



Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Saúde
Estado de São Paulo – Brasil



RELATÓRIO FINAL

9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba

“Democracia e Saúde”

Piracicaba
13 e 14 de abril de 2019

Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba
Conselho Municipal de Saúde

APRESENTAÇÃO

Apresentamos o Relatório Final da 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba, realizada no anfiteatro do Centro Cívico Cultural e Educacional “Florivaldo Coelho Prates” nos dias 13 e 14 de abril de 2019. A seguir fazemos uma abordagem sintética sobre nosso município e sobre o contexto e o espírito que guiaram o processo de construção e de realização da própria Conferência.

Piracicaba, município situado no interior do Estado de São Paulo, conta com uma população estimada de 400.949 habitantes (*IBGE e Fundação Seade*), área geográfica de 1.369,51 Km², situa-se na região abrangida pela DRS X - Piracicaba (regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde), Grupo de Vigilância Epidemiológica – 20 (GVE-20) e Grupo de Vigilância Sanitária – 20 (GVS-20).

A Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba (SEMS) tem, de forma contínua, dirigido seus esforços e investimentos na busca da melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada a todos os usuários SUS no município, em sua rede própria e na rede de prestadores de serviços locais contratados.

Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a SEMS tem buscado, por meio da formulação, implantação e implementação de políticas, programas e projetos, prover sua rede de saúde de serviços que possam atender às necessidades de saúde da população em todos os níveis de complexidade.

Nesse sentido, a SEMS vem promovendo a incorporação de novas tecnologias e avanços científicos, bem como de mecanismos de modernização da gestão do Sistema Municipal de Saúde, com o fortalecimento das relações com a sociedade civil organizada. Com o desenvolvimento do município, surgem desafios para a garantia da promoção, prevenção e recuperação da saúde aos municípios em seus territórios.

É nesta perspectiva que o processo de planejamento a partir da realidade, baseado fundamentalmente na epidemiologia e na análise da resposta do sistema municipal está incorporado por todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde. Sabe-se que em um mesmo município há diversos territórios, cada qual com características próprias, classes sociais diferentes, culturas distintas, assim como condições de vida e de acesso aos serviços públicos e de saúde.

Tais desigualdades interferem ou atuam na saúde dos municípios. Por isso se faz necessário buscar estratégias para conhecer o perfil do usuário dos serviços de saúde, pois, conhecendo suas condições de vida, “onde”, “quem”, “como”, “com que frequência” e “por que” as doenças ocorrem, torna-se possível, a partir deste “diagnóstico”, organizar os serviços e definir prioridades de atuação, uma vez que o reconhecimento adequado do objeto de trabalho permite maior capacidade de intervenção na origem dos problemas.

Embora apresente uma taxa média de 50% da população SUS dependente, Piracicaba, como os demais municípios brasileiros de médio porte, principalmente do eixo sul/sudeste/centro-oeste, enfrenta uma grande pressão pela incorporação de novas tecnologias, o que resulta em déficit no financiamento do sistema, principalmente no que se refere às ações de média e alta complexidade.

É nesse contexto e sob essa ótica, que a 9ª Conferência Municipal de Saúde, mais do que cumprir uma exigência legal, discutiu e teceu diretrizes com o objetivo de direcionar as políticas públicas de saúde, respeitando-se o perfil populacional e a análise dos indicadores de desenvolvimento e de saúde do município.

Os debates realizados ao longo dos dois dias de evento, seja nos grupos de trabalho ou na plenária da conferência, levaram em consideração os anseios e desejos de melhoria de diversos segmentos que se fizeram representar durante a conferência. Heterogêneo, o município de Piracicaba conta com diversos territórios, com características próprias, classes sociais e culturas diferentes, além de condições de vida e de acesso aos serviços públicos de saúde distintos.

Assim como as anteriores, a 9ª Conferência Municipal de Saúde foi mais um passo no sentido de “reconhecer” o usuário SUS de Piracicaba, por meio da discussão e compreensão dos problemas locais,

entendendo que estes são parte de um Sistema, com componentes de âmbito municipal, estadual e nacional, buscando identificar e estabelecer as prioridades de intervenção, não apenas do ponto de vista técnico, mas sob a ótica de usuários, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e de órgãos formadores de profissionais de saúde (escolas técnicas e universidades).

Durante o evento, todos os atores envolvidos na saúde pública de Piracicaba e na construção do Sistema Local de Saúde puderam discutir, apresentar e conhecer as reais necessidades de saúde de nossa população, superando assim a lógica da oferta de ações e serviços para assumir a construção de respostas às demandas de saúde de nossa população, pautados no SUS em todas as suas dimensões.

A CONFERÊNCIA

A 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba, convocada pelo Decreto Municipal Nº 17.765, de 18/02/2019, teve por objetivos:

- I – Debater o tema da Conferência com enfoque na saúde como direito e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- II – Pautar o debate e a necessidade da garantia de financiamento adequado e suficiente para o SUS;
- III – Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, para a garantia da saúde como direito;
- IV – Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade acerca da saúde como direito e em defesa do SUS;
- V – Fortalecer a participação e o controle social no SUS;
- VI – Avaliar a situação de saúde e participar da construção das diretrizes para instrumentos de planejamento do SUS;
- VII – Contribuir para assegurar a regionalização, hierarquização, participação social e diretrizes para prevenção, promoção e proteção à saúde.

Teve como tema central: “*Democracia e Saúde*” e como eixos temáticos:

- I – Saúde como direito;
- II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

A 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba teve início no mês de março, com a realização de quatro pré-conferências, promovidas pela comissão organizadora: Regiões Norte, Sul, Leste e Oeste, sendo que nas regiões oeste e sul tivemos a participação da população assistida pelas unidades de saúde localizadas na zona rural do município – As pré-conferências englobaram todas as regiões do município e tiveram como objetivo discutir o temário do evento principal e eleger delegados dos representantes dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde.

