

15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo
18ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas:
Direito do Povo Brasileiro

RELATÓRIO FINAL



JOSÉ DE FILIPPI JUNIOR

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo
Secretário Municipal de Saúde de São Paulo

USUÁRIOS

Jarquelene Oliveira do Nascimento – Coordenadora da Comissão Organizadora
Maria Adenilda Mastelaro
José da Guia Pereira
Alex Aparecido Leite de Albuquerque
Regina Célia Pedrosa Vieira
Gersonita Pereira de Souza
Francisco Pereira Lima
Sheila Ventura Pereira

TRABALHADORES DA SAÚDE

Ana Rosa Garcia da Costa
Deodato Rodrigues Alves
Iramir Bastos Gomes
Jason Gomes Rodrigues Santos

GESTORES/PRESTADORES DE SERVIÇOS

Ricardo Fernandes de Menezes
Cássia Liberato Muniz Ribeiro
Denize Calvo Costa
Giane Santana Alves Oliveira

SUBCOMISSÕES

Subcomissão de Articulação, Mobilização, Cultura e Educação Popular

Maurício Silva Lima
Deodato Rodrigues Alves
Jarqueline Oliveira do Nascimento
Maria José de Sousa

Subcomissão de Comunicação

José da Guia Pereira
José Leonilson de Queiroz Almeida
Walney Araújo da Silveira
Nadir Francisco do Amaral
Denize Calvo Costa

Apoio: João Cortez Neto

Subcomissão de Credenciamento e Homologação

Ana Rosa Garcia da Costa
Sheila Ventura Pereira
Maria Lúcia Vieira
Nilton Sousa dos Reis

Apoio: Selma Maria Silva dos Santos

Subcomissão de Infraestrutura

Cássia Liberato Muniz Ribeiro
Alex Aparecido Leite de Albuquerque
Regina Célia Pedrosa Vieira
Maria Adenilda Mastelaro
Gersonita Pereira de Souza
Maria de Lourdes Martins Santos Silva
Eulália Cordeiro
Francisco Pereira Lima

Subcomissão de Relatoria

Ricardo Fernandes de Menezes
Giane Santana Alves Oliveira
Jarqueline Oliveira do Nascimento
Jason Gomes Rodrigues Santos

Apoio: Vinícius Figueira Boim
Paulo de Tarso Witkowski Frangetto

APRESENTAÇÃO

JOSÉ DE FILIPPI JUNIOR

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo

São Paulo, julho de 2015

I. INTRODUÇÃO

A 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, etapa regional da 7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo no processo de realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizou-se nos dias 22, 23 e 24 de junho de 2015, na cidade de São Paulo.

II. PARTICIPANTES

SÍNTESE GERAL		
DESCRIÇÃO	TOTAL	
INSCRITOS PREVIAMENTE	1540	1277
INSCRITOS NO LOCAL	190	188
TOTAL	1730	1465

SÍNTESE POR CATEGORIA		
CATEGORIA	TOTAL	CREDENCIADOS
DELEGADOS	1386*	1198
CONVIDADO	175	127
OBSERVADOR	154	127
PALESTRANTE	10	8
APOIO	5	5
TOTAL	1730	1465

* 1280 titulares e 106 suplentes.

SÍNTESE DO COMPARECIMENTO POR SALAS	
SALA	TOTAL
EIXO 1	264
EIXO 2	151
EIXO 3	155
EIXO 4	268
EIXO 5	196
EIXO 6	117
EIXO 7	49
EIXO 8	69
PLENÁRIA Tarde de 24 de Junho de 2015	1086

III. PROPOSTAS MUNICIPAIS

PROPOSTA	EIXO
Acesso mais racional à regulação, com o objetivo de que o paciente seja atendido na especialidade com o menor tempo de espera possível; maior oferta de vagas em psiquiatria, psicologia, geriatria, pequenas cirurgias e cirurgia ginecológica.	I
Implantar Unidade de Pronto Atendimento – UPA nas regiões mais necessitadas e com população maior.	I
Garantir o chamamento dos concursados e abertura de novos concursos públicos, na garantia de uma Tabela de Lotação de Pessoal – TLP completa, garantindo-se acesso universal e resolutivo para o usuário.	I
Garantia da oferta e da continuidade do abastecimento de insumos e medicamentos na atenção básica com o acompanhamento de um grupo paritário formado por conselheiros da Supervisão Técnica de Saúde na Coordenadoria de Saúde.	I
Que haja 100% de cobertura de equipe de Saúde Bucal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.	I
Garantia de acesso – fortalecimento da atenção básica como porta de entrada do sistema, de forma resolutiva, com capacidade de oferecer resposta aos problemas de saúde da população, respeitando as particularidades e prioridades locais, assim como oferecer o atendimento necessário às singularidades individuais. Entendendo que a saúde é um dever do Estado, a atenção básica, devido sua importância, deve ser gerida e administrada pela Prefeitura do Município de São Paulo – PMSP.	I
Garantir uma equipe mínima multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde – UBS (assistente social, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e cirurgião-dentista), de acordo com a demanda do território e suas necessidades.	I
Em atenção à população idosa solicitamos: a) criar leitos de retaguarda nos hospitais na região; b) atendimento domiciliar nas unidades onde não exista a Estratégia de Saúde da Família; c) ampliação do programa de cuidadores de idosos; d) maior oferta de serviços (Centro Dia e serviços de reabilitação voltados para idosos) em todas as regiões; e) implantação de URSI – Unidade de Referência à Saúde do Idoso, garantindo no mínimo uma em cada subprefeitura e f) ampliação da rede para pessoas com doenças neurodegenerativas e doenças raras.	I
Implementação de políticas de assistência integral à saúde da mulher, através das seguintes medidas: a) combate à mortalidade materna e neonatal, por meio da integralidade do cuidado, acesso aos métodos contraceptivos, atenção ao pré-natal, parto e pós-parto de qualidade, investimento e incentivo ao comitê de mortalidade materna, ampliação da oferta de cuidados em situações de aborto terapêutico e induzido; b) pautar a temática da violência obstétrica contra as mulheres, promovendo sensibilização e debate crítico para além do âmbito acadêmico; c) promover cuidado inclusivo às mulheres negras e imigrantes, respeitando sua cultura, valores e direitos; d) contratação via concurso público de obstetrizas para atuação na atenção primária, maternidades, Centros de Parto Normal – CPN e Casas de Parto vinculadas ao SUS; e) implementação dos CPN e adesão de Casas de Parto ao SUS, seguindo as diretrizes do programa rede cegonha; f) garantir o tratamento fisioterapêutico das pacientes com linfomas, pós-mastectomia e histerectomia.	I
Retomar a plena implantação da Saúde Mental com a integração da política nacional de redução de danos, saúde da população em situação de rua e o fim do financiamento das comunidades terapêuticas pelo Ministério da Justiça.	I

Para o fortalecimento dos conselhos gestores, que seja oferecido o curso de formação para todos os segmentos participantes, fornecido pela Escola Técnica do SUS – ETSUS com horários flexíveis, inclusive aos finais de semana, além de sensibilizar os empregadores e sindicatos sobre a importância desta atividade.	II
Que se garantam em cada Esfera de governo as instâncias colegiadas de participação popular, os conselhos distritais, os conselhos gestores de saúde, a conferência de saúde e o conselho de saúde, com as assembleias de saúde e os movimentos de saúde.	II
Criar mecanismos de articulação da saúde com outros conselhos, espaços públicos e movimentos, como de habitação, assistência social e educação.	II
Transparência na gestão: relatórios online dos gastos, em linguagem acessível/inteligível à população, para prestação de contas permanentes à sociedade e aos conselheiros gestores.	II
Que as deliberações, apontamentos, questionamentos e diretrizes dos conselhos gestores, bem como documentos das Conferências tenham devolutiva documental e oficial por parte dos gestores demandados.	II
Implantar e implementar os encontros semestrais de conselheiros e conselheiras em todo o Município para melhorar a atuação dos Conselhos e Conferências de Saúde.	II
Que o Governo Municipal garanta condições materiais e de infraestrutura para o desenvolvimento da Política Municipal de Educação Permanente para o Controle Social em toda a cidade.	II
Que sejam implementados conselhos gestores em todos os equipamentos e serviços de saúde do Estado de São Paulo, que recebam verba do SUS, independentemente de qual seja o modelo de gestão, conforme a Lei 12.516, de 02 de janeiro de 2007.	II
Ampliar a divulgação do SUS e participação social através de diferentes mídias sociais e públicas, assim como espaços de participação, convivência e articulação da comunidade, incentivando a participação social e controle, fortalecendo o diálogo, a negociação e a proposição de políticas públicas para que se avance de forma plena à efetivação do SUS em todo o País.	II
Cumprimento de todas as deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde, instâncias máximas de participação e decisão no SUS, e um controle social forte, autônomo e popular que não pode ser reduzido ao mero conferidor de contratos ou carimbador de decisões tomadas por governantes, técnicos ou grupos de interesses.	II
Criação das centrais ou polos regionais e descentralizados de venenos buscando a melhor organização e controle de vetores e insumos e, com isso, preservando a saúde do trabalhador e da comunidade.	III
Destaca-se que entre os inúmeros problemas enfrentados pelos trabalhadores do Estado encontra-se a Tabela de Lotação de Pessoal defasada pela falta de concursos públicos e com desvios de função, que a precarizam. A fragmentação salarial e as discrepâncias nos benefícios dos profissionais de saúde – municipais, municipalizados, estaduais, federais, autárquicos e de parceiros privados – também se apresentam como entraves que precisam ser repensados. É importante considerar que todos os profissionais que trabalham na assistência à saúde no Município de São Paulo, que não optaram pelo PCCS de 2007, também tenham evolução funcional.	III
Garantir a capacitação progressiva a todos os agentes de saúde, com garantias de EPI e uniformes de qualidade, com maior quantidade de veículos próprios e oficiais adequados às atividades para oferecer um serviço de melhor qualidade ao munícipe.	III
Ampliar os locais de atendimento para profilaxia pós-exposição a acidentes com materiais biológicos, em especial aos finais de semana, feriados e períodos noturnos com cumprimento dos fluxos determinados.	III

Garantir a notificação de violência, dos acidentes de trabalho e das doenças relacionadas ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN pelo Departamento de Saúde do Servidor – DESS e demais unidades de atendimento do SUS que envolvam trabalhadores municipais, conforme item B.1 e B.2 do documento Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Município de São Paulo, 2013, e o referente ao item 89 do documento norteador das Pré-Conferências Municipais de Saúde.	III
Valorização do trabalho, por meio da concretização dos planos de carreira e da transparência e democratização do preenchimento de vagas para os cargos de gestão das unidades (concurso para cargos de gerentes)	III
Elaboração de um Plano de Educação Permanente construído por cada Supervisão Técnica de Saúde, em conjunto com as Escolas Regionais de Saúde, levando em consideração as particularidades do território e envolvendo os diversos atores: Assessoria de Gestão Participativa, STS, CRS, conselheiros gestores, ouvidorias, lideranças comunitárias, entre outros, a fim de fortalecimento de novos quadros de profissionais. Deve ser garantida, priorizada e facilitada à participação dos profissionais, garantindo a transparência e ampla divulgação do processo seletivo nos processos de educação permanente.	III
Divulgar, promover e fortalecer as ações de Educação Permanente, desenvolvido pela Escola Municipal de Saúde e Escolas Regionais de Saúde, buscando promover ainda um maior número de cursos EAD, integrando a Tele-Educação do Programa Telessaúde Redes do Município de São Paulo para todos os trabalhadores do SUS.	III
Garantir a prática do matriciamento como estratégia de formação em serviço por meio de discussão de caso, atendimento e visitas conjuntas, entre outras formas de compartilhamento de saberes e cuidado.	III
Implantar e incrementar política de cuidados à saúde do trabalhador, investindo nos processos e condições de trabalho, que atendam as legislações específicas, como a implantação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes – CIPAS em todas as unidades de trabalho e exames médicos periódicos aos trabalhadores da saúde, visando sua segurança, integridade e valorização.	III
Nomeação para todas as vagas abertas pelos concursos públicos vigentes da Secretaria Municipal de Saúde, visando completar as Tabelas de Lotação de Profissionais de todas as unidades de saúde do município, bem como a abertura de novos concursos com a mesma finalidade.	IV
Que o Fundo Municipal de Saúde seja gerenciado diretamente e exclusivamente pela Secretaria Municipal de Saúde.	IV
Que em todas as Supervisões Técnicas de Saúde, cujos Chamamentos Públicos de Organizações Sociais – OS ficaram ou venham a ficar sem proposta, sejam chamados os aprovados nos concursos vigentes na Secretaria Municipal de Saúde e que estas regiões voltem para a Administração Pública Direta.	IV
Transparência no processo de prestação de contas das OS, com acesso detalhado a todos os gastos, salários e investimentos nos serviços de saúde. Detalhado por unidade de saúde e consolidado nos conselhos gestores tendo como base de referência o plano de trabalho e a proposta financeira entregue na concorrência pública.	IV
Retomada pela administração pública dos serviços de saúde	IV
Maior investimento em construção de equipamentos, reformas e contratação de manutenção preventiva e corretiva para todos os equipamentos de saúde com garantia da qualidade do serviço prestado, com consulta sobre as necessidades do âmbito local, incluindo maior investimento para a contratação de pessoal considerando o perfil demográfico e epidemiológico de cada região.	IV

Os contratos de gestão e a remuneração das Organizações Sociais devem ser aprovados tendo como base a participação popular e o poder legislativo das diferentes Esferas de governo (municipal, estadual e federal), visando maior controle social e transparência nas formas de produzirmos a gestão do SUS.	IV
Que as unidades orçamentárias sejam mais descentralizadas atingindo o território das Supervisões Técnicas de Saúde – STS das subprefeituras, com acompanhamento de auditorias pelo conselho gestor local.	IV
Proibição de ofertar e utilizar os recursos da estrutura do SUS como forma de pagamento/financiamento dos contratos estabelecidos com o setor privado, exemplo: contra a “porta dupla”.	IV
Isonomia salarial para trabalhadores municipalizados, tendo os mesmos direitos ao novo Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS do Município de São Paulo.	IV
Nomeação para todas as vagas abertas pelos concursos públicos vigentes da Secretaria Municipal de Saúde, visando completar as Tabelas de Lotação de Profissionais de todas as unidades de saúde do município, bem como a abertura de novos concursos com a mesma finalidade.	V
Garantir melhorias de acessibilidade na estrutura física dos equipamentos de saúde; capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento da pessoa com deficiência (auditiva e visual); aquisição de veículos adaptados para o transporte da pessoa com deficiência física para cada STS, bem como o desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao cuidador (familiar/responsável);	V
Implantação do Prontuário Eletrônico Integrado entre todos os serviços.	V
Ampliar o cuidado com a garantia de contratação de Agente Comunitário de Saúde e equipe multiprofissional (assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) em todas as UBS.	V
Atenção Primária como ordenadora da Rede, organizada pela ESF. Ampliação de número de equipes de ESF e de UBS, ampliação da cobertura da ESF no território, com número de usuários por equipe adequado às necessidades de saúde locais, possibilitando a resolutividade de 85% dos problemas de saúde.	V
Garantia de haver contrato de emergência nos serviços de saúde para que o bom funcionamento dos serviços ocorra enquanto se processa o concurso público para preenchimento de vagas, com transparência da informação aos usuários de saúde sobre contratações naqueles serviços.	V
Ampliação do Programa de Acompanhante a Pessoas com Deficiência Intelectual, com ênfase à inclusão social, acompanhando esse paciente em locomoção ao emprego, a cursos e demais atividades;	V
Garantir como Política de Estado e no Plano Municipal de Saúde, recursos financeiros para realização de concursos públicos com base em dados de avaliações realizadas bianualmente que detalhem o quadro de servidores bem como seu déficit de forma transparente, investindo no quadro de servidores públicos de saúde e diminuindo progressivamente a contratação de organizações sociais.	V
Garantir recursos humanos e financeiros para o programa Saúde na Escola e de outros que vierem a ser criados	V

Instituição de Longa Permanência para idosos vinculada ao SUS, com idosos dependentes de cuidados assistenciais da saúde, dotada de equipe multiprofissional.	V
Divulgar os cursos profissionais na TV das unidades da saúde; garantia da educação permanente e continuada através da educação à distância – EAD; que as informações sobre os Cursos para Conselheiros Gestores estejam disponíveis e tenham ampla divulgação nas unidades de saúde, portal da Prefeitura de São Paulo, meios de comunicação, meios de transporte, portal da Educação, Rede Saudável, TV Minuto, entre outros, incluindo a divulgação dos concursos públicos.	VI
Ações de divulgação e campanhas permanentes para respeito à diversidade sexual, direitos humanos, gênero, tolerância religiosa, estigma de pacientes com sofrimento mental e uso de álcool e drogas, contra a violência.	VI
Criação da TV SUS em TV aberta. Com produção das três Esferas, investimento público dos três entes federativos, conteúdos e produção discutidos e elaborados por um conselho tripartite (editorial), em cada Esfera, e fiscalizado pelo conselho correspondente à Esfera de saúde (municipal estadual e federal).	VI
Integração dos sistemas de informação /banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde da Rede de Ouvidorias SUS do Município de São Paulo e demais secretarias, intra-intersetorial.	VI
Política de Comunicação na SMS: Realizar após a 18ª Conferência Municipal de Saúde, um Encontro de Comunicação para discussão e elaboração de uma política de comunicação social para o SUS em São Paulo, com a participação de gestores, trabalhadores e usuários. Fortalecimento e maior investimento da SMS na divulgação de informações, nos diversos veículos da mídia, referente à saúde, seus serviços e modos de acesso.	VI
Ampliar a divulgação entre os usuários e funcionários da saúde sobre medicamentos homeopáticos, como também ampliação de sua aquisição e criação de mais farmácias próprias destes medicamentos na Rede de Atenção à Saúde.	VI
Todas as informações, incluindo prestação de contas das OS, da gestão devem chegar a população de forma clara e em tempo hábil, principalmente aos conselhos gestores locais e regionais.	VI
Democratização da Informação no SUS: Aproximar a linguagem e a forma de divulgação das informações, consideradas as características dos territórios e as especificidades das populações (idosos, indígenas, imigrantes e outros). Linguagem mais adequada e acessível nos serviços do SUS na comunicação com a população. Explicar com clareza os encaminhamentos e certificar-se, ter a garantia, de que o usuário compreendeu. Integração e divulgação dos diversos serviços da região (escolas, centros culturais, centros de saúde e outros) por meio do desenho dos fluxos. A informação deve ser instrumento no processo de trabalho da saúde em todas as relações do cuidado.	VI
Direito à Informação nos equipamentos de saúde: Identificação do SUS em todos os serviços de saúde, independentemente da especialidade ou Esfera de governo. Que os usuários do Sistema Único de Saúde tenham acesso à visualização das informações dos seus prontuários de modo seguro e individual	VI
Referente a crise de abastecimento de água em São Paulo, a mídia desinforma, distorce e omite. Ocasionalmente, por exemplo, um dos maiores surtos de dengue já visto, porém nem a SABESP, nem o governo do Estado de São Paulo, nem tampouco as mídias, informaram corretamente sobre armazenamento de água. Precisamos garantir a comunicação, a participação da sociedade e transparência na informação sobre a crise hídrica. É, portanto, necessário a criação de "sala de situação" para acompanhamento da crise de abastecimento de água, com representação do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.	VI

Investir em novas tecnologias para prevenção em saúde, abordando temas de importância em Saúde Pública, tais como: a mortalidade de motociclistas na cidade de São Paulo e o uso de drogas por adolescentes na região.	VII
Garantir, por meio de avaliação e fiscalização de serviços da empresa PRODAM, o devido cumprimento de contratos.	VII
A criação da Comissão de Ciência, Tecnologia e Inovação na Secretaria Municipal de Saúde.	VII
Utilizar as mídias públicas, inclusive as locais, para informar como e quando utilizar os serviços de saúde.	VII
Disponibilizar tecnologia digital, em dispositivos móveis com acesso à Internet, incorporando ao trabalho dos profissionais que desenvolvem ações de saúde todas as atividades externas que necessitam de acesso aos registros de dados.	VII
Garantir infraestrutura para informática com treinamento, redes, equipamentos, manutenção, insumos e reposição de equipamentos danificados.	VII
Modernizar e efetivar a integração dos sistemas de informação e comunicação em nível de STS da SMS, no sentido de agilizar a tomada de decisão e gestão.	VII
Implantar o Cartão Nacional SUS magnético no Município de São Paulo, integrado em todo o território nacional e interagindo com todos os sistemas de informação de saúde das três Esferas de governo, incluindo a rede privada.	VII
Incentivar a articulação intersetorial para fomentar pesquisas científicas nos serviços de saúde, priorizando o perfil epidemiológico da população local e garantindo a produção de conhecimento sobre doenças negligenciadas e raras.	VII
Garantia de investimento para implantação e manutenção da estrutura física, equipamentos e capacitação dos trabalhadores voltada à informatização das unidades.	VII
Implementar Reforma Tributária: Que acabe de vez com a renúncia fiscal, principalmente das corporações; que sejam taxadas as grandes fortunas, o patrimônio e as heranças incrementando o financiamento das políticas públicas e da seguridade social; que seja desonerado o consumo e os salários e taxado o sistema financeiro.	VIII
Apoio ao marco regulatório da concessão pública dos veículos de comunicação de massa, fortalecendo concessões públicas regionais, a pluralidade sociocultural, não permitindo monopólios e estabelecendo um limite de concessão, por número e por tipo de veículo, para cada grupo de mídia. Exigir, nas concessões de radiodifusão, espaços para sindicatos, movimentos sociais em horário nobre.	VIII
Combater a política de extermínio da população negra.	VIII
Pela reforma do sistema de segurança pública, priorizando o modelo de segurança comunitária e a desmilitarização das polícias.	VIII
Rever o teto da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF para contratação de trabalhadores da saúde através de seleção e ou concurso público.	VIII
Auditoria anual da dívida pública.	VIII

IV. PROPOSTAS ESTADUAIS

Abaixo a relação de proposições que os Grupos de Trabalho afirmaram ou reafirmaram sua dimensão estadual.

