

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS
RESOLUÇÃO Nº 002/06-CMS, DE 26.01.06**

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, no cumprimento da Lei nº 8.142 de 28.12.90, artigo 1º, parágrafo 2º e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 12.546, de 07.01.98, e Dec. 38.576, de 05.11.99, em sua 84ª Reunião Ordinária, de 26.01.06.

RESOLVE: Homologar o Relatório Final da 13ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo.



Relatório Final

Nos dias 19,20 e 21 de dezembro de 2005, ocorreu a 13ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo – CMS-SP, na Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas, sito à Rua Voluntários da Pátria, 547, São Paulo, SP.

A Mesa de Abertura ocorreu na noite do dia 19, das 18 às 21 horas, e iniciou com o pronunciamento da Secretária Municipal de Saúde, Dra. Maria Cristina Faria da Silva Cury que, declarou aberta a Conferência e agradeceu aos participantes da mesa e aos presentes, apontando a importância desta para a efetivação do controle social no SUS. A Sra. Irene Batista de Paula, Membro do Conselho Municipal de Saúde e Representante do segmento dos Trabalhadores agradeceu a oportunidade de ter sido Conselheira durante dois mandatos, salientando a necessidade de corrigir distorções e lutar por uma Saúde de qualidade no Sistema Único de Saúde – SUS, considerando a importância do Município de São Paulo nessa trajetória.

O Coordenador Adjunto da 13ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, Celso Ricardo Monteiro, Membro do Conselho Municipal de Saúde e Representante do segmento dos Usuários, reafirmou o espírito das Leis Orgânicas da Saúde, e a importância do papel de construir mais um capítulo da história da saúde pública no país. Saudou a cada um e, em particular, os usuários que

enfrentam sérios problemas no seu dia a dia e que continuam juntos nessa luta conclamando para que a Conferência acolha os vários olhares e paradigmas, visto que, São Paulo é a terra da diversidade.

O Coordenador da 13ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, Kalil Duailibi, agradeceu aos presentes e a todos que colaboraram o êxito desta Conferência. Ressaltou que este é mais um passo para a efetivação e construção do SUS. Relatou ainda as necessidades e prioridades do Sistema, tais como: a garantia de recursos financeiros com aumento da tabela do SUS, do teto financeiro do município e recursos para investimentos; atenção integral com equipe multiprofissional, referência e contra-referência e cuidado mais humanizado; informatização para garantir efetivos controles de estoque e medicamentos e a luta para a adequação dos recursos humanos em todas as unidades de saúde. Apresentou os quatro eixos da Conferência: Eixo 1 - Organização de Serviços: da Atenção Básica aos Serviços Hospitalares, com Acolhimento e Humanização, Regulação, Referência e Contra-Referência; Eixo 2 – Financiamento, Abastecimento e Medicamento; Eixo 3 – Controle Social e Eixo 4 – Recursos Humanos, Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Comunicação.

Estavam presentes a Comissão Organizadora, a Comissão Científica, a Secretária Geral do Conselho e da Conferência Municipal de Saúde, Maria José Ribeiro Linguanotto, coordenando a Equipe de credenciamento e homologação e a Relatora Geral, Marília Louvison coordenando a Equipe de Relatoria.

Várias autoridades da saúde estavam presentes, bem como alguns parlamentares que foram convidados à fazer uso da palavra. Foi anunciada a presença do Deputado Estadual Carlos Neder e, a seguir à votação do Regimento, foram convidados os parlamentares presentes para fazer uso da palavra. O Deputado Estadual do PSDB, Milton Flávio homenageou o Sr. Naelson pelos vários anos de dedicação ao controle social e comprometeu-se a propor à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo a realização de moção de apoio ao PL-001/2003. A Deputada Estadual do PC do B, Ana Maria Martins deu destaque para o tema central da conferência, em particular do quanto ainda deve-se avançar nas áreas de Saúde da Mulher e da Saúde Mental e que gostaria que a Secretária Municipal de Saúde e o Prefeito olhassem com muito carinho para a saúde.

O Deputado Federal Roberto Gouveia salientou a importância de que esta é a 13ª edição das Conferências Municipais de Saúde de São Paulo, enquanto a Conferência Nacional de Saúde ainda está na sua 12ª edição, evidenciando que o município de São Paulo tem uma trajetória de luta pela saúde, pelo Sistema Único de Saúde que, inclusive, inspirou outros em discussão, tais como, o Sistema Único da Segurança Pública, o Sistema Único da Habitação e o Sistema Único da Assistência Social. Espera que esta Conferência continue a lutar por um SUS com equidade, universalidade, com controle social, sem desvios, sem aventuras, tais como a experiência que o município de São Paulo viveu com o PAS. Solicitou apoio desta Conferência, por meio de moção, ao Projeto de Lei nº 001/2003, que regulamenta a Emenda Constitucional 29, que trata do financiamento do SUS e

tem certeza que esta Conferência vai continuar na construção da política nacional de saúde no Brasil.

Na votação do Regimento, coordenado pela Conselheira Celina Maria José de Oliveira, foram levantados 6 (seis) destaques, sendo que em dois deles foram mantidas as redações (art. 9 e art 15). No artigo 7º foi acrescentado o acesso de comunicação e alterada para delegados com deficiências. No artigo 12º foi acrescentado que a Conferência de caráter expositivo referia-se à palestra de abertura do dia 20 de dezembro de 2005, no período da manhã. O Inciso III do artigo 14, modificou de 15 para 10% a necessidade de assinaturas para encaminhamento de moções e acrescentou que a Comissão Organizadora divulgará o número de delegados credenciados até às 15hs do dia 20/12. Foi ainda aprovada alteração que inclui o termo delegada, em complementação a delegado, considerando a questão de gênero. Constam como anexo do relatório final o Regulamento e o Regimento já com as alterações aprovadas na Plenária de Abertura da 13ª CMS-SP, disponibilizados em anexo.

Foram credenciados 338 Delegados (as) representantes do segmento de Usuários, 174 Delegados (as) representantes do segmento dos Gestores / Prestadores, 190 Delegados (as) do segmento dos Trabalhadores, 84 Convidados (as) e sete Relatoras, totalizando 793 participantes. Foi solicitado pelos delegados que, nas próximas Conferências, fossem disponibilizados os documentos também em Braille e com antecedência.

A primeira conferência “A Reforma Sanitária Brasileira”, foi proferida pelo Dr. Nelson dos Santos e ocorreu na manhã do dia 20. As Coordenadoras da Mesa foram Celina Maria José de Oliveira e Irene Batista de Paula, da Comissão Organizadora. Ele apresentou uma análise em relação aos rumos que a saúde vem tomando junto às políticas públicas para a sociedade e para a nação nos últimos quinze anos, reafirmando compromissos e defendendo uma agenda renovada e ampliada de mobilização social, política e institucional.

Salientou que as evidências acumuladas vêm comprovando que as forças internas do SUS sociais e políticas esgotaram sua capacidade de promover uma ruptura com os procedimentos desvirtuados pelo atual paradigma das políticas de Estado. É premente a intensificação da realização da Reforma Sanitária Brasileira. Reforça que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira é típico de um processo civilizatório maior que busca a prevalência dos valores sociais da solidariedade e da justiça social. Alinha-se propositivamente pelo imediato início da política econômica rumo à construção de políticas públicas universalistas e igualitárias. Conclamou ainda para que todos continuem firmes na luta e manter viva e articulada a aliança bem sucedida entre a população brasileira, profissionais de saúde, prestadores de serviços, dirigentes e técnicos do SUS, parlamentares, membros do Ministério Público e outros que militam pelos princípios e diretrizes do SUS. Esta militância acredita na força das lutas do povo e tem certeza de que um novo Brasil ainda é possível.

Ao final, foram apresentadas alguns questionamentos que, em função do horário, foram encaminhadas às Plenárias Parciais e o conferencista se comprometeu a enviar a sua fala por escrito e as suas considerações aos questionamentos levantados. Disponibilizou documento, em anexo, que foi distribuído durante a conferência e, não foi utilizada apresentação em power point.

No dia 20, às 11 horas, foram iniciados os trabalhos das quatro plenárias parciais pelos eixos temáticos, iniciando no período da manhã com a realização de palestras e debates. No período da tarde foram apreciadas as propostas referentes a cada eixo, destacadas e votadas e até as 19 horas todas as sessões foram encerradas, quando então teve início o trabalho da relatoria, de conferência e sistematização das votações ocorridas ao longo do dia nas quatro salas e elaboração de relatório preliminar para votação na plenária final .

As propostas preliminarmente apreciadas e os principais pontos propostos, pela Comissão Científica, para os debates das Plenárias parciais foram baseados no documento preparatório para a **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- Trabalhadores da Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: Práticas de Trabalho, Gestão, Formação e Participação – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília-DF, 2005** e o **consolidado de Propostas das 5 Oficinas do SUS Regional: Regiões Leste, Sul, Norte, Sudeste e Centro Oeste – Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, São Paulo, SP, Novembro, 2005**, sem sistematização prévia de propostas.

No eixo 1, foram apreciadas as 137 propostas do documento base, sendo que 83 foram aprovadas sem destaques, 14 foram aprovadas com alteração de redação e 18 foram suprimidas. Foram encaminhadas para apreciação na Plenária Parcial do Eixo 4, oito propostas, votadas na Plenária Final tendo sido duas aprovadas e seis suprimidas na Plenária Final. Foram encaminhadas à Plenária Final 7 propostas aprovadas entre 30 e 70% que foram aprovadas na Plenária Final, 14 destaques, sendo 7 aprovadas e 7 suprimidas na Plenária Final e 17 propostas novas, tendo sido 16 aprovadas e 1 suprimida na Plenária Final.

No eixo 2, foram apreciadas as 54 propostas do documento base, sendo que 27 foram aprovadas sem destaques, 19 foram aprovadas com alteração de redação, 8 foram suprimidas e 9 propostas novas. Não houve encaminhamento de propostas para a Plenária Final

No eixo 3, foram apreciadas as 34 propostas do documento base, sendo que 8 foram aprovadas sem destaques, 15 foram aprovadas com alteração de redação, 11 foram suprimidas e 12 propostas novas. Não houve encaminhamento de propostas para a Plenária Final

No eixo 4, foram apreciadas as 98 propostas do documento base, sendo que 11 foram aprovadas sem destaques, 16 foram aprovadas com alteração de

redação e 31 foram suprimidas. Foram encaminhadas à Plenária Final 40 destaques, tendo sido 21 aprovados e 19 suprimidos na Plenária Final e 3 propostas novas, 2 aprovadas e 1 suprimida na Plenária Final. Foram encaminhadas para votação na Plenária Final, 81 propostas no total, tendo sido 53 aprovadas e 28 suprimidas. Muitas das que foram suprimidas tratavam-se de assuntos já debatidos e aprovados com outra redação.

Segue abaixo, por eixo, texto introdutório do documento base, considerações da palestra e debate da plenária parcial e as propostas aprovadas, sistematizadas por temática.

EIXO 1
ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS, ATENÇÃO BÁSICA, SERVIÇOS HOSPITALARES, ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO, REGULAÇÃO REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA.

A concepção de gestão do trabalho pressupõe entender o trabalho como uma categoria central na construção dos atores sociais, em um movimento construtivo, no qual, ao mesmo tempo em que o trabalhador se constrói, atua e se reconhece como pertencente ao ambiente de trabalho. O local de trabalho é considerado um espaço múltiplo e importante, onde a diversidade cultural e étnica se traduz em complementaridade e enriquecimento no processo de produção, buscando humanização das relações sociais e a inserção de valores como ética, a cooperação, o respeito e a solidariedade.