Aberta no sábado, 13 de abril, com 136 participantes, sendo 56 delegados (70 inscritos), a 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba contou com a palestra que abordou o tema principal do evento: “Saúde e Democracia: Saúde como direito, consolidação e financiamento do SUS”, proferida pelo doutor Adilson Soares. Economista, Pós graduado e especialista em finanças, orçamento, administração, projetos e saúde pública. Doutor em saúde coletiva pela UNICAMP, professor de políticas de saúde e economia da saúde, atualmente na direção financeira da área técnica de prevenção e proteção à saúde e de financiamento de projetos em vigilância em saúde da CCD/SESSP, o profissional

tem larga experiência na área de saúde coletiva, notadamente nas políticas de financiamento e investimento em saúde.

Após a exposição do tema principal e da leitura e aprovação do Regulamento da Conferência, os participantes foram divididos em três grupos temáticos, coincidentes com os subtemas da 9ª Conferência Municipal de Saúde, nos quais discutiram as propostas originadas nas pré-conferências, bem como as oriundas das unidades de saúde, conselhos diversos e dentro da própria dinâmica do respectivo grupo temático, encaminhando as propostas para a plenária do evento, conforme definido em Regulamento: para homologação, nos casos aprovados no grupo (acima de 70% de aprovação); para apreciação, nos casos em que não se atingiu o índice de aprovação no grupo (entre 30% e 70% de aprovação); e para conhecimento, quando da reprovação da proposta no grupo (abaixo de 30% de aprovação).

Colocadas em votação e aprovadas pelos delegados inscritos nos eventos, as propostas apresentadas abaixo pretendem contribuir para a consolidação do SUS em todos os níveis de atenção e nas três esferas de governo, bem como, fundamentalmente, nortear as ações e políticas de saúde em Piracicaba nos próximos anos, buscando a construção de um sistema de saúde capacitado, resolutivo e humanizado para toda a população do município.

A seguir encontram-se as propostas que foram apreciadas e discutidas pelos Grupos de Trabalho da 9ª Conferência Municipal de Saúde. As aprovadas encontram-se numeradas em sequência única, porém divididas por eixos temáticos. Já as reprovadas, encontram-se numeradas em sequência única, mas não divididas por eixos temáticos.

Tais propostas traduzem os indicadores da pactuação Inter federativa, as discussões ocorridas nas pré-conferências, as contribuições de vários grupos organizados (unidades de saúde, conselhos de classe, associações, etc) e os desafios que estão colocados para que, em cada um dos eixos temáticos, possamos favorecer e contribuir com a implantação da saúde universal no nosso país e com a melhoria da atenção prestada aos nossos cidadãos no município.

Ao final de cada proposta, entre parêntesis, aparece uma ou mais letras que correspondem ao respectivo âmbito ao qual se refere a proposta, sendo:

M – proposta para o nível municipal

E – proposta para o nível estadual

N – proposta para o nível nacional

Também ao final de algumas propostas está escrito PLENÁRIA, significando que aquela proposta foi aprovada ou reprovada pela plenária e que, portanto, no grupo, registrou entre 30% e 70% de aprovação.

PROPOSTAS APROVADAS

Eixo Temático I - Saúde como Direito

1. Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida (M)
2. Atingir a cobertura vacinal preconizada de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª U dose) e Tríplice viral (1ª dose) (M)
3. Encerrar de forma oportuna os casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) em até 60 dias após notificação (M)
4. Monitorar a qualidade da água para consumo humano quanto aos parâmetros: coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (M) e (E)

5. Inverter a proporção atual entre parto normal e parto cesáreo no SUS e na saúde suplementar. Aumentar a ação e monitoramento do pacto de redução do óbito materno infantil na busca pelo aumento de partos normais e conseqüentemente a queda dos partos cesáreos, na saúde pública, privada e suplementar. (M)
6. Manter controlada a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos. (M)
7. Manter a Taxa de mortalidade infantil abaixo do preconizado pela OMS e o MS. (10/1.000 nascidos vivos) (M)
8. Diminuir o número de óbitos maternos no município (M)
9. Realizar no município, no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias ao ano (M)
10. Realizar quatro ciclos anuais, atingindo no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue a cada ciclo, através de trabalho e ações integradas entre zoonoses e atenção básica. (M)
11. Aumentar a proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho e informatizar essas notificações (M)
12. Implantar Conselhos Gestores, paritários e bipartites, em todas as unidades da rede municipal de saúde da rede de atenção básica e serviços especializados de Piracicaba (M)
13. Criar, nas três esferas de governo, órgão, setor ou função de coordenação das políticas públicas, de modo a otimizar principalmente as políticas sociais, estabelecendo ações Inter setoriais conjuntas e coordenadas, uma vez que a população usuária é a mesma para todas elas (M), (E) e (N)
14. Que a política de governo não interfira na política de estado definida pela constituição (M) (E) (N)
15. Divulgação de análise de impacto nos serviços de saúde na implantação de novos loteamentos/condomínios/ conjuntos habitacionais no portal da transparência da Prefeitura Municipal de Piracicaba (M)
16. Que os laboratórios que processam exames de animais para diagnóstico de zoonoses no município passem a notificar compulsoriamente o Centro de Controle de Zoonoses de todos os registros de zoonoses confirmadas (M) (E) (N)
17. Que todos os serviços veterinários do município informem mensalmente ao Centro de Controle de Zoonoses o número de animais vacinados contra a raiva sob sua responsabilidade técnica (M)
18. Revisão de parâmetros nas farmácias do SUS como: estrutura física padrão para construção de farmácias, número de farmácias por habitantes, número de farmacêuticos e auxiliar com relação ao volume de atendimento, definição de indicadores e rotina de monitoramento. Sendo fundamental para a humanização do atendimento e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais (M)
19. A abertura de novas farmácias deve estar vinculadas a contratação de farmacêutico e auxiliares para o período integral de funcionamento (M)
20. Manter a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em no mínimo 75% (M)
21. Dar continuidade ao Programa Piracicaba com Saúde por meio das parcerias já estabelecidas, com o objetivo de prevenir o aumento da obesidade infantil (M)
22. Implantar programa de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela Rede Municipal de Saúde e de satisfação do usuário (M)