PROPOSTA	EIXO
Ampliação e implantação do programa PAI, programa EMAD/Melhor em Casa e Consultório na Rua para a população em situação de rua, em nível nacional, e respeito para a população de cada território.	I
Pautar a organização do atendimento na qualidade, visando a necessidade do indivíduo e não nos aspectos quantitativos, modificando os sistemas de avaliação de forma que estes não sejam pautados apenas na questão da produtividade, mas utilizem também aspectos que avaliem a qualidade e resolutividade dos serviços.	I
Que a regulação do Município de São Paulo seja rediscutida e revista com representantes de todos os segmentos (usuários, trabalhadores e gestores) e que responda as necessidades de saúde de cada território e garanta o acesso e a integralidade do cuidado.	I
Em atenção à população idosa, solicitamos: a) criar leitos de retaguarda nos hospitais na região; b) atendimento domiciliar nas unidades onde não exista a Estratégia de Saúde da Família; c) ampliação do Programa de Cuidadores de Idosos; d) maior oferta de serviços (Centro Dia e serviços de reabilitação voltados para idosos) em todas as regiões; e) Implantações de URSI – Unidade de Referência à Saúde do Idoso, garantindo, no mínimo, uma em cada subprefeitura; f) ampliação da Rede de Atenção para pessoas com doenças neurodegenerativas e doenças raras	I
Garantir a imediata implantação do projeto de distribuição por território do Município de São Paulo das medicações de alto custo.	I
Que sejam implementados conselhos gestores em todos os equipamentos e serviços de saúde do Estado de São Paulo, que recebam verba do SUS, independentemente de qual seja o modelo de gestão, conforme a Lei 12.516, de 02 de janeiro de 2007.	II
A gestão participativa deve ser reforçada e ampliada, posto que ainda é pouco praticada no conjunto dos Estados e Municípios, onde há pouco apoio ao funcionamento autônomo e organizado dos Conselhos de Saúde e ouvidorias. Aplicar mecanismos de sanções para os Estados e Municípios que não cumprirem a determinação de formar conselhos gestores.	II
A Ouvidoria em Saúde é parte da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa devendo ser tratada como canal de participação e controle popular e como ferramenta de gestão. Assim, é fundamental o seu fortalecimento e sua ampliação, bem como sua articulação efetiva com os demais entes ligados a gestão participativa. Por se caracterizar como canal de participação direta, é fundamental a ampliação dos meios de acesso do cidadão, bem como da divulgação desse, com repasse trimestral dos dados e informações qualitativas aos seus respectivos conselhos e população em geral.	II
Cumprimento de todas as deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde, instâncias máximas de participação e decisão do SUS.	II

<p>Formatar os documentos oriundos de Conferência de forma objetiva e com diretrizes claras para que seja possível a avaliação das propostas encaminhadas pela Conferência. A avaliação das propostas aprovadas nas Conferências de Saúde dos anos anteriores e nas mais recentes, deve ser feita de maneira permanente, verificando e comparando resultados efetivos, negativos, repetições e incoerências, visando aprimorar o planejamento e conhecimento dos integrantes dos conselhos, movimentos e entidades em geral.</p>	II
<p>Concursos públicos regulares de 2 a 3 anos, de ingresso e acesso em todos os níveis, que possam suprir e organizar o quadro de servidores para atender o quantitativo de trabalhadores necessários aos serviços e ações de saúde, viabilizando a contagem de pontos em prova de títulos para os profissionais que já trabalham na rede pública, independentemente do vínculo empregatício, e sem prorrogação de contratos de gestão.</p>	III
<p>Cumprimento de todas as deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde, instâncias máximas de participação e decisão no SUS, e um controle forte, autônomo e popular, que não pode ser reduzido a mero conferidor de contratos ou “carimbador” de decisões tomadas por governantes, técnicos ou grupos de interesses.</p>	III
<p>É fundamental a adoção de uma política de gestão de pessoas unificada, com diretrizes nacionais para o Sistema Único de Saúde, e a estruturação de carreiras multiprofissionais nas grandes áreas temáticas do SUS, como atenção básica, atenção especializada e hospitalar, urgência e emergência, vigilância em saúde, saúde mental, reabilitação e apoio administrativo e financeiro. À luz das diretrizes nacionais se adequa a política de gestão de pessoas às realidades loco-regionais.</p>	III
<p>É preciso somar Esforços com as entidades da saúde e as centrais sindicais para construir uma agenda de valorização do trabalho em saúde, ampliando nas diferentes profissões a defesa do SUS, e eliminando ou coibindo todas as formas de precarização existentes no sistema público – incluindo a privatização direta ou indireta e as terceirizações da prestação de serviços – e nos estabelecimentos e serviços privados. É importante também que os Departamentos de Saúde do Servidores – DSS não sejam terceirizados.</p>	III
<p>Fortalecer as relações com as universidades e escolas técnicas, ampliando e desenvolvendo os programas de estágios e residências médicas e multiprofissionais com o objetivo de aproximar o ensino dos serviços.</p>	III
<p>Garantir que as emendas da saúde sejam adequadamente avaliadas, na fase de apreciação no legislativo pelos respectivos conselhos de saúde da Esfera governamental pertinente, com auxílio de técnicos da Pasta da Saúde, a fim de não se correr o risco de substituição de despesas em programas planejados e estruturados por despesas avulsas e pouco articuladas, decorrentes das emendas parlamentares, sem impacto significativo nos indicadores de saúde da população.</p>	IV
<p>Retomada pela administração pública dos serviços de saúde</p>	IV
<p>Garantir Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os trabalhadores do SUS nas três Esferas de governo e contra todas as formas de precarização do trabalho.</p>	IV
<p>Proibição de ofertar e utilizar os recursos da estrutura do SUS como forma de pagamento/financiamento dos contratos estabelecidos com o setor privado, exemplo: contra a “porta dupla”.</p>	IV
<p>Ampliação dos recursos para a saúde mental.</p>	IV

Garantir implementação da Política Nacional de Humanização do SUS – PNH, diretrizes da Rede Cegonha e recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS para assistência ao pré-natal, parto e puerpério, como meio de combate à mortalidade materna e neonatal, à violência obstétrica, através do investimento e implementação dos Centros de Parto Normal e Casas de Parto já em processos de implantação no Município de São Paulo.	V
Melhoria na Qualidade do Atendimento Territorializado, ampliando as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF ou ESF) em toda a Rede da Atenção Básica de Saúde.	V
Reforçar as necessidades de gestão essencialmente pública nas unidades de saúde, desestimulando a prática abusiva de terceirização na saúde.	V
Fortalecer a fiscalização das OS com participação do controle social em quaisquer órgãos de fiscalização para este fim.	V
Garantir como Política de Estado e no Plano Municipal de Saúde, recursos financeiros para realização de concursos públicos com base em dados de avaliações realizadas bianualmente que detalhem o quadro de servidores bem como seu déficit de forma transparente, investindo, assim, no quadro de servidores públicos de saúde e diminuindo progressivamente a contratação de Organizações Sociais.	V
Criação da TV SUS em TV aberta com produção das três Esferas, investimento público dos três entes federativos, conteúdos e produção discutidos e elaborados por um conselho tripartite (editorial), em cada Esfera, e fiscalizado pelo conselho correspondente à Esfera de saúde (Municipal, Estadual e Federal).	VI
Direito à Informação nos equipamentos de saúde: Identificação do SUS em todos os serviços de saúde, independentemente da especialidade ou Esfera de governo. Que os usuários do Sistema Único de Saúde tenham acesso para visualização das informações dos seus prontuários de modo seguro e individual	VI
Democratização da Informação no SUS: Aproximar a linguagem e a forma de divulgação das informações, consideradas as características dos territórios e as especificidades das populações (idosos, indígenas, imigrantes e outros). Linguagem mais adequada e acessível nos serviços do SUS na comunicação com a população. Explicar com clareza os encaminhamentos e certificar-se, ter a garantia, de que o usuário compreendeu. Integração e divulgação dos diversos serviços da região (escolas, centro culturais, centros de saúde e outros) por meio do desenho dos fluxos. A informação deve ser instrumento no processo de trabalho da saúde em todas as relações do cuidado.	VI
Referente a crise de abastecimento de água em São Paulo, a mídia desinforma, distorce e omite. Ocasionalmente, por exemplo, um dos maiores surtos de dengue já visto, porém nem a SABESP, nem o governo do Estado de São Paulo, nem tampouco as mídias, informaram corretamente sobre armazenamento de água. Precisamos garantir a comunicação, a participação da sociedade e transparência na informação sobre a crise hídrica. É, portanto, necessário a criação de "sala de situação" para acompanhamento da crise de abastecimento de água, com representação do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.	VI
Ações de divulgação e campanhas permanentes no sentido do respeito à diversidade sexual, direitos humanos, gênero, tolerância religiosa, estigma de pacientes com sofrimento mental e uso de álcool e drogas, contra a violência.	VI
Intensificar a divulgação de informações junto aos profissionais do SUS sobre práticas integrativas, através do tratamento com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, como tecnologia alternativa ao tratamento convencional.	VII

Ampliar Educação à Distância – EAD para capacitação dos trabalhadores e usuários.	VII
Garantir recursos e tornar mais abrangente o serviço de tecnologia de informação favorecendo o usuário com rapidez e prontidão.	VII
Integração dos sistemas de informação em saúde tais como: SIGA, CROSS, GSS, ESUS, entre outros.	VII
Garantir o uso racional de tecnologias e medicamentos priorizando as necessidades reais em saúde da população e não os interesses mercadológicos.	VII
Implementar Reforma Tributária: Que acabe de vez com a renúncia fiscal, principalmente das corporações; que sejam taxadas as grandes fortunas, o patrimônio e as heranças incrementando o financiamento das políticas públicas e da seguridade social; que seja desonerado o consumo e os salários e taxado o sistema financeiro.	VIII
Apoio ao marco regulatório da concessão pública dos veículos de comunicação de massa, fortalecendo concessões públicas regionais, a pluralidade sociocultural, não permitindo monopólios e estabelecendo um limite de concessão, por número e por tipo de veículo, para cada grupo de mídia. Exigir nas concessões de radiodifusão, espaços para sindicatos, movimentos sociais em horário nobre.	VIII
Combater a política de extermínio da população negra.	VIII
Pela reforma do sistema de segurança pública, priorizando o modelo de segurança comunitária e a desmilitarização das polícias.	VIII
Rever o teto da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF para contratação de trabalhadores da saúde através de seleção e ou concurso público.	VIII

IV. PROPOSTAS NACIONAIS

Abaixo a relação de proposições de dimensão nacional discutidas pelos Grupos de Trabalho e aprovadas.

PROPOSTA	EIXO
Afirmando o repúdio à PEC 451, que prevê a obrigatoriedade das empresas contratarem planos de saúde para os seus funcionários, bem como à Lei 13.097/2015, que autoriza a operação de empresas estrangeiras no setor saúde no Brasil, propõe-se: a retomada e intensificação da proposta Saúde mais 10, que prevê 10 por cento das receitas correntes brutas da União para a Saúde, e a defesa da revisão da aplicação dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal no setor saúde.	I
Para que a saúde seja um direito de todos, assumida como um bem da sociedade, é necessário um novo acordo em nome do interesse público, que recomponha os princípios e as orientações constitucionais, os quais devem ser assegurados pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, sendo eles: integralidade, universalidade e equidade. Desta forma garante-se os direitos dos diversos segmentos da sociedade: homens mulheres, crianças, adolescentes, idosos, pessoas GLBTT, com destaque aos grupos de maior vulnerabilidade como a pessoa com deficiência e mobilidade reduzida, dependente químico, pessoas em situação de rua e pessoas com doenças raras.	I

Reafirmar a saúde como direito universal e integral, devendo o estado destinar 10% das receitas correntes brutas da União para a Saúde, assegurando um financiamento estável do setor a partir da definição de novas fontes de financiamento.	I
Implantação e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, organizada a partir da atenção básica, que articulem e integrem a oferta de serviços dos diversos níveis de complexidade e gerenciados tanto pelo Estado quanto pelo Município, com efetivo cumprimento das responsabilidades dos 3 entes federativos.	I
Retomar a plena implantação da Saúde Mental com a integração da política nacional de redução de danos, saúde da população em situação de rua e o fim do financiamento das comunidades terapêuticas pelo Ministério da Justiça.	I
Fortalecer os mecanismos de participação social estabelecendo marcos legais para a participação dos conselheiros nas reuniões ordinárias, extraordinárias e demais espaços de controle social, garantindo-se ao trabalhador o direito de participação sem prejuízo ao posto de trabalho/função, sendo eles trabalhadores da gestão direta ou indireta.	II
Que se garantam em cada Esfera de governo as instâncias colegiadas de participação popular, os conselhos distritais, os conselhos gestores de saúde, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, com as assembleias de saúde e os movimentos de saúde.	II
A gestão participativa deve ser reforçada e ampliada, posto que ainda é pouco praticada no conjunto dos Estados e Municípios, onde há pouco apoio ao funcionamento autônomo e organizado dos Conselhos de Saúde e ouvidorias. Aplicar mecanismos de sanções para os Estados e Municípios que não cumprirem a determinação de formar conselhos gestores.	II
Formatar os documentos oriundos de Conferência de forma objetiva e com diretrizes claras para que seja possível a avaliação das propostas encaminhadas pela Conferência. A avaliação das propostas aprovadas nas Conferências de Saúde dos anos anteriores e nas mais recentes, deve ser feita de maneira permanente, verificando e comparando resultados efetivos, negativos, repetições e incoerências, visando aprimorar o planejamento e conhecimento dos integrantes dos conselhos, movimentos e entidades em geral.	II
Ampliar a divulgação do SUS e a participação social através de diferentes mídias sociais e públicas, assim como espaços de participação, convivência e articulação da comunidade, incentivando a participação social e controle, fortalecendo o diálogo, a negociação e a proposição de políticas públicas para que avancem de forma plena à efetivação do SUS em todo o país.	II
Denunciar e repudiar a PEC 451/14 do Deputado Federal Eduardo Cunha, que afronta a constituição federal, com a falsa proposta de Cobertura Universal de Saúde, que não produz cobertura a todos, mas pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população, ferindo direitos já conquistados.	III
Os profissionais de saúde dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, entre outros, quando formados por instituições públicas, devem, obrigatoriamente, trabalhar na assistência ao munícipe da Rede Pública de Saúde, por um período mínimo de 2 anos.	III

<p>Por fim, devemos esclarecer à sociedade brasileira sobre a natureza socialmente destrutiva do Projeto de Lei nº. 4.330, que <i>Dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho deles decorrentes</i>, e combatê-lo duramente, uma vez que representa a retirada de direitos conquistados ao longo de décadas pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras do Brasil. Proibir a prorrogação dos contratos das Organizações Sociais em Saúde, determinando que, no período que anteceder o final do contrato (24 meses), seja realizado concurso público valorizando a contagem de pontos para funcionários das OS.</p>	<p>III</p>
<p>As medidas recentes aprovadas na lei que normatizou o programa Mais Médicos indicam que é necessário universalizar as residências e as especializações mais demandadas no SUS, como forma de garantir profissionais em número suficiente para as diversas regiões do País. Deve-se ampliar o programa Mais Médicos em todas as unidades de saúde. É necessário, ainda, vincular a real necessidade de saúde da população à formação do profissional de saúde no Brasil, garantindo-se, através de planejamento e integração com universidades, que as diversas regiões sejam atendidas.</p>	<p>III</p>
<p>Na busca pela melhoria e fortalecimento do SUS e por avanços na saúde da população é fundamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regular a preparação dos seus profissionais a partir das necessidades da maioria do povo brasileiro e não pela lógica do mercado, produção e o número de atendimentos; • Ampliar o PET/PRO Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho/Programa de Reorientação da Formação Profissional para a Saúde) do Ministério da Saúde; • Mudar os currículos nas universidades e escolas técnicas com projetos pedagógicos comprometidos com a concepção de saúde integral como promotora da qualidade de vida, passando pela prevenção dos riscos às principais doenças, pela assistência, pela reabilitação dos indivíduos e pela valorização do trabalho. 	<p>III</p>
<p>Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do Estado, destinando 10% das receitas correntes brutas da União para a Saúde, assegurando um financiamento estável do setor a partir da definição de novas fontes de financiamento, como a taxação das grandes fortunas, dentre outras possibilidades, e priorizando o investimento na atenção primária, como forma de garantir o acesso de toda população.</p>	<p>IV</p>
<p>Fim dos subsídios aos planos privados de saúde com aplicação dos recursos decorrentes na seguinte proporção: 75% na atenção básica (Estratégia Saúde da Família, promoção e prevenção à saúde, RAPS, CECCO, PAVS e nas atividades de vigilância em saúde – ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador e sanitária); 25% na média complexidade (atenção especializada com profissionais e recursos tecnológicos de apoio e terapêutico adequados) ampliando e incluindo recursos como DPVAT, PROESF e outras fontes de recursos que garantam repasses para a saúde.</p>	<p>IV</p>
<p>Flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF para a contratação de trabalhadores da saúde, investindo no quadro de servidores próprios da saúde e diminuindo progressivamente a contratação de organizações sociais, e ao mesmo tempo os contratos de gestão com OS, enquanto persistirem, deverão ser elaborados com a participação dos movimentos, sindicatos, Conselho Municipal de Saúde e conselhos gestores, que também acompanharão e fiscalizarão a sua execução. Os contratos devem prever política salarial com isonomia, adicionais e verbas remuneratórias que contemplem a complexidade e as peculiaridades dos trabalhos da saúde, negociada com os representantes dos trabalhadores para evitar a disputa por profissionais entre as OS, e que exista um teto para os cargos de dirigentes das OS que não ultrapasse o valor estabelecido pelo secretário municipal da saúde.</p>	<p>IV</p>
<p>Rejeitar e denunciar a proposta PEC 451/2014 do deputado federal Eduardo Cunha e reforçar a importância do SUS. Repudiar a entrada de capital estrangeiro no SUS.</p>	<p>IV</p>

