização, na prestação de contas, ao Conselho Municipal de Saúde e demais



instâncias de controle, seja com relação à administração direta e indireta, em especial as Organizações Sociais, contemplando todos os contratos de gestão (convênio e OSS) no Município de São Paulo, com apresentação prévia e plano de trabalho anual nos Conselhos Regionais, bem como auditoria independente de todos os contratos tornando-os públicos em todos os meios de comunicação, objetivo da atual gestão da SMS-SP.

130. ² Detalhamento das contas e salários dos funcionários das OS e Parceiros da mesma forma como é feito com os da administração direta e indireta, através do Portal da Transparência e obrigatoriedade de participação no controle social, e que essas prestações de contas ocorram nos conselhos locais. Imediata subordinação das Organizações Sociais ao interesse público, com o fortalecimento dos mecanismos de controle pela sociedade e revisão dos contratos. Priorizar a adoção de modalidades de administração pública.

131. ² Que no portal da transparência do ente federado os recursos destinados aos serviços terceirizados, parceiros, conveniados e OS sejam relacionados entre entidade x serviços prestados x leitos desativados. Que no portal da transparência as entidades parceiras, conveniadas, terceirizadas e OS prestem contas da aplicação dos recursos públicos recebidos de forma discriminada.

132. ³ Que a Conferência Municipal dê importância à aprovação da ação de inconstitucionalidade, em tramitação no Supremo Tribunal, na perspectiva de retomada da gestão pública dos serviços de saúde.

133. ⁴ A prestação de contas realizada com transparência a cada quatro meses pelo Município deve ser estendida à aplicação de recursos feita pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, aos munícipes da Cidade de São Paulo.

134. ⁵ Que a retomada da gestão pública tenha planos claros a curto, médio e longo prazos. A curto prazo, toda a rede deve estar subordinada à gestão pública e seguir rigorosamente os princípios do SUS. A médio prazo, Fundação Estatal e, a longo prazo, reposição da gestão pública/supervisão. Que a gestão do SUS no MSP seja exercida pelo gestor municipal da SMS-SP.

135. ⁶ Ênfase na descentralização das ações e fortalecimento das coordenações e supervisões regionais de saúde, estas com autonomia e poder de decisão com controle social.

136. ⁷ Divulgação da importância da participação no conselho gestor no controle social pela população nos meios de comunicação de massa, para a melhor qualidade dos serviços públicos.

Referências - ¹Ipiranga, ²Butantã, ³Freguesia do Ó/Brasilândia, ⁴Jabaquara, ⁵Pinheiros, ⁶São Miguel, ⁷São Miguel.

137. Quanto ao financiamento, a Constituição Federal define percentuais mínimos, 15% para municípios e 12% para os estados, com relação à transferência para ser usado na Saúde, por meio da EC. 29, regulamentada pela LC 141/12. ¹Os Conselhos, em todas as esferas, devem acompanhar, mobilizar e viabilizar, através do convencimento da população, a aprovação de Projeto de iniciativa popular, em que 10% das receitas correntes brutas da União sejam destinados à Saúde. Que haja uma fonte permanente de financiamento da Saúde.

138. ² Discussão sobre a forma de controle e fiscalização dos percentuais orçamentários efetivamente destinados ao setor saúde pelo executivo.

O orçamento da saúde deve ser descentralizado e discutido em cada Supervisão Técnica de Saúde.

Esclarecer à população a funcionalidade de cada serviço de saúde.

Referências - ¹Butantã, ²Freguesia do Ó/Brasilândia



139. A presente Conferência propõe que a União passe a financiar o SUS com 10% de suas receitas brutas para os municípios de acordo com os seus respectivos ¹COAPs (Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde). ²Por sua vez, o Estado deve repassar e garantir o efetivo de recursos humanos, de forma integral, até a finalização do processo de municipalização para as ações de saúde desenvolvidas pelo Município de São Paulo. ³Garantir o financiamento da Atenção Primária, da Urgência e Emergência e do SAMU. ⁴Propõe, ainda, a garantia da utilização dos 25% do Pré-Sal exclusivamente para a saúde. Neste sentido, esta Conferência propõe a participação do Controle Social na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

140. ⁵Que haja uma efetiva fiscalização nas verbas repassadas para as organizações sociais/Parceiras, com prestação de contas de forma acessível e com linguagem clara para a população.

Referências - ¹Freguesia do Ó/Brasilândia, ²Guaianases, ³São Mateus, ⁴São Miguel, ⁵Perus

141. A gestão do SUS inclui o sistema de informatização, cartão SUS (com integração nacional), prontuário eletrônico, assim como os sistemas de informação do SUS: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Autorização de Procedimento de Alta complexidade (APAC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) entre outros, cujas análises são utilizadas como ferramentas de gestão e de decisão.

142. Garantir a infraestrutura tecnológica adequada e compatível ao funcionamento integrado e ¹compartilhado (intersecretarial) do sistema. Reavaliação dos indicadores e metas quantitativos e inclusão dos indicadores qualitativos clínicos e de linhas de cuidados.

143. ²Qualificação dos profissionais de saúde no preenchimento dos sistemas de informação dos SUS com modernização do Software para que se facilite o uso e alimentação dos sistemas, no intuito de potencializar as análises como ferramenta de gestão e de decisão. Dimensionamento dos quadros de profissionais de acordo com o estabelecido pelos órgãos de classe. Construção de uma rede informatizada, desenvolvida a partir das necessidades do operador/usuário dos sistemas.

144. ³Que as decisões também sejam tomadas a partir dos dados epidemiológicos, ou seja, de necessidade da população. Informações mensais do atendimento pré-hospitalar para os serviços de saúde.

145. ⁴Painel Eletrônico para melhor acolhimento e otimização do tempo para o serviço. Um sistema de informação integrado e intersetorial. Implantar o sistema de senha eletrônica nas Unidades de Saúde.

Referências - ¹São Mateus, ²Pinheiros, ³M'Boi Mirim, ⁴Vl. Maria/Vl. Guilherme

146. Que a gestão pública efetivamente assuma o seu papel no Pacto interfederativo, no Plano de Cargos, Carreira e Salários do SUS, com constante Mesa de Negociação Permanente do SUS, ¹estabelecendo mesas em todos os níveis, com apoio de recursos para a formação e capacitação de todos os atores, gestores e trabalhadores com recursos e financiamento do MS e de outros órgãos para consolidar o processo democrático de relações de trabalho no SUS, onde o ²trabalhador e a comunidade participem como seres críticos, atores e autores do processo, tendo a criação de comissões com proporcionalidade.

147. Criação de concursos públicos que garantam a convocação dos aprovados, assim que preenchidos os requisitos para tanto. E ainda adoção de uma política salarial competitiva, compatível com as atribuições e expectativas criadas em torno do seu desempenho.



³Readequação de quadro de recursos humanos com TLP ideal.

148. ⁴Promover a equiparação, isonomia salarial e benefícios para todos os profissionais da saúde (municipais, municipalizados, autarquias e parceiros) e fornecer incentivo para os cargos que não pertencem ao quadro da saúde.

149. ⁵Realizar alteração da Lei da OS para que permita a complementação para garantir a isonomia salarial dos profissionais, que exerçam a mesma função, independente do regime de contratação.

150. ⁶Desenvolvimento e implantação de uma política de gestão de pessoas que contemple os trabalhadores estatutários e celetistas, garantindo o seu envolvimento, valorização e desenvolvimento e finalmente o seu desempenho, não como espectador e sim como ator na construção de um SUS de qualidade e eficiente.

151. ⁶Desenvolver uma política de recursos humanos, através de capacitação, treinamento e desenvolvimento de uma política de plano de carreira, com melhoria salarial.

Referências - ¹Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, ²Itaim Paulista, ³Jaçanã/Tremembé, ⁴Lapa, ⁵Penha, ⁶VL. Maria/VL. Guilherme

152. Quanto à Educação Permanente, as ações são descontínuas por vários motivos: descompasso no repasse das verbas destinadas a esse fim, burocracia do Estado (Ministério da Saúde, Secretarias do Estado e Municipal da Saúde) para execução financeira, rotatividade dos profissionais e dificuldade na captação de Instituições de excelência para determinados temas.

153. ¹Garantir a efetiva humanização no atendimento aos usuários, com programas de formação para os trabalhadores, com especial atenção aos funcionários da recepção.

154. ²Que a Educação Permanente seja prioritária e investida em formação em serviço de acordo com as demandas locais, planejada e integrada junto às diferentes instâncias. ³Portanto, implementar políticas garantindo a educação permanente, ¹efetivando as ações na formação, facilitando o repasse das verbas destinadas a esse fim, diminuindo burocracia do Estado para execução financeira, contemplando todos os profissionais e favorecendo parcerias com Instituições de Ensino em Saúde, ⁴assim como contemplar todos os trabalhadores do SUS, independentemente de seu vínculo empregatício, implicando um esforço para a Escola Municipal de Saúde e suas escolas regionais, como também o EAD (Ensino a Distância) com infraestrutura técnica, profissional e de equipamentos respeitando programação prévia na disponibilidade de carga horária. Garantir a educação permanente, através de recursos financeiros e humanos com agenda programada e que o treinamento esteja relacionado com a realidade do SUS.

155. ⁵Que o município de SP siga as orientações estabelecidas pelo MS e invista recursos humanos e financeiros para superar as ações descontínuas, o descompasso no repasse de verbas, supere as dificuldades estabelecidas pela burocracia do Estado para a execução financeira, a rotatividade dos profissionais de forma articulada com os atores responsáveis do executivo, e do controle social, pela política de formação do SUS. Fortalecer as Escolas Técnicas do SUS.

156. ⁶Implementar uma política de Educação Permanente que leve em consideração as necessidades locorregionais pactuadas através de uma gestão participativa, com fortalecimento das escolas regionais de Saúde e valorização dos trabalhadores inseridos no SUS, tendo como estratégia a fixação e lotação dos profissionais nos serviços de saúde, de forma a impactar na qualidade da atenção à saúde da população.

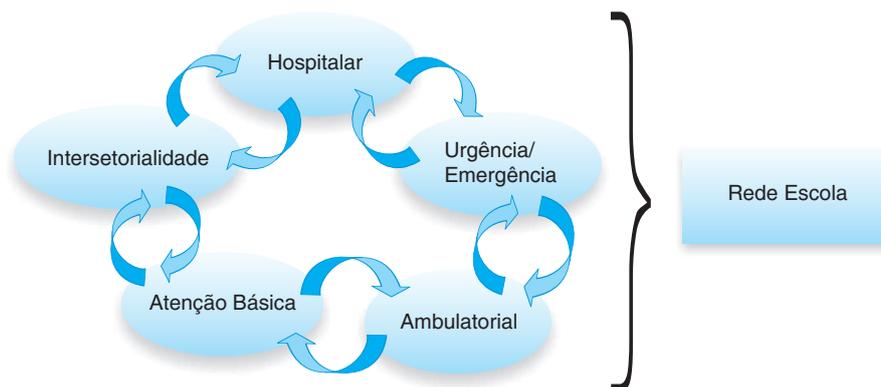
157. ⁶Devem ser criados espaços adequados de comunicação dentro dos equipamentos de saúde e entre os diferentes níveis de assistência, para facilitar a construção das capacitações. As capacitações devem ser pensadas dentro de um programa de educação continuada como um dispositivo da gestão de formação em serviço e não apenas para a cobertura de deficiências ou

necessidades pontuais. O programa de educação permanente deve ser vinculado às necessidades dos serviços com levantamento adequado dessas informações. Deve fazer parte da rotina dos serviços com momentos de capacitação compartilhando conhecimento com os demais (papel de multiplicador).

Referências - ¹Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, ²Penha, ³Capela do Socorro, ⁴Lapa, ⁵Sé, ⁶Pinheiros

158. Reafirmar que o processo de formação ocorra nos moldes de “**Unidade Escola**”, de forma a garantir a redução do tempo entre a produção do saber, a formação técnica, a graduação e a especialização e a sua utilização na prática pelos trabalhadores da saúde e pela sociedade, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, ¹com agenda unificada, garantindo a educação psicopedagógica. ²As unidades de saúde que fazem ensino no SUS não podem colocar o ensino e a pesquisa como prioridade em relação à assistência, mas elas devem servir à boa assistência dos usuários. Devemos envidar esforços no sentido de alavancar a consciência sanitária da população através de iniciativas da educação em saúde, onde o território define suas necessidades quanto à educação permanente dos profissionais.

159. ³Difusão e consolidação do conhecimento sobre a Cartilha dos Direitos dos Usuários do SUS para que em todas as unidades de saúde, os gerentes, os trabalhadores e os usuários incorporem seus princípios e objetivos, mudando a cultura de todos que trabalham e se utilizam do SUS.



160. ⁴Oferecer Cursos de Espanhol para a equipe de profissionais da Saúde, médicos e funcionários em geral, para atendimento da comunidade latina. Realizar campanha de divulgação sobre o Cartão SUS e de doenças como a Tuberculose, direcionada à população imigrante.