23. Ampliar o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde mais distantes das UPAs até as 22 horas para atendimentos em geral (M)
24. Promover o olhar humanizado ao usuário, anamnese da atenção básica, protocolo de encaminhamentos e socializar informações afinando comunicação entre os setores com encontros bimestrais para debater ações (M)
25. Reorganização e reorientação da ouvidoria do SUS no Município. Com ampla divulgação a população (M)
26. Ampliação da cobertura das ações de Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, considerando as linhas de cuidado dentro das Redes de Atenção à Saúde (M)
27. Garantia do atendimento às pessoas em situação especial (acamados, portadores de necessidades especiais, entre outros) em local adequado para o atendimento ambulatorial e a assistência odontológica nos serviços hospitalares de média e alta complexidade (M)
28. Garantia de vagas para o atendimento de pessoas com Deficiência (todas as faixas etárias) que necessitam fazer procedimentos odontológicos em Ambiente Hospitalar (M)
29. Implementação de sistema informatizado de regulação, com adequação de recursos humanos, a fim de minimizar demandas reprimidas, que acarretam um quadro de filas de espera para acesso a determinadas especialidades (M)
30. Implantar política de desenvolvimento de Recursos Humanos promovendo capacitações, treinamentos e atividades de educação permanente (M)
31. Realizar campanhas e ações programáticas em Saúde Bucal, garantindo o tratamento adequado visando a melhor qualidade de vida da população (M)
32. Inclusão de Assistente social nas Unidades de Pronto Atendimento (M)
33. Implantar o profissional Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Pronto Atendimento, conforme estabelece Portaria nº 10 de 03/01/2017 do Ministério da Saúde (M)
34. Implantação de Centro Especializado em Reabilitação para atendimento aos pacientes com deficiência física, intelectual e múltiplas, de acordo com portaria ministerial número 835 de 25/04/2012 (M) (E)
35. Que SEMS e CMS regulamentem a comissão municipal de IST/AIDS, aprovada na 1º conferencia municipal de DTS/AIDS de Piracicaba em 2016 (M)
36. Implementação de um ambulatório para pessoas transexuais junto ao CEM com equipe contratada exclusivamente (coordenação, enfermagem, psicologia e assistente social), e demais profissionais para o processo transexualizador (cardiologia, psiquiatria, endocrinologia, ginecologia e fonoaudiologia) com possibilidade de ampliar para outras especialidades (M)
37. Desenvolver a política nacional de humanização, capacitar as equipes através das ações de educação permanente (M)
38. Garantir a liberação do profissional de saúde para Congressos, Simpósios, Fóruns e Conferências, em áreas afins da atuação do mesmo, no máximo 1 vez no semestre, sem a necessidade da reposição das horas (sendo 1 por semestre) (M)
39. Garantir equipamentos adequados às mulheres com deficiência para a realização de exames ginecológicos, promovendo condições adequadas a essas mulheres para o acompanhamento e tratamento dessas doenças (maca hidráulica) (M)
40. Garantir a adequação e implementação de equipamentos adaptados (balança) para triagem (pesagem) e procedimentos de diagnóstico médico na rede municipal de saúde para pessoas com deficiência (M)

41. Ampliar e intensificar e consolidação de ações educativas sobre a toxoplasmose neonatal em grupos de gestantes, com foco na diminuição dos casos de cegueira congênita (M)
42. Garantir e consolidar a atenção e tratamento psicossocial de pessoas vivendo com HIV/AIDS (M)
43. Reestruturar a atuação do CESM e CASAP frente a atuação a saúde da mulher e do adolescente no município, através da implementação de novas políticas de saúde para a mulher e do adolescente (M)
44. Garantir e assegurar a participação da atenção básica, saúde mental, vigilância epidemiológica, CESM, CASAP e outros setores de saúde na Rede de Atendimento e Proteção à Mulher (M)
45. Consolidar o funcionamento em plenas condições físicas e profissionais do Ambulatório de Hemoglobinopatias e Doença Falciforme, através de campanhas de promoção, prevenção e acompanhamento, junto aos CRABS, UBS e PSF (M)
46. Implantar e consolidar de capacitações continuadas para os profissionais da área de saúde da rede pública, sobre a temática de gênero, contemplando as temáticas de raça/etnia e orientação sexual - saúde integral da mulher, notificação compulsória da violência contra a mulher, violência obstétrica e parto humanizado, educação em direitos da mulher, incluindo Lei Maria da Penha, direitos sexuais e reprodutivos (M) (E) (N)
47. Revogar a Emenda Constitucional 95/2016 (E) (N)
48. Criação de uma casa de parto no município e garantir o acompanhamento de doulas no pré-natal com o objetivo de diminuir o óbito de gestantes e recém-nascidos (M)
49. Assegurar a promoção à saúde mental dentro das Unidades Básicas de Saúde, através da atuação de psicólogos (M)
50. Implementação da linha de cuidado a atenção, garantindo o atendimento psicossocial e emergencial para mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, familiar e sexual nas Upas (M) (E)
51. Promover capacitações continuadas para equipe multidisciplinar dos serviços de atenção psicossocial (CAPS) do município na temática de raça/etnia a fim de compreender os impactos do racismo na saúde mental da população (M)
52. Instituir ao menos um ACS dentro da equipe da saúde da família que seja pertencente a aglomerados urbanos (este tenha acima de 300 pessoas) (M)
53. Abertura de uma Clínica de Enfermagem com parcerias entre a UNIMEP e a Prefeitura para atendimento integral a população, onde serão desenvolvidas as atividades pertinentes as ações de enfermagem, no âmbito individual, coletivo e domiciliar, ações essas normatizada pela resolução do Cofen 358/19 (M)
54. Criação de um comitê municipal de saúde integral da mulher, população LGBT e da população negra com representações do CMS, CMP-LGBT, CMM e Conepir, assim como de áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde (M)
55. Criação de uma residência multiprofissional no município de Piracicaba (M)
56. Agendamento de consultas via WhatsApp (M)

Eixo Temático II - Consolidação do Sus

57. Ampliar e fortalecer as ações e programas voltados à redução das doenças crônicas não transmissíveis com objetivo de reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), com ampliação de horário de atendimento nas unidades, e maior oferta de consultas especializadas e exames de detecção conforme protocolos (M)

58. Investigar a totalidade dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) dos residentes no município (M)

59. Buscar a cura de pelo menos 90% dos casos novos de hanseníase diagnosticados no município nos anos das coortes (M)

60. Fortalecer ações para eliminar casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade residentes no município (M)