Essa concepção implica adoção, pelos três entes federados, de uma gestão democrática e participativa que considere três princípios integradores:

I. **Participação** – quando os atores de uma instituição estão envolvidos, por meio de suas ações, em todos processos da vida institucional, ou seja, na tomada, implementação e avaliação de decisões. O desempenho eficiente da organização é resultante da participação de todos, nos diferentes níveis e fases do processo decisório, o qual exige mudança na cultura organizacional.

II. **Descentralização** – quando são viabilizadas modificações profundas das funções de gestão nas instituições, que implicam adoção de processo, gestores coerentes com cada coletivo de trabalhadores: definição de papéis e objetivos estratégicos; alteração nas atribuições das diferentes instâncias decisórias; reorganização de espaços; mudança nas relações e deslocamento do eixo de poder, permitindo que as políticas e as decisões sejam formuladas via participação.

III. **Autonomia** – quando se adota a democracia como princípio construtivo de um processo permanente sempre em construção, não existe uma autonomia absoluta. No tocante à gestão, a conquista da autonomia significa rompimento com a forma tradicional de gestão burocrática; e supõe a adoção de novos modos de planejar, organizar e avaliar o trabalho da instituição a partir de uma visão da realidade local e do atendimento de suas demandas básicas.

Entre os pontos a serem considerados pelos entes federados na implantação e implementação de uma gestão de qualidade do trabalho em saúde, destacam-se:

I – **Mecanismos de gestão**, na perspectiva da construção social que envolva novos pactos entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores, referidos a parâmetros de qualidade, ética e proteção, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

II – **Política de emprego**, que contemple direitos sociais dos trabalhadores de saúde, dos setores público e privado, definindo a composição de equipes multiprofissionais e os sistemas de promoção e prestação de serviços na saúde por meio de mecanismos de gestão que possibilitem a oferta de distribuição e fixação de trabalhadores, de acordo com as necessidades sociais e regionais das pessoas e das populações.

III – **Regulação do trabalho** e do exercício profissional, configurando processos que envolvam os sistemas de educação e de saúde, as corporações, as associações profissionais e a sociedade de modo geral.

Durante a Palestra Temática do Eixo 1: “Organização de Serviços”, proferida pelo Prof. Dr. Jorge Kayano, foram apontadas as dificuldades para a organização do SUS, em particular na cidade de São Paulo, face as peculiaridades que as potencializam. Uma delas relaciona-se com o fato de que a cidade abriga quase 11 milhões de habitantes em área relativamente pequena e 30% desta área é de preservação ambiental. Isto tem grande impacto na organização dos serviços e, conseqüentemente na qualidade do atendimento prestado.

Outro ponto importante a ser considerado está na dificuldade de articulação e integração entre Autarquias e Coordenadorias e ressalta que é preciso que a estrutura seja questionada quanto a sua eficiência no atendimento à demanda, considerando-se, principalmente as diversidades e necessidades de cada região. A grande concentração de recursos financeiros na cidade de São Paulo se reflete na constatação de que 60% dos seus cidadãos têm algum tipo de plano privado de saúde, recorrendo ao SUS apenas para os procedimentos e atendimentos mais caros e que não são cobertos pelos planos. Entretanto, esta parcela da população não se engaja na mobilização necessária para a efetivação de um sistema de saúde público, gratuito e de qualidade.

Com relação à discussão das Organizações Sociais, reforçou a importância de se analisar os vários argumentos, sendo o mais utilizado, a urgência, as dificuldades e os impedimentos legais para a contratação de recursos humanos pela administração direta. No entanto, salienta, a legislação do SUS prevê a participação do setor privado apenas em complementação ao setor público e é fundamental que seja resolvida, preliminarmente, a questão da inconstitucionalidade da proposta. Salienta ainda que os Contratos de Gestão e seus controles podem ser estabelecidos com outros serviços, não devendo ser entendidos como atenuadores na questão das OSs.

Pontuou que é importante verificar também o Plano Plurianual de 2006/2009, já aprovado e indicar um direcionamento político ao conjunto de propostas desse eixo que poderiam dar encaminhamento aos desdobramentos necessários. Deve-se, ainda, retomar o estabelecimento dos Compromissos Sociais nos Conselhos Gestores, nos quais se estabelecem as condições básicas para o cumprimento dos pactos e metas dos serviços, o que qualifica a indicação das ações que precisam ser realizadas e onde buscar os recursos.

A palestra não foi disponibilizada por escrito e não foi apresentada em power point. Os debates e votações da Plenária Parcial do Eixo 1 contaram com 142 delegados, foi coordenado por Márcia Saraiva de Oliveira, Cláudia Silva Cassávia e Marli Pereira e teve como relatoras Alecxandra Mari Ito, Betina Black Dalarmelino e Edna, indicada pela plenária para acompanhar os trabalhos. Seguem abaixo as propostas aprovadas, sistematizadas por temática.

**PROPOSTAS APROVADAS EIXO 1
ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS, ATENÇÃO BÁSICA, SERVIÇOS
HOSPITALARES, ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO, REGULAÇÃO,
REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA.**

Organizações Sociais

1. Recusar a utilização das OSs nos serviços públicos de saúde do Município de São Paulo (SUS), repudiando totalmente o PL 318/05 e qualquer outra iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do SUS. Oficiar ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, CES, Prefeito do Município de SP e Secretaria Municipal de Saúde, repudiando conseqüentemente a terceirização dos Serviços de Saúde da cidade de SP. Encaminhar representação ao MP pedindo providências em relação ao PL 318/05 explicitando a posição da Conferência Municipal de Saúde contrária ao projeto e a terceirização dos Serviço

Intersetorialidade:

2. Proporcionar a intersetorialidade junto às outras secretarias, integrando a saúde com as demais áreas, como lazer, cultura e educação (creches e escolas), para a promoção da saúde.
3. Implantar e promover o fortalecimento das famílias, programas de saúde da família, saúde comunitária e redes sociais.
4. Promover ações que possibilitem a integração entre o equipamento de saúde e outros equipamentos sociais da região.
5. Criação de parcerias, com órgãos públicos, iniciativa privada e universidades.

Gestão e Planejamento:

6. Que o processo de planejamento, gerência e gestão de políticas públicas sejam subsidiados pelo uso do conhecimento epidemiológico e pela análise de dados dos diferentes Sistemas de Informação, considerando as diferentes realidades/necessidades locais (condições de vida e saúde, alocação de recursos, organização programática, etc.) estimulando com isso o processo de construção da cultura de avaliação cotidiana na tomada de decisão.
7. Implantar uma política gerencial que possibilite aos funcionários participar na dinâmica do trabalho, aproveitando e valorizando os profissionais, permitindo seu crescimento e a melhoria do serviço.
8. Descentralizar as políticas de saúde objetivando o fortalecimento de todos os conselhos (gestores e popular) para efetivo controle social e também fortalecimento da equipe de funcionários que é um dos princípios do SUS. A cidade de São Paulo é muito grande, com características diferentes em cada região.
9. Alocar todos os recursos nos serviços existentes, antes, de abrir novos serviços.
10. Efetivar a gestão plena do sistema com comando único, de todos os serviços, do município pela Secretaria Municipal de Saúde.
11. Fortalecer a gestão local (Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente) dos equipamentos e recursos disponíveis.
12. Definir a regionalização e hierarquização do sistema para potencializar o uso do recurso financeiro;
13. Criar grupos de discussão para usuários, sobre SUS e outros temas.
14. Dimensionar a população flutuante.
15. Revisão periódica das áreas de abrangência das unidades básicas e Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente, garantindo o acesso de todos os usuários.
16. Que as UBS continuem sendo gerenciadas pelas Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente, e SMS.
17. Garantir a integração das Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente, com autarquias dentro do território.
18. Dar continuidade do processo seletivo para o cargo de coordenador de unidade de saúde, conforme legislação vigente.
19. Implantar política de alocação regional de recursos, para referencia com resolução.
20. Implantar mecanismos de responsabilização para unidades e Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente.

Acolhimento e Humanização:

21. Manter a estrutura do acolhimento (projetos prioritários da SMS).
22. Fortalecer o projeto acolhimento e humanização ao usuário e família, com equipe multiprofissional.

23. Capacitar os trabalhadores da saúde nas unidades do Município, visando o acolhimento de populações mais vulneráveis, garantindo a equidade preconizada pelo SUS.

Ouvidoria:

24. Rastrear e diagnosticar, com ouvidorias e com funcionários da própria unidade, as deficiências de cada unidade tais como: rejeição da população ao serviço, demanda reprimida, demora no atendimento (fila), atendimentos não satisfatórios, falta de estrutura física, falta de instrumental, falta de profissionais, falta de rede de apoio (referências, recursos sociais) com o objetivo de serem adotadas medidas eficazes para resolução das falhas.
25. Instalar em todas as unidades de saúde, ouvidorias internas, devidamente capacitadas, para ouvir o usuário, utilizando as reclamações e sugestões, para o aprimoramento da unidade.

Atenção Básica:

26. Valorizar a atenção básica como parte da produção dos serviços de saúde.
27. Fortalecimento da rede básica e continuidade de todos os projetos prioritários.
28. Atendimento de grande parte das necessidades de saúde da população através das ações dos programas da atenção básica e alguns projetos prioritários.

Promoção e Prevenção:

29. Prestar esclarecimento aos usuários sobre as vacinas, inclusive para adultos, crianças, adolescentes e idosos.
30. Prevenção de doenças crônicas – mostrando a importância dos hábitos alimentares e atividades físicas.
31. Incentivar e realizar os exames preventivos periódicos como: (mamografia, exame de próstata, Papanicolau).
32. Promover e educar, através de toda a rede de saúde, a higiene doméstica através da distribuição de hipoclorito de sódio incentivando o descarte adequado do lixo e a coleta seletiva.
33. Estimular a prevenção em acidentes domésticos.
34. Implantar e cobrar o cumprimento do Decreto 822/01 que exige o exame para detectar mucoviscidose, triagem de erros inatos do metabolismo, “teste do pezinho”, com resultado em tempo hábil para se iniciar o tratamento, caso seja necessária. Bem como a realização do reflexo vermelho e teste da orelhinha, para a detecção precoce da catarata congênita e surdez nos recém nascidos.
35. Implementar grupos de promoção à saúde nas UBS's, contemplando as especificidades dos mais diversos grupos da população, tais como idosos, indígenas, usuários de drogas e população GLBT.