Plano de carreira nacional para os trabalhadores do SUS com contratação por concurso, através do Regime Jurídico Único, e com o financiamento tripartite. Contra todas as formas de precarização do trabalho e do trabalhador.	IV
Aumentar o número de vagas das carreiras da Saúde em universidades públicas e em sistema de bolsas, e que, após a formação, todo aluno financiado deva prestar serviços no SUS por no mínimo 02 anos.	V
O Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) deve ser reconhecido e aceito em todo o território nacional, resultando em um sistema de informação integrado, acoplado aos prontuários eletrônicos de forma a propiciar um adequado acompanhamento de saúde.	V
Garantir junto ao Governo Federal o repasse de 10% do Produto Interno Bruto – PIB para a Saúde Pública na sua totalidade. E que as emendas parlamentares não estejam incluídas nesse repasse.	V
Melhoria na Qualidade do Atendimento Territorializado, ampliando as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF ou ESF) em toda Rede da Atenção Básica de Saúde.	V
Reforçar as necessidades de gestão essencialmente pública nas unidades de saúde desestimulando a prática abusiva de terceirização na saúde.	V
Em defesa da regulação da mídia, para garantir a democratização e acesso universal à informação e o fim do monopólio da mídia, onde as concessões públicas de rádio e TV respeitem a diversidade de opiniões, de gênero, orientação sexual, religião, etnia/cor e outras especificidades, incluindo as regionais. Que os meios de comunicação de massa, sejam divulgadores e mobilizadores da participação dos conselhos de saúde. Ampliar as estratégias de divulgação sobre o SUS (princípios, HUMANIZASUS, participação e controle social, lei de direitos do usuário). Estabelecer estratégias para acessar a população que não usa o serviço público, a fim de esclarecer sobre o SUS. Estimular produções audiovisuais a partir do olhar das usuárias e usuários do SUS, a fim de contribuir para a construção de uma imagem do SUS como direito e patrimônio do povo brasileiro.	VI
Criação da TV SUS em TV aberta com produção das três Esferas, investimento público dos três entes federados, conteúdos e produção discutidos e elaborados por um conselho tripartite (editorial), em cada Esfera, e fiscalizado pelo conselho correspondente à Esfera de Saúde (municipal, estadual e federal).	VI
Direito à Informação nos equipamentos de saúde: Identificação do SUS em todos os serviços de saúde, independentemente da especialidade ou Esfera de governo. Que os usuários do Sistema Único de Saúde tenham acesso para visualização das informações do seu prontuário de modo seguro e individual	VI
Democratização da Informação no SUS: Aproximar a linguagem e a forma de divulgação das informações, consideradas as características dos territórios e as especificidades das populações (idosos, indígenas, imigrantes e outros). Linguagem mais adequada e acessível nos serviços do SUS na comunicação com a população. Explicar com clareza os encaminhamentos e certificar-se, ter a garantia, de que o usuário compreendeu. Integração e divulgação dos diversos serviços da região (escolas, centro culturais, centros de saúde e outros) por meio do desenho dos fluxos. A informação deve ser instrumento no processo de trabalho da saúde em todas as relações do cuidado.	VI
Unificar os sistemas oficiais de informação permitindo que interajam entre si, com permissão de uso das bases de dados da Seguridade Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social – MPAS e Ministério da Saúde – MS.	VI

Ampliar o financiamento de pesquisas, incentivando a articulação intersetorial, considerando diretrizes como agravos de maior prevalência, gravidade, impacto e populações de maior vulnerabilidade.	VII
Aperfeiçoar os sistemas informatizados existentes com investimentos em infraestrutura (pessoal, orçamento e espaços físicos), interligando e articulando sistemas de informação e gestão nos níveis municipal, estadual e federal.	VII
Destinar maior investimento nos laboratórios públicos para pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias de produção de medicamentos no território nacional.	VII
Implantar ponto eletrônico em todos os equipamentos de saúde para profissionais contratados por todos os vínculos trabalhistas, diretos e indiretos, garantindo o cumprimento da jornada de trabalho.	VII
Implantar prontuário eletrônico, com certificação digital e em todos os níveis de atenção do SUS, nos serviços municipais de saúde de São Paulo, com a garantia de recursos financeiros para pessoal, treinamentos, equipamentos, sistemas, rede lógica, manutenção e reposição de toda a rede, qualificando e integralizando o atendimento aos usuários, evitando a visão fragmentada, da assistência multidisciplinar.	VII
Implementar Reforma Tributária: Que acabe de vez com a renúncia fiscal, principalmente das corporações; que seja taxada as grandes fortunas, o patrimônio e as heranças incrementando o financiamento das políticas públicas e da Seguridade Social; que seja desonerado o consumo e os salários e taxado o sistema financeiro.	VIII
Diante da tramitação, no Congresso Nacional, de uma contrarreforma política que reduz nossa democracia, a PEC 352, propõe-se: a realização de uma Assembleia Nacional Constituinte Exclusiva e Soberana do Sistema Político Brasileiro. Apoiar uma reforma política que aprofunde e aperfeiçoe a democracia participativa, com o estabelecimento de novas regras institucionais que garantam a ampliação da participação democrática e o fim do financiamento empresarial das campanhas eleitorais.	VIII
Apoio ao marco regulatório da concessão pública dos veículos de comunicação de massa, fortalecendo concessões públicas regionais, a pluralidade sociocultural, não permitindo monopólios e estabelecendo um limite de concessão, por número e por tipo de veículo, para cada grupo de mídia. Exigir nas concessões de radiodifusão, espaços para sindicatos e movimentos sociais, em horário nobre.	VIII
Combater a política de extermínio da população negra.	VIII
Pela reforma do sistema de segurança pública, priorizando o modelo de segurança comunitária e a desmilitarização das polícias.	VIII

V. DELEGAÇÃO

Remetida ao Conselho Estadual de Saúde pelo secretário-geral do Conselho Municipal de Saúde, Júlio Cesar Caruzzo.

VI. MOÇÕES

Moções aprovadas na 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, Etapa da 7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo e da 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Número da moção - 1

Tipo - APOIO

Nome do proponente - NELSON TORRES MAGALHÃES

RG - 16834939-5

Texto

DESTINATÁRIO: SMS- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

TÍTULO: Implantação e capacitação de forma gratuita de todos os agentes de zoonoses por subprefeitura. Somos técnicos em vigilância em saúde, formados pela ETSUS- Escola Municipal da Saúde. A Escola Municipal já formou 214 técnicos; atualmente ministrando o curso para mais 150 alunos. A verba para esse curso vem do governo federal através do programa PROFAPIS - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde. O curso tem como objetivo capacitar os agentes de zoonoses para atuar na promoção a saúde. Esse novo profissional irá trabalhar nas equipes de atenção básica, entendendo a saúde como processo multifatorial, de maneira a trabalhar a integralidade. Para que possamos atuar como técnicos em vigilância em saúde, o cargo precisa ser criado. Essa moção tem como finalidade a criação do cargo técnico de vigilância em saúde.

Número da moção - 2

Tipo - APOIO

Nome do proponente - PAULO DE TARSO WITKOWSKI FRANGETTO

RG - 16.325.788-7

Texto

Os participantes da 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, diante do impasse financeiro e administrativo que a saúde atravessa, tanto no município, como no estado e na união, com os princípios do SUS sendo desrespeitados e os avanços democráticos paralisados, reafirmam que se faz urgente a realização de um plebiscito oficial por uma constituinte exclusiva e soberana do sistema político (legislativo, executivo, judiciário e na concessão de rádios e emissoras de tv). Esta consulta pública se dará aos mesmos moldes do plebiscito popular realizado de 1 a 7 de setembro de 2014, que coletou 7.754.436 votos sendo 97,05% dizendo sim a pergunta: você é a favor de uma constituinte exclusiva e soberana do sistema político?

Número da moção - 3**Tipo - APOIO****Nome do proponente - SANDRA M. P. FERRAZ****RG - 6.816.813-5**

Texto

Que seja criado serviço de podologia na rede municipal de saúde (regiões e supervisões), com a criação de podólogo para cuidar dos pés (calosidades e unhas) de pessoas idosas, sobretudo as que têm diabetes, sequelas de hanseníase e outras neuropatias. A contratação de podólogos deve ser pela administração direta e por concurso público.

Número da moção - 4**Tipo - REPÚDIO****Nome do proponente - CARMEN MASCARENHAS****RG - 13.378.727-8**

Texto

Moção de reivindicação - dirigida do conselho nacional de justiça - CNJ - ao comitê executivo nacional. "a judicialização, lamentavelmente se institucionalizou e passou a fazer parte do SUS como mais uma porta de acesso, violando o direito à igualdade de uma coletividade que adentra o SUS pelas suas filas, com enfrentamento direto de suas dificuldades" - os delegados da 18ª conferência municipal de saúde de SP assinam este documento para solicitar que seja aprofundado o debate sobre o rumo que a judicialização tem tomado, acreditando que o poder judiciário tem assumido o papel do executivo, defendendo as políticas de saúde, fundando na atenção básica como ordenadora do sistema. Reivindicamos a instituição do controle social/conselhos com composição de usuário/trabalhador e gestor/paritariamente, do núcleo de apoio técnico e de mediação do tribunal de justiça de SP, que fará a análise das mediações das ações judiciais na área da saúde.

Número da moção - 5**Tipo - APOIO****Nome do proponente - ALEXANDRA SWERTS****RG - 18.114.130-9**

Texto

Hospital Sorocabana - Lapa. Ratificando as resoluções da 17ª Conferência Municipal de Saúde, vimos pedir a ampliação do acesso da população com a reabertura do Hospital Sorocabana (geral e centro de parto normal), devendo para tanto, o estado passar definitivamente a área para o município e este, por sua vez, implante o novo Hospital Sorocabana.

Número da moção - 6**Tipo - REPÚDIO****Nome do proponente - VINICIUS FIGUEIRA BOIM/ YAMARA BRAGATO****RG - 27.880.190-0/69.86053**

Texto

Nós delegados (as) da 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, vem apresentar repudio ao projeto de Decreto Legislativo 1408/13, de autoria do Deputado Federal, Silvio Costa, que propõe, em conjunto com a Confederação Nacional das Indústrias - CNI, a eliminação da NR. 12 (segurança no trabalho em máquinas e equipamentos). No Brasil, segundo os dados da previdência social, 72 mil trabalhadores (as) sofrem amputações e/ou perdem a vida em decorrência da ausência de proteção e segurança no trabalho, portanto esse projeto representa uma ameaça aos direitos dos (as) trabalhadores (as) e coloca em risco os princípios de prevenção, precaução e controle de risco no ambiente de trabalho. Reafirmamos o apoio pela permanência da NR. 12 e a defesa do direito inviolável à saúde e à vida do ser humano.

Número da moção - 7**Tipo - APOIO****Nome do proponente - ANDESMILSON EDELSON FERREIRA DE ANDRADE****RG - 17.710.801-0**

Texto

DESTINATÁRIO: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Moção de apoio aos municipalizados. Nós delegados da 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, pedimos apoio para revisão da lei visando a melhoria e reajuste dos salários dos servidores municipalizados, que estão fora dos planos de carreira criados pela prefeitura e sem reajuste na gratificação de municipalização e na gratificação de compatibilização, minimizando dessa forma as desigualdades salariais e valorizando os servidores municipalizados de saúde.

Número da moção - 8**Tipo - APOIO****Nome do proponente - MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE – CLAUDIO APARECIDO FURLAN LEAL****RG - 6.015.859-1**

Texto

São Paulo, 23 de junho de 2015. Nós do Movimento Popular da Saúde de Parelheiros e Marsillac, MPS P/M, vimos por meio desta, agradecer ao Sr. Prefeito Haddad e sua equipe, bem como também ao Sr. Secretário Municipal da Saúde, Sr. José de Filippi Jr. e equipe, pelo empenho e apreço que tem demonstrado às causas de parselheiros e região, na construção do nosso hospital regional de parselheiros na implantação e construção da nossa upa. Muito obrigado aos senhores. Aproveitando ainda esta, reiteramos a necessidade nossa, de que os

funcionários sejam todos concursados da administração direta e ainda atendendo ao clamor popular da região, seja o hospital consagrado com o nome de nosso companheiro de inúmeras lutas e praticamente morto em ação Josanias Castanha Braga – “testa”.

Número da moção - 9

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - MAURICIO SILVA LIMA

RG - 12.457.042-2

Texto

Moção de repúdio a PEC 451, de autoria do Dep. Eduardo Cunha. O Sistema Único de Saúde vem sofrendo golpes sucessivos que desviam o sentido com que foi criado, de prover acesso universal a serviços de saúde de qualidade. Agora está em discussão no congresso a PEC 451, de 2014, que altera o art. 7º da constituição, inserindo novo inciso, o XXXV, o qual obriga todos os empregadores a garantirem aos seus empregados, serviços de assistência à saúde. A PEC 451 viola o direito à saúde, conquistado na constituição. A seguir por este rumo, o Brasil está desmontando o SUS e fortalecendo o setor privado dos planos de saúde. Se tal medida prevalecer, haverá um SUS de baixa qualidade para os que não podem pagar pela saúde: os pobres, viúvas, órfãos, desempregados, aposentados, por isso repudiamos todas as iniciativas que no congresso atentam contra os interesses populares em relação à saúde.

Número da moção - 10

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - VICTOR HUGO BATISTA DA SILVA

RG - 43.970.370-0

Texto

Nós, delegados presentes na 18ª Conferência Municipal de Saúde, vimos repudiar o Projeto de Lei nº 198/2015, em trâmite no Congresso Nacional, que busca tornar crime hediondo a transmissão do HIV. A criminalização da transmissão afasta as pessoas da prevenção e do tratamento, dificultando ainda mais o enfrentamento de uma epidemia que está em crescimento.

Número da moção - 11

Tipo - APOIO

Nome do proponente - PRUDENCIANA MARTINS

RG - 15.580.835-7

Texto

Solicitamos a imediata construção da URSI - Unidade de Referência em Saúde do Idoso - São Mateus, que está no plano de metas da prefeitura 67 - em um terreno disponibilizado para construção na Rua Ângelo de Candea, São Mateus.

Número da moção - 12

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - REGINA BRASILINO

RG - 29.936.413-6

Texto

Moção de indignação à falta de representatividade da Secretaria de Estado da Saúde - SES-SP na conferência. Não houve representação na composição da mesa desta esfera de governo e nem justificativa da ausência do secretário e/ou representante. Importante esclarecer essa ausência aos delegados (as), observadores (as) e convidados (as) do evento. Houve o convite da comissão organizadora? Qual foi a resposta do Secretário do Estado da Saúde? A Secretaria de Estado da Saúde - SES-SP se Esforçou para garantir um representante na possível ausência do secretário? Referência: documento norteador. - fragmentação do sistema e - itens 53,54 e 55

Número da moção - 13

Tipo - APOIO

Nome do proponente - DALVA SANTANA

RG - 25.758.762-7

Texto

Informatização do sistema para a aprovação do cartão magnético para integralidade da saúde do trabalhador, usuário. Só assim vai ajudar a melhorar o atendimento. Implementação de 100% das unidades SUS com prontuário eletrônico.

Número da moção - 15

Tipo - APOIO

Nome do proponente - ARNALDO MARCOLINO

RG - 5012595

Texto

Apoio aos trabalhadores radialistas da Rádio e Televisão Cultura, em greve desde o dia 18/06/2015. Os delegados da 18ª Conferência Municipal de Saúde, realizada nos dias 22, 23 e 24 de junho de 2015, no Anhembi, auditório Celso Furtado, com o tema: Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro. Solidarizam com esses trabalhadores uma busca dos seus direitos não cumpridos pelo governo do estado, criando uma situação difícil e a manutenção de uma rádio e televisão pública de qualidade.

Número da moção - 16

Tipo - APOIO

Nome do proponente - ANA MARIA FERREIRA QUAIATO

RG - 13580590

Texto

A 18ª Conferência de Saúde do Município de São Paulo reafirma a importância do programa “Mais Médicos” e sua ampliação, devido a grande necessidade de médicos no Brasil. Muitos médicos formados no exterior, inclusive médicos brasileiros, só dependem do “processo de revalida” para garantir que milhões de brasileiros e brasileiras tenham acesso ao atendimento/assistência médica, que é direito. Assim, a 18ª Conferência indica que o “Revalida” tenha duas (02) edições ao ano, e que seja realizada por todas as universidades públicas, que não haja custo para inscrição no processo, que os documentos já reconhecidos pelas embaixadas brasileiras sejam suficientes para o processo, e isso já a partir de 2015, com provas unificadas. (Revalida - Sistema de Revalidação de Diplomas Médicos - INEP)

Número da moção - 17

Tipo - APOIO

Nome do proponente - HILDA MARIA AZEVEDO ALVES

RG - 224880818

Texto

Implantação de equipes do PAI (Programa de Assistência ao Idoso) na região da Aricanduva; criação de um Centro de Convivência do Idoso no território da Aricanduva, mas que possa atender todo o município (aberto a todos), bem como a criação de outros centros, como o do Brás (Mooca) e onde for necessário, preferencialmente, pelo menos um centro de referência por território, dando atenção integral, com equipe interdisciplinar, com trabalhadores conveniados.

Número da moção - 18

Tipo - APOIO

Nome do proponente - JOSÉ AMARAL

RG - 43307097

Texto

Reivindicação de início imediato das construções/locações e implantação das UBS's. Nós, delegados e delegadas da 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, exigimos o início imediato da reivindicação do Movimento Popular de Saúde e do Conselho Gestor de Saúde da Capela do Socorro, para o imediato início das construções e locações das UBS's, aprovadas conforme Diário Oficial da Cidade. pela Secretaria Municipal da Saúde, que já foram definidas nas áreas na Capela do Socorro. Considerando que o local apresenta o maior vazio assistencial, sendo um distrito de saúde com densidade populacional sem adequado atendimento à população. UBS's: Cantinho de Céu, Jardim Orion, Jardim Ébanos, Vila da Paz, Vila Rubi e Parque América.

Número da moção - 19

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - OSMAR JOSÉ DE OLIVEIRA

RG - 57287168

Texto

Falta de médicos, equipes incompletas (RH), medicamentos e insumos. Nós, delegados e delegadas da 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, vimos manifestar sua indignação e protesto pela falta de profissionais médicos na atenção básica e na atenção especializada (PS/ UBS/ ESF), e em todas as regiões das subprefeituras de São Paulo. Destinatário: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Cidadania, Ministério Público Estadual e Ministério Público Federal.

Número da moção - 20

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - FRANCISCA ANDRADE QUINTEROS

RG - 162055523

Texto

Nós, os movimentos populares de saúde e os delegados (as) da Capela do Socorro, manifestamos o repúdio à instalação do container de Unidade Básica de Saúde na região do bairro Cantinho do Céu. Exigimos o plano inicial da construção da UBS no local: Rua dos Acordes, 200 - Cantinho do Céu. Destinatário: Secretaria Municipal da Saúde, STS da Capela do Socorro, Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Cidadania, Ministério Público Estadual e Federal.

Número da moção - 21

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - SEITI TAKAHAMA

RG - 6535177

Texto

Moção de repudio à privatização do SUS: os delegados e delegadas da Capela do Socorro e Parelheiros, usuários, trabalhadores presentes à 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, decidem por se manifestar publicamente contra qualquer forma de privatização do SUS, principalmente as novas modalidades de gestão: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OCIP), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSRH) e qualquer dispositivo privatizante que desconsidera o Controle Social. Abrir concurso público para os trabalhadores das OS já existentes. Destinatário: Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde.

Número da moção - 22

Tipo - APOIO

Nome do proponente - FLAVIA A. NASCIMENTO

RG - 204695685

Texto

Propomos revitalização, resgate e retorno do HSPM (Hospital do Servidor Público Municipal) ao funcionalismo, como política de valorização de saúde do trabalhador, e construção da UPA Vergueiro nas proximidades do hospital (HSPM), como contrapartida de atendimento ao município com referência e contrarreferência.

Número da moção - 24

Tipo - APOIO

Nome do proponente - ERIKA DE FÁTIMA CAMPANA SATO

RG - 189664307

Texto

Hospital e Maternidade Mário Degni e Centros de Partos Normal para São Paulo. Para solicitar a instalação do Centro de Parto Normal para o Hospital e Maternidade Mário Degni, conforme previsto em lei sancionada pelo prefeito em 2014; e pelo menos um Centro de Parto Normal em cada região da cidade de SP, com financiamento do Ministério da Saúde.

Número da moção - 25

Tipo - APOIO

Nome do proponente - SANDRA ADRIANA AP. GOMES

RG - 117518827

Texto

Moção de solicitação de implantação imediata de ESF - Estratégia de Saúde da Família/UBS Integral, com trabalhadores concursados: nós moradores e delegada da 18ª Conferência Municipal de Saúde, solicitamos a implantação imediata de ESF no bairro Chácara Maria Trindade - subdistrito de Perus/Anhanguera, que conta atualmente com uma média de 800 famílias desassistidas de serviços públicos de saúde de toda ordem. Este bairro, por ficar na altura do km 26, está totalmente abandonado, discriminado por suas condições sociais e de localização. Prezados senhores, sendo esta uma necessidade de entendimento primário e propiciando diminuição de custo e filas para UBS Parque Anhanguera e ainda nos aproximando dos serviços de saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, justifico nosso pedido.

Número da moção - 26**Tipo - APOIO****Nome do proponente - SANDRA ADRIANA AP. GOMES**

RG - 117518827

Texto

Moção de solicitação de implantação, com urgência, de um hospital geral para os bairros Jardim Britânia, Morro Doce e adjacentes, distrito Anhanguera/SP, com trabalhadores concursados, regime estatutário, Regime Jurídico Único (RJU); nós moradores e delegada da 18ª conferência municipal de saúde solicitamos a implantação/construção desse hospital, em razão de não haver este serviço de saúde, pelo motivo da região ter uma população de aproximadamente 95 a 112 mil habitantes e em razão das UBS's e AMA's estarem superlotadas, não dando conta de atender a região.