Referências - ¹Pirituba, ²Butantã, ³Sé, ⁴Vl. Maria/Vl. Guilherme.

161. ¹Viabilizar a Política Municipal de Saúde do Trabalhador, definida no Seminário da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador-CIST do Conselho Municipal de Saúde, e, principalmente, discutir a revisão da estrutura da COVISA, valorizando uma área da gestão para a Saúde do Trabalhador, integrada com a Atenção Básica e com a flexibilização e transparência na utilização da verba RENAST (Rede Nacional de Saúde do Trabalhador) pelos CRST locais.

162. ¹Criação da gerência em saúde do trabalhador em COVISA integrada politicamente com a área temática de saúde do trabalhador em SMS - SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Referências - ¹Butantã, Itaim Paulista, Vl. Prudente/Sapopemba.



163. Quanto à Saúde do Trabalhador, temos alguns sistemas, entre eles o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Neste sentido, recomenda-se a implantação da Comissão da Saúde do Trabalhador em todas as unidades do SUS CONSAT. Realização de capacitação e seminários visando a implementação do SINAN. ¹Em relação às doenças e outros agravos relacionados ao trabalho, a subnotificação deverá ser melhorada por meio da capacitação dos serviços de saúde no acolhimento do trabalhador para captação dos sinais e sintomas e diagnósticos, evitando a subnotificação, devendo implementar ações para que se realizem as notificações de forma adequada. Implantação e ampliação de ambulatórios para atender os trabalhadores da Saúde.

²Conscientização dos trabalhadores das nossas Unidades da importância da notificação de ocorrências que prejudiquem a Saúde do Trabalhador, tanto no âmbito psicológico quanto em relação aos acidentes de trabalho, e os que envolvam material biológico.

164. ³Que o município de São Paulo consolide as Redes de Atenção, de forma a garantir a transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde. Sensibilizar a RAS para intensificar a notificação de agravos à Saúde do Trabalhador.

165. ⁴Criar RH e estrutura de Unidade Administrativa para a SUVIS, com cargos para as três vigilâncias, pois a SUVIS não tem RH compatível com a necessidade dos serviços.

166. ⁴Adequação de RH nas Unidades de Saúde e das equipes de apoio para viabilizar assistência adequada e humanizada para o cumprimento de todas as propostas incluindo melhoria de condições de trabalho, segurança e benefícios aos trabalhadores. Também devem ser enfocadas as demais doenças de notificação compulsória.

167. ⁴Apoiar a negociação entre a gestão municipal e estadual, quanto a:

- a. Reposição de profissionais dos hospitais estaduais;
- b. Rediscussão do atual sucateamento dos serviços de saúde públicos estaduais;
- c. Planejar as reformas dos hospitais evitando fechar serviços hospitalares, vitais para o atendimento da população.

Referências - ¹Pirituba, ²Capela do Socorro, ³Ermelino Matarazzo, ⁴Penha

Cuidando de Quem Cuida

168. A ação a ser adotada é a realização de projetos específicos, com ações incluídas nas Unidades de Saúde e em consonância com o Departamento de Saúde do Servidor (DESS) do SUS, conforme o protocolo nº8 da MMNP-SUS, que visem prover atenção aos grupos de trabalhadores da saúde identificados como de maior vulnerabilidade e expostos a riscos, como no caso dos agentes de zoonoses, e que podem ensejar a instalação de doenças relacionadas ao trabalho, com incentivo à prática do auto-cuidado. 167-A ⁶Garantir condições de trabalho adequadas aos profissionais como forma de prevenção aos agravos e doenças do trabalho, além da realização de projetos específicos, com ações incluídas nas Unidades de Saúde e em consonância com o Departamento de Saúde do Servidor (DESS), que visem prover atenção aos grupos de trabalhadores públicos identificados como de maior vulnerabilidade e expostos a riscos que podem ensejar a instalação de doenças relacionadas ao trabalho.

169. ¹Que a SMS estabeleça políticas de saúde a todos os trabalhadores SUS, incluindo igualdade aos servidores públicos e funcionários CLT de OSS e Parceiros, diminuindo a desigualdade existente.

170. ³Reintegração do educador de saúde pública à área da saúde.

171. ⁴Possibilitar e estimular condições de vida e hábitos saudáveis aos trabalhadores da saúde, como preconizado aos usuários.



172. ⁴Promover a saúde do servidor municipal com a contratação de profissionais de saúde para o DESS, que se encontra precarizado, retornando-o para a SMS, para que este departamento não seja instrumento de controle sobre o trabalhador.

173. ⁵Iniciar debate sobre o protocolo nº 8 da Política de Saúde do Trabalhador do SUS da MNNP/SUS no CMS, na Mesa de Negociação do SUS e nas unidades de trabalho na rede municipal, para estabelecer um processo de conhecimento e engajamento dos gerentes, trabalhadores e usuários sobre a importância da saúde dos que trabalham no SUS. Humaniza SUS: estimular em todas as unidades de saúde e também nas escolas os princípios e objetivos do programa, de forma a qualificar o trabalhador no atendimento humanizado aos usuários, como também impactar na vida daqueles que prestam serviços à população.

174. ⁷Implantação de um Centro de Referência do Trabalhador na região de Vila Maria/Vila Guilherme.

175. ⁷Incluir supervisão aos profissionais que atendem pessoas em situação de violência.

Referências - ¹Capela do Socorro, ³Parelheiros, ⁴Santo Amaro, ⁵Sé, ⁶Ipiranga, ⁷Vl. Maria/Vl. Guilherme.

IV. Políticas de Saúde da Mulher e do Homem com acesso, acolhimento e humanização.

176. Implementação dos Programas Nacionais.

177. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, ¹com a efetivação da linha de Cuidado da Rede Cegonha, considerando os seguintes pontos: a) qualificação da assistência prestada com a participação efetiva das obstetras, garantido o direito à informação da gestante como a fisiologia do parto e direitos sexuais e reprodutivos; b) garantia do parto humanizado com direito a acompanhante e doula; c) atenção à saúde mental da gestante, parturiente e puérpera, se necessário; d) criação de novos espaços de parto, como casas de parto e centros de parto normal, em consonância com os princípios do SUS.

178. ^{2,4}Garantir acesso das mulheres não grávidas ao ginecologista; implantar gradativamente a vacinação de HPV nas mulheres jovens; readequar as equipes da Estratégia Saúde da Família incluindo ginecologistas e ampliar o quadro destes profissionais nas UBS; garantir os métodos contraceptivos e também os não reversíveis; capacitar e sensibilizar profissionais da saúde para o atendimento às mulheres vítimas de violência; implantar Unidade de Referência nas cinco regiões para atender mulheres em risco de violência; capacitar e sensibilizar médicos e demais profissionais da saúde para violências de gênero doméstico e sexual; implantar o serviço de aconselhamento genético, auxiliando as famílias acometidas por doenças genéticas ou doenças raras no Planejamento Familiar; implantar a Política Pública de genética no SUS, atendendo a Portaria 81/2009 - MS. Fortalecer as ações e serviços em redes e cuidados da saúde da mulher, do homem e da pessoa com deficiência.

179. ³Garantir a formalização e regulamentação de centros de parto Normal intra-hospitalares e peri-hospitalares, também chamados de casas de parto, em cada região do município, visando ao direito da mulher de optar por um parto fora do ambiente hospitalar com modelo de assistência respeitosa, baseada em evidências científicas, centrada nas necessidades da família e prestada por enfermeiras obstetras e ou obstetras e ou médicos obstetras e pediatras.

180. ⁶Garantir a formalização e regulamentação de centros de parto normal extra-hospitalares também chamados de casas de parto na região de M'Boi Mirim, visando ao direito da mulher de optar por um parto fora do ambiente hospitalar com modelo de assistência respeitosa, baseada



em evidências científicas, centrada nas necessidades da família e prestada por enfermeiras obstetras e/ou obstetrias e/ou médicos obstetras e pediatras.

181. ² Ampliar e garantir o acesso aos métodos contraceptivos reversíveis e não reversíveis. Capacitar e formar profissionais na área de saúde para atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar.

182. ² Garantir diagnóstico, linha de cuidado e tratamento no câncer da mulher e do homem.

183. ³ Divulgação ampla das boas práticas obstétricas nos serviços de atendimento no parto, incluindo o direito de acompanhante de livre escolha da mulher e o acesso à analgesia para parto normal.

184. ⁴ Criação de serviços de assistência ao parto normal e de baixo risco na região da supervisão técnica de saúde Mooca/Aricanduva. Implantação do ambulatório de especialidades na região de Aricanduva/Formosa/Carrão. Ampliação das equipes do PSF no distrito Aricanduva.

185. Implantação de uma URSI na região da Subprefeitura de Aricanduva. Implantação de equipes EMAD conforme o número de habitantes da região da Subprefeitura Aricanduva.

186. ⁵ Fortalecimento do Programa Remédio em Casa.

Referências - ¹Ipiranga, ²Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, ³Ermelino Matarazzo e Santo Amaro, ⁴Mooca, ⁵Jaçanã/Tremembé, ⁶MBoi Mirim

Novas Propostas que envolvem toda a Rede Municipal de Saúde

187. Especificamente, o reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como conseqüência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a Atenção Básica garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis.

188. ² Rever a distribuição geográfica das Coordenadorias Regionais de Saúde de acordo com as Subprefeituras.

189. ² Os representantes do governo têm que agir com dignidade e organização para impedir que a população seja agressiva com os funcionários e vice-versa.

190. ² Promover cursos de capacitação para funcionários e população envolvendo conceitos de cidadania, democracia, participação, responsabilidade e respeito.

191. ³ Que se garanta a implantação do PAISM em todos os equipamentos de saúde do município.

192. ³ Garantir que todas as UBS funcionem preferencialmente em sede própria e de alvenaria.

193. ⁴ É necessário fortalecer e qualificar a Atenção Básica garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Implantação do Centro de Referência do Idoso nas regiões das supervisões técnicas de saúde do município de São Paulo e serviços de atenção à saúde do homem, também voltado às DST.

194. ¹ Ampliar a atenção ao idoso transformando o Programa Acompanhante de Idosos em uma política pública municipal, criando na UBS, de acordo com a necessidade do território, a clínica do idoso a partir do fortalecimento e expansão das URSIS. Sem esquecer as populações de rua e a atenção especial às populações imigrantes e LGBT.

195. ¹ Garantir a implantação efetiva da assistência farmacêutica na construção de propostas de atendimento integral em linhas de cuidados.

196. ⁵ Que todos tenham agilidade e resolutividade independente de gênero, ciclo vital ou especialidade requerida.

197. ⁶ Incluir assistência domiciliar.



198. ⁶Farmácia de alto custo na região de Santo Amaro e ampliação da lista de medicamentos.
199. ⁶Ampliação de Centro de Referência do Idoso multiprofissional com atendimento de serviço de implantodontia ao idoso. Implantação do programa de acompanhante do idoso (PAI) e geriatra nas UBS da supervisão de Santo Amaro.
200. ⁷Melhorar os hospitais da CRS Leste (HM Tide Setubal, HM Alípio Correa Netto, HM Waldomiro de Paula).
201. ⁷Construção de unidades: Casa de Imagem (exames de tomografia, mamografia, ultrassom, ressonância); Cecco para região de São Miguel; Casa de Apoio à Mulher; CAPS II e III em São Miguel Paulista; UBS Jd. São Carlos; UBS Jd. Noêmia; CAPS Bairro do Limoeiro; construção em alvenaria da UBS Parque Paulistano; CAPS Adulto, Infantil e Álcool e Drogas no Distrito do Jardim Helena.
202. ⁷Formação em rede dos serviços e educação continuada com avaliação dos profissionais.
203. ⁷Rever os contratos de parceiros e esclarecer as obrigações dos contratados.
204. ⁷Transparência e publicidade dos contratos com acesso aos conselheiros e inserção dos Conselhos de Saúde nas discussões e elaboração dos contratos.
205. ⁷Ampliar o controle social, dando formação, cursos, oficinas, debates e seminários. Ter acesso aos dados da regulação.
206. ⁷Fazer trabalho em rede com trabalhadores e gestores.
207. ⁷Moção de apoio à vinda de médicos estrangeiros.
208. ⁷Ampliação do Programa Acompanhante aos Idosos - PAI a todas as unidades.
209. ⁷Apoio do Conselho Gestor às reivindicações dos trabalhadores quanto ao salário e plano de carreira junto aos sindicatos
210. ⁷Implantação do Programa hospital domiciliar – PROHDOM, hoje denominado “Melhor em Casa” em todas as regiões.
211. ⁷Programa de Saúde na Escola para trabalhar com prevenção (Odontologia, Vacina, DST, Sexualidade, Nutrição) por meio de parcerias com faculdades para o serviço de prevenção com palestras, oficinas e debates.
212. ⁷Transferência da UBS Cidade Nova São Miguel para o prédio do antigo sacolão, devido a enchentes e pagamento de aluguel.
213. ⁷Centro de Reabilitação e Casa de Parto na região de São Miguel Paulista, bem como a implantação de uma farmácia de alto custo.
214. ⁷Rever todos os serviços que não respondem às necessidades da população.
215. ⁸Implantar o Centro de Atenção ao Idoso na região da Supervisão de Vila Maria/Vila Guilherme, tendo como proposta a utilização de parte da área do antigo sacolão da Vila Maria, espaço público que se encontra subutilizado.