Programa de Saúde da Família:

36. Ampliar e capacitar os PSF.
37. Ampliar e readequar as equipes de PSF com equipes multiprofissionais e interdisciplinares nas unidades de saúde – terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, equipe de saúde bucal, fonoaudiólogo, nutricionista, educador de saúde, fisioterapeuta, entre outros.
38. A ampliação do PSF contribuirá para desafogar as unidades em funcionamento, facilitará o acesso aos cidadãos, em especial, os portadores de deficiências, idosos e pessoas com menor poder aquisitivo que não precisarão tomar condução e poderão ser atendidos mais próximos às suas residência, humanizando e melhorando a qualidade do atendimento.
39. Aumentar urgentemente a cobertura do PSF e ampliação das equipes de Assistência Domiciliar nas áreas não cobertas pelo PSF, acompanhada de capacitação e habilitação das equipes e infra-estrutura. O PSF deve manter o caráter interdisciplinar, os cuidadores, estar vinculados à referência e contra-referência, contar com viaturas e acesso a leitos hospitalares bem como residência para cuidados prolongados, quando necessário. Essa necessidade decorre do perfil populacional das regiões que abrigam números significativos de idosos e moradores de cortiço.
40. Estender o atendimento do PSF ou Equipes de Assistência Domiciliar aos pacientes com dificuldades de locomoção, seja pela distância da unidade, seja pela dificuldade física, como: idosos, acamados, portadores de deficiências e pacientes hospitalares sem assistência em casa, reduzindo os agravos médicos, sociais e econômicos provocados pela falta de assistência a esses pacientes.
41. Ampliar o PSF, mas repensar o modelo. Promover a discussão com o Conselho Municipal de Saúde das formas de contrato com as parceiras.
42. Implementar as unidades de PSF para maior cobertura da população no atendimento básico;
43. Promover a intersetorialidade: parceiras x responsabilidade social. Reorganização do processo de trabalho nas unidades. Conhecimentos das necessidades da população nas regiões onde existem mais equipes de PSF.
44. Integração dos parceiros do PSF no planejamento de saúde das Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente, hoje denominadas Supervisão.
45. A produção das equipes do PSF deve ser pactuada no Conselho Gestor Local, entre equipes de saúde, gestores e comunidade, deixando de ser apenas baseada na lógica quantitativa estabelecida pelas metas dos documentos norteadores da Secretaria Municipal de Saúde.
46. Implantar novas atividades (caminhada, Tai Chi, Alimente-se Bem por um real, Coral, grupo de terapia comunitária com profissionais de saúde etc.), principalmente onde há PSF.

Atendimento Domiciliar:

47. Ampliação da assistência domiciliar com ativação do SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar) por todo o município de São Paulo e criar Centros de Atendimento para cuidadores informais nos domicílios, atendendo aos pacientes crônicos, acamados e moradores em situação de rua com avaliação constante e periódica dos exames.
48. Implantar e implementar equipes de reabilitação nos 120 serviços de atendimento domiciliar (AD) com fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.
49. Implantar nas regiões a “Residência de Cuidados” - local onde o usuário que requer cuidado especial ou não, de familiares ou cuidadores, seja cuidado e medicado durante o dia e volte para casa à noite ou permaneça na Residência recebendo cuidados até sua recuperação, como por exemplo, pessoas em situação de rua, portadores de patologias graves e transplantados, evitando a ocupação desnecessária de leitos hospitalares, tão parcos nas regiões.
50. Melhorar a equidade com utilização de servidores para atendimento domiciliar e expandir o ATENDE.

Rede Ambulatorial:

51. Ampliar o horário de funcionamento das unidades até as 19:00 horas, zelando pela total segurança.
52. Retorno da Guarda Municipal para vigilância dos equipamentos de saúde.
53. Garantir segurança/limpeza/manutenção de permanentes e com avaliação contínua.
54. Fiscalizar o funcionamento das UBS junto das supervisões de Saúde.
55. Reavaliar e readequar a estrutura física das unidades em funcionamento, para poder prestar serviços aos usuários e propiciar aos servidores condições de trabalho adequadas. Dotando essas unidades e equipamentos de estruturas físicas adequadas para o seu funcionamento e atendimento às pessoas com deficiência, dificuldades de locomoção e distúrbios psíquicos e/ou mentais (rampas, comunicação adequada para pessoas com dificuldades auditivas e visuais, telas nas janelas nos andares elevados, bebedouros e banheiros adaptados, para atender a todas as pessoas que utilizam os serviços).
56. Criar espaço para discussão de casos nas Unidades, ambiente de trabalho, de forma contínua.
57. Redefinição das áreas de abrangência, para uma unidade a cada 20.000 habitantes.
58. Reduzir o número de habitantes por unidades, com o aumento de unidades.
59. Garantir recursos materiais de consumo e permanentes para todas unidades de saúde.
60. Ampliação, reforma e construção de UBS nos locais onde há necessidade, zerando o déficit atual.
61. Concluir as reformas iniciadas e integrar as unidades de saúde das diversas esferas do governo.

62. Adaptar as instalações físicas dos equipamentos de saúde para serem acessíveis às pessoas com deficiências.
63. Elaboração de um bom diagnóstico, pelas UBS, da situação atual e plano de trabalho com metas a serem atingidas.

Urgência e Emergência:

64. Organizar a rede de urgência/emergência com critérios de prioridades.
65. Suspender o processo de implantação dos AMAs (Assistência Médica Ambulatorial) e reverter seus recursos já alocados na ampliação de rede de UBSs e Ambulatórios de especialidades.

Rede de Laboratórios:

66. Criação de laboratórios de análises clínicas e por imagem nas Supervisões de Saúde, em locais de fácil acesso à população.

Ambulatórios de Especialidades e Centros de Referência:

67. Criar Ambulatórios de Especialidades em todas as regiões do município, melhorando e ampliando os existentes, considerando que a quantidade de equipamentos para especialidades é insuficiente para garantir o atendimento adequado à população na atenção secundária: ambulatório de especialidades, pronto-socorros, CAPS e leitos.
68. Implantação de novas Unidades Básicas e Unidades de referência (Mulher, Criança, Adolescente, Idosos, Mental, GLBT, população Indígena, odontologia, etc.).
69. Disponibilizar ou instalar nas diferentes regiões, serviço de reabilitação com equipe multiprofissional e interdisciplinares, que possibilite retorno do paciente a uma vida ativa, capaz de desempenhar funções que permitam seu sustento e a manutenção de sua auto-estima.

Rede Hospitalar:

70. Agilizar a construção do Hospital da região sul, no M-Boi Mirim.
71. Iniciar a construção de Hospital Geral na região de Parelheiros.

Referência e Contra Referência:

72. Regionalizar os serviços, e implantar nas unidades a referência e a contra-referência (leitos hospitalares e serviços de ambulância).
73. Estabelecer ampla integração entre UBS, ambulatórios e Hospitais para que as unidades tenham respaldo às suas demandas, nas regiões, garantindo que exames de alta complexidade, cirurgias e tratamentos que necessitem de internações sejam atendidos rapidamente.
74. Promover a Integração e a desburocratização entre UBS, Região e hospitais.

75. Regulamentar o uso de protocolos, implantar as referências e contra-referências, principalmente para parto.
76. Realizar o mapeamento de todos os serviços e especialidades, integrando-os.
77. Garantir equipamentos, em perfeito funcionamento, para exames de imagem e diagnóstico nos hospitais, PSs e Ambulatórios de Especialidades de acordo com parâmetros da Portaria 1101/00 do Ministério da Saúde, que trata da cobertura populacional.
78. Resolver os “buracos negros” (“vazios assistenciais”) com a definição de área de abrangência e com criação a de equipamentos de saúde.
79. Efetivar a reorganização e uniformização do mapa regional, considerando as características do município, entre todos os níveis e setores, facilitando o acesso de referência/contra-referência.
80. Implantar Referência para Cirurgia e Tratamento, inclusive medicamentoso de úlceras de pressão (escaras) na Rede municipal.
81. Satisfazer em 100% a demanda de órteses, próteses e bolsas de colostomia e implantar serviços de concessão de fraldas e coletores urinários para pessoas com deficiência.
82. Onde há demora nos resultados dos exames, que haja agilização.
83. Ampliação de recursos de referencia para partos.
84. Iniciar e pactuar o atendimento em Hospitais da região do Ipiranga para as urgências / emergências pediátricas.

Protocolos de Atendimento:

85. Dar continuidade à elaboração, implantar e garantir o cumprimento de protocolos técnicos para encaminhamento à especialista e exames complementares.
86. Implantar protocolos de atendimento e encaminhamento, para especialidades e exames, uniformizando os impressos, com adequada referência e contra-referência com resolutividade.
87. Promover encontros com especialistas e discussões de caso que permitam atualização e estabelecimento de diretrizes, bem como o Atendimento Multiprofissional e Interdisciplinar e respeito aos aspectos bio-psico-sociais que são fundamentais para equilibrar a quantidade e a qualidade no atendimento, assegurando a resolutividade do mesmo.
88. Realizar periodicamente nas unidades, como parte das atividades “Discussão de Casos” permitindo o atendimento integrado da equipe interdisciplinar ao paciente, promovendo a atualização e o aperfeiçoamento dos profissionais e até mesmo estabelecer normas para atendimento em situações similares.

Sistema de Regulação:

89. Ampliar o número de vagas nos serviços sob regulação.
90. Inserir sistema capaz de atender às demandas das regiões, para marcação e realização de exames, além de internações, permitindo que o tratamento

possa ser iniciado ou continuado com a presteza necessária, evitando retornos desnecessários a UBS, filas no PS e agravos à doença.

91. Assegurar um prazo máximo de 30 dias para a marcação de uma consulta que não seja emergencial. Fazer com que o usuário retorne um outro dia para “tentar” marcar uma consulta, gera um novo atendimento, insatisfação do usuário que não se sente respeitado na sua dor ou necessidade, filas desnecessárias e desgastantes para os envolvidos (usuário e trabalhador), além de custos financeiros e de tempo para o usuário.
92. Considerar a necessidade de transporte na organização das áreas de referencias.
93. As referências ambulatoriais e os exames complementares deverão ser mais próximos da residência do usuário.
94. Efetivar a elaboração das grades de referencia e contra-referencia e pactuação, entre as Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente, pela Central de Regulação
95. Aumentar a oferta de vagas de especialidades e exames complementares, que hoje tem fila de espera.
96. Manutenção e aprimoramento da regulação do sistema nos níveis central, regional e local.
97. Reavaliar as cotas de exames complementares já pactuados: análises clínicas e imagem.
98. Aplicar a legislação vigente que estabelece critérios de prioridade no atendimento nos serviços de saúde

Informática e Informações:

99. Maior agilidade no cadastramento do Cartão SUS, pelas unidades, subprefeituras e supervisão de área.
100. Informatização do atendimento de referencia para controle de vagas na UBS.
101. Implantação em todo o município, do sistema “SIGA SAÚDE”.
102. Garantia da continuidade na informatização visando a agilização e integração dos serviços.
103. Garantia da implantação da informática de todas as unidades.

Saúde Mental:

104. Implantar e implementar serviços de saúde mental (CECCO, CAPS Adulto, infantil, adolescente e álcool e drogas, UBSs e Centros de Convivência e Cooperativas), com mecanismos de referências e contra-referências, construindo uma rede de atenção à saúde mental no território de cada Subprefeitura.
105. Ampliação das equipes de saúde mental nas UBS (Psicólogos, Psiquiatras, TO).

Saúde Bucal:

106. Ativar o pleno funcionamento da saúde bucal para adulto e criança, incluindo a referência com exames de alta complexidade nos ambulatórios de especialidades e endodontia, ampliando os atendimentos à população de baixa renda, inclusive para implantação de próteses.
107. Complementar o apoio diagnóstico nos serviços de saúde bucal
108. Melhorar o acesso, organização e atendimento da saúde bucal, com garantia de manutenção dos equipamentos.
109. Concluir as obras dos CEO e implantar novos CEO, por Subprefeituras;
110. Criar e expandir o atendimento terciário em Saúde Bucal na região para paciente com necessidades especiais;

População Negra:

111. Efetivar a atenção à população negra (ex: anemia falciforme)

População Idosa:

112. Garantia de atendimento especializado ao idoso nos casos mais complexos.

Pessoas com Deficiência:

113. Inclusão de serviços para pessoas com deficiências.
114. Implementar atendimento adequado a pessoas com deficiência em pelo menos 10 UBSs, com equipamentos especializados tais como, mamógrafos, mesas ginecológicas, balanças e outros.
115. Implantar e implementar ações de saúde auditiva e vocal no Município, de acordo com a Política Nacional (Portaria nº 2073) e com as Leis Municipais vigentes.