61. Manter em zero o registro de novos casos de aids em menores de 5 anos residentes no município (M)

62. Garantir acesso a exames citopatológicos do colo do útero nas mulheres de 25 a 64 anos, residentes no município, com resultados entregues em até 30 dias (M)

63. Garantir acesso à realização de exames de mamografia de rastreamento nas mulheres de 50 a 69 anos residentes no município, conforme protocolos municipais (M)

64. Atingir 70% de cobertura estimada da população do município pelas equipes de Atenção Básica (M) (E) (N)

65. Atingir 70% de cobertura estimada da população do município pelas equipes de saúde bucal na Atenção Básica (M) (E) (N)

66. Realizar ações mensais de matriciamento de Saúde Mental com equipes de Atenção Básica, por CAPS/Ambulatório de Saúde Mental (M)

67. Estruturar a Rede de Saúde Mental no município, incorporando ações e estratégias mais impactantes no enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas e suas consequências (M)

68. Promover a discussão de fluxo de encaminhamentos/protocolos dentro da rede, no âmbito de solicitações de exames complementares, encaminhamentos a especialidades e tratamentos (M)

69. Redimensionar as áreas de abrangência dos CRAB e UBS, considerando o crescimento populacional, adequando as equipes para atender o número de pessoas de acordo com o normatizado pelo ministério da saúde. Dentro dessa proposta inclui-se a implantação de novas unidades em territórios saturados, e as áreas rurais (M)

70. Promover encontros para qualificar a comunicação entre referências e contra-referências em saúde, evitando que informações importantes do paciente se percam (M) – Sugestão: complementar ao item 12 do eixo temático I.

71. Melhorar políticas de educação continuada a profissionais que atuam no SUS, garantindo o direito a custeio (inscrição, transporte, diária, e abono de sua ausência ao serviço, durante o treinamento) para qualificação profissional, quando pertinente ao serviço em que atua, ou que seja de interesse da instituição (M) (E) (N)

72. Dotar as farmácias de atenção básica e UPAs, de profissionais farmacêuticos, garantindo a assistência farmacêutica integral, no âmbito do SUS, conforme legislação (M)

73. Estabelecer referências e cotas mensais para realização de desbridamentos cirúrgicos eletivos (M)

74. Ampliar carga horária para período integral, dos profissionais nutricionistas às equipes multidisciplinares dos Programas e Serviços que precisem deste Profissional como: Programa de

Atendimento Domiciliar (PAD), Centro de Especialidades (CEM), Clínica de Atenção às Doenças Metabólicas (CADME), Serviço de Ostomias, entre outros (M)

75. Implantar no município a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com a criação de equipe multidisciplinar especializada (M)

76. Ampliar (em número e variedade de profissionais – como fonoaudiólogo, psicólogo e dentista), qualificar e descentralizar o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), incluindo a atenção domiciliar na zona rural, conforme já aprovado em Conferência Municipal anterior (M)

77. Promover a reestruturação físico-funcional do Laboratório Municipal sempre com vistas na autossuficiência da rede municipal no que se refere a análises clínicas (M)

78. Ampliar (abrangendo diferentes especialidades) e descentralizar o serviço de Fisioterapia (com maior número de equipes) por meio da criação de centros regionais e especializados (M)

79. Promover a reestruturação físico-funcional, qualificação profissional, e modernização dos equipamentos especializados, na Clínica de Olhos (M)

80. Ampliação no desenvolvimento das ações e serviços em saúde bucal em todos os níveis de atenção: em atividades de promoção, prevenção e curativas, inclusive fazendo uso das novas tecnologias e das diversas especialidades da Odontologia Moderna: Ortodontia, Implantodontia e Próteses Unitárias (M)

81. Garantia do cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal e ampliação da cobertura do cuidado de Saúde Bucal em todas as faixas etárias, e nos três níveis de complexidade com a ampliação da Estratégia de Saúde Bucal (ESB) para todas as Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (M)

82. Criar fluxos definidos e ampliar o acesso a procedimentos de maior complexidade, tais como: Disfunção Têmporo Mandibular(DTM), nevralgia de trigêmio, Pessoas Com Deficiências (PCD) e Câncer de Boca na área de Saúde Bucal (M)

83. Aprimorar atividades existentes e implementar novas estratégias ligadas à clínica farmacêutica (cuidado farmacêutico) e às ações técnico-pedagógicas, para ampliar e fortalecer a participação do farmacêutico na rede de cuidados da atenção básica, promovendo assim, o uso racional de medicamentos, informando os usuários do uso correto com ações individuais e coletivas, obtendo um atendimento humanizado. (M) – Complementação ao item 06.

84. Garantir a aquisição de glicosímetros e insumos, para todos os diabéticos usuários de insulina, pelas farmácias municipais (M/E/N)

85. Aumento da cota de insulina Glargina para diabéticos do tipo 1 (M)

86. Implantar programa de atualização periódico em urgência e emergência para a equipe multiprofissional que atua nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e SAMU (M)

87. Incorporar a carreira de controlador de acesso, e incluir o guarda municipal no quadro de servidores das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), e Serviço de Urgência Bucal (SUB) e Central de Ortopedia e Traumatologia (COT) para o controle do fluxo de pessoas, melhorando a segurança dos usuários e funcionários (M)

88. Implantar, como política pública da Secretaria Municipal de Saúde, o Programa de Alta Orientada das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) à Rede de Atenção básica, garantindo a articulação entre os serviços (M)