Referências - ¹Moóca, ²Aricanduva/Formosa/Carrão, ³Ermelino Matarazzo, ⁴Itaim Paulista, ⁵Perus, ⁶Santo Amaro, ⁷São Miguel, ⁸Vl. Maria/Vl. Guilherme

216. Promover ações de informação e educação com o objetivo de reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e drogas (principalmente os jovens);
217. Ampliar ações MTHPIS nas UBS (Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde);
218. Ampliar a rede em Cultura de Paz, Saúde e Cidadania;
219. Consolidar ações do PAVS;
220. Implantar UBS de referência em atendimento Homeopático na região;
221. Implantar e ampliar a oferta de medicamentos fitoterápicos nas farmácias das UBS;
222. Ampliar o acesso dos usuários das unidades de saúde aos grupos de Atividades Físicas,



Práticas Corporais e Meditativas (AFPCM);

223. Ampliar o atendimento em Acupuntura nos serviços de saúde da rede (EMAD, NIR, UBS);
224. Ampliar atendimento do SAMU (inclusive psiquiátrico).
225. Aperfeiçoar o monitoramento e acompanhar os indicadores dos serviços prestados pelas OS (contrato de gestão) e parcerias (convênios), prestadores de serviços terceirizados, com transparência (inclusive contratos e qualificação dos profissionais);
226. Implementar Protocolos de atendimento;
227. Oferecer infraestrutura e apoio administrativo adequado e condições de trabalho para os Conselheiros e interlocutores (RH);
228. Estudar a possibilidade de nomeação de cargos para conselheiros usuários que acumularam experiência para interlocução de gestão participativa;
229. Realizar fóruns, palestras de controle social por distrito;
230. Promover reuniões Interconselhos, locais e regionais envolvendo a comunidade local, lideranças, movimentos sociais, etc...;
231. Implantar símbolo do SUS em todos os receituários e documentos da rede de saúde municipal (inclusive dos contratos de gestão e/ou parcerias);
232. Comissão de nível intersetorial e técnico, para dar suporte aos conselhos de saúde da Supervisão Técnica de Saúde;
233. Ampliação gradativa das equipes de ESF no território, com uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de estratégia, de forma que em todas as Unidades tenha serviço de saúde bucal, de acordo com o Documento Norteador.
234. Raio X panorâmico em todos os hospitais pertencentes às Autarquias.
235. Maior atenção ao trabalhador, dando suporte físico e mental, com uso e melhoria considerável dos equipamentos que já existem e da infraestrutura das Unidades de Saúde.
236. Implantar saúde bucal nas Unidades que tenham condições;
237. Rever o contrato de próteses dentárias adequando o número de vagas à demanda;
238. Criar duas UPA 24 horas na CRS Sudeste;
239. Construir o anexo do Hospital Alexandre Zaio;
240. Implantar Estratégia de Saúde da Família na região do Cangaíba e Trindade;
241. Criar mais um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) e um Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA) no Distrito Administrativo Penha/Cangaíba;
242. Criação de Unidades Básicas de Saúde atendendo à normatização de 25.000 habitantes por Unidade;
243. Criação de Centros de Apoio Psicossocial (CAPS);
244. Revisão das Áreas de abrangência.
245. Criação de leitos psiquiátricos nos hospitais e revisão da referência hospitalar psiquiátrica;
246. Aumento do atendimento do SAMU, incluindo o especializado em Saúde Mental;
247. Atendimento integral de alta complexidade;
248. Garantir o abastecimento de medicamentos, material médico-hospitalar e odontológico;
249. Implantação de segurança/guarda civil metropolitana em todas as Unidades de Saúde;
250. Publicação das deliberações e ações do Conselho;
251. Normatização oficial da organização dos Conselhos baseado no Conselho Municipal de Saúde;
252. Dotação orçamentária em nível de Supervisão com esclarecimentos de como usá-la, com cursos e assessorias;
253. Ouvidoria para trabalhar com o controle social;
254. Na implantação do CER IV incluir oficina e manutenção para próteses, órteses e equipamentos afins, como cadeiras de rodas;

IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids
Relatório Consolidado das Pré-Conferências





IV Conferência Municipal de DST/HIV/Aids Relatório Consolidado das Pré-Conferências

I. Introdução

1. Cada vez mais, a resposta à epidemia municipal pede atenção e reorganização das agendas da equipe multiprofissional e olhar atento à possibilidade de ampliação das ações e dos campos de atuação, com ênfase nos recursos físicos, tecnológicos e humanos, distanciando-se e reagindo a qualquer possibilidade de estigma, preconceito e discriminação em consonância com as políticas de direitos humanos. 1-A ²Ampliar ações e campos de atuação distanciando-se e reagindo a qualquer possibilidade de estigma, preconceito e discriminação em consonância com as políticas de direitos humanos.
2. ¹Adequação, reforma e ampliação da rede física, técnica e de RH (contratação de recursos humanos) da Rede Municipal Especializada de DST/AIDS (os recursos devem atender às demandas).
3. ¹Implantação do SAE Vila Maria.
4. O futuro da resposta local à epidemia não pode estar desconectado da necessidade de ações direcionadas a profissionais de saúde, que devem atuar em resposta conjunta às necessidades em saúde de cada sujeito, conforme as suas especificidades e, no amplo universo das diferentes redes de atenção à saúde – RAS. Para isto, a Linha de Cuidado em Atenção às Pessoas Vivendo com AIDS deve voltar-se para a saúde integral, mobilizando toda a rede disponível no SUS, de forma a responder, da porta de entrada à alta complexidade a cada uma dessas necessidades apresentadas pelos sujeitos, o que inclui as diferentes áreas de atuação em saúde pública, bem como todas as Unidades que compõem o Sistema Único de Saúde municipal.
5. ¹Definir o papel do Estado / Prefeitura frente ao Programa DST/AIDS.
6. ¹Articular e Integrar os vários programas/serviços: COVISA/Atenção Básica/Programa DST/AIDS.
7. ¹Adequar o fluxo do atendimento em DST com a Atenção Básica, atendendo por abordagem sindrômica e referenciando somente os casos que não responderam ao tratamento proposto.
8. ¹Adequar uma referência secundária para HPV (SAE I);
9. ²Instituir linha de cuidado em atenção às pessoas vivendo com DST/HIV/AIDS garantindo amplo acesso às diferentes redes de atenção à saúde e estabelecer fluxo de complexidade.
10. ¹Garantir o financiamento para as ações de enfrentamento de DST/Aids que supra as necessidades.
11. Garantir treinamento, atualização e educação continuada de forma a reduzir inequidades, discriminação e preconceito por parte dos profissionais de saúde, com vistas à humanização do cuidado em saúde em todos os níveis de atendimento: primário, secundário e terciário.

Referências - ¹Vl. Maria/Vl. Guilherme, Penha, ²Butantã.

II. Promoção e Prevenção

12. ¹Buscar e implantar no SUS inovações tecnológicas seguras, eficazes e viáveis com vistas à promoção de ações qualificadas, cujo foco seja o comportamento, as vulnerabilidades individual, social, programática e não o sujeito em razão de sua orientação sexual.



13. ²Investir em capacitações para preparar e atualizar os trabalhadores em relação à necessidade de inovação tecnológica.

Referências - ¹Butantã, Capela do Socorro, M' Boi Mirim, Vl. Prudente/Sapopemba, ²Itaquera.

14. ¹Promover e estimular a sensibilização na intersectorialidade, através da educação continuada, com as outras secretarias que apoiam as demais populações (imigrantes, população idosa, homens heterossexuais, população indígena, pessoas com deficiência, adolescentes em medidas socio-educativas e população em situação de rua, incluindo as que vivem em regiões como a Cracolândia), independente da sua orientação sexual.

15. ¹Ampliação ao acesso de preservativos masculinos e femininos para outros espaços, como por exemplo: farmácias populares e equipamentos públicos que não são do SUS.

Referência - ¹M' Boi Mirim, Butantã e Capela do Socorro.

16. ¹As ações de prevenção às DST/Aids e de promoção de direitos humanos devem contemplar a diversidade da população geral, com a devida atenção às especificidades das populações mais vulneráveis (jovens, gays, HSH, travestis, transexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, populações em situação de rua – incluindo as que vivem em regiões como a Cracolândia, MSM, idosos, pessoas em situação de confinamento, população carcerária, adolescentes em medidas socioeducativas, população negra, pessoas com deficiência), e subsidiar a formação contínua de recursos humanos. Com novas contratações de profissionais através de concurso público.

Referência - ¹Capela do Socorro, Itaquera, M' Boi Mirim, Vl. Prudente/Sapopemba e Penha.

17. ¹Educação continuada em recursos humanos no âmbito governamental e não governamental para criação de projetos, programas e ações estratégicas (extramuros/ mobilização comunitária ONG e Universidades-discussão dos temas pertinentes às populações específicas).

18. ²A necessidade de avanço no que diz respeito à profilaxia pré e pós-exposição, além do uso de antirretroviral como medida preventiva do HIV (disponibilizado nas farmácias de todas as unidades básicas de saúde), circuncisão, testar e tratar, equipe volante para ampliação do acesso ao diagnóstico no extramuros do SUS, a significativa ampliação do acesso a preservativos masculinos e femininos, para espaços outros, como é o caso das farmácias populares.

19. Divulgar e ampliar o acesso às profilaxias pré e pós-exposição na rede de saúde com campanhas de divulgação para população em geral, provendo capacitações aos profissionais dos serviços de urgência e emergência, (AMA, UBS 24hs, Hospitais de referência).

20. Favorecer o acesso à profilaxia pós-exposição sexual e acidentes com material biológico, nos equipamentos com atendimento 24h, considerando os fins de semana e feriados.

21. Aprimorar a adesão das pessoas vivendo com HIV/AIDS ao Tratamento Antirretroviral para ampliar a prevenção a partir da diminuição do vírus circulante;

22. Ampliar e capacitar os recursos humanos da rede básica para ações de prevenção e de vigilância.

23. Incluir implementação do tratamento como prevenção, conforme Versão Preliminar das diretrizes de tratamento com ARV do MS divulgada em 27/02/2013.

24. Garantir a ampliação de recursos humanos para a ampliação de equipe volante dos serviços especializados em DST AIDS itinerantes com garantia de transporte para as equipes, com vistas a melhorar o acesso ao diagnóstico.

25. Há necessidade de ampla divulgação e facilitação de acesso no que diz respeito à



profilaxia pré e pós-exposição, inclusive em exposição sexual consentida, ampliados à rede da Atenção Básica (UBS) para que o profissional esteja qualificado para identificar e direcionar o usuário para a rede especializada, sendo devidamente treinado para isto.

Referências - ¹VL. Prudente/Sapopemba, Butantã, Capela do Socorro, M' Boi Mirim, ²Casa Verde.

26. ¹Monitorar 100% das gestantes diagnosticadas com DST/HIV/AIDS, com vistas à redução da transmissão vertical até 2015.
27. ²Garantir a oferta de teste rápido diagnóstico em HIV, Sífilis e Hepatites Virais em 100% das UBS e maternidades públicas, privadas, contratadas e conveniadas ao SUS.
28. A obrigatoriedade da oferta de teste rápido diagnóstico em 100% das maternidades públicas e privadas.
29. ³Garantir a oferta de “Kit maternidade” em 100% das maternidades públicas, privadas, contratadas e conveniadas ao SUS.

Referências - ¹VL. Maria/VL. Guilherme, ²Butantã, Capela do Socorro, ³Casa Verde.

30. ¹Garantir ampliação do debate sobre Saúde e Prevenção nas Escolas e meios de comunicação através de ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, por meio do Projeto Saúde e Prevenção nas escolas (SPE), articulando os setores de saúde e de educação, abrangendo os diferentes espaços públicos, da sociedade civil, centros comunitários e entidades de interesse público em geral.
31. ²Fortalecimento intersetorial entre saúde (unidade básica de saúde e estratégia de saúde da família) e educação (escolas), orientando e sensibilizando os pais de acordo com o cronograma escolar e na sequência os alunos, referente ao tema DST/AIDS e drogas lícitas e ilícitas.
32. ³Ampliar o debate sobre Saúde e Prevenção nas Escolas sobre promoção de saúde sexual para adolescentes e jovens, capacitando os educadores para serem multiplicadores, em Instituições religiosas, grupos da unidade e parcerias com os diversos segmentos da sociedade.
33. ⁴Ampliação do debate sobre Saúde Sexual e reprodutiva e Prevenção das DST/HIV/HEPATITES VIRAIS para 100% das Escolas.
34. Ampliação de ofertas de materiais didáticos para as unidades da saúde e escolas.
35. Resgatar a missão e atuação do educador em saúde para mediar a intersetorialidade entre a saúde pública e a educação.