Reabilitação:

116. Ampliar o investimento na reabilitação.
117. Ampliar atos de parceria entre os gestores municipal e estadual para ampliação do Programa de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) e o PSF, em todas as áreas de atuação.
118. Construir e implantar 10 NIRs- Núcleos Integrados de Reabilitação, obedecendo critério de regionalidade e efetivar o atendimento pelos núcleos de reabilitação existentes com ampliação de recursos humanos.

Populações em situação de risco:

119. Política de saúde específica para os moradores de rua.
120. Garantia da ampliação dos Centros de Convivência e Cooperativas da cidade, com identidade própria e prioritária na atenção básica de saúde,

atuantes na construção de um novo paradigma de saúde no qual a convivência e o trabalho são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento de indivíduos potentes, priorizando os segmentos populacionais em vulnerabilidade social, de saúde e idosos. Fazer cumprir a Portaria Municipal de 1990, recuperando seu caráter intersectorial e intersecretarial, viabilizando seu financiamento.

Violência:

121. Implementação e divulgação do programa de atendimento as vítimas de violência.
122. Criação de Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente em situação de risco, abuso sexual, violência, conforme art. 7º do Estatuto da Criança e Adolescente, de acordo com as características de cada região.

DST/AIDS:

123. Promover a prevenção das DST/AIDS (com distribuição de preservativos e conscientização de sua utilização), esclarecimentos sobre sexualidade e Planejamento Familiar, distribuição de insumos de anticoncepção e Referência com vaga garantida para vasectomia e laqueadura.
124. Ampliar e fortalecer os serviços especializados em DST/AIDS, com a distribuição de preservativos e “saída” de oficinas educativas para outros equipamentos sociais, não esquecendo o grupo da terceira idade que não teve uma educação sexual esclarecedora e hoje, motivada por uma nova visão cultural, tem uma vida sexual ativa e os portadores de deficiência que também necessitam de informações para vivenciar de forma segura sua sexualidade.
125. Informar as gestantes portadoras do vírus HIV, ou com HIV+, de todos os cuidados necessários durante sua gestação, objetivando ter um filho que não seja portador. Reativar as palestras sobre Transmissão Vertical que foram feitas no ano de 2004.

Vigilância em Saúde:

126. Implantar e implementar indicadores de qualidade com base epidemiológica, territorializado para o planejamento ascendente das ações de saúde assistenciais e de vigilância em saúde na rede do SUS/SP.
127. Ampliar e organizar o número das SUVIS (Supervisão de Vigilância em Saúde), bem como de suas equipes para que efetivem ações de vigilância em saúde de acordo com as competências listadas para a autoridade sanitária, de acordo com o Código Sanitário do Município de São Paulo.
128. Incluir no calendário, vacinações contra a catapora, meningite A e B e hepatite A.

EIXO 2

FINANCIAMENTO, ABASTECIMENTO E MEDICAMENTO

Para implementar a estrutura e qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde, são necessários incentivos e investimentos na área, baseados no estabelecimento de indicadores orçamentários que orientem o processo de consolidação da política de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde.

Na Palestra Temática do Eixo 2: “O Financiamento do SUS”, proferida pelo Prof. Dr. Áquilas Mendes, salientou-se que o gasto em saúde no Brasil em 2001 foi de 3,1% do PIB, quase metade do gasto dos países industrializados (EUA, Canadá, Japão) e menor que muitos países latino-americanos, como Cuba, Argentina e Uruguai (World Health Report 2002 – OMS).

Desde a constituição do SUS não foram resolvidos pontos críticos sobre a questão do financiamento, com a recorrência dos embates políticos e econômicos e a fragilidade do “Consenso” em torno do entendimento de que a saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão, com base no princípio da universalidade. No Município de São Paulo a expressão dessa situação pode ser evidenciada no fato de que os repasses federais não estão alocados no Fundo Municipal de Saúde e na inexistência do controle dos recursos próprios municipais destinados à saúde.

Caracterizou a situação atual como um processo crescente de desvalorização do financiamento da saúde: a Constituição de 1988 definiu o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social e orçamentos fiscais da União, Estados Distrito Federal e Municípios que nunca não foram cumpridos; em 2003, 16 estados não cumpriram o mínimo exigido pela EC 29 de 2000 (dados SIOPS) e a série histórica comparativa entre o percentual do PIB gasto em saúde variou entre 1,59 a 1,89 no período entre 1995 e 2004 e o percentual do PIB gasto no pagamento da dívida externa variou entre 5,16 e 14,14 no mesmo período.

Apontou caminhos possíveis de melhorar a situação tais como regulamentar a EC 29, definir controles dos recursos orçamentários destinados pelo município para a saúde e alocar os repasses federais em contas específicas do Fundo Municipal de Saúde.

A Plenária Parcial foi coordenada por Deodato Rodrigues Alves e Walter Giacon, da Comissão organizadora e os relatores foram Marília Keiko Uehara e Fábio Cristiano Garcia, indicado pela plenária, que contou com um total de 91 delegados. Segue abaixo as propostas aprovadas com sistematização temática.

PROPOSTAS APROVADAS EIXO 2
FINANCIAMENTO, ABASTECIMENTO E MEDICAMENTO

Abastecimento:

129. Disponibilizar formação técnica aos funcionários da farmácia, garantida pela prefeitura de São Paulo por meio da Escola Técnica do SUS, devido a necessidade de funcionários específicos para esta função.
130. Rever a logística de distribuição de insumos e informatizar o controle de medicamentos para evitar estoques nos domicílio.
131. Garantir a regularidade no abastecimento de medicamentos, materiais hospitalares, odontológicos, insumos, materiais de escritórios e transporte necessários para o bom funcionamento das unidades de saúde.
132. Sistematizar a compra de material permanente e o descarte do material inservível.
133. Criar comissão de acompanhamento e avaliação do novo sistema de entrega de medicamento.
134. Garantir a todos os usuários o medicamento, independente da origem do receituário sem a obrigação de 2 (duas) vias.
135. Garantir , no prazo máximo de 3 anos, farmácias equipadas e dispondendo de técnicos de farmácia e farmacêuticos responsáveis, com capacitação continuada em todas as unidades publicas de saúde.
136. **Melhoria e agilidade no fornecimento da medicação de alto custo, controlada pela emissão de Autorização de Procedimento de Alto Custo - APAC.com, a criação de cadastro único e a informatização destes procedimentos.**
137. Realizar treinamento para a racionalização da utilização dos materiais e equipamentos.
138. Repudiar a PL 318/05, por possibilitar o gerenciamento de serviços públicos de saúde sem realizar licitação ou sem detalhamento de gastos nos orçamentos públicos e oficiar o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretário Estadual de Saúde, Prefeito do Município de São Paulo, Secretário Municipal de Saúde e o Ministério Público.
139. Instituir apuração de custos de todas as unidades de saúde, utilizando-se de tecnologia de informação e comunicação.
140. Garantir o acesso farmacêutico a todos os usuários, independente da origem do receituário, obedecidas as disposições de prescrição de tratamento do Código de Saúde do Estado e das Legislações Federal, Estadual e Municipal relacionadas, de Normas de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde.

Medicamento:

141. Regionalizar e facilitar a distribuição de medicamentos de alto custo nas supervisões técnicas de saúde, efetivando a parceria com o Governo

do estado e ampliando os pontos de dispensação com a criação de estrutura necessária.

142. Garantir o abastecimento permanente da relação de medicamentos essenciais.
143. Garantir o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais para o tratamento de todas as doenças nos diferentes tipos de equipamentos.
144. Garantir oferta de medicamentos e insumos aos pacientes crônicos que exigem cuidados de longa duração.
145. Garantir recursos para compra de medicamentos, considerando o perfil epidemiológico e as principais causas de mortalidade, por Coordenadoria.

Financiamento:

146. Cumprir a Emenda Constitucional EC/29 garantindo pelo menos 18% dos recursos próprios do município de São Paulo para o SUS, segundo critérios definidos na Resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde, impedindo que sejam destinadas para outras áreas.
147. Readequar as verbas de financiamento para o PSF e investimentos urgentes para implementação de especialidades, com garantia de referencias e contra referencias.
148. Readequar o financiamento dos Hospitais Públicos Municipais principalmente para a manutenção e compra de equipamentos, com franco posicionamento contrário à terceirização dos serviços de saúde e total repúdio ao projeto de lei 318/05 e toda e qualquer iniciativa que atente contra o Sistema Único de Saúde (SUS).
149. Financiar e reestruturar os hospitais públicos da administração direta.
150. Melhorar o investimento na área de saúde mental, com garantia de recursos financeiros para otimizar os trabalhos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD), Hospital Dia (HD) já existentes, bem como para a criação de serviços novos, sem no entanto deixar de manter os leitos de internação especializados de saúde mental existentes.
151. Garantir que os Conselhos Gestores das Supervisões e de todas as unidades de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Pronto Socorros e Pronto Atendimentos) deliberem sobre a distribuição dos recursos .
152. Garantir que todos os contratos de serviços terceirizados sejam revistos pelos Conselhos Gestores das Supervisões Técnicas, Unidades de Saúde e Autarquias Hospitalares Municipais.
153. Estabelecer prioridades junto às Supervisões de Saúde para garantir a efetividade do orçamento.

154. Estabelecer contratos de manutenção e sua respectiva verba em todas as Supervisões.
155. Reservar recursos para a capacitação do novo sistema de entrega de medicamentos.
156. Garantir recurso para reforma, ampliação e readequação da planta física das UBS para atender às demandas da Atenção Básica.
157. Garantir recursos para adequação do espaço físico dos Equipamentos de Saúde para atender os idosos e deficientes físicos.
158. Garantir recursos financeiros para viabilizar a Assistência Domiciliar.
159. Aumentar a verba de adiantamento bancário das Supervisões, com inclusão de repasses para as Unidades de Saúde e sem contingenciamentos.
160. Garantir recursos financeiros para a execução de todos os exames laboratoriais necessários em todas as Supervisões de Saúde, até a implantação de laboratórios próprios, em regiões onde não existem.
161. Garantir recursos financeiros para Isonomia Salarial dos funcionários municipalizados, com incorporação das gratificações.
162. Garantir recursos financeiros para implantação e manutenção do processo de informatização das UBS.
163. Garantir recursos financeiros para manutenção dos medicamentos da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) além da ampliação do atendimento de medicamentos excepcionais.
164. Garantir recursos financeiros para implantação de Unidades de Referência do Idoso em todas as Supervisões.
165. Garantir recursos financeiros específicos para Saúde Bucal para as UBS e CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).
166. Garantir recursos financeiros para manter os serviços de segurança nas UBS.