Número da moção - 27**Tipo - APOIO****Nome do proponente - ALDECIR MARIA GOMES**

RG - 5461575-6

Texto

Eu, Aldecir Maria Gomes, portadora do RG 5461575-6 e CPF 660.978.358-68; brasileira, divorciada, residente e domiciliada à Rua Floriano Alves da costa 947. Jardim Santa Fé - Bairro Perus - São Paulo, conselheira usuária na UBS Parque Anhanguera, venho solicitar nesta moção a construção urgente de uma "UPA" - Unidade de Pronto Atendimento, em frente à Escola Municipal Paulo Prado, onde se encontra o terreno disponível ao lado de unidade do SAMU. Esta unidade supre necessidades para os seguintes bairros e vilas - Parque Anhanguera - Sol Nascente - Morro Doce - Jardim Rosinha - Jardim Monte Belo - Sítio dos Palmares - Jardim Morada do Sol - Parque Maria Trindade - Jardim Britânia - Jardim Santa Fé e Jardim Jaraguá. Destino: Secretaria Municipal da Saúde.

Número da moção - 28**Tipo - REPÚDIO****Nome do proponente - ANSELMO SILVA**

RG - 3.480.106-6

Texto

Nós, delegados da 18ª Conferência Municipal de Saúde do Município de São Paulo repudiamos o Projeto de Lei (82) 451/2015 que tramita na Câmara Federal, com intuito de retornar os serviços de saúde ao que era antes da criação do Sistema Único de Saúde - SUS, com atendimento só para quem tem carteira assinada, ou seja, está empregado, excluindo as senhoras do lar, as pessoas idosas, aposentados ou não, as pessoas vivendo com deficiência física, mental e etc.

Número da moção - 29**Tipo - APOIO****Nome do proponente - SILVANA MARIA SANTOS**

RG - 30.860.345-X

Texto

O cartão SUS precisa ser informatizado, implantar chip nos cartões SUS. O que isso significa? No cartão SUS existe apenas nome, end., tel. e rg. do cidadão(ã). Informatizado, este cartão terá os dados de saúde, onde o usuário dos SUS foi atendido; as informações já estarão no chip. Isso traz mais rapidez ao atendimento nos hospitais - upas - UBS, etc.. Ter uma central de equipe operacional, fazendo esta prestação de serviço. O cartão também será trocado de cor. *vermelho (paciente de risco) *amarelo (paciente com atenção) *verde (paciente que não tem doença generalizada). Com a informatização, as filas de espera será muito mais rápido ao atendimento ao usuário. Maiores informações fone: 2506-907 - 967736235 SP. Com Jefferson Caproni (juntos por um SUS melhor)

Número da moção - 30**Tipo - APOIO****Nome do proponente - SARAH MUNHOZ**

RG - 9621482-X

Texto

Os participantes da 18ª Conferência Municipal de Saúde - SP 2015 que abaixo subscrevem, solicitam que esta moção seja enviada ao Presidente da Câmara dos Deputados Federais – Brasília, para que os mesmos coloquem em regime de urgência a votação do PL 2295/2000, que já vem tramitando há 14 anos. Lembrem-se que os profissionais de enfermagem pedem neste projeto de lei jornada de trinta horas de trabalho semanal, considerando a natureza estressante, insalubre, com condições precárias de trabalho e salário injusto. Somos em defesa da qualidade da assistência de enfermagem no SUS, visando seu fortalecimento e a assistência segura para todos os brasileiros e brasileiras. Trinta horas já para a enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares.

Número da moção - 31**Tipo - APOIO****Nome do proponente - MARIA BARBOSA ROCHA RASTELLI**

RG - 95150468

Texto

Os delegados usuários do SUS da região sudeste da cidade de São Paulo e Supervisão Técnica de Saúde do Ipiranga vem solicitar, como já aprovado na 17ª Conferência Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, a construção de um equipamento de saúde (a ser definido conjuntamente com a comunidade, na área localizada na Rua Memorial de Aires, Conjunto Habitacional Jardim Celeste, Jardim São Savério). A associação dos

movimentos de moradia da região sudeste disponibilizou o terreno, o movimento de saúde e a população do bairro trouxe a pauta, que foi aprovada na 17ª conferência municipal de saúde, porém, até o momento as negociações não aconteceram. Solicitamos que a Secretaria Municipal da Saúde, através da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste e a Supervisão Técnica de Saúde do Ipiranga iniciem a discussão com a comunidade para a implantação de um equipamento que possibilitaria a melhoria da qualidade de saúde e vida para a população desta região da cidade de São Paulo.

Número da moção - 32

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - CINTIA LÚCIA CASTILHO

RG - 26751170X

Texto

Destinatário: Congresso Nacional, Câmara dos Deputados Federal e a Presidência da República. Repudiamos também, exigimos a retirada do Projeto (PMDB) PL 4330, que visa criar um ambiente de liberação total em relação à possibilidade de exploração ao trabalhador. Aprovação do PL 4330 causará um aumento no número de trabalhadores escravos. A aprovação do PL 4330 terá consequências amplas, que não se limitam à questão do trabalho escravo. Ele cessará a legislação que protege ao trabalhador da exploração e mais especificamente do trabalho escravo.

Número da moção - 33

Tipo - APOIO

Nome do proponente - MAYARA C. S. CUSTÓDIO

RG - 474030969

Texto

Moção para abertura de concurso público municipal: a humanização da assistência ao pré-natal, parto e puerpério é uma política nacional de redução a mortalidade materna e neonatal, baseada em boas práticas obstétricas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Obstetizes e enfermeiras obstétricas são profissionais capacitadas para oferecer esta assistência e precisam estar nos serviços municipais (equipes de atenção básica, maternidades, centros de parto normal e casas de parto). Para promover os direitos sexuais e reprodutivos, considerando a mulher sujeito de direitos, nós delegadas da 18ª conferência municipal de saúde da cidade de São Paulo, propomos a abertura de concursos públicos para a inserção de obstetizes e enfermeiras obstétricas, fortalecendo a administração direta para a melhoria na qualidade da assistência a população da cidade de São Paulo, em especial a mulheres e gestantes.

Número da moção - 34

Tipo - APOIO

Nome do proponente - JORGINA VERONICA RATH

RG - 158309017

Texto

A favor da manutenção e ampliação das ações e serviços da unidade de referência à saúde do idoso - URSI Jaçanã/Tremembé, atual URSI Dona Mariquinha Sciascia. Reivindicamos, em apoio à iniciativa popular, que o antigo espaço LIONS Clube de São Paulo - Tremembé, hoje espaço público da prefeitura que se encontra com cerca de 90% do seu tempo funcional inutilizado, seja destinado, mediante pequenas adaptações, à utilização permanente da URSI Dona Mariquinha Sciascia. O antigo espaço LIONS era utilizado de posse deste espaço pela prefeitura e posterior determinação para retirada dos serviços e temporária transferência à casa de cultura Tremembé. Entendemos que esta reivindicação justifica-se exemplarmente em artigo 3º do estatuto do idoso, parágrafo único, inciso III: "destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso".

Número da moção - 35

Tipo - APOIO

Nome do proponente - ALAN PONTES

RG - 257059453

Texto

Criação de campanhas de orientações para a população em geral, investindo em pesquisas e cursos (sem preconceitos e sem viés ideológico) para profissionais da saúde dos SUS atenderem melhor e auxiliarem na completa inserção social e autonomia de portadores de transtorno do espectro autista (autismo, Síndrome de Arperg, Síndrome de Rett, etc.)

Número da moção - 36

Tipo - APOIO

Nome do proponente - MAURO ANTÔNIO GONÇALVES

RG - 7584404-7

Texto

Eu, Mauro Antônio Gonçalves, proponho que seja aprovado nesta conferência a reativação total e completa da farmácia do Hospital do Servidor Público Municipal e também no almoxarifado tenha muletas para adulto e juvenil, e que na entrada tenha um tapete longo antiderrapante, porque quando chove o piso fica escorregadio.

Número da moção - 37**Tipo - APOIO****Nome do proponente - VALMOR P. DOS SANTOS**

RG - 207142968

Texto

Moção assistência domiciliar: solicitamos garantir aos usuários do SUS a assistência domiciliar aos níveis de atenção básica no território da Capela do Socorro, em cumprimento à diretriz da integridade de atenção à saúde, conforme portaria do Ministério da Saúde nº 2029, de 24 de agosto de 2011, que institui na atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com a ampliação e manutenção de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP) do programa do Ministério da Saúde "Melhor em Casa", formadas por equipes de: enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontologistas, psicólogos e farmacêuticos. Que as equipes de EMAD e PAD estejam completas, através de concurso publico. Moção de solicitação de inicio imediato; destinatário: Secretaria Municipal da Saúde; proponente: conselheiros de saúde da Capela do Socorro – usuários.

Número da moção - 38**Tipo - REPÚDIO****Nome do proponente - DENIS VEIGA JUNIOR E IVAN LIMA SANTANA**

RG - 6.999.903 E 24.148.603-8

Texto

Pelo fim do genocídio da juventude negra e periférica das grandes cidades. A juventude negra e periférica das grandes cidades tem sido vitimada por taxas crescentes de violência estatal. A polícia militar vê nas populações periféricas e negras, inimigo interno a ser combatido, e lamentavelmente cumpre esta "missão" com alto grau de letalidade. Os números de mortos entre os jovens negros só tem aumentado, o que autoriza dizer que a juventude negra e das grandes periferias vive tempos de genocídio. Neste sentido, a 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo delibera a presente moção a ser enviada ao Congresso Nacional, ao Poder Executivo Federal, ao Poder Judiciário, no sentido de que seja cessado imediatamente o genocídio contra jovens e negros. Que os aparelhos repressivos concebidos no espírito da ditadura militar finda em 1985, sejam desmantelados e uma nova polícia, uma polícia cidadã, substitua e ponha fim à atual polícia militar.

Número da moção - 39**Tipo - APOIO****Nome do proponente - JOSE JAILSON DA SILVA**

RG - 280058960

Texto

Pela implantação e expansão do profissional agente de promoção ambiental (APA) em todas as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de São Paulo. Profissional este que fortalecerá as ações de

promoção e prevenção em saúde, trabalhando integrado a ESF às questões voltadas para o ambiente saudável, sustentável e interagindo com a comunidade, escolas, associações, para que tenhamos um ambiente saudável e sustentável e com mais qualidade de vida das pessoas e das comunidades.

Número da moção - 40

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - VINICIUS FIGUEIRA BOIM/ GILBERTO CAMPOS PINTO

RG - 278801900/ 168592113

Texto

Nós, delegados (as) da 18ª Conferência vimos apresentar repúdio a PL 4330/04 e PLC 30/15 que amplia a prática da terceirização dos serviços em todas as atividades econômicas, inclusive do setor público (nas vagas relacionadas às atividades financiadas). Segundo a pesquisa do DIEESE, a terceirização acomete trabalhadores a menores salários, jornadas exaustivas e sofreram mais acidentes e mortes no trabalho. Em razão das péssimas e precárias condições de trabalho. Portanto, tal projeto de lei propondo precarizar da maneira generalizada as relações de trabalho no Brasil. Por essas razões, os movimentos sociais e sindicais em todo país lutam para barrar a aprovação desse projeto por representar ameaças concretas aos direitos sociais conquistados arduamente pelo conjunto da classe trabalhadora.

Número da moção - 41

Tipo - APOIO

Nome do proponente - CLÁUDIA DE AZEVEDO AGUIAR

RG - 25.967.703-6

Texto

Inclusão da profissão de obstetriz no rol da profissão da saúde no Conselho Nacional de Saúde. Nós, delegados da 18ª Conferência Municipal de Saúde, pedimos a inclusão da profissão de obstetriz como profissional da saúde no Conselho Nacional de Saúde. A obstetriz é uma profissional que cuida da saúde da mulher, de forma integral e humanizada, em especial durante o pré-natal, parto e pós-parto, na promoção da saúde e na atenção básica, oferecendo uma assistência que respeita os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e estudos têm demonstrado a urgência de melhorias na assistência materna, bem como têm apontado a efetividade do cuidado das obstetrias na mudança do atual cenário de mortes e morbidades predominantemente evitáveis.

Número da moção – 42

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - DIONISIO REIS SIQUEIRA

RG - 325216526

Texto

Contra o financiamento empresarial das campanhas políticas. Empresas colocam grandes volumes de dinheiro nas campanhas políticas e isso não é por ideologia. As empresas investem nos políticos e cobram na corrupção e em projetos de lei prejudiciais ao povo. Esse é um elemento antidemocrático que põe o poder do capital acima das pessoas e faz passar projetos de lei como o PL 4330 (da terceirização) e o pec. 451 (dos planos de saúde) e outros contra o interesse público; fim do financiamento empresarial das campanhas! Mais democracia já!

Número da moção - 43

Tipo - APOIO

Nome do proponente - SARAH MUNHOZ

RG - 9621482-X

Texto

Os participantes da 18ª Conferência Municipal de Saúde São Paulo-2015, que abaixo subscrevem, solicitam que seja aprovado pelos deputados estaduais e sancionada pelo Sr. Governador, Geraldo Alckmin, que o Projeto de Lei nº 813/2014, da então deputada, Sarah Munhoz, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de um enfermeiro por turno de aula, nas escolas que tiverem cem alunos ou mais por turno. Os enfermeiros lotados terão como atividades, além da educação em saúde, campanhas, vacinas e promoção da saúde coletiva, nos casos de urgências agudas ou crônica agudizadas, o encaminhamento para unidades de atendimento em condição seguras e velem pelo mesmo até a chegada do responsável. As atividades destes enfermeiros já estão regulamentadas pela lei do exercício profissional COREN e COFEN

Número da moção - 44

Tipo - APOIO

Nome do proponente - VITA AGUIAR DE OLIVEIRA

RG - 62625561

Texto

Moção de apoio: nós delegados da 18ª Conferência Municipal de Saúde, propomos que a Secretaria Municipal da Saúde - SMS, juntamente com a Conferência Municipal de Saúde, inicie a organização da Rede de Atenção/Programa para as Pessoas com Doenças Raras, visto que a SMS possui estrutura que poderá oferecer atendimento de forma integral, considerando que o gestor municipal tem assento na Comissão Intergestora Bipartite – CIB, solicitando que seja pactuado entre o estado e município a portaria 99/2014/MS, que institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio.

Número da moção - 45

Tipo - APOIO

Nome do proponente - RUI HARAYAMA / ARIÁDINE BENETOM DE CAMPOS

RG - 33806942-2 / 9101392

Texto

"Medicar sim, medicalizar não". Garantir ações que promovam a integralidade e desconstruam a prática de medicalização da saúde, que fragmenta o SUS. O processo de medicalização - que transforma problemas de ordem social ou processos afetivos e culturais em doenças biológicas - é um entrave para a atenção integral, uma vez que oculta a multifatorialidade das causas e descontextualiza os usuários de sua história, transformando o sujeito em "portador de distúrbios" e transformando-o em "portador de distúrbios" e transtornos.

Número da moção - 46

Tipo - APOIO

Nome do proponente - VERONICA QUISPE YUZA

RG - 47039247

Texto

Um SUS universal inclua as comunidades imigrantes: nós delegados da 18ª CMSSP, vimos solicitar o reconhecimento das comunidades imigrantes residentes na nossa cidade como uma população minoritária, que necessita de adequações nos serviços e outro olhar na atenção em saúde com respeito às suas culturas, tradições e vulnerabilidades, por parte de todos os equipamentos de saúde existentes nos territórios com presença expressiva destas comunidades.

Número da moção - 48

Tipo - APOIO

Nome do proponente - KIYOSUMI MISAWA

RG - 5006681

Texto

Nós, reunidos na 18ª Conferência Municipal de Saúde, solicitamos um apoio à 6ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional cujo tema é "Comida de Verdade no Campo e na Cidade por Direito e Soberania Alimentar", pois somos aquilo que comemos, atuando na questão da prevenção de algumas doenças. A Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional ocorrerá nos dias 26 de junho com a inauguração do Centro de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional, pelo prefeito municipal, às 13h, e nos dia 27 de junho a partir das 8h até as 17h.

Número da moção – 49

Tipo - APOIO

Nome do proponente - ROSIMEIRE CICERA DE O. BENEDITO

RG - 321039555

Texto

Na saúde, que se estabeleçam programas voltados, em especial, para deficientes físicos na área dos esportes com especialista. Desenvolver a prática de atividades físicas, tendo como objetivo combater o sedentarismo, através da hidroginástica, treino de marcha; liancun (lian gong), com fundamento terapêutico, com funcionários da saúde. Segmento: usuário.

Número da moção - 50

Tipo - APOIO

Nome do proponente - ANTONIO ZEFIRINO DE LISBOA JUNIOR

RG - 341114686

Texto

Tendo em vista, as necessidades imediatas do controle de vetores na cidade de São Paulo, os trabalhadores de combate a endemias, que através da burocracia e dificuldades no transporte e acesso a todos os insumos e venenos utilizados nas vigilâncias em saúde, solicitamos a criação dos polos de veneno, descentralizados e regionais (centrais regionais de armazenamento, descarte, limpeza e manutenção dos equipamentos utilizados no combate a vetores). Esta moção exige abertura de concurso publico para preenchimento de todas as vagas para as centrais regionais de veneno.

Número da moção - 51

Tipo - APOIO

Nome do proponente - FLAVIA D. BOUTIM

RG - 171478654

Texto

Proposta: clinica de atendimento público - SUS "casa de recuperação e humanização de vidas para dependentes químicos e familiares." cinco em um: 1- atendimento psiquiátrico; 2- atendimento psicológico; 3- orientação espiritual; 4- capacitação profissional; 5- encaminhamento para o mercado de trabalho. Justificativa: 1- o atendimento psiquiátrico ira fazer com que saia da fase de abstinência e aceite o tratamento. 2- o atendimento psicológico irá trazer equilíbrio emocional, resgate de sua identidade e levantar sua autoestima; 3- a orientação espiritual (independente da religião) irá desenvolver a fé, aumentando a esperança, crendo que é possível mudar e vencer; 4- a capacitação profissional irá encorajá-los para enfrentar a vida lá fora com mais confiança. 5- a oportunidade de trabalho será como uma base para se tornar produtivo, alavancar e caminhar sozinho. Obs.: independente do gênero. Devido a uma grande demanda, uma clinica contemplando cada região do município de São Paulo.

Número da moção - 52

Tipo - APOIO

Nome do proponente - JOSÉ CARLOS CUCCI

RG - 4374118-6

Texto

Garantir os direitos constitucionais dos conselheiros das unidades básicas, legítimos representantes da sociedade civil no Sistema Único de Saúde (SUS), para concorrer às eleições do Conselho Municipal de Saúde; e que as eleições sejam pelo voto popular, respeitando a participação cidadã no exercício da democracia.

Número da moção - 53

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - MARIA IMACULADA H. CANDIDO

RG - 23862495X

Texto

Nós, delegados abaixo subscritos, vimos através de esta manifestar nossa indignação para com a organização do evento, pela falta de acessibilidade, como intérprete de libras nas salas temáticas, material em braile, material com letras ampliadas para as pessoas com baixa visão e trocadores adultos (macas).

Número da moção - 54

Tipo - APOIO

Nome do proponente - FRANCISCO J.C. FREITAS

RG - 101402478

Texto

Apoio às mulheres contra o assédio moral e sexual, praticado por profissionais da saúde. É sabido que mulheres passam por constrangimentos devido a conduta inadequada de alguns profissionais da área médica. Nos últimos anos, a imprensa tem divulgado denúncias de assédio sexual, moral praticado por profissionais da área médica que vergonhosamente tem arranhado a honra e dignidade da classe médica brasileira. Segundo o jornal 'O Estado de São Paulo', de 2009, até hoje, 61 médicos tiveram os registros cassados. Dos 61 casos, 44% ou seja, 27, foram por abuso sexual. O caso mais gritante em que foi amplamente divulgado pela a grande mídia, foi o caso Abdelmassih. Com o objetivo de prevenir tais práticas no Sistema Único de Saúde, proponho que todas as consultas médicas, salas de exames de imagens, tenham a presença de uma auxiliar. A presença de um profissional, com certeza, vai inibir qualquer ato dessa natureza. Ressalto que é de grande importância trabalhar a formação dos profissionais contemplando o enfoque de gênero.

Número da moção - 55

Tipo - APOIO

Nome do proponente - NELY OLIVEIRA

RG - 365248058

Texto

Destinatário: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Ampliação imediata da atenção especializada em saúde bucal na Capela do Socorro e em todas as subprefeituras de São Paulo. Nós, delegados e delegadas da 18ª Conferência Municipal de Saúde, solicitamos a ampliação imediata, de atenção especializada em saúde bucal, principalmente de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e laboratórios regionais de próteses dentárias, e reorganizar ampliando a atenção básica e especializada em saúde bucal nas UBS e ESF.