Referências - ¹Capela do Socorro, ²Butantã, ³Ermelino Matarazzo, Itaquera, ⁴Ipiranga, Lapa, São Mateus.

36. Ampliação da disponibilidade de insumos de prevenção, Kits de redução de danos, que contemplem as necessidades para usuários de diferentes tipos de drogas.
37. ¹Incrementar testagem, garantir o diagnóstico precoce e tratamento adequado das DST por abordagem sindrômica em 100% da Rede Básica de Saúde, potencializando assim, a efetivação dos protocolos junto à rede de saúde e maternidades, implementando o pré-natal do homem para que de fato haja redução da transmissão vertical do HIV/Sífilis. Retomar para atenção primária a reciclagem da abordagem sindrômica.
38. ¹Implementar o pré-natal do homem para garantia de presença na consulta no pré-natal da gestante, sem ônus empregatício.
39. ²Acompanhamento de acidentes biológicos no SAE I;
40. ³Ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, demais DST e hepatites, incluindo a oferta de testagem em todos os equipamentos de saúde e em ações itinerantes (equipes volantes) provendo insumos e equipes para esta finalidade.



41. ⁴A implantação de vacina contra o HPV nas unidades Básicas de saúde, para ambos os sexos, na faixa etária de 9 a 12 anos.
42. ⁵Ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, Hepatites virais e Sífilis implementando e ampliando a oferta de teste rápido a todos os equipamentos de saúde da STS Vila Mariana.
43. ⁶Ampliar a disponibilização de teste rápido HIV, Sífilis e Hepatites (B e C) na Atenção Básica com profissionais devidamente capacitados.
44. ¹Garantir referência e contra referência para além das DST como, por exemplo: saúde mental, CAPS álcool e drogas, etc. Inclusive para Atenção Básica.
45. ⁷Incentivar a atuação dos agentes de prevenção e dos agentes comunitários de saúde no cadastramento de usuários de drogas injetáveis para disponibilização de kits de redução de danos.
46. ⁷Manter e ampliar os projetos de Prevenção Dialogada.

Referências - ¹Capela do Socorro, ²Vl. Maria/Vl. Guilherme, ³São Miguel, ⁴Ermelino Matarazzo, ⁵Vl. Mariana, ⁶Penha, ⁷Vl. Prudente/Sapopemba.

III. Assistência às pessoas Vivendo com HIV

47. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo elegeu como meta para 2015 a redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, por meio da criação de planos de trabalho de forma a ¹alcançar a meta de redução (menos de 2% de casos de HIV e 0,5 casos para cada 1000 nascidos vivos em relação à transmissão de sífilis). Pós-criação dos Comitês de Acompanhamento da Sífilis é fundamental promover capacitações contínuas em prevenção da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis para os profissionais de saúde.
48. ²Garantir o fortalecimento dos Comitês de Acompanhamento da Sífilis/HIV e promover educação permanente para os profissionais de Saúde em prevenção, diagnóstico e tratamento, visando a redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.

Referências - ¹Butantã, ²Capela do Socorro.

49. ¹Ampliar as ações para reduzir o diagnóstico tardio da sífilis e da infecção pelo HIV em gestantes, visando diminuir o número de diagnósticos tardios; ampliar e monitorar a notificação da sífilis em gestantes, da infecção pelo HIV em gestantes e de crianças expostas ao HIV, Hepatites virais (B e C) e Sífilis nos setores públicos e privados.

Referências - ¹Capela do Socorro, Vl. Prudente/Sapopemba, Casa Verde.

50. A Atenção às coinfeções Hepatites Virais e Tuberculose são temas que compõem essa agenda em busca de avanços. Garantir a promoção de ações de educação continuada, capacitação e reciclagem de profissionais, relacionadas às coinfeções Hepatites Virais, Tuberculose e comorbidades; implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV em pacientes com Tuberculose, incluindo o uso de testes rápidos quando pertinente.
51. ¹Ampliação da vacinação para outras faixas etárias, contra hepatite B, com a preocupação de aumentar a cobertura em outras faixas mais vulneráveis.
52. ¹Ampliação do treinamento para teste rápido (inclusão de mais funcionários), estendendo para todas as Unidades e também para outros tipos de doenças.



53. ²Garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento aos pacientes com hepatites crônicas puras e co-infectados HIV/HEPATITES, HIV/TUBERCULOSE.
54. ³Garantia do tratamento de Hepatite B e hepatite C mono infectados na região de moradia.
55. ⁴Ampliar a notificação da sífilis e de HIV em gestantes, assim como de crianças expostas ao HIV.
56. ²Desenvolver e implementar estratégias para favorecer adesão ao tratamento (incluindo ARV e DOT da TB) e aos serviços especializados; reduzir absenteísmo em consultas e exames, disponibilizando acesso a ações multiprofissionais considerando a qualidade da relação.
57. ⁵Ter uma política pública que possa garantir a orientação e a oferta de insumos de prevenção às DST/AIDS nos albergues e associações de bairros, com o objetivo de atingir a população em situação de rua e comunidade.
58. ⁶Ampliação dos pontos de entrega de antirretrovirais.
59. Investimento em pesquisa para melhorar o tratamento medicamentoso para sífilis com novas formas de apresentação farmacêutica.
60. ³Criação de serviços de ambulatório de DST/ HIV/ AIDS nas regiões Jaçanã/Tremembé.

Referências - ¹Vl. Maria/Vl. Guilherme, ²Butantã, Capela do Socorro, Vl. Prudente/Sapopemba, ³Jaçanã/Tremembé, ⁴Cidade Ademar, ⁵Ermelino Matarazzo, ⁶Itaquera

61. ¹Adesão ao tratamento, abordando o indivíduo na sua integralidade, ampliando a capacitação dos profissionais de saúde para que o atendimento seja feito de forma mais humanizada, possibilitando que o paciente se aproprie do tratamento, estimulando a adesão.

Referência - ¹Pinheiros.

62. ¹Garantir e desenvolver mecanismos para reduzir absenteísmo nas consultas e exames e elaborar estratégias para o aprimoramento da adesão ao tratamento de DST/HIV/AIDS, ampliando recursos humanos e de infraestrutura: visita domiciliar, flexibilidade de agenda e horário de atendimento, dentre outros. Busca Ativa em caso de falta na realização de consultas e exames, com novo agendamento precoce.
63. ²Garantir recurso financeiro para o transporte do paciente até o local do tratamento;
64. ²Garantir ampliação dos horários para coleta de exames de acordo com a demanda imediata.
65. ²Acompanhamento domiciliar de profissional técnico habilitado para territórios sem cobertura de ESF Estratégia de Saúde da Família.
66. ³Garantia do financiamento das ações para enfrentamento da epidemia de DST/HIV/AIDS com fiscalização e controle do Conselho Municipal de Saúde e da rede Municipal Especializada com devolutiva periódica bimestral.

Referências - ¹Itaquera, ²Guaianases, ³Jaçanã/Tremembé.

67. ¹Incrementar o cuidado multidisciplinar e regionalizado para as pessoas com lipodistrofia, dislipidemias e com as que sofrem com os efeitos adversos da terapia antirretroviral, garantindo o acesso a uma linha de cuidado, preferencialmente nos aparelhos



municipais, sem prejuízo da articulação com os serviços do estado e nos privados conveniados.

68. ²Divulgar e assegurar o acesso ao cuidado para com as pessoas com lipodistrofia, necessitando recursos humanos capacitados (dermatologistas, educador físico e fonoaudiólogo)

69. ³O cuidado para com as pessoas com lipodistrofia também deve ser incrementado, com implantação de serviço e equipe multiprofissional na região de Itaquera.

70. ⁴Garantia da realização em tempo hábil da cirurgia reparadora das sequelas de lipodistrofia, bem como garantir o fornecimento de insumos para procedimentos cirúrgicos e garantir profissionais capacitados para realização de tais procedimentos.

71. ⁵Garantir o cuidado para com as pessoas com lipodistrofia incluindo procedimentos cirúrgicos, campanhas de reeducação alimentar (alimentação saudável) e a prática de atividade física.

72. ⁶Que a Rede Municipal de Saúde passe a realizar todas as ações necessárias para correção da lipodistrofia inclusive as cirurgias reparadoras.

73. ⁷Elaboração de material informativo/educativo de DST/AIDS acessível a todos os segmentos populacionais (inclusive em braile) para distribuição na rede pública.

74. ³Construção de espaço adequado para atividades físicas como prevenção para lipodistrofia no SAE Cidade Líder II.

Referências - ¹Butantã, Capela do Socorro, Vl. Prudente/Sapopemba, Casa Verde, ²Ipiranga, ³Itaquera, ⁴Jabaquara, ⁵M' Boi Mirim, ⁶Sé, ⁷Vl. Mariana.

75. Com vistas à plena vigilância epidemiológica, sobretudo da sífilis em gestante, é fundamental melhorar a completude da informação do SINAM dos casos de AIDS, hepatites e sífilis (pontualidade, completude, validade), valorizando as redes de atenção à saúde, visando a diminuição da transmissibilidade dessas doenças. É fundamental o preenchimento de todos os campos de informação da ficha de notificação do SINAM.

76. ¹Garantir a sustentabilidade técnico-política-financeira das ações de prevenção e assistência às DST/HIV/Aids no Município de São Paulo.

77. ²Manter apoio financeiro e técnico às ONG/Aids.

78. ³Garantir a intersetorialidade entre as políticas públicas, visando a atenção integral aos usuários, incluindo a implementação da rede de saúde mental – CAPS adulto e infantil.

Referências - ¹São Miguel, ²Vl. Prudente/Sapopemba, ³Campo Limpo.

79. ¹Criar e garantir políticas de investimentos em pesquisas na rede municipal de saúde que permitam avanços da identificação de fatores determinantes associados à vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS, divulgação dos resultados com a tomada de decisões com base em evidências.

80. ²Garantir a manutenção e fortalecimento dos conselhos gestores da rede municipal especializada em DST/AIDS.

81. ³Ampliar os recursos humanos das equipes de SAE e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e dimensionar a TLP (com reposição de profissionais que se aposentaram), considerando os eixos de atenção dos serviços especializados e transformar os CTA em SAE conforme necessidade local garantindo estrutura física.

Referências - ¹Capela do Socorro, Vl. Prudente/Sapopemba, ²São Miguel, ³Sé.



Novas Propostas

82. ¹Garantir ações de promoção aos direitos humanos das populações em situação de maior vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS em toda rede de saúde.
83. ²Assegurar recursos para a assistência laboratorial, incluindo ampliação física do Laboratório II São Miguel Paulista.
84. Inclusão na Rede Hora certa de especialidades como: proctologista para tratamento de HPV anal, urologista para tratamento de HPV masculino em canal uretral, oftalmologista para atendimento em pacientes HIV positivo (urgência e avaliação de infecção ocular por citomegalovírus).
85. Implantação de SAE nas regiões de São Matheus, Guaianases, Cidade Tiradentes, Itaim Paulista e São Miguel Paulista, conforme aprovado nas 14^a e 16^a Conferências Municipais de Saúde.
86. Entrega do dispositivo para descarte de materiais pérfuro-cortantes para pacientes em tratamento de hepatite.
87. Garantir leitos de retaguarda regionais para DST/AIDS.
88. ³Garantir a elaboração de uma portaria municipal, que regulamente no âmbito do município as diretrizes da portaria nacional 1378/2013 SVS-MS que trata dos recursos federais para AIDS.
89. ⁴Garantir a qualidade e resolutividade do atendimento ao usuário conforme os parâmetros do Qualiaids.
90. ⁵Promover a interface com outras instâncias como SAMU/ CRAS/ CREAS/ CAPS/ Consultórios de Rua.
91. Garantir o acesso aos medicamentos antirretrovirais, para as doenças oportunistas e outros medicamentos de uso crônico.
92. Garantir o acesso e fornecimento do suplemento nutricional para pessoas vivendo com HIV/AIDS.
93. Garantir a manutenção do repasse dos recursos técnicos e financeiros para as Organizações da Sociedade Civil para as ações de enfrentamento à epidemia.
94. Garantir a aquisição e manutenção de Materiais e Equipamentos para o pleno funcionamento da Rede DST/AIDS.
95. Tratar as pessoas vivendo com HIV, independente do CD4, visando a redução da carga viral e o vírus circulante como uma das estratégias de prevenção coletiva.
96. Campanhas de prevenção mais frequentes e regulares, a serem veiculadas em horário comercial e em todas as mídias.
97. Maior visibilidade dos trabalhos de prevenção, através da valorização dos agentes de prevenção.
98. Que o município garanta a continuidade do tratamento e assistência das pessoas vivendo com HIV/AIDS nos serviços especializados.
99. Que a SMS estabeleça e cumpra prazo para resolutividade das demandas e garanta o fluxo efetivo da regulação de referência e contra referência entre a área de DST/AIDS e os demais serviços de saúde.
100. Que o município garanta a destinação da verba fundo a fundo- manutenção da rubrica na dotação orçamentária e que o CMS faça o controle social da aplicação dessa verba na área de DST/AIDS.
101. ⁶Aquisição do Hospital Santa Marina com a inclusão de um novo equipamento de DST/AIDS e/ou leitos específicos para pacientes com AIDS.