167. Garantir recursos financeiros para a ampliação do Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio (Vila Nhocuné), cujo projeto executivo está pronto no Setor de Edificações (EDIF).
168. Garantir recursos financeiros para ampliação do Hospital Municipal Benedito Montenegro (Jardim Iva) para possibilitar o aumento da área de abrangência.
169. Garantir recursos para transporte e alimentação para o segmento dos usuários dos conselhos gestores, em todas as atividades pertinentes.
170. Garantir recursos financeiros para criar um Serviço de Atendimento às Urgências / Emergências Pediátricas, no terreno livre do Hospital Heliópolis.
171. *Garantir recursos financeiros para capacitação e formação dos profissionais da área da saúde.*
172. Criar a unidade orçamentária para o Conselho Municipal de Saúde.
173. Garantir recursos para o Boletim Informativo Trimestral do Conselho Municipal de Saúde.

174. Que o repasse de Recursos Financeiros do Governo Federal para os programas, ações e metas (exames de alta complexidade, convênios e contratos), obedçam a um cronograma de pagamento e sejam fiscalizados pela Comissão de Orçamento do Conselho Municipal de Saúde.
175. Que todos os recursos alocados para a saúde no município de São Paulo fiquem em contas específicas do Fundo Municipal de Saúde, sob o controle do Conselho Municipal de Saúde, de acordo com o disposto na Legislação vigente
176. Exigir que o Governo do Estado coopere financeiramente com o SUS no Município de São Paulo, alocando recursos para a atenção básica e especializada.
177. Exigir que o Governo do Estado de São Paulo aplique pelo menos 12% das receitas líquidas de impostos e transferências com ações e serviços públicos de saúde.
178. Apoiar as emendas ao Projeto de Lei Estadual 700/05, que dispõe sobre o orçamento do governo estadual para 2006, com a obrigação do repasse de recursos do tesouro estadual para os municípios, de forma regular, mensal, com critério per capita e destinado à atenção básica de saúde.
179. Garantir recursos e rapidez na entrega dos resultados dos exames, principalmente para os de urgência e que estes sejam informatizados em toda a rede.
180. Garantir recursos para a continuidade do tratamento cirúrgico, com atendimento pós-operatório ambulatorial, de qualidade, em unidades públicas de saúde, próximas da residência dos usuários.

EIXO 3 CONTROLE SOCIAL

Inscrito na Constituição Federal e em Leis Federal, Estadual e Municipal, os Conselhos Gestores, efetiva forma de participação da sociedade para o controle social do SUS, encontram-se ainda hoje, na cidade de São Paulo, em momento de afirmação, definição de papel e luta por fazer cumprir a lei.

Esta afirmação decorre da leitura das 35 propostas do eixo Controle Social, elaboradas nas 5 Oficinas Regionais, e que compõe o eixo 3 deste Documento Base. As teses em questão apontam para a necessidade de manutenção ou criação de Conselhos Gestores, respeito à organização e deliberação dos Conselhos, desinformação quanto à prestação de contas e não participação na deliberação dos gastos com saúde e para a falta de condições físicas para funcionamento dos Conselhos Gestores.

Apesar de já haverem decorrido 16 anos da implantação do primeiro Pleno do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, e existirem Conselhos Gestores em praticamente todas as regiões e unidades de saúde pública da cidade

(municipais e estaduais), há necessidade, como apontaram as Oficinas, de se ampliar a criação de Conselhos Gestores onde ainda inexitem, principalmente nos serviços conveniados ao SUS e/ou parceiros do município.

Outro ponto importante e um grande desafio que se nos coloca, é o papel ainda pouco desenvolvido pelos Conselhos como formuladores de políticas de saúde. Tradicionalmente, os Conselhos tem se limitado à tarefa que reivindicação de serviço e denúncia sobre as condições de funcionamento das unidades de saúde, tarefa esta mais afeta aos movimentos de saúde e a população em geral.

A fim de deixar claro nosso entendimento sobre o papel dos Conselhos e contribuir com a discussão transcrevemos a seguir parte de um documento do Conselho Nacional de Saúde: *“A Lei confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de **atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde**, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo. Por isso, segundo a Lei, os Conselhos de Saúde **“atuam”**, compartilhando suas atribuições com os Gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias de Saúde) e as Casas Legislativas (Congresso Nacional, Assembléias Estaduais e Câmaras de Vereadores). Ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde tem diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação onde devem exercer as suas atribuições. Nesse aspecto, é importante destacar que a grande amplitude e diferenciação desse espaço incluem os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário.*

*Aqui reside uma das estratégias centrais dos Conselhos de Saúde, que é a **realização das suas atribuições legais no processo da permanente construção das suas articulações e relações especiais com os Gestores do SUS e com as Casas Legislativas**. Com relação às duas atribuições legais, cabe ainda uma consideração: a atuação na formulação de estratégias diz respeito a uma postura combativa/ofensiva/criadora de construção do novo modelo, e a atuação ao controle da execução das políticas, a uma postura defensiva, contra os desvios e distorções. Essas duas visões devem ser relativizadas: a atuação na formulação não deve exagerar e passar a ser **“vanguardista”** e isolada, mas sempre que possível, articulada e sinérgica com o Gestor do SUS (que tem assento no Conselho de Saúde), e o Poder Legislativo, sem qualquer prejuízo da autonomia e agilidade próprias do Conselho. Por outro lado, a atuação no controle da execução não deve exagerar e passar a ser meramente da fiscalização tradicional burocrática, mas sim de acompanhamento permanente da execução dos programas prioritários do SUS, de pesquisas por amostragem de usuários, prestadores e profissionais, e de indicadores de saúde, com o cuidado de não responsabilizar somente os serviços de saúde por todas as agressões à saúde dos cidadãos, que é também de origem social, econômica, racial, etária e de gênero “. (A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL ATRAVÉS DOS CONSELHOS DE SAÚDE - QUATORZE REFLEXÕES – Conselho Nacional de Saúde - Brasília – Novembro de 2000)*

Outro ponto que merece especial atenção, pois também carece de amadurecimento, é a relação dos Conselhos com os Gestores. Seja na participação das decisões e elaboração das políticas de Saúde, seja na homologação e/ou cumprimento das decisões do Conselho, os gestores nem sempre cumprem aquilo que seria o seu papel: incluir os Conselhos nas tomadas de decisão e/ou cumprir as deliberações do Conselho, mesmo quando estas são contrárias aos seus interesses de gestor.

A este respeito cabe mais uma vez recorrer ao documento do Conselho Nacional de Saúde acima citado: *“Caso o Gestor, por qualquer motivo deixe de assumir qualquer das suas funções, cabe ao Conselho, dentro das suas atribuições, e esgotadas todas as possibilidades de convencimento e parceria, mobilizar forças sociais e instituições, o Poder Legislativo, o Tribunal de Contas, e o Ministério Público, visando o bom cumprimento de todas as funções da Gestão pelo gestor”*. (A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL ATRAVÉS DOS CONSELHOS DE SAÚDE - QUATORZE REFLEXÕES – Conselho Nacional de Saúde - Brasília – Novembro de 2000)

Quer pela necessidade de avançar no real desempenho de suas funções, quer pela necessidade de amadurecimento das relações Conselho/Gestor, o tema desta 13ª Conferência Municipal de Saúde “Consolidando o SUS no Município de São Paulo” faz-se bastante pertinente, pois é uma oportunidade singular para buscar respostas a estas questões.

Na Palestra Temática do Eixo 3: “Cidadania & Participação na Saúde”, proferida pelo Prof. Dr. Gilson Carvalho, foi evidenciado que na Constituição Federal consta a Participação da Comunidade, e o Controle Social é uma parte dentro deste importante capítulo da Saúde. A participação popular pressupõe o controle da sociedade e do Estado. A Participação se dá de maneira democrática e representativa. O Econômico e o Social são condicionantes e determinantes da Saúde e a Saúde é condicionante e determinante da felicidade humana. A missão do setor saúde é garantir o direito à saúde, à vida com qualidade, com bem estar e com felicidade.

Afirmou que temos no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), o maior “Plano de Saúde do Mundo”. As funções gerais do SUS “são de relevância pública e as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor nos termos da Lei; sobre sua regulação, fiscalização e Controle. Devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e também por pessoas físicas ou jurídica de direito privado CF197”.

Salientou que hoje temos a oportunidade de debater temas importantes, apontou algumas saídas e recomendou a elaboração de propostas nesse sentido. É importante aumentar os recursos, combater a corrupção, mudar o modelo e efficientizar gastos. A saída é pela mudança do modelo e da relação, de re-integralizar e re-humanizar em todas as ações de saúde. Citando Paulo Freire, reitera que é fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz,

de maneira que, num dado momento a fala possa corresponder à prática. A palestra foi disponibilizada em power point e encontra-se em anexo.

A Plenária Parcial foi coordenada por Maria Ermínia Ciliberti, Benedito Alves de Souza e Roberto Teixeira de Aguiar, da Comissão Organizadora e teve como relatoras, Eneida Flávia Nogueira e Tatiana de Vasconcelos Aneas, num total de 157 delegados presentes. Segue abaixo as propostas aprovadas, com sistematização temática.

<p style="text-align: center;">PROPOSTAS APROVADAS EIXO 3 CONTROLE SOCIAL</p>

Conselhos Gestores:

181. Manutenção e fortalecimento dos conselhos gestores do SUS em todas as unidades de saúde: públicas, conveniadas e contratadas.
182. Manutenção e fortalecimento dos 31 Conselhos já existentes nas Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, em conformidade com a legislação.
183. Fortalecimento do controle social com manutenção dos conselhos gestores.
184. Criação de conselhos gestores onde não existe, de forma organizada com a participação da comunidade e de acordo com a premissa do SUS.
185. Criação de Conselhos Gestores, com caráter deliberativo, em todas as unidades de saúde públicas, contratadas, conveniadas e parceiras, inclusive os hospitais.
186. Que o governo, através dos seus gestores, bem como os sindicatos incentivem e viabilizem a participação dos trabalhadores na formação e manutenção dos Conselhos Gestores do SUS.
187. Obrigatoriedade da existência e cumprimento do regimento interno para todos os conselhos, respeitando sua organização e funcionamento com registro das reuniões em livro ata.
188. Que as deliberações dos Conselhos Gestores e do Conselho Municipal de Saúde sejam levadas a efeito em todos os níveis da Administração, sob pena de responsabilidade, com devida publicação no Diário Oficial do Município.
189. Participação dos conselhos gestores no processo de ampliação e implantação do PSF.
190. Que as instituições parceiras prestem contas dos recursos financeiros aos conselhos Gestores pelo menos a cada 3 meses.
191. Participação dos conselhos gestores na elaboração da planilha orçamentária da saúde e acompanhamento na efetivação dos pleitos.

192. Garantir que os recursos destinados às Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente, passem pela análise dos respectivos Conselhos Gestores.
193. Garantia de infra-estrutura para o funcionamento dos conselhos conforme resolução de dezembro de 2005 do Conselho Municipal de Saúde.
194. Que a Secretaria Municipal da Saúde disponibilize a Lei de direitos dos Usuários para a divulgação nos Conselhos Gestores, garantindo também a sua afixação nos murais de todas as unidades de saúde públicas e conveniadas ao SUS.

Encontros:

195. Promover o encontro sistemático dos Conselhos Gestores por região da Cidade de São Paulo.
196. Promover o encontro de Conselheiros do Município, pelo menos uma vez por ano.