Número da moção - 56

Tipo - REPÚDIO

Nome do proponente - CLEBER DINIZ DE OLIVEIRA E KATIA MUNIZ AMIZATI

RG - 18.605.830-0 E 33.480.480-2

Texto

Moção de repúdio e agravo às ações higienistas de setores da administração pública em relação à população em situação de rua, descumprindo normas constituintes de proteção a esta população, tecendo e tramando ações militares e de exclusão, como exemplo: citamos as ações de remoção das chamadas malocas, onde a guarda civil metropolitana, polícia militar e órgãos da prefeitura, responsáveis pela limpeza urbana, destroem as malocas (barracos), jogando nos caminhões de lixo, roupas; medicamentos, objetos pessoais e documentos dos moradores de rua. Além disso, existe a violência, tanto física quanto psicológica de coação a esta população.

Número da moção - 57

Tipo - APOIO

Nome do proponente - APARECIDA BENEDITA FRANCISCO DOS SANTOS

RG - 6649021-2

Texto

Garantir a implementação, ampliação e o atendimento a saúde na rede básica de saúde, ambulatorial e hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), em todo território nacional inclusive, aos portadores de Doença de Chagas. Complementar no Sistema Único de Saúde a obrigatoriedade do exame para sorologia nos exames de sangue para o Mal de Chagas nas esferas municipais, estadual federal. Aumento nas pesquisas para o portador de Chagas com sorologia. Pesquisa para novos medicamentos.

Nota: As moções estão numeradas de acordo com seu recebimento pela Subcomissão de Credenciamento e Homologação.

COMISSÃO ORGANIZADORA
Subcomissão de Relatoria

Em 13 de julho de 2015.

ANEXO I

DOCUMENTO NORTEADOR DAS DISCUSSÕES DA 18ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO APROVADO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS – PANORAMA GERAL

Preâmbulo

1. Promulgada a CF de 1988, os constituintes haviam destinado 30% de recursos orçamentários da Seguridade Social para a saúde (Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias), a fim de que o Ministério da Saúde – MS iniciasse a organização do novo sistema, o SUS. Contudo, esse recurso não foi repassado ao MS contribuindo, no início de 1990, para a ocorrência de graves incidentes sanitários no País.
2. Nascia um movimento pendular duradouro – impulsos de construção do SUS eram seguidos de movimentos de resistência à implantação do SUS – junto ao início do subfinanciamento do sistema.
3. Durante um quarto de século foram relevantes as conquistas do Sistema Único de Saúde. Estudos avaliativos têm evidenciado que a política de saúde pública teve impacto positivo sobre a mortalidade infantil, protegeu o País da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS, além de cuidar dos portadores e doentes; ampliou o acesso a medicamentos e ao atendimento de urgência.
4. Contudo, a cronicidade do subfinanciamento, a inadequada política de pessoal e os problemas de gestão e de planejamento têm comprometido a consolidação e, mesmo, a sustentabilidade do Sistema.
5. Apesar do caráter inovador de várias medidas de reforma do modelo de gestão já incorporadas ao cotidiano do SUS – gestão participativa, fundos de saúde, colegiados interinstitucionais e outras –, elas não foram potentes para se contrapor ao patrimonialismo, à privatização e ao padrão de iniquidade do Estado brasileiro.
6. Na realidade, na atualidade, devemos apoiar vivamente projeto estratégico focado na sustentabilidade e no futuro do Sistema Único de Saúde, que enfrente e supere o conjunto de impasses crônicos que limitam a plena constituição do SUS e do direito à saúde, quais sejam: a fragmentação do Sistema, a privatização do Sistema e a precariedade da política de gestão de pessoas que não contempla a criação de carreiras do SUS e a inadequação das estratégias de gestão no SUS.

Fragmentação do Sistema

7. As inovações contidas na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e em leis e decretos posteriores não foram suficientes para proteger o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro.
8. Uma diferença radical na organização do SUS em relação aos sistemas públicos nacionais de outros países foi o grau de descentralização adotado no País. No Brasil optamos por considerar o município como núcleo básico organizacional do sistema. O funcionamento sistêmico seria garantido pela atuação integradora das Secretarias de Estado da Saúde – SES e pelo Ministério da Saúde – MS.
9. O resultado desta opção gerou efeitos paradoxais: tanto propiciando a existência de experiências exitosas em municípios com contexto favorável, o que serviu como efeito demonstração de que o modelo SUS era possível e efetivo, quanto também instalando uma fragmentação do sistema já que cada município tem autonomia para definir sua própria política de gestão e de atenção à saúde.
10. Esta construção municipal do SUS tem gerado iniquidade, desigualdade e comprometido a sustentabilidade do SUS como um todo e mesmo das redes locais.
11. A esta forma de fragmentação decorrente da dificuldade de integração em rede das políticas, programas e serviços federal, estaduais e municipais, somou-se ainda uma antiga fragmentação típica da tradicional saúde pública brasileira, que atuava com programas focais, voltados cada um para um tipo de risco ou de enfermidade, e que foi ampliada ao longo da existência do SUS.
12. Ao SUS restou o desafio de compor um sistema com milhares de modos de governar em cada local e Estado

e ainda tentar compor isso com duas centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes.

13. Formava-se uma nova Torre de Babel. Quem, que organismo, que gestor, que conselho teria governabilidade para unificar esses pedaços do Estado com grande grau de autonomia, de planejamento, de tomada de decisão e de gestão tão ampliado?

14. Funcionamento sistêmico depende de coordenação e de forte interligação entre os pontos da rede. No caso, integração entre os vários sistemas municipais de saúde, programas e redes de atenção diferentes e desconectadas e inventadas por cada novo governante em exercício.

15. O papel de coordenação e de unificação desse mosaico caberia ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Estado da Saúde.

16. Esta doutrina, na prática, não vem produzindo efeitos suficientes para uma adequada governança do SUS. Isso apesar do SUS, para integrar entes federados autônomos – União, Estados da Federação e cidades – em um sistema único, tenha criado arranjos organizacionais inovadores para a secular tradição dos serviços públicos brasileiros.

17. Ressalta-se a invenção de novos mecanismos de cogestão entre estes entes federados: a gestão colegiada, que deu origem a Comissão Intergestores Tripartite – CIT de âmbito nacional, as Comissões Intergestores Bipartites – CIB com governabilidade sobre projetos em cada estado e, mais recentemente, as Comissões Intergestores Regionais – CIR, que reúnem todos os dirigentes municipais de uma Região de Saúde com delegados do governo estadual.

18. Também se reforçou, em cada esfera de governo, instâncias colegiadas de participação popular: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

19. Na perspectiva do planejamento esforçou-se ainda, por meio do Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, na criação do **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP**, destinado a formalizar acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada.

20. Apesar da criação desses espaços de deliberação participativa, observou-se uma tendência do Ministério da Saúde e das SES em utilizar mecanismos de repasse financeiro para induzir a adesão dos municípios a determinados programas e prioridades.

21. É ainda muito recente a tentativa de introduzir-se a metodologia dos contratos ou de pactos de gestão entre os entes federados.

22. Apesar destes esforços, contudo, a integração sistêmica ainda é baixa no Brasil.

Privatização do Sistema

23. Agravou ainda mais a fragmentação do SUS e, portanto, a baixa governança, a privatização direta ou indireta da gestão de serviços e de redes municipais – por meio de organizações sociais – OS e outros –, apresentada como solução conservadora e neoliberal, supostamente potente para resolver os impasses da administração pública.

24. Com isto, criaram-se dentro de um mesmo território municipal agentes gestores com importante grau de poder e autonomia para definir estratégias de cuidado, política de pessoal, entre outros aspectos.

25. Vale ressaltar que desde a constituição do SUS, ao contrário do que ocorreu na implementação de outros sistemas nacionais de saúde, optou-se pela compra de serviços a hospitais e ambulatorios privados e filantrópicos, sob os quais os gestores têm baixa capacidade de controle e quase nenhuma governabilidade.

26. Em decorrência, ao longo de toda a história do SUS, não se conseguiu integrar estes serviços conveniados e contratados à rede de saúde e tampouco foi possível que adotassem normas e práticas recomendadas pelo sistema.

27. Com todo esse processo de fragmentação, de privatização e de descentralização comprometeu-se o funcionamento sistêmico e integrado da política de saúde.

28. O processo de municipalização na Saúde foi competitivo e não solidário. O SUS, hoje, é um mercado imperfeito, em que mais de oito mil agentes de produção em saúde, com diferentes modalidades organizacionais – Secretarias Municipais de Saúde – SMS, SES, redes e programas do MS, centenas de organizações sociais, milhares de hospitais universitários, privados e filantrópicos –, com autonomia relativa para definir suas prioridades, modelos de atenção e de gestão, política de pessoal, operam com baixo grau de planejamento, com subfinanciamento, sobreposição de papéis e de responsabilidade, compondo um caótico cenário de governança.

Precariedade da Política de Pessoal que não Contempla a Criação de Carreiras do SUS e Inadequação das Estratégias de Gestão no SUS

29. Duas das consequências nefastas deste processo de fragmentação foram a precariedade das políticas de pessoal e a inadequação das estratégias de gestão no SUS.

30. Diluiu-se a responsabilidade de Estados da Federação e da União, delegando-se aos municípios tarefas impossíveis de serem levadas a cabo ao nível local e de maneira isolada. Produziu-se com isso uma cultura da improvisação, de precariedade e de maltrato em relação aos profissionais de saúde e ao cuidado dos usuários.

31. Infelizmente, esse padrão de simplificação, de estratégia da precariedade, estendeu-se também para infraestrutura, equipamentos e modelo de atenção e de cuidado.

Impasses Crônicos e o Futuro do SUS

32. Estudiosos compromissados com a qualificação e ampliação do Sistema de Saúde nacional, público e universal, que vem fazendo propostas para o enfrentamento destes impasses crônicos, apontam que, para superá-los, o núcleo operativo e organizacional do SUS deve estar centrado nas 436 **Regiões de Saúde**¹ existentes no País.

33. O SUS tem como diretriz constitucional ser descentralizado, ao mesmo tempo em que por conceituação também constitucional (art. 198, caput), se constitui como o resultado *da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada*.

34. A *regionalização* é o centro das proposições destinadas a reorganizar e reestruturar um amplo e qualificado **aparato sanitário estatal nacional**.

35. As redes de saúde devem ser organizadas regionalmente, pois cada município, isoladamente, não tem como garantir a integralidade da atenção à saúde.

36. A integralidade, hoje, não se resolve apenas no nível municipal. Isso porque a mudança no perfil demográfico – aumento da expectativa de vida do brasileiro, que passou para 74,9 anos em 2013, com o aumento de doenças crônicas que acometem a maioria dos idosos brasileiros –; a mudança no perfil epidemiológico – a convivência de doenças infecciosas, do crescimento de mortalidade por causas externas (acidentes, violência e outras) e da predominância relativa das doenças crônicas e suas consequências – e a necessidade de acesso à tecnologia, aumentaram sobremaneira as exigências para o Sistema de Saúde público.

37. Neste sentido, é essencial que se avance no processo de organizar e consolidar as 436 Regiões de Saúde – constituídas pelos municípios de uma macrorregião e por representação do Estado da Federação – no País.

38. Para isto, o planejamento do SUS teria dimensões regional, estadual e nacional.

39. A partir da Comissão Intergestores Regional – CIR – que reúne todos os dirigentes municipais de cada Região de Saúde com representantes do governo estadual –, a assistência, os serviços e hospitais seriam planejados de modo ascendente.

40. Com isto a atuação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB – que reúne dirigentes da SES e representantes de todos os secretários municipais de Saúde do Estado da Federação – se tornaria mais relevante dada a necessidade de analisar, equacionar questões inter-regionais e monitorar a execução do que foi planejado em todas as Regiões de Saúde do Estado.

41. Ressalte-se que o planejamento ascendente, a partir das Regiões de Saúde, conferiria mais importância ao acompanhamento do processo pelos Conselhos de Saúde estadual e municipais.

42. Já políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, por exemplo, precisam ter uma dimensão de planejamento nacional.

43. A aplicação de recursos também seria planejada em âmbitos regional, estadual e nacional, porém seria fundamental instituir Fundos Regionais de Saúde com recursos de origem federal, estadual e municipal.

44. As Regiões de Saúde fariam a gestão de uma rede de atenção integral à saúde.

45. A incorporação das Regiões de Saúde, como núcleo operativo e organizacional do SUS, impõe uma **reforma da institucionalidade do SUS**, reforçando algumas características, normas e leis vigentes, porém as ampliando mediante arranjos institucionais inovadores e potentes ou mediante a criação de novas personalidades jurídicas regionais, sem o que não haverá regionalização.

46. No conjunto de estudos sobre o futuro do Sistema Único de Saúde como aparato estatal é bastante forte a

¹ No Estado de São Paulo são 63 Regiões de Saúde, sendo que uma delas é o Município de São Paulo.

proposição de que o núcleo operativo e organizacional do SUS deve ser as Regiões de Saúde.

47. É consensual o reconhecimento do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, na perspectiva do planejamento da organização e integração das ações e serviços de saúde entre entes federativos na rede regionalizada e hierarquizada.

48. Também é consensual a importância de instâncias de participação popular – conselhos e conferências municipais, regionais, estaduais e nacional –; o financiamento intergovernamental tripartite, compartilhado, solidário e proporcional e a organização de atenção e cuidados integrais à saúde, com estratégias e serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação e apoio ao autocuidado.

No entanto, diversos estudiosos apontam a necessidade de criarem-se novas personalidades jurídicas, a saber:

49. a) *consórcio nacional do SUS, sob a égide do Direito Público*².

49.1. Consórcio nacional do SUS, sob a égide do Direito Público, singular e intergovernamental – tripartite –, com adesão voluntária de União, Estados e Municípios em territórios, bases e redes de serviços regionais. Com um plano nacional de cargos, carreiras e salários, em todos os níveis e ocupações profissionais, mas com critérios equânimes para a indução, fixação e fluxo de profissionais de saúde a partir de prioridades de atenção e especificidades regionais;

50. b) *associação regional da saúde interfederativa com características próprias do SUS, de natureza jurídica consorcial*³;

51. c) *criação de uma autarquia pública especial da União gerenciada pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, tendo como núcleo organizacional as Regiões de Saúde*⁴.

A criação da autarquia pública especial com gerência tripartite incidiria sobre os impasses crônicos que limitam a plena constituição do SUS e do direito à saúde fazendo nascer uma nova institucionalidade, a saber:

51.1. • todos os serviços públicos teriam um modelo organizacional autárquico, o que valeria para atenção básica, redes de atenção, organizações sociais, fundações privadas, entre outros, apontando, assim, para o fim da privatização e para a invenção de um novo modelo público de organização e de gestão;

51.2. • todos os profissionais de saúde que trabalhem no SUS passariam à gestão da autarquia pública especial com gerência tripartite por dois caminhos: optariam livremente por integrar as novas carreiras multiprofissionais da autarquia especial ou seriam cedidos por Municípios, Estados da Federação, universidades para o efetivo exercício na autarquia especial;

51.3. • o ingresso de novos profissionais nas carreiras multiprofissionais da autarquia pública especial com gerência tripartite se daria mediante concurso por Estado da Federação, havendo possibilidade de progresso por mérito e mobilidade antes de novos concursos.

51.4. • os servidores já concursados por entes públicos poderiam optar para ingressar na nova carreira como quadro em extinção.

O SUS no Município de São Paulo

52. O Município de São Paulo faz parte da Região Metropolitana de São Paulo, que conta com 39 municípios e 19.672.582 habitantes (IBGE – 2010), ocupando 7.943,85 Km² de área territorial.

² Alcides Miranda, UFRGS. *O desafio de construir a regionalização a partir de experiências próprias.*

Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-desafio-de-construir-a-regionalizacao-a-partir-de-experiencias-proprias/>

³ Lenir Santos, Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA. *SUS: A Região de Saúde é o Caminho.*

Disponível em: www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf

⁴ Gastão Wagner. *Proposta para tornar o SUS uma utopia possível.* Revista Ser Médico Nº 69, out/nov/dez., 2014. p. 24-27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=FlipRevista&id=69#/26/>.

É a cidade mais populosa do Brasil e conta com 11.513.836 habitantes (Fundação SEADE – 2014), sendo 5.464.587 do sexo masculino e 6.049.249 do sexo feminino. 1.517.223 habitantes, ou 13,18% do total, situam-se nas faixas etárias de 60 anos e mais de idade. Da sua população, 99,1% vivem em área urbana e 0,9% em área rural (IBGE – 2010). É o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul, com Produto Interno Bruto – PIB de R\$ 443 bilhões (IBGE – 2010) e PIB per capita de R\$ 35.271,93, representando 35,9% do PIB paulista e 12,3% do PIB nacional.

Abriga um importante centro tecnológico de saúde, com um complexo médico-hospitalar de referência nacional e internacional, o que representa parcela importante da sua economia.

53. As unidades sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP prestam serviços de urgência e emergência, de média complexidade e são maioria quando se trata prestação de serviços de alta complexidade. Sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS predominam as unidades que prestam serviços de atenção básica, de urgência e emergência, de média complexidade e os hospitais gerais secundários, sendo de se destacar que existem dificuldades de articulação das duas esferas de governo no sentido de garantir o acesso integral do cidadão ao Sistema Único de Saúde – SUS.

54. As referidas dificuldades de articulação das duas esferas de governo persistem, por um lado, em função da fragmentação entre as redes assistenciais dos dois entes federados existente no território da municipalidade e, por outro, dada a fragilíssima atuação integradora da SES-SP na garantia do funcionamento sistêmico na Região de Saúde do Município de São Paulo.

55. Contribui para a fragmentação a pouca transparência da SES-SP quanto à distribuição, para os Municípios, de vagas de internação, cirurgias, consultas especializadas e exames de diagnóstico e terapêutica.

56. A este respeito, a partir de estudo das bases de dados nacionais do SUS no período 2011-2014, no qual se revela a tendência dos estabelecimentos sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo diminuir a prestação de serviços assistenciais aos cidadãos e cidadãs residentes no Município de São Paulo nas áreas de clínica, cirurgia e obstetrícia, o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo aprovou a **Resolução nº. 2/2015 – CMS-SP, de 9 de abril de 2015**, solicitando explicações à SES-SP sobre essa ocorrência.

57. O Quadro de Pessoal da SMS – 2014, trabalhando nos estabelecimentos e serviços de saúde, é o seguinte: **82.120** trabalhadores e trabalhadoras, sendo **41.433 (50,45%)** contratados por terceiros e **40.687 (49,55%)** contratados pela administração pública. Desses 23.488 são servidores públicos municipais, 13.518 são empregados públicos municipais (2.622 no Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM e 10.896 na Autarquia Hospitalar Municipal – AHM), 3.315 são servidores públicos estadual, 118 servidores públicos federal e 248 oriundos do Programa Mais Médico.

No **ANEXO – O SUS no Município de São Paulo no Biênio 2013-2014** encontram-se dados sobre os estabelecimentos de saúde administrados pela SMS e o desenvolvimento da prestação de serviços da SMS no período.

DIREITO À SAÚDE

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

(Art. 196. Constituição Federal de 1988)

58. Há dois séculos homens e mulheres que lutavam por um mundo que se estruturasse tendo como pilar da organização em sociedade a radical defesa da vida de todas as pessoas, atinaram para a determinação social e econômica que ensejava a exposição da esmagadora maioria da população a toda sorte de riscos à sua saúde e à sua vida. Mas não só: perceberam que a luta pela superação das desigualdades socioeconômicas era insuficiente para preservar a saúde, manter a vida e propiciar o bem-estar coletivo sem que, paralelamente, se instituísse uma rede de prestação de serviços, distribuída pelo território do Estado nacional, que propiciasse às pessoas o acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

59. Os Sistemas de Saúde nacionais socializados, portanto, universais, implantados particularmente em países europeus do início do século passado até a década de 1970, constituíram-se na materialização da solução para a necessidade de instituir-se uma rede de prestação de serviços de saúde nacional e de acesso igualitário, cujos defensores pertenciam ao campo social e político que defendia as bases de uma sociedade solidária e

igualitária, integrado por partidos políticos que buscavam a transformação social, pelo movimento sindical e pela intelectualidade progressista.

60. No Brasil, os constituintes eleitos em 1986, em meio ao complexo processo de luta política que havia levado à derrocada o regime militar, à participação e pressão popular visando à democratização do País em todas as suas dimensões e à falência da política de saúde excludente e privatizante implantada no período (1964-1985), inscreveram na Constituição Federal de 1988 – CF de 1988, pela primeira vez na história do País, o reconhecimento da saúde como direito social, conforme evidenciamos em epígrafe.

61. E mais: dispuseram sobre o Sistema Único de Saúde – SUS nos seguintes termos: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e participação da comunidade” (Art. 198 da CF de 1988).