102. Transformação do CTA Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS Guaianases em SAE Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS Guaianases com implementação imediata, garantindo mudança do espaço físico e adequação dos recursos humanos.
103. Garantir o acolhimento das transsexuais, travestis, homossexuais e profissionais do sexo nos serviços de saúde, iniciando pela sensibilização e capacitação do profissional para o atendimento.
104. Transformar cinco CTA da Região Leste em SAE, priorizando os CTA Sérgio Arouca e São Mateus, com recursos técnicos, físicos e humanos (TLP) completos, conforme protocolos e diretrizes do Programa Municipal de DST-Aids e necessidades específicas da região (do Itaim paulista e São Matheus).
105. ⁷Assegurar recursos para Assistência Laboratorial especializada (Exames CD4 e CD8, Carga Viral e Genotipagem de hepatites) na região Leste.
106. Garantir a ampliação de Recursos Humanos para formação de equipe volante para criação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) Itinerantes na região Leste, com vistas à ampliação do acesso ao diagnóstico.
107. ⁸Garantir o acesso à Profilaxia Pós-Exposição (PEP) em toda a Rede de Saúde para exposição sexual e acidente com material biológico, inclusive divulgando o direito ao procedimento (envolvendo Rede de Urgência / Emergência).
108. ⁹Tornar compulsória a notificação do HIV.
109. Assegurar que as O.S. tenham adesão completa às diretrizes do Programa de DST-HIV-Aids, contribuindo integralmente com as estratégias de prevenção e se articulando com a Rede Especializada de DST-Aids, em relação aos encaminhamentos e divulgação dos serviços envolvidos.
110. Reestruturar a rede de referência e contra referência disponibilizando vagas de especialidades, implantando o Prontuário Eletrônico.
111. ¹⁰Trazer na próxima conferencia o histórico da conferencia anterior.
112. ¹⁰Criar um comitê paritário para implementar as inovações tecnológicas do sistema de saúde da região.
113. Adequação e ampliação da estrutura física do serviço de DST / AIDS CECI de forma a atender melhor as pessoas vivendo com HIV / AIDS e outras DST.
114. ¹¹Garantir a implantação de tratamentos odontológicos específicos para pacientes no SAE CECI.
115. ¹¹Implantação de atendimento domiciliar em serviços especializados em DST / AIDS.
116. ¹¹Garantir atividade física monitorada por profissional da área como item de atenção e promoção à saúde das pessoas vivendo com HIV / AIDS em todos os serviços especializados em DST / AIDS.
117. Revisão do plano de Cargos e Carreiras dos servidores municipais da saúde.

Referências - ¹Capela do Socorro, ²São Miguel, ³Jabaquara, ⁴idade Ademar, ⁵Capela do Socorro, ⁶Jabaquara, ⁷Butantã, ⁸M' Boi Mirim, Moóca, ⁹Sé, ¹⁰Parelheiros, ¹¹Vl. Mariana.

III Conferência Municipal de Saúde Mental
Relatório Consolidado das Pré-Conferências





III Conferência Municipal de Saúde Mental Relatório Consolidado das Pré-Conferências

Apresentação

1. A III Conferência Municipal de Saúde Mental vem para reafirmar os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com base na Lei 10.216 de 2001, apontando para a necessidade do aprofundamento das reflexões sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, ¹por meio da participação efetiva de usuários e familiares, revertendo ²paulatinamente o quadro de hospitalização compulsória em instituições totais.

Referências - ¹Pirituba, ²Perus

2. Nesta direção, a Conferência tem por objetivos referendar o campo da saúde mental como intrinsecamente interdisciplinar e Intersetorial, pois a integralidade do cuidado em saúde em geral, em especial a saúde mental, aponta para interfaces com outros campos e saberes, como dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer, esportes e ¹Medicinas Tradicionais, Homeopatia e práticas Integrativas em Saúde.

Referência - ¹São Mateus

Eixo I. Seguridade Social e Direitos Humanos

3. ¹Garantir o acesso ao tratamento adequado sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, impedindo tratamentos cruéis ou degradantes, bem como identificando e estabelecendo sanções a políticas e serviços públicos que excluam estes cidadãos. ²Que todo o tratamento tenha como pressuposto a liberdade, sem violação dos direitos humanos. Portanto, reivindicamos o encerramento dos convênios com as comunidades terapêuticas.

4. ³Criação de estatuto de direitos das pessoas com transtornos mentais.

Referências - ¹Vl. Prudente / Sapopemba, ²Moóca, ⁴Vl. Maria / Vl. Guilherme

5. Garantir a efetivação da implementação da Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde mental, qualificando a atenção aos usuários com base na Lei 10.216/01, e ¹disponibilizar o acesso à lei em todos os serviços de saúde. ²O médico de família, o clínico e o pediatra são o início do cuidado em saúde mental.

6. ³Garantia de recursos humanos e materiais em todos os níveis de complexidade, SAMU, Hospitais e Unidades Básicas de Saúde.

Referências - ¹Itaquera, ²Butantã, ³Ermelino Matarazzo.

7. Fortalecimento da articulação entre as áreas da Saúde, Desenvolvimento e Assistência Social, Previdência Social, ¹educação, esporte, cultura, lazer, habitação, e judiciário para a



promoção de ações e programas destinados aos usuários em sofrimento psíquico, visando à inserção social deste público.

8. ^{2 3}Fortalecimento, implantação e ampliação das equipes multiprofissionais em Saúde Mental para as Unidades de Atenção Básica, com destaque à população idosa, criança e adolescente.

Referências - ¹Butantã, São Miguel e Vl. Maria/Vl. Guilherme, Vl Prudente/Sapopemba, ²Ermelino Matarazzo, ³Vl. Mariana

9. Criação, ampliação e ¹efetivação ²total e integral das políticas públicas ³com assistência, prevenção e promoção de saúde para pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial e/ou com ⁴sofrimento mental ou eminente risco psicossocial – crianças, adolescentes, população negra, população de rua, mulheres, idosos, população carcerária, grupos indígenas, ¹ pessoa com deficiência, pessoas com abuso de álcool e outras drogas ou submetidas a medidas de segurança, entre outros, ⁵ que facilitem a articulação de setores nos cuidados das pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade social.

10. ¹Criação de vagas de moradia destinada a pessoas com transtorno mental, com a participação em programas de habitação, subsidiadas por aluguel social (25% do salário mínimo).

Referências - ¹Vl. Prudente /Sapopemba, ²Itaquera, ³Casa Verde, ⁴Perus e Pirituba, ⁵Butantã.

11. No Instituto da Previdência, temos que ratificar a importância de mudarmos o marco regulatório e os procedimentos operacionais da concessão de benefícios, particularmente do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), ¹de ¼ salário mínimo para ½ salário mínimo per capita. ²Que o critério para concessão do benefício seja a funcionalidade emitida por laudo psicossocial da equipe técnica e concedido independentemente da renda per capita familiar e questões sociais envolvidas, buscando viabilizar a implementação de um novo paradigma que tenha como referência a funcionalidade dos beneficiários.

12. ³Ampliar o acesso ao BPC/LOAS garantindo o benefício a todos os dependentes quantos houver na mesma residência, bem como rever o critério de renda familiar, ⁴inclusive para mais de um membro da mesma família conforme já garantido pelo Estatuto do Idoso.

13. Cumprir as normas já existentes, que determinam a inexigibilidade do termo de interdição.

14. Expansão dos postos de atendimento, visando aumentar a acessibilidade; ampliação, capacitação e sensibilização de recursos humanos; promover campanhas para a humanização e desburocratização do atendimento; maior celeridade nos processos.

Referências - ¹Itaquera e M' Boi Mirim, ²Itaim Paulista, ³Mooca, ⁴Vl. Prudente/Sapopemba.

15. ¹Garantir a adoção do laudo psicossocial, utilizando instrumentos de avaliação como a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), ²fornevido pela equipe multidisciplinar e não apenas médico, nas decisões da perícia, levando também em conta outros aspectos da vida do indivíduo, e não apenas a visão clínica restrita, ³com aumento proporcional das equipes de trabalho dos equipamentos.

16. ⁴Revisão dos critérios de concessão de isenção tarifária levando em consideração a situação psicossocial do paciente, bem como o momento clínico no qual ele se encontra, para garantir a manutenção do tratamento.

Referências - ¹Butantã e São Mateus, Casa Verde, Itaim Paulista e Vl Prudente/Sapopemba, ²M' Boi Mirim e Vl. Maria/Vl. Guilherme, ³Itaquera, ⁴Jaçanã / Tremembé e Vl. Mariana.



17. No Sistema Único de Assistência Social (SUAS), reiteramos a importância de garantir¹ a equidade e ampliação do acesso aos programas sociais, particularmente aos serviços de proteção social básica, especial e alta complexidade, incluindo as pessoas com sofrimento psíquico, como prioridade das políticas de assistência social,

18. ²Destacando a necessidade de projetos intersetoriais de moradia para pessoas com transtornos mentais severos.

Referências - ¹Itaquera, ²Mooca

19. Mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade social,¹ e desenvolvimento de estratégias de atuação intersetoriais visando a diminuição dessa vulnerabilidade, ²com implementação de políticas públicas.

Referência - ¹Itaquera, ²Casa Verde e Penha.

20. ¹Transparência na garantia do monitoramento e da avaliação² de todos os serviços públicos, otimizando o acesso à informação, discussão local e processos educativos de esclarecimentos, bem como a participação dos usuários e familiares nestas políticas, por meio do controle social e do diálogo com os movimentos sociais.

22. ³Ampliar o controle social, dando formação, cursos, oficinas, debates e seminários para fortalecer os conselhos gestores, conscientizando a comunidade sobre os direitos e acesso aos serviços. Realizar trabalho em rede com trabalhadores e gestores e obter subsídio para cartilhas, informativos e folders com temas específicos em Saúde Mental.

Referências - ¹Butantã e Perus, ²Vl. Prudente / Sapopemba, ³São Miguel.

Eixo II. Políticas de Álcool e outras Drogas, e em Situação de Rua

21. Implantação e o desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas Inter setoriais, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e ¹Programa Nacional da Atenção Básica.

22. ²Diferenciar as políticas de álcool e outras drogas da política de pessoas em situação de rua, considerando que esses dois segmentos apresentam interface mas, de forma equivocada, são muitas vezes associados.

Referências - ¹Butantã, ²Vl. Mariana.

23. ¹Estabelecimento efetivo da estratégia de redução de danos como política pública de saúde, fortalecimento de práticas territoriais, construção de redes sociais com foco no planejamento de práticas terapêuticas centradas no paciente, utilizando abordagens contrárias aos modelos vigentes de moralização, penalização e criminalização da pessoa e da família com problemas com álcool e outras drogas.

24. ²Criação de equipes de redução de danos nos CAPS AD do município.

Referências - ¹Butantã, ²Ermelino Matarazzo



25. Fortalecimento das práticas territoriais, ¹dos equipamentos de saúde ¹da construção de redes sociais de redução de danos, buscando a contraposição ao modelo hegemônico centrado na ¹hospitalização, na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas, ²por meio da implantação de Consultórios na Rua (CnaR) na região da Penha.

Referências - ¹Perus e Vl. Mariana, ²Penha.

26. Utilização de critérios epidemiológicos, culturais, sociais e os desafios de promoção de estratégias de ação Inter setorial para a complexidade de demandas da população.

27. ¹Garantia quanto à ampliação e articulação de uma rede de atenção psicossocial, que contemple: UBS, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSI, Residências Terapêuticas, ²(criação Residência Terapêutica feminina e masculina), Unidade de Acolhida ao Adulto, Unidade de Acolhida Infantil, Emergências, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), ¹Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), leitos em hospitais gerais; ao mesmo tempo, ensejando investimentos em projetos de promoção da saúde, prevenção, tendo como princípio o respeito às singularidades socioculturais de cada grupo e região e a intersetorialidade, cultura, arte, lazer, esporte, educação, emprego e geração de renda, incluindo Atenção Básica UBS, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), UBS sem ESF, Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Consultório na Rua (CnaR), ³Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Drogas (SHRAD), emergências em leitos em hospitais gerais. ⁴Assim como a imediata reposição e ampliação de profissionais de Saúde Mental na Atenção Básica ao mesmo tempo.