Conselho Municipal de Saúde:

197. Entendimento pelo Conselho Municipal de Saúde do papel dos conselheiros e da sua representatividade.
198. Que seja garantida o cumprimento da legislação em vigor, das leis federais 8080/90 (que dispõe sob a criação do SUS) e 8142/90 (que dispõe sob o controle social e financiamento do SUS). E as leis municipais 13.399/02 (que dispõe a criação da subprefeitura) e a 13.325/02 (que dispõe sobre a criação dos conselhos de unidade e dos conselhos distritais de saúde) e a lei, lei 17.316/04 (que cria os conselhos de coordenadorias) sob pena de responsabilidade.
199. O Conselho Municipal de Saúde deverá analisar e fiscalizar todos os contratos de serviços das instituições parceiras, e dos conveniados ou contratados pela Secretaria Municipal da Saúde.
200. Transparência na prestação de contas, com apresentação mais simplificada ao Conselho Municipal de Saúde e aos Conselhos Gestores.
201. Facilitar a participação popular garantindo as condições necessárias aos conselheiros.
202. Que a Secretaria Municipal de Saúde garanta recursos para que o Conselho Municipal de Saúde realize pesquisa quali-quantitativa de satisfação do usuário nos hospitais e unidades de Saúde.
203. Garantia da permanência do Orçamento Participativo no Município de São Paulo com o controle e participação da sociedade organizada.
204. Que o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo oficie ao Ministério de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Prefeito do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Câmara Municipal de São Paulo repudiando o PL 318/05 e conseqüentemente a terceirização dos serviços de saúde da Cidade de São Paulo.

205. Ampliar a participação e o controle social sobre o fundo municipal de saúde, modificando a lei, no sentido de adotar o princípio de paridade do Conselho Municipal de Saúde qual seja 50% usuários, 25% gestores e 25% profissionais e trabalhadores da saúde.
206. Dotação orçamentária própria para o Conselho Municipal de Saúde, instituindo a Secretaria Geral como unidade orçamentária.
207. Autonomia administrativa, técnica, financeira e em recursos humanos para o Conselho Municipal de Saúde, criando quadros administrativos e técnicos próprios que serão providos mediante concurso público.
208. Obrigatoriedade do executivo, sob pena de responsabilidade, em fornecer no prazo máximo de 15 dias, todas as informações requeridas, formalmente, pelos conselheiros.
209. Obrigatoriedade do executivo de enviar todos os projetos inclusos ou não no PPA, no Orçamento Programa e na LDO com no mínimo 30 dias de antecedência para apreciação dos conselheiros do CMS.
210. Obrigatoriedade do Executivo encaminhar para apreciação prévia da prestação pública trimestral de contas no mínimo 10 dias de antecedência para o Conselho Municipal de Saúde antes da apresentação na Câmara Municipal de São Paulo sob pena de responsabilidade.
211. Livre acesso a qualquer tempo e momento dos conselheiros às Unidades de Saúde Públicas, Conveniadas ou Contratadas no âmbito da Gestão Municipal.
212. Livre acesso dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde ao programa de execução orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde, bem como receber relatório semanal desta execução.
213. Destinação anual de recurso para programa de capacitação e (re) capacitação de conselheiros, em programas definidos pelo Conselho Municipal de Saúde.
214. Posicionar-se contrariamente à tercerização dos serviços de saúde, com total repúdio ao projeto de Lei 318/05 e toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a resolução 001/05 do Conselho Nacional de Saúde e o parecer do Subprocurador da República Dr. Wagner Gonçalves, de 27 de Maio de 1998, registrando a inconstitucionalidade da tercerização da Gestão da Área da Saúde. Nesse sentido, exigir a retirada imediata do PL. 318/05 que tramita na Câmara Municipal de São Paulo, representar junto ao Ministério Público para as devidas providências e oficiar está decisão ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Prefeito do Município de São Paulo, Câmara Municipal de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde.

1.1.1 EIXO 4

RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DO TRABALHO, DA EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA SAÚDE

A implantação de planos de uma carreira para o setor da saúde tem sido referida, constantemente, como fundamental, não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, mas, sobretudo, para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Em 2004, o Ministério da Saúde constituiu a Comissão Especial para a Elaboração de Diretrizes para um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, composta, de forma paritária, por trabalhadores e gestores. Essas diretrizes destinam-se a todos os trabalhadores do SUS, que, direta ou indiretamente, se inserem no trabalho em saúde desenvolvido pelas instituições que compõem o Sistema e que detêm – ou não – formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor da saúde.

As Diretrizes de um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS foram concebidas de maneira a garantir ao trabalhador da Saúde:

- Carreiras unificadas no SUS, que garantam as mesmas condições de acesso, desenvolvimento e direitos aos trabalhadores das três esferas de governo, por meio da elaboração de planos com estruturas semelhantes em todos os órgãos que compõem o Sistema.
- Construção de uma maior identificação pessoal com o sistema de saúde, incentivando a consolidação de uma cultura própria dos trabalhadores e fortalecendo o sentimento de pertencimento e compromisso.
- Passo importante nesse empreendimento é a pactuação entre os entes federados, para garantir a mobilidade dos trabalhadores no âmbito do SUS, sem perda dos seus direitos.
- Perspectivas de desenvolvimento na carreira, com política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho pautadas em uma relação de trabalho justa e responsável.
- Avaliação de desempenho profissional e institucional, compatibilizando desenvolvimento profissional e desempenho organizacional.
- Gestão democrática, compartilhada entre gestores e trabalhadores, para proporcionar maior democratização das relações de trabalho.
- Reconhecimento do trabalhador de saúde como ator fundamental, para o alcance dos objetivos de consolidação do SUS.
- Definição dos princípios norteadores das diretrizes que deverão estar presentes nas decisões institucionais dos gestores: universalidade; equivalência; concurso público; mobilidade; flexibilidade; gestão compartilhada – com a criação de comissões paritárias nos estados e municípios, para elaboração de planos de carreira, cargos e salários - carreira como instrumento de gestão; educação permanente em saúde; avaliação de desempenho; compromisso solidário; e controle social.

A política de educação na saúde, em curso no País, depois de aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e pactuada pela Comissão Intergestores

Tripartite (CIT), da qual participam o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), têm como grande desafio superar a tradição da formação e desenvolvimento que era realizada no setor da saúde. Essa tradição entende a educação como um componente operacional, centrado nas capacitações e treinamentos aplicados ao cotidiano imediato dos serviços, onde os trabalhadores são os únicos responsáveis pela qualidade da atenção e pela qualidade da gestão que se faz em saúde. Na nova concepção, a se construir, o alcance das mudanças desejadas supõe um processo interativo e participativo nas relações cotidianas, principalmente quando marcadas por compromissos éticos com o melhor acolhimento da população e com a promoção da autonomia dos usuários.

A partir de 2003, a educação na saúde ganhou status de política pública para a formação e desenvolvimento no âmbito do SUS. Como política pública, ela requer o compartilhamento de responsabilidades na condução, acompanhamento e avaliação da sua implementação.

Comprometida com uma nova orientação do trabalho em saúde, essa política destaca a educação como componente estratégico da gestão do SUS, para:

I – Enfrentar as situações complexas vividas no cotidiano, como a qualificação dos serviços na condição de rede de atenção integral à saúde e a ampliação dos processos participativos e de responsabilização, tanto na democratização do trabalho como no exercício do direito à saúde pelos usuários.

II – Implementar inovações ao processo de trabalho, pela qualificação técnica, mas também pedagógica, gerencial, humanística, ética e política.

III – Implementar a humanização do cuidado à saúde tomando as histórias ou os estados de saúde-doença como processo de construção de vivências individuais ou coletivas, e não apenas como efeito de histórias e estados biológicos.

IV – Aproximar as estruturas de gestão e de controle social do SUS das instituições formadoras e do movimento estudantil e social, na construção das prioridades e das estratégias de aprendizagem significativa.

V – Entender o cotidiano como fonte de produção de conhecimento e tecnologias para a prática, em que a formação e o desenvolvimento estejam, permanentemente, integrados ao processo institucional do trabalho.

Durante a Palestra Temática do Eixo 4, proferida pela Prof. Dr. Profa. Dra. Ana Maria Malik, foram debatidos os seguintes tópicos: pessoas; talentos; recursos; formas de criação de vínculo; mitos; fantasias; desejos; restrições e possibilidades. Logo após, Maricy Nair Antunes, do CEFOR/SMS-SP, apresentou os projetos institucionais de educação permanente baseada no seguinte quadrilátero: política; gestão; desenvolvimento e gestão de recursos humanos. Ambas apresentações foram disponibilizadas em powerpoint e estão disponíveis em anexo.

Foi discutido que a Política de Educação Permanente em Saúde deve considerar o processo de trabalho como espaço valorizado de ensino-aprendizado, com a participação de todos os atores envolvidos: controle social,

atenção, gestão e universidade. Foi apresentado, também, a organização dos cinco Núcleos Regionais de Educação Permanente, Fórum de Desenvolvimento e fluxo dos projetos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

A plenária deste eixo aprovou, com mais de 70% dos votos, em bloco e sem leitura das propostas, a “Íntegra do texto-base da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde´ com plenária específica a ser realizada em janeiro de 2006”. Foi aprovada também, com mais de 70%, a realização de uma proposta de moção de repúdio pela ausência do segmento gestor na composição da mesa coordenadora dos trabalhos desta Plenária. Às 19h encerrou-se a Plenária, após verificação do número de delegados presentes na Plenária Parcial, com *quorum* de 52 delegados.

A Plenária Parcial foi coordenada por Ailton Alves da Silva e Erivalder, da Comissão organizadora e comtoou como relatoras com Paula Pozzi e Vera Lúcia de Barros, num total de 150 delegados presentes. Segue abaixo as propostas aprovadas com sistematização temática.

<p>1.1.2 PROPOSTAS APROVADAS EIXO 4 RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DO TRABALHO, DA EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA SAÚDE</p>

Política de Recursos Humanos:

215. Implantar política de recursos humanos que garanta a reposição de profissional através de concurso público, na tabela de lotação necessária para o perfeito funcionamento das unidades de saúde.
216. Promover a discussão de recursos humanos da saúde como política de Estado e não dos governos eleitos.
217. Posicionar-se contrariamente à terceirização dos serviços de saúde repudiando totalmente o Projeto de Lei 318/05, toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS
218. Garantir a melhoria dos recursos de trabalho.
219. Aplicação da lei de assédio moral (13.228).
220. Dar condições adequadas de trabalho: material, espaço físico, RH e segurança.
221. Promover a existência de parcerias entre SMS, SES e as Universidades Públicas para que os recém-formados prestem serviços remunerados à comunidade da periferia por no mínimo um ano, após sua formação, sendo a universidade responsável pela substituição dos mesmos, ficando o financiamento condicionado ao cumprimento desta proposta, com o efetivo controle social
222. Comprometimento e agilização da Secretaria Municipal de Saúde pela regulamentação da Lei que cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde.

Plano de Cargos, Carreira e Salários:

223. Promoção da avaliação do funcionamento da unidade pelos usuários, implantando a participação popular no processo – de acordo com a Lei da Avaliação de Desempenho de 2004.
224. Garantir o plano de carreira, cargos e salários do SUS.
225. Promover reajustes salariais e reposição de perdas com a retomada de PCCS, incorporação de gratificação no salário e aplicar a lei da paridade nos salários entre funcionários municipais e municipalizados, ativos, aposentados e pensionistas, conforme princípios e diretrizes da Mesa Nacional de Negociação do SUS
226. Readequação dos quadros para uma visão atual do papel das unidades de saúde, adequando seus espaços físicos.
227. Solucionar as diversas formas de contratações (estado, prefeitura), e dos diversos cargos e salários para a mesma função.
228. Propor políticas motivacionais para os profissionais/trabalhadores de saúde e a implementação do PCCS-Plano de Cargos, Carreiras e Salário.