62. A moldura na qual se inseriram o reconhecimento da saúde como direito social e a criação do SUS, de um lado, era assim enfatizada: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...]” (Art. 197 da CF de 1988). De outro lado, inseria-se a saúde no texto constitucional no conjunto integrado de ações denominado Seguridade Social – saúde, previdência e assistência social – (Art. 194 da CF de 1988), a qual deveria ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais.

63. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – protagonista fundamental no reconhecimento da saúde como direito social – sustentou no seu ideário um projeto civilizatório com amplas mudanças nos valores societários em relação à vida e ao planeta. Esse projeto, ainda a ser construído, está fundado nas bases de uma sociedade solidária e democrática, com a defesa do **direito universal à saúde como direito de cidadania**.

64. O direito à saúde é um direito social que deve ser garantido pelo Estado, por meio de políticas econômicas, sociais e culturais, tal como conquistado na Constituição Federal de 1988, sendo incompatível com propostas nas quais a saúde é tratada como negócio ou mercadoria.

65. O Sistema Único de Saúde – SUS nasceu referendado por uma inédita mobilização social, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que buscava tecer as bases de um projeto de País, pautado na justiça, na igualdade e nos direitos sociais. O SUS teve e tem por objetivo melhorar a saúde da população, cuidar de todos de forma integral com a qualidade e a complexidade que os problemas requerem e a população merece; adotou a participação social promovendo a democracia participativa como fundamento para a sua gestão.

66. Antes da criação do SUS, no que se refere ao componente assistencial da saúde, o acesso à prestação de serviços era assegurado para: a) as pessoas que tinham capacidade de pagar através de suas próprias fontes de renda; b) as pessoas que se inseriam no setor formal do mercado de trabalho e suas famílias, aos quais era garantido o acesso a assistência médica através da previdência social e c) as pessoas que tinham algum tipo de proteção institucional (plano ou seguro de saúde) financiado por ela mesma, por sua empresa ou por terceiros.

67. Ou seja, uma grande parcela da população brasileira – que não se inseria no mercado formal de trabalho, não tinha renda para pagar por sua proteção à saúde ou não tinha nenhuma empresa ou instituição que velasse por sua saúde – poderia acessar aos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde públicos da administração direta (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde) ou contar com a caridade provida pelos hospitais filantrópicos, como os das Santas Casas de Misericórdia.

68. No entanto, tanto os estabelecimentos de saúde públicos da administração direta quanto os hospitais filantrópicos, tinham papel residual na oferta de saúde no país e não eram suficientes para cobrir uma volumosa população de trabalhadores e de trabalhadoras do setor informal do mercado de trabalho que vivia nas periferias das grandes regiões metropolitanas, nas pequenas cidades e vilas e nas regiões rurais.

69. Nestes 27 anos o SUS avançou e acumulou conquistas, especialmente se considerarmos a situação da saúde no período de sua criação. Entretanto, estamos muito distantes da situação ideal, os avanços alcançados não podem mascarar os problemas intrínsecos do SUS e nem aqueles extrínsecos, oriundos de setores da sociedade que boicotam a sua consolidação desde o seu nascedouro.

70. O SUS não é um sistema de saúde que possa sobreviver e se consolidar com políticas orientadas pelo projeto neoliberal, que não mede esforços em desconstruí-lo, que alimenta os interesses da indústria médica globalizada e transforma a saúde em puro mercado.

71. O momento é crítico e a sobrevivência do SUS exige mudanças profundas na ordem econômica, política e social brasileira; exige, também, o compromisso efetivo do Estado, dos governos e da sociedade na sua defesa.

72. Nada mais ilustrativo do ataque frontal ao direito social à saúde do que o Projeto de Emenda Constitucional – PEC nº. 451, de autoria do deputado Eduardo Cunha, que pretende alterar a Constituição Federal e tornar planos privados obrigatórios aos trabalhadores empregados. Tal projeto, em termos de direito social, propõe retrocedermos ao período anterior à promulgação da CF de 1988!

73. Tal projeto secunda a mercantilista e inconstitucional abertura à participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, introduzida pela Lei nº. 13.097, de 19 de janeiro de 2015 (Art. 142), que alterou o Art. 23 da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

74. E a tentativa de desmonte do que se construiu no direito social à saúde, e no âmbito do Sistema Único de Saúde, não para aí. Projeto de Lei do Senado nº. 200/2015 constitui um retrocesso na regulamentação da pesquisa clínica, pois desconsidera o atual sistema de revisão ética da pesquisa, intitulado Sistema CEP-CONEP, constituído pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, instância integrante do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, e pelos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, que são instâncias das instituições que realizam pesquisas no Brasil. Tal projeto fragiliza a proteção da saúde e da dignidade humana, bem como os direitos dos participantes das pesquisas, uma vez que a aprovação da pesquisa clínica envolvendo seres humanos não é incluída na esfera do Sistema Único de Saúde.

75. Para que a saúde seja um direito de todos, assumida como um bem da sociedade, é necessário um novo acordo em nome do interesse público, que recomponha os princípios e as orientações constitucionais, os quais devem ser assegurados pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

SUS – VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

76. Na busca pela melhoria do SUS é também fundamental regular a preparação dos seus profissionais, reorientando a formação em saúde a partir das necessidades da maioria do povo brasileiro e não pela lógica do mercado.

77. São desafios postos que vão desde a mudança nos currículos com projetos pedagógicos comprometidos com a concepção de saúde integral como promotora da qualidade de vida, passando pela prevenção às principais doenças, pela assistência e pela reabilitação dos indivíduos.

78. É imprescindível, para avançar nas mudanças, que as práticas dos profissionais e técnicos em saúde aconteçam no ambiente das ações e dos serviços ofertados pelo SUS, fazendo com que haja a inserção no trabalho em equipe e inserção nos processos decisórios da gestão.

79. As medidas recentes aprovadas na lei que normatizou o programa Mais Médicos indicam que é necessário universalizar as residências e as especializações mais demandadas do SUS, como forma de garantir profissionais em número suficiente para as diversas regiões do País.

80. Portanto, avançar na qualidade da atenção e no cuidado com humanização e respeito exige um novo quadro curricular e uma nova forma de pensar as especialidades na integralidade da atenção, além de práticas de cuidado integradas associadas a formas de gestão democráticas.

81. Para regular de forma pública a formação em saúde, é necessário também conhecer a realidade da força de trabalho nos setores público e privado, considerando o impacto no mercado de trabalho e as especificidades que compõem o trabalho em saúde.

82. Para tanto, torna-se imprescindível a realização de um censo capaz de diagnosticar, de maneira mais precisa, a quantidade, a distribuição, a composição e as necessidades dos trabalhadores da saúde.

83. Melhorar a distribuição e a composição social da força de trabalho é um dos pontos centrais a ser abordado. É preciso conceber uma estratégia para democratizar o acesso às faculdades e universidades, com garantias e estímulos para que os filhos das camadas populares tenham a possibilidade de se formarem nestas instituições e levem para dentro da universidade sua história de vida e as demandas de sua representação social.

84. É fundamental a adoção de uma política de gestão de pessoas unificada, com diretrizes nacionais para o Sistema Único de Saúde, e a estruturação de carreiras multiprofissionais nas grandes áreas temáticas do SUS, como atenção básica, atenção especializada e hospitalar, urgência e emergência, vigilância em saúde e apoio administrativo e financeiro.

À luz das diretrizes nacionais se adequa a política de gestão de pessoas às realidades loco-regionais.

85. A estruturação de carreiras multiprofissionais do SUS deve ter como referência a organização das Redes de Atenção à Saúde integrais regionalizadas, a valorização do trabalho em equipe, o cuidado humanizado e a educação permanente como estratégias de qualificação dos trabalhadores.

86. É preciso somar esforços com as entidades da saúde e as centrais sindicais para construir uma agenda de valorização do trabalho em saúde, ampliando nas diferentes profissões a defesa do SUS, e combatendo todas as formas de precarização existentes no sistema público – incluindo a privatização direta ou indireta e as terceirizações da prestação de serviços – e nos estabelecimentos e serviços privados.

87. Esta agenda deve reforçar a luta pela jornada de trabalho de 30 horas semanais, considerando as especificidades do cuidado prestado nos serviços de saúde, a educação permanente como estratégia de qualificação dos trabalhadores, bem como a produção de conhecimento, o desenvolvimento e o estabelecimento de tecnologias em serviços e equipamentos, com a finalidade de fomentar melhores condições de trabalho.

88. Destaca-se que entre os inúmeros problemas enfrentados pelos trabalhadores do Estado encontram-se a Tabela de Lotação de Pessoal defasada pela falta de concursos públicos. A fragmentação salarial e as discrepâncias nos benefícios dos profissionais de saúde – municipais, municipalizados, estaduais, federais, autárquicos e de parceiros privados – também se apresentam como entraves que precisam ser repensados.

89. Os ambientes, os processos e as condições de trabalho devem ser sempre levados em conta como possíveis determinantes da ocorrência de acidentes, de doenças e de intoxicações relacionadas ao trabalho.

90. É preciso que se atente para a relevância da participação das centrais sindicais e de sindicatos de trabalhadores na formulação e acompanhamento da política de saúde do trabalhador e da trabalhadora da saúde.

91. Por fim, devemos esclarecer à sociedade brasileira sobre a natureza socialmente destrutiva do Projeto de Lei nº. 4.330, que *Dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho deles decorrentes*, e combatê-lo duramente, uma vez que representa a retirada de direitos conquistados ao longo de décadas pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras do Brasil.

GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

92. O Sistema de Saúde nacional, público e universal, previsto na Constituição Federal com a denominação de Sistema Único de Saúde – **SUS**, foi inspirado na melhor tradição de qualificados Sistemas de Saúde nacionais socializados implantados em países europeus (Grã Bretanha, Suécia, entre outros) e no Canadá e, antes disso, **foi criado para garantir o direito social à saúde para todos os brasileiros e para todas as brasileiras.**

93. O Brasil tinha – e continua tendo – recursos suficientes para implantar o SUS, bem como infraestrutura econômica – capacidade tecnológica de produzir ou pesquisar produtos, equipamentos, insumos e processos necessários à sua operacionalização – e social – instituições universitárias e instituições de ensino e pesquisa instaladas no País capazes de formar a mão-de-obra básica, técnica e especializada necessária para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde das pessoas.

94. Ou seja: somos um País que conta com todas as condições para implantar um *aparato sanitário estatal nacional* potente para prestar à população brasileira a totalidade dos serviços de saúde com qualidade e, assim, cuidar bem de todas as pessoas!

95. Eis a questão: os inimigos do SUS sempre souberam disto. Por isso, desde 1989, a cada iniciativa visando a organização do cuidado de saúde à população brasileira, os setores sociais conservadores reagem com ações concretas de resistência à implantação do SUS.

96. A primeira delas foi o descumprimento da CF de 1988, mediante ação do próprio governo federal, sonhando a transferência para o Ministério da Saúde de recursos constitucionalmente destinados ao SUS, nos anos inaugurais do Sistema.

97. Outras ações concretas ocorreram, mas, entre elas, é preciso destacar que, ainda nos anos inaugurais do Sistema, deu-se o início do incremento da transferência indireta de recursos federais para planos e seguros de saúde privados em desfavor do SUS, e, também, o fim da utilização prevista constitucionalmente de recursos da Seguridade Social na saúde e, anos depois, a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF⁵.

98. São inúmeros e diversificados os exemplos de ações destrutivas destinadas a impedir a consolidação de um Sistema de Saúde nacional, público e universal, que tivesse como características marcantes a solidariedade social, o envolvimento coletivo dos trabalhadores da saúde no processo de modelagem das práticas sanitárias, a humanização de estabelecimentos e serviços e a distribuição de renda.

99. O fato é que, quando se produziu um impasse em relação à própria perspectiva de efetiva implantação do SUS, aqueles mesmos setores sociais conservadores passaram, então, a advogar e patrocinar a privatização

⁵ Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira.

direta ou indireta e terceirizações diversas no SUS, sempre, claro, às expensas de transferências de recursos do Erário Público para entes privados.

100. Ora, é fácil entender tais ações socialmente predatórias, quando se tem presente que somente é possível construir Sistemas de Saúde nacionais socializados, como os dos países acima citados, com a montagem de um amplo e qualificado *aparato sanitário estatal nacional*.

101. E mais: segundo estudiosos do tema, **há evidências sólidas, extraídas da experiência internacional, sobre o modo mais efetivo para organizar a saúde: os Sistemas de Saúde públicos e nacionais têm melhor desempenho que modelos privados.**

102. Nestes termos no ano de realização da 18ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, etapa regional da 7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo no processo de discussão da 15ª Conferência Nacional de Saúde, cabe a um amplo campo democrático e popular recolocar na agenda de lutas sociais proposição de reestatização da ideia-força que deu forma ao SUS constitucional: **a saúde é direito de todos e dever do Estado!**

103. É preciso buscar inspiração na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e, desse modo, estimular e propor a discussão coletiva de proposição que aponte para uma **nova institucionalidade no SUS de natureza pública e estatal.**

FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

104. Já foi mencionado que os setores sociais conservadores reagem – e continuam reagindo – com ações concretas de resistência à implantação do SUS, especialmente não aportando recursos suficientes no Sistema.

Na sequência elencamos algumas providências que podem tornar decididamente o SUS constitucional estável do ponto de vista do seu financiamento.

104.1. ● Acabar com os subsídios dos planos privados de saúde por meio de estratégia progressiva, inicialmente instituindo um limite de valor de gastos com saúde, que podem ser dedutíveis do Imposto de Renda como no caso da educação; não financiar planos privados para servidores públicos com recursos públicos; proibir anulação ou perdão das dívidas dos planos com o Estado; proibir subsídios diretos aos planos e não promover incentivos aos planos privados individuais.

104.2. ● Aplicar os recursos decorrentes dos subsídios em especial na atenção básica (Estratégia Saúde da Família, promoção e prevenção à saúde) e na média complexidade (atenção especializada com profissionais e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico adequados).

104.3. ● Garantir maior financiamento público com o fim da Desoneração das Receitas da União – DRU para o setor da saúde.

104.4. ● Flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF para a contratação de trabalhadores da saúde (investindo no quadro de servidores próprios da saúde e diminuindo progressivamente a contratação de organizações sociais).

104.5. ● Reapresentar Proposta de Emenda Constitucional que estabeleça que 10% da Receita Corrente Bruta da União deve ser alocada anualmente na saúde pública.

104.6. ● Denunciar e repudiar a falsa proposta de Cobertura Universal de Saúde, que não produz cobertura a todos, mas pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população.

104.7. ● Esclarecer a sociedade brasileira e iniciar um novo movimento popular, a fim de que se pressione o Congresso Nacional para alterar medidas aprovadas pela Emenda Constitucional nº. 86, de 18 de março de 2015, que constitucionalizaram o subfinanciamento da saúde, a saber:

104.7.1. ● a) retirar do computo do cumprimento do mínimo obrigatório estipulado para a contribuição anual da União na saúde, as ações e serviços públicos de saúde custeados pela parcela de royalties (Pré-Sal) e participação especial da União;

104.7.2. ● b) retirar do computo do cumprimento do mínimo obrigatório estipulado para a contribuição anual da União na saúde, o valor equivalente a 50% das emendas de deputados e senadores que passaram a fazer parte da base de cálculo dos gastos em saúde – antes elas não eram parte da conta;

104.7.3. ● c) propor que as emendas da saúde sejam adequadamente avaliadas, na fase de apreciação no Congresso Nacional, pelo Conselho Nacional de Saúde com auxílio de técnicos do Ministério da Saúde, a fim de não se correr o risco de substituição de despesas em programas planejados e estruturados do MS por despesas avulsas e pouco articuladas, decorrentes das emendas parlamentares, sem impacto significativo nos indicadores de saúde da população.

(Com a Emenda Constitucional nº. 86, de 18 de março de 2015, o Poder Executivo passou a ser obrigado a liberar até 1,2% da receita corrente líquida do ano anterior para emendas parlamentares. Desse total, 50%, ou 0,6% do valor permitido, vão para saúde).

105. Taxar as grandes fortunas para aplicar os recursos na saúde.

As 15 maiores fortunas brasileiras são de grandes empresas que exercem monopólio da comunicação, como a Rede Globo e Grupo Abril, do agronegócio e de bancos como o Safra, o Itaú e o Bradesco. Essa arrecadação corresponde à quase totalidade do volume de recursos que o governo vai arrecadar com as últimas mudanças na tributação.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E REFORMAS DEMOCRÁTICAS E POPULARES DO ESTADO

106. O SUS tem como um de seus princípios constitucionais a participação social, com envolvimento direto da comunidade no debate das questões da saúde. Assim, o envolvimento direto do povo na discussão e no controle da execução pelo Estado da política pública de saúde representou uma inovação no processo de construção da democracia brasileira.

107. Há mais de uma década vem ocorrendo incremento significativo na participação popular e no controle social das políticas públicas executadas pelo Estado nacionalmente, gerando a proposição da Política Nacional de Participação e o Sistema Nacional de Participação para outras áreas de políticas públicas, incentivando, inclusive, a adoção dos mecanismos de participação social nos Estados da Federação e nas cidades brasileiras.

108. O campo da saúde foi pioneiro neste debate, portanto, conta com dispositivos que institucionalizaram e estruturaram a participação popular ou, conforme a conceituação constitucional, a *participação da comunidade* (Art. 198, inciso III) que se dá principalmente por meio das Conferências de Saúde nacional, estaduais, do Distrito Federal – DF e municipais e dos Conselhos de Saúde.

109. Em relação aos Conselhos de Saúde, o País conta com o Conselho nacional, 27 Conselhos estaduais/DF e 5.596 Conselhos municipais. Essas instâncias devem ser paritárias (50% de representantes dos usuários), aprovar os planos municipais, estaduais/DF e nacional de saúde e o relatório anual de gestão e acompanhar a implementação das políticas de saúde.

110. Os Conselhos têm função deliberativa e de fiscalização da política de saúde, enquanto as Conferências têm por finalidade fazer o diagnóstico da situação de saúde da população e avaliar o processo de implementação das políticas da área, apontando diretrizes para correção ou ajuste de rumos.

111. Vale ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde – CNS existe desde 1937, mas somente depois da criação do SUS assumiu atribuições políticas e composição mais democrática. Nesse período de 78 anos, o CNS realizou 14 Conferências Nacionais de Saúde, além de diversas Conferências temáticas. Recentemente elegeu, na primeira etapa do seu processo eleitoral para o triênio 2012-2015, 144 entidades nacionais. Em 13 de dezembro de 2013, foi eleita a Mesa Diretora paritária do Conselho com representante de usuários ocupando a presidência.

112. Os Conselhos e Conferências de Saúde, no entanto, necessitam melhorar sua atuação e ampliar a representação e a mobilização da sociedade. Há pouca articulação entre os diversos conselhos e os segmentos sociais organizados, gerando um processo de burocratização e desmobilização dos espaços de participação instituídos.

113. A gestão participativa ainda é pouco praticada no conjunto dos Estados e Municípios, onde há pouco apoio ao funcionamento autônomo e organizado dos Conselhos de Saúde.

114. Igualmente fundamental é conquistar e garantir, nos Planos de Saúde Municipais, Estaduais, do Distrito Federal e Federal ou em legislação específica, a sustentação material dos Conselhos, propiciando, os entes federados, estrutura e condições adequadas – pessoal e suporte técnico e econômico – para o funcionamento dos Conselhos.

115. Os Conselhos devem estabelecer canais de comunicação com o movimento sindical e movimentos sociais organizados e com os usuários do SUS nas unidades de saúde, a fim de romper com o desconhecimento e o isolamento e, assim, ampliar a luta pelo direito social à saúde.

116. A experiência brasileira de participação popular e de controle social do Estado no campo da Saúde é um aprendizado difícil, que exige diálogo, negociação e posicionamento político capazes de fazer avançar o processo de construção do SUS.

117. Portanto, para que este momento signifique um passo adiante na direção de uma 15ª Conferência Nacional de Saúde que reafirme a defesa do direito social à saúde e do SUS, é necessário reafirmar o significado e o

sentido da participação popular e do controle social do Estado na execução da política pública de saúde nestes 27 anos de criação do Sistema Único de Saúde.

118. No campo da saúde dá-se também um processo de institucionalização de Conselhos Gestores, tanto de unidades de saúde quanto de Microrregiões de Saúde.

119. Consoante com a Política Nacional de Ouvidoria do SUS, a Ouvidoria deve ser um instrumento da gestão participativa e da participação social, de disseminação de informações em saúde, de conscientização popular e de busca de equilíbrio e mediação entre usuários e gestores do SUS, bem como instrumento de avaliação da administração pública e de contratos por ela celebrados.

120. No momento atual, há um debate fundamental na sociedade brasileira sobre a realização de reforma política, como uma necessidade estrutural no avanço para formas de representação e participação mais legítimas e democráticas, sem a interferência direta dos interesses econômicos e dos meios de comunicação de massas (mídia) monopolistas, controlados por reduzidíssimo grupo de proprietários.