28. ⁴Compromisso do município na ampliação das Residências Terapêuticas para a desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos.

29. ⁵Implantação do CAPS Álcool e Drogas III na região do Jardim Julieta; acrescentar nas portarias de CAPS a implantação do CAPS Álcool e Drogas III para atendimento de adolescentes e jovens na faixa etária de 12 a 21 anos; implantação do CAPS Adulto III na região de Vila Maria/Vila Guilherme; sede para o CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa de Vila Maria/Vila Guilherme, através da reforma do espaço das cocheiras no Parque Vila Guilherme – Trote, projeto já aprovado e aguardando liberação de verba; que as Feiras de Saúde Mental e Ecosol (Economia Solidária), tenham um calendário mais permanente e que faça parte do Calendário de Eventos da Cidade e criação de um ponto de comercialização para os produtos dos projetos e empreendimentos de inclusão social pelo trabalho; iniciar um processo coletivo intersetorial de construção de uma política pública local de Apoio ao Cooperativismo Social, na perspectiva da Economia Solidária, na cidade de São Paulo (PROMACOOP - Social); fortalecimento, reconhecimento e divulgação dos CECCO nos territórios como referência do eixo Reabilitação Psicossocial na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), com ampliação do RH (Recursos Humanos), recursos para apoio e fomento aos projetos e empreendimentos de inclusão social pela cultura e trabalho.

Referências - ¹M'Boi Mirim, Butantã, Capela do Socorro, Casa Verde, Penha e Vl Prudente/Sapopemba, ²Itaquera, ³Itaim Paulista, ⁴Mooca, ⁵Vl. Maria / Vl. Guilherme.

30. ¹É de fundamental relevância a necessidade de investimentos na comunicação com a sociedade propiciando a divulgação, nos meios de comunicação, inclusive em jornais locais, ²fóruns e seminários intersetoriais das políticas e ações do campo, de forma a possibilitar a ampliação de conhecimentos da população, visando reduzir preconceitos e estigmas associados



ao consumo de álcool e outras drogas e transtornos mentais, inclusive na infância por meio de cartilhas informativas.

Referências - ¹São Mateus, VL. Prudente/Sapopemba, Itaquera, ²Penha

31. ¹Investir em políticas de educação permanente e pesquisa, projetos de cooperação, segundo algumas regiões, com recursos provenientes da criação de tributos nos três níveis (municipal, estadual e federal) provenientes das drogas lícitas (álcool e tabaco) como uma das formas de financiamento das políticas públicas aos usuários de álcool e outras drogas² e seus familiares (co-dependentes).³ Já em outras regiões orientam a não criar novos tributos, e sim direcionar os já estabelecidos.

32. Ofertas de residências médicas multiprofissionais e de estágios na área de saúde mental e atenção aos usuários de álcool e outras drogas e criação de tributos como uma das formas de financiamento nos três níveis (municipal, estadual e federal) das políticas públicas aos usuários de álcool e outras drogas.⁴ Implementação de formação continuada para os profissionais da saúde, estabelecendo parceria com as Universidades.

33. ⁵Exigir investimentos financeiros do governo do Estado de São Paulo nas redes de atenção Psicossocial.

Referências - ¹Butantã, Capela do Socorro, Perus e São Miguel e VL. Prudente/Sapopemba, ²Itaim Paulista, ³ VL. Mariana, ⁴Ermelino Matarazzo, ⁵Mooca.

Eixo III. Acesso, Qualidade e Humanização nos equipamentos de Saúde

34. Garantir a implementação de políticas públicas Inter setoriais e¹ Intersecretariais visando à cultura, lazer, educação, esportes e geração de renda que garantam a integração dos serviços públicos com as organizações comunitárias² intersetoriais de seus territórios, fortalecendo os espaços públicos existentes, e apoiando a criação de novos espaços,³ como CPN e academias públicas de saúde por Subprefeituras, e estabelecimento de fóruns intersetoriais e ⁴com a mídia virtual.

35. ⁵Readequação dos CAPS II para CAPS III.

36. ¹Ampliação da relação de CID que contemplem o benefício de isenção tarifária junto a SPTrans.

Referências - ¹M¹ Boi Mirim, ²Butantã, ³Itaquera, ⁴Vila Mariana, ⁵Ermelino Matarazzo.

37. ¹Garantir equipamentos sociais, culturais, e de práticas populares de saúde e cuidado, ²com ampliação nos serviços de saúde de atividades voltadas às práticas integrativas e complementares, tais como: práticas corporais, relaxamento, caminhada, automassagem, meditação, etc, conforme Lei nº 14.682, de 30 de janeiro de 2008, e ¹próximos de sua residência.

38. ³Em complementação da RAPS, implementação do CAPS Infantil de Ermelino Matarazzo.

Referências - ¹VL. Prudente/Sapopemba, ²Itaquera, ³Ermelino Matarazzo.

39. A III Conferência de Saúde Mental reafirmará o caráter efetivamente público da Política



de Saúde Mental, ¹reavaliando todas as formas de parceria da gestão da rede de serviços, ²recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços, e ³reforçando a fiscalização dos contratos das OS por parte do gestor, ⁴assim como o repasse de verbas públicas para Comunidades Terapêuticas.

Referências - ¹São Miguel, ²Vl. Prudente/Sapopemba, ³Itaim Paulista, ⁴São Mateus.

40. ¹Promover e estimular, com transparência, o trabalho em rede com equipes multiprofissionais (terapeuta ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, assistente social, nutricionista, odontologia), ²em todas as Unidades Básicas de Saúde.

41. Enfatizar o apoio matricial e atuação transdisciplinar, ampliando o apoio matricial, fortalecendo as ações e o cuidado no território, por meio de estratégias, e dispositivos diversos, valorizando as potencialidades dos usuários e considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento dos usuários de forma itinerante.

42. ³Contratar mais profissionais, de acordo com a necessidade da região (Psiquiatras, Psicólogos e Assistentes Sociais) para a Rede de Atenção Básica.

Referências - ¹Butantã, Vl. Mariana, ²São Mateus, ³Vl Maria/Vl. Guilherme.

43. ¹Fortalecer a implementação da Política Nacional de Humanização, diretrizes e dispositivos na saúde mental e atenção básica, implantar e garantir o acolhimento ²efetivo nos serviços de saúde, destacando a atenção às questões de saúde mental, e garantindo porta aberta para entrada nos serviços ³com atendimento da equipe multidisciplinar capacitada, ⁴destacando-se a atenção às questões de saúde mental e garantindo a porta aberta para entrada nos serviços.

44. ⁵Incluir na proposta de Saúde Mental a questão da violência e garantia de transporte adequado para usuários de Saúde Mental em situação de crise.

Referências - ¹Ermelino Matarazzo, São Miguel, ²Itaquera, ³M' Boi Mirim, ⁴Penha, ⁵Vl Maria/Vl. Guilherme

45. Incentivar o protagonismo de seus usuários, considerando o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários e seus familiares, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, ¹incluindo-se as práticas integrativas em saúde, de modo a assegurar a integralidade da atenção à saúde.

Referência - ¹Vl. Mariana.

46. ¹Buscar o estabelecimento de vínculos entre equipes de saúde com os usuários, aumentando a capacidade de escuta às necessidades apresentadas, fortalecendo vínculos e diminuindo a distância entre teoria e prática e a distância entre usuários e funcionários, minimizando burocracias e diminuindo a distância entre os profissionais e os usuários.

47. ²Aumentar o RH das especialidades da Saúde Mental e buscar o estabelecimento de vínculos terapêuticos entre equipes de saúde com os usuários, aumentando a capacidade de atendimento e escuta respeitosa às necessidades apresentadas, ³com suporte efetivo de equipe



multiprofissional de saúde mental. (educadores, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta operacional).

Referências - ¹Butantã, ²Itaim Paulista, ³Vl. Mariana.

48. Valorização do conhecimento técnico da equipe de saúde mental e o saber da comunidade que potencializará a qualidade das intervenções no serviço levando todos aos cuidados compartilhados, ¹com fortalecimento da rede social.

49. ²Instauração de núcleo para acompanhamento técnico a qualquer tipo de violência que comprometa a saúde dos trabalhadores do SUS. Fortalecendo os núcleos de prevenção de violência nas Unidades.

Referências - ¹Vl. Mariana, ²Ermelino Matarazzo.

50. ¹Investimentos no desenvolvimento de educação permanente dos profissionais de saúde, promovendo o diálogo entre o saber acadêmico e o saber popular. Garantindo a capacitação integral das equipes na atenção primária (ESF, UBS tradicional e UBS Integral).

51. ¹Ampliar atendimento do SAMU, principalmente psiquiátrico;

52. ²Garantir a supervisão clínica institucional a todos os profissionais de saúde mental

53. ³Melhorar e equipar as Unidades Básicas de Saúde, adequando o espaço físico e as condições de trabalho;

54. ³Realizar concurso Público para profissionais da área de saúde mental;

55. ³Melhorar os hospitais da região (HM Tide Setubal, HM Alípio Correa Netto, HM Waldomiro de Paula); com acolhimento, RH, Leitos Psiquiátricos para adulto e infantil;

56. ³Construção de Novas Unidades: Casa de Imagem, Cecco para região de São Miguel, Casa de apoio à Mulher, UBS Jd. São Carlos, UBS Jd. Noêmia, UBS Cidade Nova São Miguel ser transferida para o prédio do antigo sacolão, Construção em alvenaria da UBS Parque Paulistano, CAPS II e III em São Miguel Paulista, CAPS Infantil no Bairro do Limoeiro, CAPS adulto, infantil e álcool e drogas no Distrito do Jd. Helena, Centro de Reabilitação e Casa de parto na região de São Miguel Paulista, Residência Terapêutica e Unidade de Apoio;

57. ³Integração dos serviços;

58. ³Formação em rede dos serviços e educação continuada com avaliação dos profissionais;

59. ³Humanização dos serviços e acolhimento, com capacitação e supervisão dos profissionais de saúde mental.

Referências - ¹Capela do Socorro, ²Ermelino Matarazzo, ³São Miguel.

Eixo IV. Economia Solidária e Centro de Convivência e Cooperativa – CECCO

60. Criar e implantar uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com ¹sofrimento e ²deficiências mentais, deficientes intelectuais, com ³transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou ainda para presidiários ou egressos do sistema prisional com transtornos mentais.

61. ⁴Educação permanente e continuada (cursos e supervisão técnico institucional custeadas pelo governo) bem como dando suporte a saúde mental integral aos trabalhadores.

Referências - ¹Perus, ²Capela do Socorro, ³Itaim Paulista, ⁴Vl. Mariana.



62. Realizar intervenções na articulação Inter setorial (assistência social, trabalho, educação e cultura,¹ esporte e lazer), programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade, capazes de assegurar o direito ao ²mercado de trabalho, por meio de incentivos fiscais às empresas empregadoras, às pessoas com transtornos mentais e pessoas com deficiência em processo de reabilitação.

Referências - ¹Perus, ²Vl. Mariana.

63. As propostas apontam para a pessoa com ¹sofrimento mental como um sujeito de direito e, portanto, um ator social, onde a centralidade passa pelo seu protagonismo e de seus familiares.

Referência - ¹Perus.

64. Incentivo ¹financeiro e logístico para que pessoas com ²sofrimento mental criem associações e ações que produzam a participação em eventos socioculturais, na geração de trabalho e renda sustentáveis, na melhoria da qualidade de vida, no fortalecimento dos vínculos, na socialização e inserção social.

Referências - ¹Vl. Prudente/Sapopemba, ²Perus

65. Criação de uma política que privilegie linhas de financiamento Inter setoriais, potencializando programas de reabilitação profissional e de trabalho protegido, ¹com programas de inserção no mercado de trabalho formal, ao mesmo tempo, buscando fomento para a garantia do acesso à educação e capacitação técnica para o trabalho conjunto dos usuários da rede ² de atenção psicossocial (RAPS).

Referências - ¹Itaquera, ²Casa Verde.

66. Priorização da realização das oficinas ¹de geração de renda em sedes fora dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reafirmando que o espaço destinado ao acolhimento de pessoas com ²sofrimento mental deve ser distinto do espaço de trabalho e ³também fora dos CAPS com objetivo de geração de renda.

67. ⁴Contratação de oficinheiros para os CECCO.

68. ⁵Qualificação de profissionais da rede publica para atendimento e tratamento odontológico em pacientes com transtornos mentais.

Referências - ¹Casa Verde e Vl. Prudente/Sapopemba, ²Perus, ³Itaquera, ⁴Ermelino Matarazzo, ⁵M' Boi Mirim.

69. ¹Garantir e reafirmar os Centros de Convivência e Cooperativa CECCO ²como equipamento da rede de atenção à saúde e como espaço privilegiado para o desenvolvimento de atividades com o objetivo promover a reinserção social e a integração no mercado de trabalho de pessoas que apresentam sofrimento mental, pessoas com deficiência física e ³ intelectual, idosos, crianças e adolescentes em situação de risco social e pessoal e ⁴para a população em geral.