Mesa de Negociação:

229. Manter mesas permanentes de negociações (central, regional e local), implementando políticas de saúde do trabalhador, de acordo com a legislação

Jornadas:

230. Jornada máxima de trabalho de todas as categorias na saúde em 30 horas semanais sem redução de salário
231. Que a Secretaria de Saúde e a Prefeitura de São Paulo garantam a jornada de trabalho, inclusive a do gestor, não comprometendo o atendimento à população

Concurso Público:

232. Retomada do processo do concurso dos gestores de Unidades Básicas de Saúde.
233. Garantir o ingresso ao serviço público por meio de Concurso Público.
234. Maior agilidade na contratação de profissionais, principalmente de categorias com concurso público em vigor, garantindo a multidisciplinaridade e voltadas para as atividades de promoção à saúde.

Dimensionamento:

235. Dimensionar recursos humanos observando critérios epidemiológicos, capacidade instalada da unidade, os serviços prestados,

recomendações e resoluções efetuadas pelos Conselhos Profissionais, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados

236. Reavaliar e manter TLP ativa (em efetivo exercício da função) e necessária para perfeito funcionamento da unidade de saúde, com chamada dos concursados remascentes para substituir aposentados, licenciados, comissionados, em tratamento médico e transferidos para outra unidade. Promover os concursos de acesso para reposição, conforme necessidades.

Necessidades de Contratação:

237. Priorizar a contratação de pessoal especializado em tratamento e reabilitação e assistência domiciliar.
238. Priorizar a implementação da rede de saúde mental, reabilitação física e auditiva.
239. Completar as equipes de PSF implantadas e ampliar equipes nas áreas de exclusão.
240. Maior atenção à saúde dos trabalhadores inclusive os que atendem aos pacientes psiquiátricos.
241. Contratação de profissionais de saúde mental, bucal (Dentista, ACD e THD) e reabilitação.
242. Que SMS contrate urgentemente médicos clínicos, pediatras, ginecologia, enfermeiros e técnicos de enfermagem todos os especialistas e auxiliares administrativos para suprir as necessidades da rede através de concurso público.

Educação Continuada:

243. Acolhimento e humanização no atendimento aos usuários do SUS, com capacitação específica aos profissionais de saúde, com ênfase aos da recepção e portaria, com o objetivo de melhorar a comunicação dos trabalhadores com os usuários.
244. Manter os serviços de saúde sob gestão municipal, incluindo RH e escola técnica do SUS.
245. Garantir a educação continuada e permanente para trabalhadores, gestores e conselheiros, principalmente no nível local.
246. Estímulo à prática da Política de Saúde com divulgação e capacitação permanente com a participação da sociedade civil.
247. Que o CEFOR assuma a capacitação dos Conselhos Municipal e Gestores, com formação dos conselheiros representados por todos os segmentos (usuários, trabalhadores, gestores e prestadores).
248. Capacitar os profissionais de saúde e trabalhadores na política de humanização e acolhimento, para que eles possam esclarecer e encaminhar adequadamente de acordo com suas necessidades, sendo em todas as áreas no serviço de saúde, evitando assim aborrecimentos futuros.
249. Capacitação profissional permanente e promoção de oficinas para conscientizar e sensibilizar os funcionários, tornando-os aptos a atender

aos usuários, respeitando as diferenças de classe social, raça e etnia, gênero, orientação sexual, religião, geração (faixa etária), culturais e físicas, incluindo os deficientes físicos, visuais, auditivos e mentais. Esse trabalho deve ter caráter permanente e ser realizado em todos os níveis, do vigia ao gestor, do serviço de limpeza ao corpo clínico, para que seja realmente eficaz.

250. Promover, periodicamente, cursos que capacitem os familiares, tornando-os cuidadores eficientes, com acompanhamento de profissionais do PSF, diminuindo o índice de complicações e a necessidade de internação de pacientes crônicos ou idosos.
251. Desenvolver ações educativas que destaquem o direito a sua sexualidade, bem como as suas responsabilidades, educando os cidadãos para assumir o papel de condutor de suas ações.
252. Promover um Seminário para discussão do PSF: abrangência, prioridades, ações, dificuldades, problemas e soluções, junto à comunidade, usuários, profissionais da saúde, parceiros e gestores, possibilitando uma ampla discussão deste programa.
253. Educação permanente para os trabalhadores do SUS, de acordo com a Portaria 198/04, do Ministério da Saúde.
254. Criar vínculo entre profissionais da mesma região e capacitação regional.
255. Criar programa de treinamento dos profissionais das UBS's para o atendimento de Pessoas com Deficiência.
- 256.** Os Núcleos Regionais de Educação Permanente em Saúde deverão divulgar para a população, através dos jornais de bairro e meios de comunicação, o cronograma de reuniões e os projetos de saúde que deverão ser desenvolvidos na região.

Informação e Divulgação:

257. Promover a divulgação do SUS e das suas ações.
- 258.** Melhorar o fluxo de informação entre os Conselhos Municipal e Gestores, bem como entre o Gestor da Coordenadoria e os Gestores das Unidades. Criação de um boletim informativo dos debates, das reuniões dos Conselhos Gestores, e garantia de transporte para locomoção dos Conselheiros. Na maioria das vezes, as reuniões, plenárias, etc, são distantes e os Conselheiros não participam.
259. Que o Conselho Municipal de Saúde retome o boletim informativo o mais rápido possível.
- 260.** Criação de Comissões de Comunicação nos Conselhos Gestores e que as Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente, respeitem os Conselhos dando suporte e clareza nas informações, pois as coisas acontecem do jeito que eles querem, e nós, os Conselheiros que fomos eleitos pela comunidade, só ficamos sabendo depois.
- 261.** Que as Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, conforme legislação vigente, sejam interlocutoras das propostas na política de Saúde

da SMS, através de Boletins Informativos, novamente editados pelo Conselho Municipal de Saúde, para distribuição aos usuários dos serviços públicos de Saúde.

262. Melhorar a comunicação entre o profissional e o paciente, informando-os sobre sua saúde, medicação prescrita, tratamento adotado, riscos e benefícios, levando os pacientes a participarem efetivamente do seu tratamento e assumindo sua parcela de responsabilidade.
263. Divulgar mais amplamente entre os jovens, esclarecimentos quanto à prevenção da gravidez indesejada, contágio de doenças sexualmente transmissíveis. O risco do contágio em HIV está banalizado entre a população jovem, que não se preocupa, não teme a doença por confiar excessivamente na medicação hoje utilizada e por ser cada vez maior a sobrevida dos portadores do HIV.
264. Implementar Política de Saúde do Trabalhador da Saúde, de acordo com a legislação vigente, de forma a contemplar diversos vínculos empregatícios pelo Poder Público Municipal, garantindo a implementação através de ações afirmativas de conscientização de gestores e funcionários, cumprindo a legislação através da implantação das CIPAs, como um dos caminhos para garantir um ambiente e processo de trabalho menos nocivo à saúde dos trabalhadores.

Na Plenária Final, que transcorreu sem anormalidades no dia 20, das 9 às 19 hs, foram aprovadas alterações do texto que se referem a uniformização dos termos, quando presentes no relatório, para *pessoas com deficiência, moradores em situação de rua e coordenadorias das subprefeituras conforme legislação vigente*. A votação transcorreu sem anormalidades, com votação de todas as propostas e moções, com intervalo para almoço, que foi seguido por manifestação sob a forma de passeata contra as Organizações Sociais. Ao final do período foram homologados os delegados à Conferência Estadual da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O Relatório Final e seus anexos (Regulamento e Regimento aprovado, Apresentações dos palestrantes e Listagem dos delegados) poderá ser disponibilizado pelo Conselho Municipal de Saúde, inclusive na internet, após reunião regulamentar de janeiro de 2006.

Seguem abaixo as moções aprovadas na Plenária Final da 13ª. Conferência Municipal de Saúde de São Paulo:

Moção nº 01 – Regulamentação da EC 29/2006(PLP01/2003)

A EC-29/2000, foi um marco histórico no financiamento do SUS. Passados 5 anos de sua aprovação é essencial a sua regulamentação para garantir que a união utilize no mínimo 10% das suas receitas correntes brutas em saúde, os Estados 12% e municípios 15% com mecanismos de controle do repasse e da utilização dos recursos para impedir a burla da EC 29. O PLP 01/2003 de autoria do deputado Roberto Gouveia que regulamenta a EC-29 já está pronto para votação após ter sido aprovado nas Comissões de Seguridade Social, Finanças e Justiça. Agora o PLP 01/2003 foi incluído na pauta de convocação extraordinária do

Congresso Nacional, que será apreciada a partir de 16/01/2006. Neste sentido os delegados presentes a 13ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo se posicionam pela imediata aprovação do PLP 01/2003.

Moção nº 02 - Saúde da População Indígena

Assegurar a manutenção do Subsistema do SUS, referente à Atenção à Saúde Indígena - Lei Nº 9836/99.

Moção nº 03 – Repúdio ao Governo José Serra a não construção de um Hospital Geral em Parelheiros.

Nós, usuários e trabalhadores, delegados (as) da 13ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, repudiamos a atitude anti democrática do governo municipal de não atender no PPA 2006-2009, a reivindicação aprovada na Plenária do Orçamento Participativo (OP) 2001 sobre a construção de um Hospital Geral no Distrito de Parelheiros e Marsilac, região esta que infelizmente ocupa o pior ranking na saúde da capital de São Paulo. Portanto, queremos que seja incluído no PPA, a construção do Hospital Geral de Parelheiros.

Moção nº 04 – Repúdio

Nós delegados (a) da 13ª Conferência Municipal de Saúde, estamos indignados com a Secretaria Municipal de Saúde pelo fato de que ainda constam, no mapa do município de São Paulo, UBSs que estão com documentos em pendência. Por este motivo, não são reconhecidas como Unidade Administrativa, mas são densamente povoadas. Solicitamos também implementar Pronto-Atendimento, Ambulatório de Especialidades e Laboratório de Imagem de Alta Complexidade para o Distrito do Jaçanã / Tremembé.

Moção nº 05 – Repúdio pela não ampliação do Ambulatório de especialidades do Tucuruvi.

Nos delegados (as) da 13ª Conferência Municipal de Saúde, estamos indignados por não ampliarem e implantarem o Ambulatório de Especialidades do Tucuruvi, bem como o Laboratório de Imagem de Alta Complexidade.

Moção nº 06 – Medicina Complementar (homeopatia, Fitoterapia e outras)

Que a Secretaria Municipal de Saúde coloque em prática (implantando) a proposição aceita junto ao Conselho Nacional de Saúde, denominada “Políticas de Medicina Complementar” (Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, e outras práticas não convencionais).

Moção nº 07 – Locar 5 serviços de diagnóstico em Oftalmologia

Garantir recursos para locar 5 serviços de diagnóstico em Oftalmologia, regionalizados.