121. Isto porque precisamos garantir que os setores sociais que não dispõem de capacidade e condições para exercer a cidadania e que foram mantidos fora do sistema político possam ser incluídos nas decisões nacionais.

122. A reforma política também é fundamental para que se aprofunde e aperfeiçoe a democracia participativa, com o estabelecimento de novas regras institucionais que garantam a ampliação da participação democrática e o fim do financiamento empresarial das campanhas eleitorais – mecanismo de captura da política pelo poder econômico – e da interferência do poder econômico na política visando fazer prevalecer os interesses dos grupos financiadores de campanhas em detrimento dos interesses coletivos da população.

123. É preciso democratizar a mídia também para garantir o direito à informação e reduzir o poder de filtro que preserva interesses de grupos específicos de proprietários, além de expandir alternativas aos meios de comunicação de massas.

124. Por fim, reformas democráticas e populares do Estado estão umbilicalmente ligadas a uma reforma tributária que coloque o Brasil na direção dos países que alcançaram sistemas tributários mais justos ao reduzir a tributação sobre o consumo e concentrá-la no patrimônio e na renda, de modo a viabilizar o financiamento de políticas públicas universais para toda a população brasileira nos campos da Saúde, Previdência Social, Educação e Habitação, entre outros.

125. Para isto é necessário: melhorar a distribuição das alíquotas do Imposto de Renda para pessoa física com faixas mais altas para os que muito ganham e o aumento da faixa de isenção para as classes trabalhadoras e setores das camadas médias; reduzir a tributação indireta sobre o consumo; aumentar a tributação sobre a acumulação de riqueza; aumentar o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR dos grandes latifúndios; reduzir as taxas que incidem diretamente sobre o setor produtivo (Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS); acabar com a isenção dos lucros e dividendos e com a dedução dos juros sobre o capital próprio e aliviar a carga tributária dos trabalhadores com imposto progressivo.

ANEXO – O SUS no Município de São Paulo no Biênio 2013-2014

A Secretaria Municipal da Saúde aplicou na Saúde em 2014 **18,98%** do total de impostos arrecadados pela Prefeitura de São Paulo, portanto, aplicou percentual acima do mínimo estabelecido na Constituição Federal e na legislação vigente.

A Rede de Atenção à Saúde municipal contava em março de 2015 com 979 estabelecimentos e serviços de saúde próprios da SMS, sendo 18 hospitais, 449 Unidades Básicas de Saúde – UBS, 42 serviços de atenção domiciliar, 07 Unidades de Referência em Saúde do Idoso – URSI, 04 Centros de Referência em Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde, 98 Assistência Médica Ambulatorial 12 horas – AMA, 29 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, 06 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, 26 Unidades DST/AIDS, 82 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e mais 65 outros equipamentos de Saúde Mental (Residências Terapêuticas, unidade de acolhimento e outros), 19 Centros Especializados em Reabilitação – CER, 13 Núcleos Integrados de Reabilitação – NIR, 05 Núcleos Integrados de Saúde Auditiva – NISA, 08 Rede Hora Certa – Hospital Dia, 16 Ambulatórios de Especialidades, 16 Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades – AMA-E, 19 AMA 24 horas, 16 Pronto-Socorro/Pronto Atendimento, 02 Unidades de Pronto Atendimento – UPA.

A atual gestão da Secretaria Municipal da Saúde, ao assumir em 1º de janeiro de 2013, defrontou-se com a referida fragmentação decorrente da atuação no território da municipalidade das redes assistenciais de dois entes federados – Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP e Secretaria Municipal de Saúde – SMS – sem

integração sistêmica, ao lado da fragmentação da própria Rede de Atenção à Saúde municipal consequente à privatização direta ou indireta da gestão de serviços e de cerca de metade da rede local.

Retomou-se a **gestão pública** da Rede de Atenção à Saúde municipal no sentido da valorização da administração pública e da introdução de controles adequados das entidades conveniadas e contratadas pela SMS.

Convênios e contratos de gestão envolviam 6 hospitais, 12 microrregiões (296 unidades de saúde), 5 contratos de diagnóstico por imagem (32 serviços), 8 contratos de Pronto Socorro Municipal e Pronto Atendimento (13 unidades) e 48 convênios assistenciais, o que demandou a preparação e abertura de 22 editais de chamamento público para reestruturação de convênios e contratos em 2014.

Foi introduzida no contrato de gestão sanções, aplicáveis quando do descumprimento de cláusulas contratuais, as quais não haviam sido previstas nos contratos anteriores.

Em relação a administração pública municipal – direta e indireta – da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo foram abertos concursos públicos em 2014, depois de anos sem tê-los, sendo que já foram 1.243 funcionários nomeados na rede básica e especializada e 4.357 contratados para a Autarquia Hospitalar Municipal – AHM, e assinado o protocolo de negociação entre a PMSP e as entidades representativas dos servidores da saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, na Mesa de Negociação da Saúde, em 13 de outubro de 2014, o que resultou na aprovação da Lei nº. 16.122, de 15 de janeiro de 2015.

Tal instrumento legal, que *Dispõe sobre a criação do novo Quadro da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, institui o respectivo regime de remuneração por subsídio, altera o estatuto jurídico dos empregados públicos da Autarquia Hospitalar Municipal – AHM e do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM e dá outras providências*, objetivou:

- a) harmonizar os salários praticados na administração direta e na indireta – Autarquia Hospitalar Municipal – AHM e o Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM;
- b) iniciar processo de compatibilização dos salários praticados no mercado público de trabalho e no privado, especialmente em relação aos salários praticados pelas organizações sociais – OS;
- c) incorporar gratificações: da saúde e prêmio de produtividade;
- d) contemplar os aposentados.

A reestruturação organizacional da SMS e a elaboração de Instrumentos de Gestão do SUS – valorizando-se processos ascendentes e participativos –, foram fundamentais na retomada da **gestão pública**, destacando-se a aprovação unânime no Conselho Municipal de Saúde do Plano Municipal de Saúde de São Paulo – 2014-2017.

No esforço de qualificar e ampliar a prestação de serviços de atenção básica o número de equipes completas de ESF⁶ aumentou de 1.095 (2012) para 1.306 em 2014, graças ao incremento de profissionais do Mais Médicos (248) e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB (29).

No Programa Bolsa Família foram cadastradas 74% a mais do que o existente em 2012.

Merece destaque a organização das ações programáticas do **Programa De Braços Abertos** – DBA e a construção participativa do plano operativo da Política de Saúde Integral da População LGBTT. O Programa de Braços Abertos mostrou-se à sociedade como uma iniciativa exemplar para o enfrentamento da complexa questão da drogadição por meio da redução de danos. O Programa conta com a atuação integrada de várias equipes vinculadas a diversas Secretarias Municipais, como a de Saúde, Trabalho, Desenvolvimento e Empreendedorismo, Assistência e Desenvolvimento Social e Segurança.

Foi reativada a Medicina Tradicional, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde – MTHPIS com aumento de 11.000 consultas entre os anos de 2012 a 2014.

Quanto à Assistência Domiciliar o programa federal Melhor em Casa permitiu uma evolução quantitativa de 10 equipes em 2012 para 27 em 2014.

A Rede Hora Certa – Hospitais Dia são unidades ambulatoriais especializadas e resolutivas, com centros cirúrgicos dotados de profissionais e equipamentos para realizar procedimentos cirúrgicos. Esses equipamentos de saúde têm sido muito importantes na redução das filas dos procedimentos cirúrgicos, da fila de consultas especializadas e de exames de diagnose.

A Rede de Atenção Psicossocial, seguindo os rumos da reforma psiquiátrica, reduziu leitos em comunidades terapêuticas e em hospitais especializados psiquiátricos, investindo em requalificação de 5 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II para CAPS III com ampliação de 50 leitos de hospitalidade noturna e inauguração de 2 CAPS Álcool e Droga – AD III.

⁶ O número total de equipes na Estratégia de Saúde da Família – ESF aumentou de 1.269 em 2012 para 1.306 em 2014.

Por sua vez foram ativados leitos de Saúde Mental em hospitais gerais e a unidade de internação UNAD – Unidade de Atendimento ao Dependente foi desativada sendo transformada em serviço de atendimento aberto. A licitação do projeto executivo para 30 CAPS foi concluída, existindo 17 terrenos já definidos, 8 com terreno em análise e 5 sem terreno definido.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi incrementada por meio dos incentivos federais decorrentes do Programa Viver sem Limites, sendo habilitados 15 NIR/NISA como Centros Especializados em Reabilitação – CER, a saber: 10 CER II com duas especialidades, 06 CER III com três especialidades e 03 CER IV com quatro especialidades.

Os CER IV de São Miguel Paulista e do Ipiranga foram inaugurados no final de 2014 e início de 2015, respectivamente, no interior de unidades de saúde próprias que foram inteiramente reformadas, funcionando com equipes de saúde da administração municipal direta.

As linhas de cuidado de hanseníase, hepatite viral e do sobrepeso obesidade foram construídas entre 2013 e 2014, sendo que o município conseguiu viabilizar 101 cirurgias bariátricas em 2014, número esse que era zero em 2012.

Quanto à Política de Saúde da Pessoa Idosa, na construção da linha de cuidado foi priorizada a Implantação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na atenção básica para definição do grau de fragilidade, qualificação da demanda e organização do atendimento, sendo criado um questionário para avaliação pela equipe multiprofissional de saúde e investimento na capacitação dos trabalhadores da saúde.

Está prevista a implantação de 08 Unidades de Referência em Saúde do Idoso – URSI, sendo que já foi definida a tipologia dessas unidades, estando hoje 02 com terrenos já definidos, 05 com terrenos em análise e 01 em busca de terreno.

Na Atenção à Saúde Bucal foram nomeados, após realização de concurso público, 200 cirurgiões-dentistas efetivos, feita Ata de Registro de Preços para confecção de 27.860 próteses e 4.000 aparelhos ortodônticos, inaugurados 03 novos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e elaborados Protocolos Clínicos de Atendimento para Câncer Bucal, Endodontia, Biossegurança em Saúde Bucal, dentre outros.

Quanto à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, foi concebida a Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em 2013; investido na recuperação e adequação física dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, equipamentos médicos e eletrônicos, veículos automotores e insumos diversos. Implantou-se o Programa de Saúde do Agente de Controle de Zoonoses e Animais Sinantrópicos, bem como se reforçou a participação no Programa Municipal de Saúde Vocal e de Qualidade de Vida no Trabalho (SMS). Merece destaque a implementação das ações de Vigilância de Saúde do Trabalhador(a) no contexto de Campanha de Aumento da Notificação de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Na Assistência Farmacêutica destacou-se a reformulação da diretriz clínica para uso de metilfenidato, a edição do Memento de Fitoterapia e a adequação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME. Com relação aos medicamentos homeopáticos esta gestão assumiu o compromisso com a população em agilizar a finalização, o mais breve possível, do processo que teve início em 2010.

Na Assistência Laboratorial houve grande investimento em informatização dos laboratórios próprios no sentido de qualificar a oferta de exames e, também, de agilizar os processos de análise para encurtar o tempo de realização dos exames por meio de contratação de sistemas pré-analíticos e pós-analíticos automatizados.

Os laboratórios de vigilância em saúde (Centro de Controle de Zoonoses – CCZ e Centro de Controle de Intoxicações – CCI) e de DST/AIDS (CR Penha e SAE Líder) foram informatizados e implantada a biologia molecular do HIV no Laboratório da Freguesia do Ó.

O laboratório do Centro de Controle de Intoxicações está sendo totalmente reformado.

No que diz respeito à atenção hospitalar, a SMS vem priorizando a recuperação e adequação de 10 hospitais municipais, 3 Pronto-Socorro/Pronto Atendimento e 2 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, o que gerou a reativação de 230 leitos em 2013 e a ampliação de 78 em 2014.

Neste sentido, articulamos providências que contaram com a participação do Hospital Santo Antonio, UPA Santa Catarina e UPA Campo Limpo.

Quanto ao Hospital Sorocabana, o Município de São Paulo aguarda publicação de decreto de regulamentação, pelo governo do Estado, para se consumir a transferência do hospital para a municipalidade.

O Hospital Santa Marina está previsto para entrar em funcionamento em junho de 2015.

Quanto aos novos hospitais a serem construídos, a situação atual é a que se segue.

1. Hospital de Parelheiros (250 leitos): projeto e licitação da obra – concluídos, ordem assinada em dezembro de 2014 e previsão de começo das obras para início de 2015.

2. Hospital da Brasilândia (250 leitos): projeto e licitação da obra – concluídos e em programação o início da obra.

3. Alexandre Zaio (250 leitos): conclusão da licitação para o Projeto Executivo (RDC)* e elaboração do projeto em andamento.

Em 2014 as seguintes ações foram implementadas para o controle da transmissão e da prevenção da dengue: nova campanha de comunicação – Parceria SECOM/PMSP; publicação da Portaria SMS nº. 2286 que tornou obrigatória a notificação imediata dos casos de dengue e chikungunya; criação de Comitês Regionais por Subprefeitura para o Controle da Dengue proposição apresentada pelo Conselho Municipal de Saúde de São Paulo; mapeamento das áreas de risco e reorganização das ações de campo conforme classificação de risco, implantação de nova metodologia de aplicação de larvicida biológico em pontos estratégicos e desenvolvimento de 800 *kits* educativos para uso dos agentes de zoonoses nas ações de prevenção da dengue junto à população.

A sensibilização das equipes de saúde, quer de agentes do setor público, quanto do setor privado, bem como a instalação oportuna de tendas para assistência à saúde e hidratação, quando da elevação do número de pacientes, foram determinantes para evitar perdas de vidas decorrentes da doença.

A questão dos suprimentos de medicamentos e materiais médico-hospitalares foi equacionada para corrigir grandes e crônicas distorções dos processos de trabalho sendo realizado o mapeamento e redesenho desses, bem como do organograma da Área de Suprimentos da SMS.

Para tanto foram adotadas as medidas de criação de Sala de Situação de Suprimentos, elaboração de Lista Padronizada e Unificada – medicamentos, material médico-hospitalar, materiais odontológicos e de laboratório –, bem como a qualificação das bases de dados e implantação do Fluxo de Identificação de Processos.

Vale destacar que, no início de 2013, a Secretaria Municipal da Saúde recebeu as unidades e almoxarifados quase completamente desabastecidos e com as Atas de Registro de Preços da maioria dos itens já vencidas, o que ocasionou congestionamento nos processos licitatórios nos anos de 2013 e 2014.

Quanto à Tecnologia da Informação houve grande investimento na expansão do Sistema SIGA Saúde e a criação do Prontuário Eletrônico do Paciente para o registro completo dos atendimentos realizados contemplando todo o fluxo operacional do atendimento desde a entrada do paciente até a finalização da consulta pelo profissional. O prontuário encontra-se implantado em algumas unidades de saúde e assim que concluída a licitação para aquisição de computadores a implantação será estendida de forma ampla.

Residência Médica: ampliação de 205 vagas de R1 existentes em 2012 para 474 vagas em 2014; implantação da 8ª Comissão de Residência Médica – COREME para organização da residência médica em Rede.

Criação e implantação da Residência Multiprofissional em 2014, com 48 vagas: 13 enfermeiros, 07 assistentes sociais, 06 psicólogos, 06 fisioterapeutas, 06 cirurgiões-dentistas, 04 nutricionistas, 03 farmacêuticos, 02 fonoaudiólogos e 01 terapeuta ocupacional.

Repactuação e construção coletiva e ascendente nas áreas da **Atenção Básica** – Consultório na Rua e MTHPIS, Saúde da População Negra – e nas **Redes e Linhas de Cuidado** – Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede Cegonha – Saúde da Mulher, Rede de Urgência e Emergência, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Saúde da Pessoa Idosa e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Pontuamos ainda uma Política de Pessoas vivendo com Doenças Raras, iniciando-se pela pactuação entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e o Município.

Por fim, em documento anexo listamos a relação atualizada das unidades por Coordenadoria Regional de Saúde da SMS e a de reformas realizadas nas unidades de saúde nos anos de 2013, 2014 e 2015.

REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, GWS. *Proposta para tornar o SUS uma utopia possível*. Revista Ser Médico Nº 69, out/nov/dez., 2014. p. 24-27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=FlipRevista&id=69#/26/>
2. CAMPOS, GWS. *Regionalização é parte do caminho para fortalecimento do SUS: Para Atravessar o Círculo de Giz*. In: Regionalização é o Caminho! Reflexões, diálogos e narrativas sobre as Regiões de Saúde no Estado de São Paulo. Caderno COSEMS/SP, Volume 4, 1ª edição, São Paulo, 2015. p. 59-66.
3. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE – CEBES. Tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, 2015.
4. COSEMS/SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo "Dr. Sebastião de

Moraes". *Carta de Campos do Jordão*. Março de 2015.

5. MENEZES, RF; ZIONI, F. SUS sob novo ataque. *Jornal da USP*, São Paulo, 13 abril 2009, Ano XXIV, nº 863. p. 2 e p. 12-13.

6. MIRANDA, A. *O desafio de construir a regionalização a partir de experiências próprias*.

Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-desafio-de-construir-a-regionalizacao-a-partir-de-experiencias-proprias/>

7. ROLAND, J. Mobilizar o povo para participar da 15ª Conferência Nacional de Saúde para o SUS Avançar.

8. SANTOS, L. SUS: A Região de Saúde é o Caminho.

Disponível em: www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf

9. SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Prestação de Contas, 25 de março de 2015. Câmara dos Vereadores de São Paulo.

10. SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Boletim CEInfo Dados, 2014.

ANEXO II

PROPOSTAS LOCAIS APROVADAS NA 18ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO APROVADO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II

SUBPREFEITURA	PROPOSTA	E i x o	N o v a	L o c a l
São Miguel Paulista	Ampliar e garantir o Programa de Atendimento ao Idoso (PAI), composta de equipe de geriatria e gerontologia em toda Zona Leste, inclusive com atendimento domiciliar.	V	x	x
São Miguel Paulista	Som da TV interativa sempre em volume adequado para que todos possam ouvir as informações	VI	x	x
São Miguel Paulista	Ampliar os cursos de braile regionalmente.	VI	x	x
BUTANTÃ	Ter um hospital regional 24 horas por subprefeitura.	V	X	X
BUTANTÃ	Que se construa um diagnóstico sobre participação social no território.	II	X	X
BUTANTÃ	Fazer carta aberta para distribuição no bairro, reconstruindo essa lógica de expressão do bairro, sobre qual é o papel do conselho gestor, com valorização do papel de gestor e de resoluções da conferência.	II	X	X
BUTANTÃ	Inserir nas ações das unidades o tema da participação popular, especialmente as que têm vínculo mais direto com a educação. Iniciar com cultura de participação e reconhecer saúde como um direito.	II	X	X
BUTANTÃ	Colocar faixa na comunidade para convidar à participação. Além disso, garantir acesso a todas as minorias às unidades de saúde, por exemplo, às comunidades indígenas;	II	X	X
BUTANTÃ	Que agentes comunitários de saúde façam parte dos conselhos gestores sem prejuízo de suas atividades.	II	X	X
BUTANTÃ	Destinar recursos financeiros e técnicos para gestão do conselho gestor adequados para realizar comunicação, consultas públicas e informação com a população de sua área.	II	X	X
BUTANTÃ	Permitir que a comunidade local utilize, mude e produza programas para a TV das unidades de saúde.	VI	X	X
CAMPO LIMPO	Construção de nova UBS na região do /Jardim Umarizal;	V	X	X
CAMPO LIMPO	Implantação de novas UBS nas regiões de Mitsutani, Araribá e Horto do Ypê, Comercial II.	V	X	X
CAMPO LIMPO	Implantação de novos CAPS (Adulto, infantil e Álcool e Drogas) na região da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo.	V	X	X
CAMPO LIMPO	Maior divulgação dos serviços do CTA Parque Ypê.	VI	X	X
CAPELA DO SOCORRO	Implantação de Prontuário Eletrônico em todos os serviços dos SUS.	VI I	X	X