89. Implantar jornada de 30 horas para os profissionais de enfermagem (M) (E) (N)

90. Priorizar acesso/acompanhamento das gestantes e puérperas aos serviços de Saúde Mental do município (M)

91. Implantar NASFs, a fim de realizar matriciamento em fisioterapia, saúde mental, fonoaudiologia, etc... (M)
92. Exigência de cartão vacinal atualizado para crianças e adolescentes, no momento da matrícula e rematrícula, nas escolas públicas e particulares do município (M)
93. Inclusão do profissional de assistência social nas Unidades de Pronto-atendimento (UPA) e Central de Ortopedia e Traumatologia (COT) (M)
94. Construção de prédios próprios para unidades de saúde do município, que atualmente utilizam imóveis de aluguel (M)
95. Instituir, obrigatoriamente e regularmente, espaços para reuniões de equipe nas equipes de saúde de CRABs e UBSs (M)
96. Aumento no número de vagas de geriatria, atualmente ofertadas pelo Núcleo de Apoio a Saúde do Idoso - NASI (M)
97. Obrigatoriedade da substituição de servidores públicos municipais aposentados, e cobertura de ausências de servidores em férias, licenças e afastamentos (M)
98. Promoção de Rede de Assistência em Saúde Mental aos servidores municipais (M)
99. Reestruturação do Programa de Anemia Falciforme no município (M)
100. Reestruturar e ampliar o serviço de Fonoaudiologia do município, incluindo contratação de mais fonoaudiólogos, adequação de espaço físico, e aquisição de novos equipamentos específicos, com objetivo de melhor atender usuários em todos os ciclos de vida. (M)
101. Criação de Centro Integral de Atendimento ao Recém-Nascido Prematuro, oferecendo avaliação, diagnóstico e assistência especializada e multidisciplinar. (M)
102. Implementar Programa de Cargos, Carreiras e Salários para os servidores municipais da Secretaria de Saúde. (M)

Eixo Temático III - Financiamento do Sus

103. A imediata revogação da Emenda Constitucional 95/2016 (N)
104. Que a União aplique 10%, no mínimo, da sua receita corrente bruta (ou seu equivalente em RCL) em ações e serviços públicos de saúde (N)
105. Ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL (fonte de financiamento para a saúde) para instituições financeiras (atual 9%) para 18% (N)
106. A tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação, destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social) (N)
107. O estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social, e conseqüentemente para a saúde (N)
108. Defesa do caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção (M) (E) (N)
109. Implementação da ordem constitucional que preconiza o caráter complementar da iniciativa privada no SUS, não permitindo que os interesses privatizantes sejam preponderantes no modelo de gestão e de atenção à saúde no SUS (N)
110. Rejeitar a permanência da DRU, que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do referido orçamento (N)

111. Estabelecer sistema de financiamento por Linhas de Cuidado da saúde, utilizando o mecanismo de transferências regulares fundo-a-fundo (E) e (N)

112. Garantir anualmente no orçamento municipal, possibilidade de atualização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (M)

113. Garantir o uso de verba específica do Financiamento de Alimentação e Nutrição (FAN), de acordo com o Plano Municipal de Alimentação e Nutrição elaborado pela CPAN (M)

114. Garantir a implantação do sistema de atendimento/dispensação informatizado em todas as farmácias e CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO (CAF) do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), para consolidação de dados como posição de estoque, entradas, saídas, avaliações e dispensações realizadas aos usuários. Além disso, servirá para melhorar o gerenciamento e planejamento, qualificando os serviços do DAF (M)

115. Criar um programa municipal para o fornecimento de dietas enterais e suplementação nutricional para pacientes do município que necessitem para manutenção e/ou melhora do estado nutricional, com indicação de nutricionista e que garanta acompanhamento por equipe multidisciplinar (M)

116. Garantia de recursos para aquisição dos materiais de consumo necessários para os atendimentos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. O recurso destinado atualmente para aquisição de medicamentos e insumos por vezes torna-se insuficiente em relação a crescente demanda de atendimento e quando pensamos na Emenda Constitucional 95/16 a preocupação torna-se ainda maior, uma vez que não se vê perspectivas de aumento no repasse. Uma alternativa seria lutar pela revogação dessa Emenda (M)

117. Buscar e garantir recurso financeiro (nas esferas municipal, estadual e federal) para a construção da sede própria para o CEO - Centro de Especialidades Odontológicas e SUB - Serviço de Urgência Bucal no mesmo endereço que ocupavam anteriormente (CEO) (M)

118. Buscar recursos financeiros para implantar o sistema de informatização integrado na rede de atenção à saúde municipal, agilizando o atendimento e o registro de documentação, garantindo a implantação do Prontuário Eletrônico e sua manutenção (M)

119. Garantir a reestruturação da RAPS com a adequação do CAPSII - Bela Vista em CAPSIII; Ambulatório de Saúde Mental Vila Cristina em CAPSII - Vila Cristina; Ambulatório de Saúde Mental Vila Sônia em CAPSII - Vila Sônia; Ambulatório de Saúde Mental Infantojuvenil em CAPS Infantojuvenil; e Ambulatório de Saúde Mental Álcool e Drogas em CAPS-AD (M)

120. Destinar recursos para Educação Permanente em Saúde, implementando o NAES (Núcleo de Apoio e Educação em Saúde), cuja estrutura física já existe no prédio do CEVISA incluindo equipe técnica e especializada (M)

121. Inclusão dos estabelecimentos médico-veterinários (ambulatórios, consultórios, clínicas e hospitais) no rol dos estabelecimentos de saúde e seu cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para que seja garantida a sua fiscalização (N)

122. Que o conceito Saúde Única seja discutido e incorporado nas ações de vigilância em saúde e atenção básica, promovendo a integração da saúde humana, saúde animal e ambiental para a prevenção de doenças e agravos, como febre amarela, febre maculosa, leishmaniose, acidentes causados por escorpiões, dentre outras (N)

123. Inclusão da obrigatoriedade para profissionais de saúde, incluindo residentes da área de saúde, de prestação de serviços remunerados no âmbito do SUS, na atenção primária, que realizaram sua formação em universidades privadas e que receberam bolsas de estudo integral, com duração mínima de 2 anos (N)