70. ⁴Realizar parceria para dar sustentação econômica com relação às iniciativas da comunidade. As ações ocorrem por meio de atividades diversificadas - tais como oficina de arte, música, esporte, marcenaria e costura - e são desenvolvidas preferencialmente em espaços públicos.

71. ⁵Criação de mais um CECCO no território (Parque do Carmo).



72. ⁶ Reafirmar os CECCO por meio de sua habilitação e construção de novos CECCO na região Penha.
73. ⁷ Gestão compartilhada entre as Secretarias onde o CECCO está instalado e incluir oficinas de trabalho.

Referências - ¹Perus, M' Boi Mirim, ²Perus, ³São Miguel, ⁴Butantã, ⁵Itaquera, ⁶Penha, ⁷Vl. Maria/Vl. Guilherme.

74. ¹ Reafirmar os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), como equipamento da rede atenção à saúde, ² equipamento integrante da rede psicossocial. Investir na melhoria ³ de sua infraestrutura e nos recursos humanos e materiais necessários, ⁴ garantindo o financiamento, visando seu pleno funcionamento, além de se criar incentivos para a formação de cooperativas populares, associações, núcleos e iniciativas de geração de trabalho e renda, com base nos princípios da economia solidária de forma a favorecer a inclusão social na comunidade e no mercado de trabalho, ⁵ realizando parceria com proposta para dar sustentação econômica das iniciativas da comunidade, ⁶ e em parceria com a Secretaria Municipal do Trabalho.

Novas propostas:

75. ⁷ Equipe de Saúde Mental em todas as Unidades Básicas de Saúde;
76. ⁷ Ter uma ambulância específica para os CAPS;
77. ⁷ Revisão das CID para contemplar outras psicopatologias para a isenção tarifária;
78. ⁷ Emissão de laudos para isenção tarifária vinculado a necessidade do tratamento que é avaliado por equipe Multiprofissional.
79. ⁸ Transferência do CECCO para um equipamento público;
80. ⁹ Implantar uma farmácia de alto custo em cada Coordenadoria de Saúde, implantação de um CER - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO, sendo quatro com oficina ortopédica na Supervisão do Itaim Paulista. Criação de uma frota de ambulâncias sendo que no mínimo um veículo deverá ser designado para atendimento das demandas da Atenção em Saúde Mental, ampliar contrato com a COOPERCAR para carro destinado às visitas domiciliares e pequenas remoções, sendo que no mínimo um veículo deverá ser designado para atendimento das demandas da Atenção em Saúde Mental.
81. ¹⁰ Contratação de oficineiros para os CECCO e CAPS considerando a parceria intersecretarial: Secretaria Municipal de Participação e Parceria - SMPP/Ofício Social /Compares, ² incluindo a contratação de oficineiros;
82. ⁸ Implantação de restaurante popular em Ermelino Matarazzo;
83. ⁹ Criação e financiamento da ocupação/CBO de Acompanhante Comunitário/Cuidador para portadores de sofrimento mental grave, deficientes e idosos com necessidades especiais que possam ser cuidados em seu lar, sem ter que ser transferidos para Residências Terapêuticas;
84. ⁸ Aprovação de plano de cargos e carreiras para profissionais técnicos de saúde mental com padronização de 30hs de trabalho.

Referências - ¹Perus, ²Vila Mariana, ³Casa Verde, ⁴Vl. Maria / Vl. Guilherme, ⁵Butantã, ⁶Itaim Paulista, ⁷São Miguel, ⁸Ermelino Matarazzo, ⁹Itaim Paulista, ¹⁰M' Boi Mirim.

**III Conferência Municipal de Saúde da
População Negra**
Relatório Consolidado das Pré-Conferências





III Conferência Municipal de Saúde da População Negra Relatório Consolidado das Pré-Conferências

Racismo Institucional

1. O racismo institucional é definido como o "fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito¹ voluntário e involuntário, ignorância, negligência e estereótipo racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica" (Documento da Comissão for Racial Equality, 1999 apud Sampaio, 2003, p. 82).
2. ²Implantar política de humanização no atendimento à população negra, principalmente mulheres que sofrem certa discriminação, banindo o mito de que o "negro é mais forte".
3. ³Implementar mecanismo para o combate ao racismo institucional, preconceito, discriminações raciais no sistema de saúde, em conformidade com a lei 10.639/03 e leis do estatuto de igualdade racial.
4. ⁴Qualificar os profissionais por meio de educação continuada, cursos, para atendimento à população negra, com a finalidade de reduzir a prática de atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereótipo racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica.
5. ⁵A exemplo de cartazes que divulgam a ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde, elaborar cartazes que divulguem o direito de denunciar qualquer forma de discriminação e racismo.

Referências - ¹M'Boi Mirim, ²Guaianases, ³Itaim Paulista, ⁴São Matheus e ⁵Sé.

6. Reconhecer as particularidades de saúde da população negra e que seus agravos estão diretamente ligados aos determinantes sociais de saúde, e no campo da saúde. Refere-se à grande resistência em aceitar a Marca da Política que "Reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra, com vistas à promoção da equidade em saúde". As propostas são:
 7. ¹Elaboração de estudo para identificar as doenças e acidentes prevalentes na população negra e sua relação no trabalho, para desenvolver ações de prevenção;
 8. ²Contemplar e implementar, na prática, a Política Nacional de Saúde da População Negra já existente desde 2008 e divulgar o estatuto da igualdade racial, bem como da lei anti-racismo, nos serviços de saúde;
 9. ³Realizar mais programas contra o racismo.

Referências - ¹Itaquera, ²Mateus, ³Sé.

10. O combate à institucionalização do Racismo se faz necessário, utilizando-se de várias estratégias como a implementação de programas, confecção de cartazes, realização de fóruns, ¹em parceria com o Movimento Negro, assim como a ²sensibilização de servidores visando à humanização do atendimento à população negra e suas peculiaridades e com a ⁵divulgação para outras instituições públicas, contemplando a intersetorialidade.
11. ³Estimular a criação de espaços nos serviços de saúde para manifestações da população



negra (inclusive artísticas e culturais), assim como ⁴facilitar o empoderamento da população local negra, realizando parcerias com instituições do terceiro setor que tenham por objeto o combate ao racismo. Criação de uma ouvidoria específica com o envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários no combate ao racismo institucional.

12. Considerando que não seja ético orientar sua ação de modo a discriminar, o profissional de saúde tende a não perceber as desigualdades ou insistir na sua inexistência, contribuindo para a inércia do sistema frente às mesmas e, por conseqüência, para a sua manutenção. Este combate é caracterizado pela produção e disseminação de informações sobre os desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer; para tanto, é importante a ⁵realização de fóruns para combater o racismo institucional com paridade de representação de trabalhadores, gestores, usuários e organizações sociais.

13. ⁶Melhorar o monitoramento do serviço de saúde prestado com ênfase às ações voltadas às mulheres negras e idosas, com check-list de todos os procedimentos que devem ser realizados durante seu atendimento, com ciência das mesmas, devolutiva dos resultados e discussão posterior na educação permanente em conjunto com o Conselho Gestor.

14. ⁴Orientar o trabalhador sobre as responsabilidades legais e, dependendo da gravidade, encaminhar aos órgãos competentes para que a lei seja aplicada.

15. ⁵Criar grupo de trabalho para debate da saúde da população negra voltado para as religiões de matriz africana.

Referências - ¹Jabaquara, ²Ipiranga, ³Butantã, ⁴Mooca, ⁵Sé, ⁶Guaianases.

16. Dentro dessas estratégias inclui-se a disponibilização da “POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA” e ¹RACISMO INSTITUCIONAL para consulta nos equipamentos da Rede Municipal de Saúde, ²tanto pelos usuários como pelos trabalhadores. ³Disponibilizar, também, em forma de cartilha, discussões em fóruns e seminários sobre a Política Nacional da População Negra, visando a ⁴Implementação da Política Nacional da Saúde da População Negra.

17. ⁵Permanência da verba específica para o Programa Municipal de DST/AIDS, considerando que o número de mulheres negras com HIV/AIDS vem aumentando e há proposta de que esta verba seja inclusa na verba geral da Saúde.

Referências - ¹Cidade Tiradentes, ²Ipiranga, ³Vl. Prudente / Sapopemba, ⁴Itaquera, ⁵Guaianases.

Inclusão e Coleta do Quesito raça/Cor

18. O Município de São Paulo apresenta 37% de população negra e em 32 Distritos Administrativos este número varia de 40 a 60% dos habitantes. A importância do quesito cor tem sido uma reivindicação do movimento negro, para que se possam conhecer melhor os aspectos de vida e saúde da população negra.

19. A utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas é importante para a definição de prioridades e tomada de decisão, identificando as necessidades de saúde da população negra e podendo utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.

20. Neste contexto, a sensibilização dos profissionais em seus locais de trabalho, quanto à importância da implementação de Políticas Públicas Específicas, a inclusão e coleta do quesito Raça/Cor, a divulgação em todas as instâncias da SMS e na Rede São Paulo Saudável são estratégias importantes a serem implementadas.

21. Quanto à importância da coleta do quesito raça/cor, orientamos ¹abordar nas reuniões e



grupos, e ²rodas de conversa das unidades de saúde o quesito raça/cor e a importância da sua coleta.

22. ³Obrigatoriedade quanto ao preenchimento em todos os formulários da Secretaria Municipal de Saúde. Caso o quesito não seja preenchido, o documento deverá ser declarado como incompleto.

23. ⁴Que o quesito raça/cor seja incluso no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), no Cartão SUS e na ficha de matrícula da Unidade de Saúde.

24. ⁵Definir na área da saúde que todos os instrumentos de informação venham com as cinco cores do quesito raça estabelecidas pelo IBGE e retirem o item ignorado, substituindo pelo não declarado, sendo que a informação deve ser auto declarada.

25. ⁶Possibilitar a visibilidade do item raça/cor: ilustrar com desenhos, cartazes, folders – “QUAL É A SUA COR?”.

26. ⁷Divulgação sobre o que a Secretaria Municipal da Saúde implantou sobre o quesito raça/cor.

Referências - ¹Campo Limpo, ²Ermelino Matarazzo, ³M' Boi Mirim, ⁴Sé, ⁵Vl. Prudente/Sapopemba, ⁶São Mateus, ⁷Guaianases.

Promoção das Equidades nas Doenças e Agravos de Maior Prevalência

27. Um dos princípios básicos do SUS é a equidade, ou seja, os serviços de saúde devem oferecer tratamentos diferenciados e específicos para os desiguais, visando reduzir diferenças de vulnerabilidade das populações, ¹com ações de promoção de igualdade e redução das diferenças de vulnerabilidade da população. No caso da população negra, que é mais vulnerável a várias patologias pelo processo histórico de exclusão social, econômica, política e cultural a que foi submetida, cabe aos serviços de saúde garantir atendimentos adequados, que venham a reduzir essa vulnerabilidade Neste sentido, propomos:

28. ²Implantação das UBS Integrais com profissionais de saúde especializados em patologias da população negra;

29. ³Autonomia para o Enfermeiro solicitar exame de Prevenção de Câncer de Próstata para homens negros a partir de 45 anos, que passarem por atendimento na Unidade Básica de Saúde;

30. ⁴Contratação de hematologista nos ambulatórios de especialidades;

31. ⁵Criar uma política de enfrentamento não só da doença falciforme, mas de todas as doenças, inclusive saúde mental, que incidem na população negra, e que seja transformada em lei baseada em dados epidemiológicos;

32. ⁶Melhoria dos estudos epidemiológicos das doenças da população negra, disponibilizando medicamentos adequados para o devido tratamento;

33. ⁷Instituir oficialmente por parte do gestor municipal a obrigatoriedade, fomento e acompanhamento das práticas locais voltadas para a equidade da saúde da população negra. Definir, enquanto política municipal de governo, a criação de fóruns para elaboração de ações conjuntas, intersecretariais e da sociedade civil organizada, para o enfrentamento da temática;

34. ⁵Políticas Públicas para jovens e adolescentes negras para prevenção de gravidez precoce, DST/AIDS, planejamento reprodutivo, e ⁹inclusão no protocolo de exames de gestantes da eletroforese de hemoglobina (Hb);

35. ⁸Utilizar os dados levantados pelo Ministério da Saúde sobre as doenças que atingem a população negra, capacitando e sensibilizando os profissionais de saúde sobre o assunto.

Referências - ¹Parelheiros, ²Ermelino Matarazzo, ³Guaianases, ⁴Itaquera, ⁵Sé, ⁶São Miguel, ⁷Vila Mariana, ⁸São Mateus, ⁹Vl.Prudente/Sapopemba.