CAPELA DO SOCORRO	Completar a Equipe da EMAD da STS Capela do Socorro.	V	X	X
CASA VERDE/ CACHOERINHA	Incentivar a instalação e implementação das Equipes de Estratégia Saúde da Família;	V	X	x
Cidade Ademar	Divulgar através dos canais de comunicação locais (associações de bairro, rádio, jornais de bairro, site de interesse comunitários e redes sociais) informes, atividades em saúde, campanhas, políticas e educação em saúde.	VI	X	X
CIDADE TIRADENTES	Implantar CAPS álcool e drogas e um CAPS Infantil.	V	X	X
CIDADE TIRADENTES	Implantação de uma URSI no território.	V	X	X
CIDADE TIRADENTES	Unidades para a região: CER: Centro Especialidade e Reabilitação, URSI, UBS Sarandi e Rede Hora Certa 100% SUS	V	X	X
Ermelino Matarazzo	Melhoria na qualidade do atendimento no território, ampliando as Equipes de Estratégia de Saúde da Família em toda a rede de Atenção Básica de Saúde;	V	X	X
Ermelino Matarazzo	Implantação de um serviço Rede Hora Certa, visando ampliação das vagas de especialidades e exames de acordo com a necessidade de cada território;	V	X	X
Ermelino Matarazzo	Implantação de duas Unidades Básicas de Saúde Integrais na região de Ermelino Matarazzo (ESF Keralux e UBS Jd. Popular);	V	X	X
Ermelino Matarazzo	Criação de um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em DST/ AIDS, com especificidade em atendimento a população travesti e transexual;	V	X	X
Ermelino Matarazzo	Visando o fortalecimento da RAPS, sugerimos a transformação do CAPS II Adulto em CAPS III Adulto, a Criação de um CAPS Infantil e a transformação do CAPS AD II em CAPS AD III na região de Ermelino Matarazzo/ Ponte Rasa;	V	X	X
Ermelino Matarazzo	Implantação de uma Unidade de Referência de Saúde do Idoso (URSI).	V	X	X
Ermelino Matarazzo	Implantação de consultórios de rua, transformação do CAPS II (Álcool, drogas e saúde mental) em CAPS III e implantação do CAPS Infantil na região de Ermelino Matarazzo e Ponte Rasa.	V	X	X
Ermelino Matarazzo	Criação da mesa local e regional de gestão compartilhada para discussão entre trabalhadores e gestores de todos os níveis de saúde.	III	X	X
Ermelino Matarazzo	Melhorar e ampliar as comunicações dos serviços oferecidos a nível local no próprio território e territórios adjacentes.	VI	X	X

FREGUESIA DO Ó-BRASILÂNDIA	Implantação das equipes de Saúde bucal nas unidades básicas de saúde da Brasilândia e Vila Terezinha; ampliação da estrutura física para implantação de mais 1 equipe de Saúde Bucal na UBS Vila Ramos, no território da STS FÓ/Brasilândia.	V	X	X
FREGUESIA DO Ó-BRASILÂNDIA	Contratação de equipes de saúde bucal nas unidades básicas de saúde Jardim Icaraí, Jardim Paulistano, Vila Cruz das Almas e Jardim Guarani, no território da STS FÓ/Brasilândia, para completar a TLP.	V	X	X
Guaianases	Implementação de uma UBS Integral no território Administrativo de Guaianases.	I	x	x
Guaianases	Implementação de uma unidade de Rede Hora Certa no território da SUB Prefeitura Guaianases.	I	x	x
Guaianases	Transformação do AMA Juscelino em unidade UPA 24 Horas.	I	x	x
Guaianases	Completar quadro de especialistas médicos no AE São Carlos.	I		x
Guaianases	Construção da UBS Santa Luzia.	I		x
Guaianases	Propostas para a diminuição da violência:a. Implantação de uma base GCM fixa no PSM Júlio Tupy; b. Melhorar o acolhimento de nossas unidades; c. Melhorar o RH.	I		x
Itaim Paulista	Garantia a contratação através de concurso público de profissionais para atendimento no CAPS Álcool e Drogas Jd. Nélia;	III	x	x
Itaim Paulista	Garantir a construção do anexo no estabelecimento Rede Hora Certa Itaim Paulista, ampliando as especialidades e exames;	I	x	x
Itaim Paulista	Reabertura da antiga “Casa de Maria” antes existente dentro do Hospital Santa Marcelina Itaim Paulista, realizando um atendimento voltado à saúde da mulher e violência;	I	x	x
Itaim Paulista	Cumprimento da lei que garante 50% da mulheres nos conselhos diversos	II	x	x
Itaim Paulista	Reformulação da Lei dos Conselhos Gestores dos Municípios, garantindo seguimento a trabalhador das Organizações Sociais	II	x	x
ITAQUERA	Garantia de que uma das Unidades que passarão para o modelo de UBS Integral no território de Itaquera, seja da Administração Direta;	V	X	X
ITAQUERA	Garantia de implantação de serviço CAPS AD III na região da Cidade Líder;	V	X	X
ITAQUERA	Inclusão do Gestor Ambiental como profissional dos serviços de saúde, com garantia de contratação para a região de Itaquera;	III	X	X
ITAQUERA	promoção de seminário sobre a comunicação no SUS em nível de supervisão técnica de saúde e coordenação regional leste.	VI	X	X

JABAQUARA	2 - Criação de um Centro de Especialidade em Reabilitação (CER);	V	X	X
JABAQUARA	4 - Criação de Unidades de Referência do Idoso (URSI);	V	X	X
JABAQUARA	5 - Ampliação do número de Ambulâncias Sociais;	V	X	X
JABAQUARA	6 - Criação de um Hora Certa Jabaquara;	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção da UBS Jd. Cabuçu.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção do AMA-E na região do Jaçanã Tremembé.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção de um CAPS AD e CAPS Infantil região do Jaçanã Tremembé.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção da UBS Jd. Fontális.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Ampliação da UBS Jd. Apuanã.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Ampliação da UBS Vila Nova Galvão.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Ampliação da UBS Jd. Flor de Maio.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Instalação de uma plataforma elevatória, para prover a acessibilidade ao piso superior na UBS Jaçanã.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Ampliação do ESF no território da Supervisão Jaçanã/Tremembé.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção de Sede própria da URSI (Unidade de Referência a Saúde do Idoso) próximo a UBS Dona Mariquinha Sciascia..	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção de 1 Ambulatório Hora Certa no território do Jaçanã/Tremembé.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Ampliação da oferta de quantidade de exames de USG na UBS Dona Mariquinha Sciascia.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção da UBS Jova rural e da UBS Jardim Felicidade.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Implantação de 1 UPA 24h na região de J/T.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Implantação do CEO (Centro de especialidades Odontológicas) Jaçanã.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Criação de uma equipe própria para acompanhamento de todas as remoções dos equipamentos de saúde da CRSN.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM	Construção de novo equipamento de saúde (UBS) na área de abrangência do Jardim Joamar.	V	X	X

BÉ				
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Revisão de todas as obras de readequação e acessibilidade realizadas nas unidades básicas de Jaçanã/Tremembé que não ficaram a contento.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Retorno / reposição do equipamento de RX para UBS Jaçanã.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	União dos conselheiros das 12 UBSs para não emudecer os seus gerentes e conselheiros da microrregião, autonomia dos conselheiros.	II	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Instalar corrimão na rampa que se localiza na calçada da UBS Jd. Joamar, garantindo acessibilidade a todos os usuários dentro e fora da Unidade.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção da UBS Jardim Cabuçu, Jardim Fontális\Felicidade, Jardim Apuanã- João Kock, UBS Jova Rural. (Obs: unificação de propostas 1,4,5 e 21 do documento)	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção de Sede própria da URSI (Unidade de Referencia a Saúde do Idoso) na região Jaçanã Tremembé.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Ampliação da UBS Vila Nova Galvão e Jardim Flor de Maio (Unificadas as propostas 11e 12 .	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Instalação de uma plataforma elevatória para prover a acessibilidade ao piso superior na UBS Jaçanã.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Ampliação do ESF no território da Supervisão Jaçanã Tremembé.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Construção de um ambulatório Hora Certa no território Jaçanã Tremembé.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Implantação de uma UPA 24 hs na região Jaçanã Tremembé	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Implantação do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) no Jaçanã.	V	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Elaborar um estudo estrutural e epidemiológico na região Jaçanã/Tremembé para avaliar a realidade desse território e após traçar um plano de contratação com profissionais específicos para atender as necessidades locais da população;Prioridades destacadas no grupo: psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, geriatra, enfermeiro e assistente social;	III	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Criar ambulatório de especialidades, mais uma URSI, e outra equipe do programa de acompanhante de idosos, rede hora certa, centro de especialidade odontológica e upa 24 horas nos distritos Jaçanã/Tremembé;	III	X	X
JAÇANÃ/TREMÉM BÉ	Melhorar a estrutura física dos equipamentos existentes nos distritos Jaçanã/Tremembé (ubs, ama, suvis, hospital, melhor em casa);	III	X	X

LAPA	A implantação de mais uma UBS nas regiões: do DA Jaguaré, da Lapa de Baixo e DA Jaguará, em razão da mudança do perfil dos moradores, requerendo o serviço mais abrangente da Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal, envelhecimento ativo da população pré-idosa e aumentar o serviço às pessoas acamadas (Atende, PAI, reabilitação de pessoas com doenças neuro-degenerativas).	V	X	X
M'BOI MIRIM	Inclusão de dentistas em todas as unidades de saúde e especialidades de saúde mental;	V	X	X
M'BOI MIRIM	Mais unidades de CAPS na região e adjacências.	V	X	X
M'BOI MIRIM	Implantação urgente de serviço de prótese dentária em toda região.	V	X	X
M'BOI MIRIM	Inclusão de neurologista nos CAPS e UBS.	V	X	X
Parelheiros	Cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família na região de Parelheiros.	V	X	X
Parelheiros	Que o Ambulatório Especialidades de Parelheiros possua todos os especialistas que os dados epidemiológicos apontem como necessários.	V	X	X
Parelheiros	Implantação do CAPS Álcool e Drogas.	V	X	X
Parelheiros	Investir na formação profissional dos moradores de Parelheiros para que eles trabalhem na região (estágio multidisciplinar).	VI	X	X
Parelheiros	Fortalecer o Pronto Socorro Balneário São José como Referência em atendimentos de urgência/emergência na região de Parelheiros.	V	X	X
Parelheiros	Ampliação da equipe de agentes de zoonoses da SUVIS Parelheiros.	V	X	X
Parelheiros	Implantação de um CEU na região de Casa Grande.	V	X	X
Penha	Garantir a ampliação do acesso ao monitoramento e fiscalização dos recursos financeiros da Saúde aplicados na região, com a participação dos gestores e da população.	V	x	x
Penha	Ampliar a referência secundária de Saúde Bucal na região da Supervisão Técnica de Saúde Penha, com ampliação do Centro de Especialidades Odontológicas existente e/ou a criação de CEO na região do Distrito Administrativo Cangaíba.	V	x	x
Penha	Garantir a construção de uma Unidade de Referência de Saúde do Idoso (URSI) no território da Supervisão Técnica de Saúde Penha.	V	x	x
Perus	Execução do Plano de Meta já aprovado em 2013	V	x	x
Perus	Reiterar todas as propostas anteriores aprovadas na 17 pré-conferência	V	x	x
Perus	Desapropriações, se necessário, para construção de UBS na região dos Bagras	V	x	x
Perus	Retorno Supervisão Pq anhanguera retorne para Perus com recursos próprios	V	x	x

Perus	Desapropriação, se necessário, das antenas de rádios para a construção da UPA Morro Doce e instalação do Terminal de Ônibus da região	V	x	x
Perus	Ampliação/locação das Unidades: UBS Morro Doce e UBS Jd. Rosinha, UBS PQ Anhanguera, UBS Morada do Sol e UBS Recanto dos Humildes com acessibilidade e TLP completa	V	x	x
Perus	Construção de um Hospital de Grande porte para a região de Perus/Pq Anhanguera	V	x	x
Perus	Ampliação OU Locação do CECCO PERUS, aumento na grade de profissionais, garantia de material adequado às oficinas e contratação de oficineiros	V	x	x
Perus	Garantia de manutenção predial e de equipamentos em todas as Unidades de Saúde da Região Perus /Pq Anhanguera	V	x	x
Perus	Retomar a Formação Técnica para todos os Agentes Comunitários de Saúde	VI	x	x
Perus	Ampliação de Recursos Tecnológicos como instrumento de trabalho para o Agente Comunitário de Saúde “ Tablet ou Palmtop hoje já utilizado na Zona Sul –	V	x	x
Perus	Propõe que a Rede Hora Certa a ser instalada em Perus venha a ocupar o local hoje instalado o Pronto Socorro de Perus	V	x	x
Perus	Implantação em toda a região Norte do Prontuário Eletrônico	VI I	x	x
Perus	Garantir direitos iguais na participação em processo seletivo, tanto para trabalhador da Unidade como candidatos externos.	VI	x	x
Perus	Oferecer transporte para pacientes de Perus/Pq. Anhanguera para tratamento de Hemodiálise	V	x	x
Perus	Ampliação do serviço de Ambulância para Remoção com equipe e equipamento completa para a região Perus/Pq. Anhanguera	V	x	x
Perus	Instalação de uma base equipada SVO na região de Pirituba/Perus	V	x	x
Perus	Execução das 19 propostas acima para uma Saúde Pública de Qualidade para cuidar bem das pessoas, direito do povo brasileiro	V	x	x
PINHEIROS	- implantação de CAPS AD III na região de Pinheiros e outras localidades onde há necessidade.	V	X	X
PINHEIROS	Melhorias das condições estruturais do CEO Lapa.	V	X	X
PINHEIROS	Implantar uma URSI na região Pinheiros, onde há uma concentração muito grande de idosos. Priorizar esta região.	V	X	X
PIRITUBA/JARAGUÁ	Aprimorar a ação do Conselho Gestor dentro do território com relação ao processo saúde/doença e outros serviços relacionados às ações de saúde realizadas na Unidade.	II	X	X
PIRITUBA/JARAGUÁ	Capacitação dos profissionais de forma sistemática e obrigatória, garantida pela gerência da unidade, na prevenção de acidentes e uso de Equipamentos de Proteção Individual.	III	X	X

PIRITUBA/JARAGUÁ	Reestruturar e reorganizar a Escola Municipal de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Norte.	III	X	X
PIRITUBA/JARAGUÁ	Garantir recursos financeiros para ampliação e construção de unidades de saúde, visando a expansão da rede, nos vazios assistenciais, de acordo com as necessidades de saúde da população particularmente em Pirituba Perus, periferia da cidade de São Paulo.	IV	X	X
PIRITUBA/JARAGUÁ	Solicitamos a construção com urgência da Unidade Básica de Saúde do Jardim Rodrigo que atenderá os seguintes bairros: Jardim Rodrigo, Jardim Donária, Jardim Shangrilá, Jardim Taipas e Jardim Marilu.	V	X	X
PIRITUBA/JARAGUÁ	Garantir uma maior contratação de profissionais de Saúde Mental na região.	V	X	X
São Mateus	Implantação do Programa de Acompanhante de Idosos – PAI, no território de São Mateus;	V	x	x
São Mateus	Transformação/ Ampliação da AMA Laranjeiras e Jardim Santo André em 24 horas;	V	x	x
São Mateus	Construção CAPS III Adulto com prédio próprio com TLP adequada na região de São Mateus;	V	x	x
SAPOPEMBA	Garantir os recursos financeiros para imediata a implantação da UBS Pró Morar já aprovada;	V	X	X
SAPOPEMBA	Implantação das UBS's Jardim Primavera/Colorado e Vila Tolstoi;	V	X	X
SAPOPEMBA	Implantação de UPA 24 horas na região do Sapopemba;	V	X	X
SAPOPEMBA	Utilização do terreno do CDHU da Rua dos Banqueiros para construção de uma Unidade de Saúde com comodato autorizado para a Secretaria Municipal da Saúde;	V	X	X
SAPOPEMBA	Adequar o espaço físico de todas as UBS's do território de Sapopemba, garantindo o pleno funcionamento de suas atividades;	V	X	X
SAPOPEMBA	Implantação de Hora Certa na Região do Sapopemba;	V	X	X
SAPOPEMBA	Ampliação do atual CAPS Álcool e Drogas para CAPS III;	V	X	X
SAPOPEMBA	Implantação de duas Unidades de Acolhimento, uma para Adulto e uma para Infante Juvenil na Região do Sapopemba;	V	X	X
SAPOPEMBA	Garantir a contratação de obstetrias para a Casa de Parto Sapopemba e garantir que esta tenha um atendimento de acordo com as recomendações da OMS e com as diretrizes do Programa Rede Cegonha, priorizando a assistência ao parto sem intervenções desnecessárias;	V	X	X
SAPOPEMBA	Ampliar o contrato de segurança presencial para contemplar ao menos um profissional nas Unidades de Saúde do território da Supervisão Técnica Vila Prudente/Sapopemba;	V	X	X
SAPOPEMBA	Fortalecimento do quadro de funcionários do Hospital Benedito Montenegro (Jardim Iva) através de concurso público;	V	X	X
SÉ	Implantar mais um serviço DST/AIDS no centro	V	X	X

SÉ	Implantação de novos serviços da atenção primária para cobertura de vazios assistenciais da coordenadoria centro.	V	X	X
SÉ	Melhoria do atendimento e ampliação do numero de serviços de referência a urgência e emergência do entorno da região central.	V	X	X
Vila Maria	Reconhecimento do CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa de Vila Maria/Vila Guilherme - Trote como equipamento de saúde de atendimento integral e de promoção de saúde.	V	X	X
Vila Maria	Inserir a Estratégia da Saúde da Família na UBS JARDIM BRASIL.	V	X	X
Vila Maria	Mais uma UBS na região do jardim brasil.	V	X	X
Vila Maria	Integração das unidades de saúde com as comunidades terapêuticas do entorno com agilidade no atendimento da população.	V	X	X
Vila Maria	Ampliar o numero de equipes do programa de estratégia da saúde da família contemplando 100 por cento de cobertura na UBS PARQUE NOVO MUNDO 1 (inclusive na área de ocupação Douglas Rodrigues).	V	X	X
Vila Maria	Ampliação da área física da UBS PARQUE NOVO MUNDO 2 contemplando sala de reuniões e atividades e 3 consultórios médicos e banheiros.	V	X	X
Vila Maria	Uma URSI para a região da Vila Maria.	V	X	X
Vila Maria	Implantação de 1 equipe parametrizada na UBS Parque Novo Mundo II, para cobrir área de vulnerabilidade descoberta pela ESF.	V	X	X
Vila Maria	Garantir a construção da UBS Jardim Julieta e dos CAPS AD e Adulto de acordo com o plano de metas da Prefeitura;	V	X	X
Vila Maria	Garantir um espaço adequado para o CASP Infantil Vila Maria e o CEO Vila Maria.	V	X	X
Vila Maria	Implantação de uma Unidade Básica na área da Vila Maria Baixa, pois os moradores têm sido distribuídos para outras unidades do território.	V	X	X
Vila Maria	Ampliar a Estratégia Saúde da Família, nas demais regiões de alta vulnerabilidade social (Região Parque Novo Mundo- Ruas dos Condoeiros s/n, Jardim Brasil, Vila Sabrina e Jardim Julieta).	V	X	X
VILA MARIANA	CRIAÇÃO DE UPA NO D.A. SAÚDE.	V	X	X
VILA MARIANA	CRIAÇÃO DA UBS INTEGRAL NA VILA MARIANA.	V	X	X
VILA MARIANA	MUDANÇA DA UBS PARQUE IMPERIAL PARA PRÉDIO MAIS ACESSIVEL.	V	X	X
VILA MARIANA	Dimensionamento das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial e CECCO da Administração Direta e implantação de um Caps Adulto, e UBS na Subprefeitura de Vila Mariana;	III	X	X

VILA MARIANA	Valorização das atividades de Supervisão de estudantes e preceptoria exercida pelos trabalhadores da administração direta e organizações sociais / parceiras através de remuneração específica;	III	X	X
VILA PRUDENTE	4 – Criação de UBS Sítio Pinheirinho no modelo de estratégia de Saúde da Família;	V	X	X
VILA PRUDENTE	7 – Ampliar a abrangência da estratégia de Saúde da Família em cem por cento das UBS's da região da Vila Prudente e do Município de São Paulo;	V	X	X
VILA PRUDENTE	8 - Construção de uma Unidade de estratégia de Saúde da Família na região de Vila Prudente;	V	X	X
VILA PRUDENTE	10 - Implantação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas na região de Vila Prudente;	V	X	X
VILA PRUDENTE	14 - Garantir o funcionamento de emergência 24 horas e estabelecer "portas abertas" nos hospitais da região de Vila Prudente;	V	X	X
VILA PRUDENTE	15 - Ampliação e adequação de espaços físicos e acessibilidade aos usuários idosos, deficientes físicos em todas as Unidades de Saúde da região;	I	X	X
VILA PRUDENTE	17 - Ampliação do CAPS Adulto II de Vila Prudente para CAPS Adulto III;	V	X	X
VILA PRUDENTE	18 - Criação de CAPS AD III na região de Vila Prudente;	V	X	X
VILA PRUDENTE	19 - Garantir através de concurso público e/ou contratação de equipes multiprofissionais e equipes administrativas nas Unidades de Saúde da Vila Prudente, independente de serem administração direta ou não;	V	X	X
VILA PRUDENTE	20 - Garantia de um espaço físico ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) da Vila Prudente.	V	X	X