124. Estabelecer a divisão paritária do valor da contribuição sobre grandes fortunas, fixando 1/3 para cada um dos serviços do tripé da Seguridade Social (N)
125. Planejar a necessidade de compra de materiais e equipamentos permanentes para as unidades de saúde (M)
126. Consolidar o funcionamento em plenas condições físicas e profissionais do ambulatório de hemoglobinopatias, no CEM realizando campanhas de divulgação do serviço, promoção, prevenção e acompanhamento na atenção básica (M)
127. Financiar estudos e pesquisas sobre o acometimento juvenil de doenças autoimunes, contemplando o recorte de gênero, raça e demográfico (E) (N)
128. Implantar o departamento de planejamento em saúde da Secretaria Municipal de Saúde (M)
129. Os estudantes de graduação da área da saúde de universidades públicas e/ou privadas, em parceria com MS e MEC passem a realizar estágios obrigatórios desde o início da graduação na atenção primária no âmbito do SUS, para melhoria da formação dos profissionais da saúde (N)
130. Garantir o processo de hormônioterapia junto ao Ambulatório Municipal de Travestis e Transexuais (M)
131. Alocação de recurso para o deslocamento de mulheres em situação de violência doméstica, familiar e sexual para efetivação da denúncia, atendimento emergencial em saúde e acolhimento (M)
132. Estruturação e complementação da equipe no serviço do NASI (M)
133. Implantar em nível Nacional um sistema de informação funcional e interligado para melhoria do atendimento em rede e otimização de recursos (N)
134. Reestruturar o atendimento infantil nas UPAs separando o atendimento infantil do adulto (M)
135. Implementação do atendimento psicossocial, emergencial para mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, familiar e sexual nas UPAs (M) (E) (N)
136. Criação e implementação de um protocolo base nacional para atendimento de urgência e emergência a mulher em situação de violência doméstica, familiar e sexual (N)
137. Planejar programas e ações em saúde para atendimento infanto-juvenil para prevenção do uso abusivo ou compulsivo de álcool e outras drogas (M)

PROPOSTAS REPROVADAS

1. Estabelecer um intervalo maior de tempo entre as Pré Conferências e a Conferência Municipal de Saúde. (M/E/N)
2. Ampliação da Rede de referência para atenção básica (CRAB), com especial atenção a zona Rural. (M)
3. Aumentar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) (M) (E) (N) (100 %) PLENÁRIA
4. O aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF), de maneira escalonada de uso exclusivo para a saúde (N) PLENÁRIA

5. Proposta para os acadêmicos de medicina beneficiários de programas de financiamento estudantil do governo federal e oriundos de universidades públicas, obrigatoriamente devam cumprir o mínimo de dois anos de serviço ao SUS. (N)

6. Garantir recursos para a aquisição de sapato ortopédico para pés diabéticos (lesões por pressão). (M)

7. Buscar recursos para a construção de um centro de referência para atendimento de pacientes com feridas no qual seja possível a realização de desbridamentos cirúrgicos, ultrassom durante a consulta, aumento da equipe multiprofissional agregando ortopedista (especialista em pé), cirurgião plástico, nutricionista, fisioterapeuta. (M)

8. Garantir recursos para aquisição de materiais permanentes para as Unidades de Saúde do município, uma vez que há anos não é feito um planejamento das necessidades e a grande maioria dos mobiliários e equipamentos estão sucateados prejudicando o atendimento aos pacientes. (M)

9. Repensar a sistemática de compras do município, visando a desburocratização dos processos trazendo assim maior agilidade para aquisição dos itens, evitando atrasos e desabastecimento das unidades. (M)

10. Adaptação e implementação do ambulatório municipal de travestis e transexuais dentro da estrutura física e multiprofissional (antropologia, cirurgia plástica, enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, ginecologia, endocrinologia, psiquiatria e serviço social) do Hospital Regional. (E) PLENÁRIA

11. Adaptação e implementação do ambulatório municipal de travestis e transexuais dentro da estrutura física e multiprofissional (antropologia, cirurgia plástica, enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, ginecologia, endocrinologia, psiquiatria e serviço social) do Hospital Regional. (E) PLENÁRIA

12. Criação e consolidação de financiamento municipal próprio para casas de apoio para pessoas convivendo com HIV. (M)

13. Assegurar vagas para o transporte de mulheres em situação de violência acompanhadas pelo CRAM para procedimentos médicos nos estabelecimentos de saúde parceiros do município. (M)

14. Assegurar a promoção a saúde mental dentro das unidades básicas de saúde através da atuação de psicólogo. (M) (E) (N) PLENÁRIA

15. Promover capacitações permanentes para equipe multidisciplinar dos ambulatórios de saúde mental do município na temática de raça, afim de compreender os impactos do racismo na saúde mental da população. (M)

16. Ginecologistas em todas as UPAs. (M)

17. Realocação de serviço de atendimento aos grandes queimados para município de Piracicaba. (E)

18. Implantar Programa de reabilitação física e de atendimento a pacientes crônicos, realizados por equipe multidisciplinar (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos). (M) (16 %)

19. Incentivo à Programas de prevenção efetivo, que atinjam a faixa etária de crianças até 05 anos. (M) (100 % suprimida)

20. Promoção da humanização da atenção em todas as suas dimensões, envolvendo os profissionais de saúde e os usuários do Sistema. (M) (100 % suprimida)

21. Contratação de psicólogos para as unidades de pronto atendimento. (M) (60%) PLENÁRIA

22. Criação e implementação de um protocolo base para atendimento à mulheres em situação de violência doméstica, familiar e sexual. (M) (100%)

9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba

Após a discussão e apreciação das propostas pela Plenária, seguindo o Regimento Geral e o Regulamento da 9ª Conferência Municipal de Saúde, procedeu-se a apreciação da única moção que foi apresentada, sendo aprovada pelos delegados presentes: Moção de Apelo - destinada à Prefeitura do Município de Piracicaba – Assunto: Acessibilidade a pessoas com deficiência no anfiteatro do Centro Cívico de Piracicaba, adequando piso antiderrapante, sinalizações, rampa de acesso ao palco e interprete de libras. A mesma foi encaminhada ao Sr. Prefeito Municipal de Piracicaba.

Procedeu-se, então, a eleição, entre pares, dos delegados para a Etapa Macrorregional da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, conforme definido pela Comissão Organizadora e informado pela DRS X, sendo 8 (oito) delegados representantes de usuários, 04 (quatro) delegados representantes de trabalhadores de saúde e 4 (quatro) delegados representantes de gestores e prestadores de serviço. A Etapa Macrorregional realizar-se-á na cidade de Campinas, no dia 09 de maio de 2019.