36. Ao qualificar a vulnerabilidade, faz-se urgente a intervenção sobre os fatores estruturais que determinam essa ou aquela condição de saúde; para tanto, é necessária a incorporação da diversidade cultural inter e intragrupos e as especificidades de cada uma. Reconhecer as especificidades de gênero e raça/¹etnia e orientação sexual apresenta, como consequência, a equidade na atenção à saúde da população negra.

37. ²Apropriar-se da situação da população negra, observando a regionalização e buscando o apoio intersetorial na promoção, prevenção e tratamento dos agravos de maior prevalência.

38. ³Na linha de uma redução de danos, criar espaços protegidos para o uso de substâncias psicoativas e acompanhamento médico, psicológico e social, preferencialmente nos CAPS e CECCO, com recorte étnico-racial.

Referências - ¹Pirituba, ²São Mateus, ³Sé

39. Algumas doenças orgânicas ou sociais caracterizam-se pela maior prevalência ou por complicações mais frequentes na raça negra, tais como: Anemia Falciforme, Hipertensão Arterial, Desnutrição e Gravidez na Adolescência, ³DST's/HIV/AIDS, transtornos mentais como: déficit de atenção, alcoolismo, drogadição, depressão entre outras.

40. ¹Criar uma política de enfrentamento não só da doença falciforme, mas de todas as doenças e suas conseqüências, inclusive saúde mental, que tem maior incidência na população negra.

41. ¹Garantia de implementação de políticas de afirmação e de acesso em todos os níveis de atenção à população negra.

42. ²Criar e implementar protocolos de atendimento à população negra, visando a prevenção das principais doenças e agravos que a acometem.

43. ⁴Criar outro Centro de Referência mais próximo da região norte, ou capacitar os hospitais da região.

44. Destaca-se também o alto índice de causa de morte por causas externas (homicídios) da população negra no Município de São Paulo, sendo importante a implementação e ⁵ampliação das ações voltadas às políticas públicas de prevenção da violência (homicídios/acidentes), que atinge principalmente a população negra na faixa etária de 15 a 29 anos.

Referências - ¹Vl. Prudente / Sapopemba, ²Capela do Socorro, ³Ipiranga, ⁴Pirituba, ⁵Santo Amaro.

Linhas de Cuidado para Doença Falciforme

45. A Portaria Nº 2.861 de 23/11/2010 é a que regula o atendimento ao portador de Anemia/Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias em residentes no Município. ¹Garantir a efetivação da portaria, de modo que todos acessem o serviço da forma preconizada e em tempo hábil. ²Identificar em prontuário paciente portador de traço e com anemia falciforme, para melhor acompanhamento e orientação no planejamento familiar. No município de São Paulo temos os seguintes Centros de Referência para o Acompanhamento aos Portadores de Hemoglobinopatias (CRAPH), a saber: Hospital da Clínicas - Adultos e Crianças; Hospital São Paulo/UNIFESP – Adultos e Crianças; Hospital Santa Marcelina - Adultos e Crianças; Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Adultos e Crianças; Hospital Euryclides de Jesus Zerbini - apenas Adultos; Hospital Menino Jesus - apenas Crianças; Hospital Darcy Vargas – apenas Crianças; Hospital Cândido Fontoura apenas para crianças.

46. ³Garantir maior integração entre os serviços para o atendimento da população vulnerável



(mulheres, adolescentes e idosos) em articulação com o Conselho Municipal de Saúde.

47. ⁴Incluir o núcleo do Centro de Referência para o acompanhamento aos portadores de hemoglobinopatias nas Unidades de Saúde - na área de abrangência de residência do portador.

48. ⁵Criar um centro de referência ao portador, infantil e adulto, de anemia falciforme na região Sul.

49. O atendimento regionalizado, prestado pelos Centros de Referência, para o Acompanhamento aos Portadores de Hemoglobinopatias (CRAPH) estabelece o diagnóstico precoce, por meio do teste do pezinho, realizado pelos serviços de Triagem Neonatal: H. Santa Marcelina (região Leste), APAE (regiões: Sudeste, Sul, Centro Oeste e Norte). ⁸Realizar mapeamento do diagnóstico no território, com o objetivo de capacitar os profissionais que atuarão no local, criando e ampliando os Centros de Referência de acordo com o estudo territorial.

Rererefências - ¹São Mateus, ²Guaianases, ³Itaquera, ⁴Sé, ⁵Campo limpo.

50. ⁵Explicitar mecanismos de gestão com relação ao conteúdo dos programas de educação permanente sobre a saúde da população negra em todas as instâncias, com a definição de indicadores de monitoramento. Após ser diagnosticado, o portador de hemoglobinopatias será encaminhado para o CRAPH mais próximo da residência. No caso de diagnóstico tardio, a Unidade Básica de Saúde solicita exames específicos e, na confirmação do diagnóstico, faz o agendamento no CRAPH mais próximo da residência do portador. ¹⁰Garantir o medicamento na rede para o tratamento na Unidade Básica de Saúde.

Acrescentam-se as seguintes propostas:

51. ¹Centro de referência do CRAPH, no hospital São Luiz Gonzaga e Hospital Mandaqui;

52. ²Incluir no SIAB o item anemia falciforme e identificação da unidade;

53. ³Elaboração e implementação de protocolo de atendimento específico para as doenças de maior prevalência na população negra;

54. ⁴Implementação da Política Nacional para População Negra no município, garantindo assim o repasse de verba pública específica;

55. ⁵Oficializar a necessidade de participação da saúde nos vários fóruns de liderança dos movimentos negros, com definição de indicadores de resultados para monitoramento dessas ações.

56. ⁶Capacitação dos profissionais de saúde para melhor diagnosticar, tratar e monitorar as patologias relacionadas à população negra.

57. ⁷Implantar um Centro de Referência para o Acompanhamento aos Portadores de Hemoglobinopatias - CRAPH para adultos e crianças no território de M' Boi Mirim. Garantia do fluxo de informação entre a referência e contra-referência nas Unidades Básicas de Saúde.

58. ⁹Ampliar estudos em torno dos portadores de traço falciforme e fatores de risco associados ao traço, além de garantir aconselhamento genético para traço falciforme.

59. ¹¹Implantar em todas as Unidades Básicas de Saúde campanhas permanentes de busca ativa de anemia Falciforme com prioridade zero para os Centros de Referências no acompanhamento aos portadores de Hemoglobinopatias.

60. ¹²Implantação de centro de referência para o acompanhamento aos portadores de



hemoglobinopatias nos hospitais municipais e ¹³garantir o atendimento de urgência, na rede pública, ao homem portador da anemia falciforme nas suas manifestações agudas.

Referências - ¹Jacaná/Tremembé, ²Campo Limpo, ³Itaquera, ⁴Pirituba, ⁵Vila Mariana, ⁶Jabaquara, ⁷M' Boi Mirim, ⁸Penha, ⁹Butantã, ¹⁰Capela do Socorro, ¹¹Ermelino Matarazzo, ¹²Itaquera, ¹³Santo Amaro

Participação Popular

61. O fortalecimento do Controle Social na formulação, regulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas equitativas ³com instrumentos de fiscalização efetiva, são traduzidos em reivindicações que reduzem a desigualdade e ampliem o acesso aos bens e serviços públicos. O ¹acompanhamento pelo Conselho Gestor Municipal, e de todos os conselhos gestores das Unidades fazem valer o cunho deliberativo que está na lei.

62. ²Incentivar e corresponsabilizar os conselhos gestores a propagarem a importância da coleta do quesito raça/cor e demais questões que promovam a saúde da população negra.

63. ⁴Utilizar os dados desagregados por raça-cor nas tomadas de decisões para o exercício do controle social das políticas de saúde.

64. ⁵Garantir o cumprimento das seguintes Leis voltadas à população negra: Resolução nº 2016-A-XX da Assembleia Geral das Nações Unidas em 21/12/1995; Decreto nº 62.150 de janeiro de 1968 que promulgou a convenção nº 111 da OIT; Lei federal nº 7716 de janeiro de 1989 que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou cor e as Leis que a alteram como Lei federal nº 8081 de 21/9/1990, Lei nº 8882 de 03/6/1994 e Lei nº 9459 de 13/5/1997 que altera o artigo 149 do Código Penal; Lei nº 8078/90 que protege o consumidor punindo qualquer tipo de publicidade discriminatória; Lei nº 8081/90 que estabelece como crime discriminatório ato praticado através da mídia escrita, falada e televisiva; Lei nº 80069/90 no artigo 5º que determina que nenhuma criança ou adolescente pode sofrer qualquer forma de discriminação.

65. ⁶Apoiar os processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra, e instituir mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre o racismo e saúde da população negra, incluindo aspectos culturais e religiosos.

66. Conselhos mais atuantes, criação de Comissão Permanente, ⁷inclusive nos Conselhos Locais com o apoio do Conselho Municipal e ^{8 e 9}criação de comissão permanente da saúde nos conselhos gestores das Supervisões Técnicas de Saúde referentes aos assuntos de saúde da população negra, ¹⁰com participação de profissionais de saúde, usuários, sociedade civil nos diversos espaços e debates sobre a gestão do SUS.

67. ¹¹Conselhos mais atuantes, criação de Comissão Permanente referente aos assuntos de saúde da população negra, descentralização deste conselho municipal da população negra e mais participação popular. Inclusão de representação nos Comitês de Ética e Pesquisa e parcerias junto ao Movimento Negro quanto à sensibilização e capacitação no combate ao racismo facilitam a identificação das necessidades de saúde da população negra e sua utilização como critério de planejamento e definição de prioridades. ¹²Incluir representação da população negra nos Comitês de Ética em Pesquisa.

68. ¹³Estruturar em todas as instâncias da Secretaria Municipal de Saúde representantes da saúde da População Negra e ¹⁶fomentar as buscas ativas nos serviços de saúde para a participação popular na política de saúde da população negra, respeitando seu território.

69. ^{1, 13 e 14}Contribuir e facilitar a identificação das necessidades de saúde da população negra e



sua utilização como critério de planejamento e definição de prioridades.

Referências - ¹Guaianases, ²Itaquera, ³Parelheiros, ⁴Pirituba, ⁵Santo Amaro, ⁶Vila Mariana, ⁷Butantã, ⁸Campo Limpo, ⁹Santo Amaro, ¹⁰Lapa, ¹¹São Miguel, ¹²Sé, ¹³M'Boi Mirim, ¹⁴Cidade Tiradentes, ¹⁵Jaçanã/Tremembé, ¹⁶São Mateus.

Educação Permanente

70. Introduzir o tema racismo em todos os processos de capacitação ¹com base na lei 10639 e promover formação em saúde com recorte étnico-racial e de gênero para todos os trabalhadores da saúde, e de modo particular com relação à saúde mental, ²às pessoas com deficiências e às pessoas portadoras de doenças raras quanto às conseqüências do racismo existente na sociedade brasileira.

³Capacitações constantes para todos os profissionais da saúde voltadas para o racismo institucional, assim como a ⁴capacitação e sensibilização dos membros ou profissionais do Núcleo de Prevenção à Violência com atenção ao racismo institucional.

Referências - ¹Vl. Prudente/Sapopemba e Ermelino Matarazzo, ²Penha, ³Campo Limpo e Santo Amaro, ⁴Jaçanã/Tremembé.

71. São estratégias a qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, a articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, ¹com ampla divulgação, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, contemplando a atenção diferenciada na internação. ²Rever a atual legislação no que se refere à coleta de papanicolau e definir os profissionais de saúde que podem estar envolvidos nessa prática.

72. ¹Capacitação dos conselheiros sobre a questão raça-cor, racismo e implementação de programas na TV Rede São Paulo Saudável, com atenção ao tema racismo e estado laico, sem distinção de religião no atendimento ao negro.

73. ³Articular e fortalecer as ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, contemplando a atenção diferenciada na internação e ⁴garantir a continuidade das informações quando houver mudanças no quadro de recursos humanos.

74. ⁵Sensibilizar os diversos segmentos e demais políticas públicas para a saúde da população negra e ⁶possibilitar maior divulgação à população negra com relação aos seus direitos enquanto usuários do SUS.

Referências - ¹Jaçanã Tremembé, ²São Miguel, ³Lapa e Vl. Prudente/Sapopemba, ⁴São Mateus, ⁵Itaquera, ⁶Santo Amaro.

75. Apoiar os processos de educação popular, ¹com envolvimento intersetorial em saúde, pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra e instituir mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra. Implementar efetivamente o programa Saúde do Escolar, dando foco nas relações étnico-raciais e ³fortalecê-lo através de ações de saúde promovidas pelas Unidades Básicas de Saúde.

76. ⁴Geração de dados com recorte étnico-racial pelos comitês de mortalidade infantil, afim de subsidiar melhorias na assistência ao pré-natal, ao parto e aos cuidados com a criança.

Referências - ¹Cidade Ademar, ²Ermelino Matarazzo, ³Santo Amaro, ⁴Butantã.



Saiba mais em:
saude.prefeitura.sp.gov.br