Existem 30 UBS com consultórios básicos de oftalmologia, mas faltam serviços diagnósticos de Oftalmologia por região. Os pacientes que necessitam de exames

complementares e diagnósticos em oftalmologia tem que disputar vagas no centro da cidade e nas Universidades. Os exames complementares mais requisitados nas 5 regiões (Norte, Sul, Leste, Sudeste, Centro-Oeste) são: gonioscopia, mapeamento de retina, campimetria (pacientes com glaucoma) retinografia, teste ortóptico, ultra-som ocular, biometria/paquimetria, tratamento com laser, microscopia especular, topografia de córnea.

Moção nº 08- - Repúdio ao Segmento Gestor

Os delegados dos segmentos dos trabalhadores e usuários da 13ª Conferência Municipal de Saúde – São Paulo referendam a presente moção de repúdio, pela ausência do segmento gestor nas mesas e grupos de trabalhos, o que caracteriza descompromisso com as propostas deliberadas e aprovadas pelas plenárias.

Moção nº 09 – Apoio às deliberações contrárias à transferência dos serviços públicos para as Organizações Sociais do Município de São Paulo.

Os delegados da 13ª Conferência Municipal de Saúde apóiam as resoluções da 12ª Conferência Municipal de Saúde e da 12ª Conferência Nacional de Saúde e as resoluções e deliberações contrárias a transferência de gerência do serviço público para as Organizações Sociais no Município de São Paulo.

Adita-se esse apoio a resolução nº 45 do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.

Moção nº 10 – Apoio às ADINs, das OSS impetrada pela OAB.

A Plenária da 13ª Conferência Municipal de Saúde apóia as ADINs - Ações de Inconstitucionalidade, das OSS (Organizações Sociais), impetradas pela OAB Nacional e pelos Partidos Políticos PT / PDT apóia e encaminha esta moção ao ministro Nelson Jobim do STF, bem como as demais deliberações e moções afins, para que sirvam como expressão da sociedade civil para julgamento desta questão.

Moção nº 11 - Solicitação de serviço de remoção de paciente hospitalizado.

Não existem, na rede pública, unidades móveis para remoção de pacientes atendidos em urgências de hospitais particulares e que depois precisam ser transferidos para hospitais públicos. O SAMU só atende da residência e da rua para o Pronto Socorro.

Moção nº 12 - Residência com Cuidadores.

Estabelecer “Residência com Cuidadores da Saúde” que permaneçam durante o dia, sem pernoite, para prestação de assistência à pessoa com necessidades especiais ou com doenças crônicas, que requeiram atenção constante.

Delegados da 13ª. Conferência Municipal de Saúde de São Paulo

REFERENDO DOS CONSELHEIROS PARA CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO BIÊNIO 2006-2007

A seguir teve início o referendo dos novos conselheiros para o Conselho Municipal de Saúde para o Biênio 2006/2007. Durante o mês de novembro e dezembro de 2005 foram realizadas plenárias para eleição de conselheiros dos segmentos usuários e trabalhadores. A Comissão Organizadora recebeu recursos e julgou recursos sobre a eleição dos seguintes nomes:

1. Do Sr. Claudemir Sereno contra a eleição da Sra. Maria Helena Lima de Freitas – após ampla discussão, e ouvidas ambas as partes, a Comissão Organizadora referendou a eleição da Sra. Maria Helena Lima de Freitas;
2. Do Conselho Popular de Saúde da Lapa, Conselho Popular de Saúde de Pirituba e o Fórum de Saúde da Região Noroeste contra a eleição da Sra. Luciana Maria Amaral, alegando que a mesma utilizou veículo oficial para transporte de eleitores – após discussão e ouvida ambas as partes a Comissão Organizadora deliberou pela realização de nova Plenária que ocorrerá no dia 14/01/06;
3. Do Movimento da População Negra questionando a legitimidade de um funcionário Municipal de Saúde, José Guilherme de Andrade, ser eleito pelo segmento dos usuários. A existência de vínculo com a Prefeitura de todos os usuários eleitos foi pesquisada e posteriormente a situação funcional do servidor José Guilherme de Andrade, foi detalhada. Em 16/12/2005, a Comissão deliberou, diante dos fatos, que esse Senhor não poderia tomar posse no Conselho Municipal de Saúde e nova Plenária deveria ser realizada. No dia 20/12/05, foi entregue ao Coordenador da 13ª Conferência Municipal de Saúde o Recurso com Caráter Notificatório e Pedido de Informação e Reforma de Deliberação, interposto pelo servidor José Guilherme. A Comissão Organizadora encaminhou essa documentação para a Assessoria Jurídica de SMS e deliberou por não apresentar para referendo os nomes sob “judice”.

Durante a Conferência, em 21/12/06, entraram ainda dois recursos:

1. Do Sr. Carlos Cristovam Segalla, solicitando a impugnação do Fórum da Região Sudeste realizado em 29/11/05,
2. Do Sr. Naelson Guimarães contra a Plenária que elegeu o Sr. Ademir Medina

A apresentação de Concessão de Liminar garantiu ao Sr. José Guilherme de Andrade o referendo de seu nome como conselheiro, pelo segmento dos usuários. A aprovação pela Plenária da 13ª Conferência Municipal de Saúde de proposta que deveriam ser referendados todos os nomes que estivessem sob avaliação da Comissão Organizadora garantiu os nomes do Sr. Ademir Medina e dos representantes da Região Sudeste.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Composição Por Segmento -

Mandato - 2006/2007

I – 16 (Dezesseis) - REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS

01. Representantes do Movimento Popular de Saúde da Zona Leste.

TITULAR: Maria Adenilda Mastelaro

SUPLENTE : Prudenciana Martins Apariz

02. Representantes do Movimento Popular de Saúde da Zona Sudeste.

TITULAR: José da Guia Pereira

SUPLENTE: Maria Valvolina Costa Nóbrega de Lima

03. Representantes do Movimento Popular de Saúde da Zona Centro.

TITULAR: Everson Duarte Almeida

PLENTE: Marivalda Santos da Cunha

04. Representantes do Movimento Popular de Saúde da Zona Sul.

TITULAR: Antonio Francisco Pereira

SUPLENTE: Maria de Lourdes Martins

05. Representantes do Movimento Popular de Saúde da Zona Oeste.

TITULAR:

SUPLENTE: Luiz José de Souza

6. Representantes do Movimento Popular de Saúde da Zona Norte.

TITULAR: Ênio José Possebon

SUPLENTE: João Francisco Ribeiro

07. Representantes dos Movimentos Sociais.

TITULAR: Natália Rosa da Silva – movimento mulheres
SUPLENTE: Maria do Rosário Santos – movimento indígena

TITULAR: José Guilherme de Andrade - movimento negro – Referendado por força de Medida
Liminar concedida no Processo 1676/05.05.031128-6 MS
SUPLENTE: Nilcéia Alves Gomes da Silva – movimento negro

08. Movimentos Comunitários.

TITULAR: Jaqueline Oliveira do Nascimento- Facesp
SUPLENTE: Rosangela Rosa da Silva

TITULAR: Maria Helena de Freitas- Fepam/Felb
SUPLENTE: Claudemir Sereno

TITULAR: Tarcísio Geraldo Faria –Ação da Cidadania
SUPLENTE: Célia Aparecida Assunção

09. Representantes dos Portadores de Patologias

TITULAR : José Cláudio Barriguelli - UNIR
SUPLENTE: Pedro Stelian - APPDG

TITULAR: Regina Lancelotti - HCVIDA
SUPLENTE: Regina Célia Pedrosa

10. Representantes dos Portadores de Deficiência

TITULAR: Sandra dos Santos Reis
SUPLENTE: Doralice Pereira Simões

11. Representantes das Entidades Sindicais Patronais

TITULAR: : Samuel Szwarc
SUPLENTE: Eliane Pinheiro Belfort Mattos

12. Representantes das Entidades Sindicais Gerais

TITULAR: Benedito Alves De Souza
SUPLENTE: Antonio Gonçalves

II – 08 (oito) REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

01. Representantes das Entidades Sindicais de Categorias Profissionais da Área de Saúde.

TITULAR: José Erivalder Guimarães de Oliveira

SUPLENTE: Ana Lucia Firmino

TITULAR: Rogério Giannini

SUPLENTE: Maria Eugênia Carvalhaes Cury

02. Representantes das Entidades Sindicais Gerais.

TITULAR: Ana Rosa Garcia da Costa

SUPLENTE: Omar Braga Mendonça

TITULAR: Florisvaldo Rodrigues

SUPLENTE: Maria Araci dos Santos

03. Representantes dos Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional de Atividade Fim.

TITULAR: Cláudia Silva Pagotto Cassavia Maria Lúcia Zarvos Varellis

SUPLENTE: Maria Lúcia Zarvos Varellis

TITULAR : Raquel Cima

SUPLENTE: Simone Aparecida Ramalho

04. Representantes dos Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional de Atividade Meio.

TITULAR: Cláudio Barsanti – OAB

SUPLENTE: Mônica Lopez Vasquez – OAB

05. Representantes das Associações de Profissionais Liberais da área da Saúde.

TITULAR: Sérgio Rosemberg- AOP-

SUPLENTE: Magdália Pereira de Sousa – Corem

III – 08 (oito) REPRESENTANTES DOS GESTORES/PRESTADORES

01- Representantes das Instituições Superior e Institutos de Pesquisa Públicos.

TITULAR: José Roberto Ferraro

SUPLENTE:

02. Representantes dos Institutos de Ensino Superior e Institutos de Pesquisa Privados.

TITULAR: Ademir Medina Osório

SUPLENTE:

03 - Representantes de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde ou Produtoras de Materiais de Saúde.

TITULAR: Juljan Czapski

SUPLENTE: Erik Oswaldo Von Eye

04. Representantes de Entidades Prestadoras de Serviços Sem Finalidade Lucrativa.

TITULAR: Edison Ferreira da Silva

SUPLENTE: Fernando Proença de Gouveia

05. Representantes da Secretaria Municipal de Saúde

TITULAR: Paulo Kron Psanquevich

SUPLENTE: Paulo Eduardo B. Simurro

TITULAR:

SUPLENTE: Maria Angelica Crevelim

TITULAR: Aparecida Teruko Tominaga Yamada

SUPLENTE: Eliana Radesca Alvares Pereira Carvalho

TITULAR: Maria Aparecida Orsini de C. Fernandes

SUPLENTE: César Augusto Mendes Gibelli

Delegados da 13ª. Conferência Municipal de Saúde de São Paulo

ANEXOS RECOMENDADOS:

- **PROGRAMA DA 13ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**
- **REGULAMENTO GERAL DA 13ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**
- **DOCUMENTO PREPARATÓRIO PARA A 3ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**
- **CONSOLIDADO DAS PROPOSTAS DAS CINCO OFICINAS DO SUS REGIONAL: REGIÕES LESTE, SUL, NORTE, SUDESTE E CENTRO OESTE.**
- **REGIMENTO INTERNO VOTADO DA 13ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**
- **DOCUMENTO DR NELSON DOS SANTOS**
- **PALESTRA DR GILSON DE CARVALHO**
- **PALESTRA DR ÁQUILAS MENDES**
- **PALESTRA DRA ANA MARIA MALIK**
- **PALESTRA MARICY NAIR ANTUNES**
- **PALESTRA JORGE KAYANO**
- **LISTAGEM COMPLETA DOS DELEGADOS E CONSELHEIROS HOMOLOGADOS NA 13ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

HOMOLOGO a Resolução 002/06-CMS, de 26.01.06, nos termos da legislação vigente.

(Ass.) MARIA CRISTINA FARIA DA SILVA CURY
Secretária Municipal da Saúde