Para que não haja dificuldades futuras na eventual substituição de algum dos delegados eleitos que por ventura não possa participar do evento, foram eleitos 2 (dois) suplentes para cada segmento representado. São eles:

Delgados representantes do segmento de Usuários

Titulares	Suplentes
Valéria Capis da Cruz	1º Suplente - Juliana Regina dos Santos
Ademir Barbosa	2º Suplente - Sidiclinei Nobrega
Anselmo Figueiredo	
Laura Queiroz	
Anisio dos Santos Silva	
Sônia Prudente	
Izaldete Maria da Conceição Morandi	
Paulo Soares	

Delgados representantes do segmento de Trabalhadores da Saúde:

Titulares	Suplentes
Atílio de Paula Lafrata	1º Suplente - Thais Kerches de Mattos
Rosangela de Castro Rewzende Pereira	2º Suplente - Dayse Aparecida Izidoro
Zélia Oliveira da Silva Correr	
Liliam Aparecida Olegário	

Delgados representantes do segmento de Gestores e Prestadores

Titulares	Suplentes
Moises Francisco Baldo Taglietta	1º Suplente - Alessandro Fedeo de Oliveira

9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba

Lucia Helena de Campos Buratto Novello	2º Suplente - Marcia Juliana Cardoso
Dayane Fernanda dos Reis Silveira	
Luiz Francisco Mendes	

Seguem em anexo:

Anexo I – Decreto 17.765/2019 – Convoca a 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba.

Anexo II – Decreto 17.783/2019 – Nomeia a Comissão Organizadora da 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba.

Anexo III – Documento Base da 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba.

Anexo IV – Regimento Geral da 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba.

Anexo V – Regulamento da 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba.

Anexo I



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA

ESTADO DE SÃO PAULO

PROCURADORIA GERAL



DECRETO Nº 17.765, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2019.
Dispõe sobre a convocação da 9ª Conferência Municipal de Saúde e dá outras providências.

BARJAS NEGRI, Prefeito do Município de Piracicaba, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições e,

CONSIDERANDO o disposto no Decreto Federal nº 9.463, de 08 de agosto de 2018, publicado no Diário Oficial da União em 10 de agosto de 2018, que convoca a 16ª Conferência Nacional de Saúde e define período para a realização de suas Etapas Estaduais, Distrital e Municipais,

DECRETA

Art. 1º Fica convocada a "9ª Conferência Municipal de Saúde", a se realizar nos dias 13 e 14 de abril de 2019, no Anfiteatro "Ary Telles de Oliveira", localizado no Centro Cívico, Cultural e Educacional "Florivaldo Coelho Prates", na Rua Coronel Antonio Corrêa Barbosa, nº 2.233, térreo, neste Município, tendo como tema central "*Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento do SUS*".

Parágrafo único. A Conferência ora convocada, como fórum máximo de deliberação da Política de Saúde do Município de Piracicaba, deverá observar às disposições legais contidas na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1.990, bem como ao disposto na Lei Complementar Municipal de nº 221, de 18 de agosto de 2008 e suas alterações.

Art. 2º A 9ª Conferência Municipal de Saúde será presidida pelo Secretário Municipal de Saúde de Piracicaba, Sr. Pedro Antonio de Mello e coordenada pelo servidor Moisés Francisco Baldo Taglietta.

Art. 3º As normas para organização e funcionamento da 9ª Conferência Municipal de Saúde serão expedidas através de Portarias, da Secretaria Municipal de Saúde, após deliberadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução deste Decreto serão custeadas pelo Fundo Municipal de Saúde.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura do Município de Piracicaba, em 18 de fevereiro de 2019.

BARJAS NEGRI
Prefeito Municipal

PEDRO ANTONIO DE MELLO
Secretário Municipal de Saúde

Anexo II



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA

ESTADO DE SÃO PAULO

PROCURADORIA GERAL



DECRETO Nº 17.783, DE 06 DE MARÇO DE 2019.

Dispõe sobre a nomeação da Comissão Organizadora da 9ª Conferência Municipal de Saúde, convocada pelo Decreto nº 17.765/2019.

BARJAS NEGRI, Prefeito do Município de Piracicaba, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições e,

CONSIDERANDO que o Decreto nº 17.765, de 18 de fevereiro de 2019, convocou a 9ª Conferência Municipal de Saúde, a se realizar nos dias 13 e 14 de abril de 2019, neste Município, em observância ao disposto na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e na Lei Complementar Municipal nº 221, de 18 de agosto de 2008 e suas alterações,

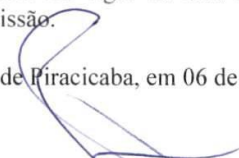
DECRETA

Art. 1º Ficam nomeados Moisés Francisco Baldo Taglietta, como coordenador geral, Ana Paula do Prado Coelho, Anay Gomes Ferrer, Antonio Carlos Gonçalves Alves, Cláudia Mezleveckas Cárias, Dirce Aparecida Valério da Fonseca, Luís Fernando de L. Nunes Barbosa, Solange Ap. Mizuki Kagawa Ferrarezi e Tatiana do Prado Lima Bonini, representantes da Prefeitura do Município de Piracicaba; Francisco Pinto Filho, Milton Costa e Valéria Caps da Cruz, representantes do Conselho Municipal de Saúde, como coordenadores adjuntos, para compor a Comissão Organizadora da "9ª Conferência Municipal de Saúde".

Parágrafo único. Pelos trabalhos desenvolvidos os membros ora nomeados não receberão remuneração de qualquer espécie, sendo seus trabalhos considerados de relevância para o Município.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação e terá vigência até a conclusão dos trabalhos da referida Comissão.


Prefeitura do Município de Piracicaba, em 06 de março de 2019.


BARJAS NEGRI
Prefeito Municipal


PEDRO ANTONIO DE MELLO
Secretário Municipal de Saúde

MILTON SÉRGIO BISSOLI
Procurador Geral do Município

Publicado no Diário Oficial do Município de Piracicaba


FRANCISCO APARECIDO RAHAL FARHAT
Chefe da Procuradoria Jurídico-administrativa

Anexo III

APRESENTAÇÃO

O presente Documento é uma síntese do Documento Orientador elaborado para a 16ª Conferência Nacional de Saúde, da qual a 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba é Etapa integrante e tem como objetivo orientar as discussões dos grupos de trabalho e das Plenárias.

Os desafios são muito grandes: o debate da saúde como direito, que considere a soberania nacional e os interesses do nosso povo e da nossa nação, precisa transformar-se em soluções que permitam fazer que o Direito à Saúde seja materializado na garantia do acesso a ações e serviços de saúde.

Através das representações dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores, o Conselho Nacional de Saúde foi buscar, na década de 1980, inspiração para ampliar sua contribuição na luta em defesa da vida e do Direito à Saúde e para construir um processo de resistência à onda de retrocessos, cujos resultados já estão estampados nos principais jornais do Brasil. Assim, convocamos a sociedade brasileira para realizar a nossa “8ª + 8”, a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Para além do resgate histórico, 33 anos após a realização da 8ª CNS, o controle social tem a centralidade de seus debates numa agenda muito próxima daquela de 1986. E, é por esta razão que o tema central e os eixos escolhidos para a 16ª CNS (=8ª+8) são os mesmos, ou seja, o tema central é “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Os Eixos temáticos serão: I – Saúde como direito; II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Entretanto, diferentemente de 1986, a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito está registrada na Constituição Brasileira e o caráter de inovação da participação social na saúde está reconhecido legalmente e no cotidiano do sistema de saúde.

A etapa nacional será realizada de 04 a 07 de agosto de 2019, em Brasília, e será precedida pela etapa municipal, nos dias 13 e 14 de abril de 2019, pela etapa Macrorregional, no dia 09 de maio de 2019, em Campinas, e pela etapa estadual de São Paulo, no período de 07 a 09 de junho de 2019, em local a ser definido, as quais com caráter deliberativo no âmbito de suas competências devem contribuir para formulação das políticas de saúde municipal e estadual, ao mesmo tempo em que as propostas de cunho nacional serão levadas para deliberação na etapa nacional da 16ª CNS (=8ª+8). A avaliação das condições de saúde e formulação de diretrizes, nesse momento, deverá levar em conta os avanços na definição organizativa e as diferentes dimensões da crise que vivemos, onde os componentes, político e organizativo, são muito relevantes.

CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE

O documento aborda as questões relacionadas ao tema central e aos eixos temáticos definidos para a 16ª CNS (=8ª+8) e suas etapas a partir do acúmulo do que foi produzido no âmbito do CNS nos últimos anos e da consulta a documentos oficiais e produções acadêmicas relacionadas. Ao final do texto relacionado a cada um dos temas, estão sugeridas duas Perguntas Estimuladoras para o Debate.

TEMA CENTRAL DEMOCRACIA E SAÚDE

Após a segunda Guerra Mundial, em 1948, estabeleceu-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, entre os quais, destaca-se aqui, o Direito Humano à Saúde e da proteção da vida. Contudo, demorou pelo menos 40 anos até que esse processo fosse introduzido no Brasil, que só passou a

internalizar esses valores a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou, dos artigos 196 a 200, o conceito ampliado da saúde, bem como responsabilizou o Estado pela sua garantia e pela criação do Sistema Único de Saúde, processo motivado pela declaração Alma-Ata de 1978, que ganhou forte aderência no Brasil a partir do processo de redemocratização, na década de 1980, tendo como pontos altos a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a própria promulgação da Constituição Federal.

Durante a abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o sanitarista Sergio Arouca em seu discurso defendeu a ideia de que “Democracia é saúde”. Naquele momento o país vivia o período de redemocratização política e a Conferência fez a associação da Democracia com a Saúde, mobilizando a sociedade brasileira na defesa da ampliação do conceito sobre Saúde, elevando-a à condição de Direito. De acordo com Arouca conseguir a democracia era o “ponto de partida” para se ter saúde, ou seja, “a saúde está diretamente relacionada ao conceito de democracia”.

“(…) saúde não é simplesmente ausência de doença: “é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)”. Sergio Arouca, 1986.

A associação entre Democracia e Saúde, abordada na 8ª Conferência, permitiu-nos escrever um contrato social que reformulou a estrutura do Estado, que declarou a Saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado mediante políticas públicas, bem como desenhou em seus artigos constitucionais um Estado defensor e promotor do Bem-Estar Social, e os caminhos em direção à mudança do modelo de atenção e gestão de Saúde no Brasil.

Entretanto, o Brasil foi um dos raros países que conseguiu produzir esse tipo de contratação social, enquanto nos demais países, essa lógica estava sofrendo ataques brutais durante a década de 1980.

Porém, nos últimos anos temos enfrentado duros ataques a esse contrato social, culminando na instituição da Emenda Constitucional no 95 de 2016, que congela os gastos públicos por 20 anos

LUTAR PELA SAÚDE É LUTAR PELA DEMOCRACIA

Objetivamente, as disputas travadas num amplo processo de construção do Estado Democrático de Direito proporcionam avanços e conquistas, como os que experimentamos nas três últimas décadas e resultam em aprimoramento e fortalecimento do SUS. Contudo, diante das ameaças a direitos, da redução de investimentos, da retração das políticas públicas sociais, tanto o processo de construção do SUS está em xeque quanto a própria consolidação da democracia.

Foram, portanto, os enfrentamentos em um ambiente democrático que permitiram que as diferentes forças sociais (majoritariamente sem ligações partidárias, vinculadas ao um amplo leque de organizações da sociedade civil que vai de organizações de usuários representantes de patologias, passando por organizações religiosas, indo a profissionais de saúde, a gestores e a populações em situação de

vulnerabilidade) conseguissem, mesmo de forma subfinanciada, importantes vitórias na defesa do SUS e da Saúde como Direito, como a Lei 8142/90, que deu materialidade ao princípio do SUS, da participação da comunidade na gestão da saúde, dando caráter legal às Conferências e aos Conselhos, sendo fundamental para os defensores dos avanços do SUS, permitindo que o caráter deliberativo da gestão participativa tivesse “força de lei”, consagrando o papel do Controle Social em relação a saúde, permitindo a formulação, fiscalização e mobilização da sociedade.

O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL NA LUTA PELA DEMOCRACIA E SAÚDE

As Conferências de Saúde têm sua relevância reconhecida para fortalecimento do processo democrático de participação social na gestão do SUS, e para construção de diretrizes para formulação de políticas públicas de saúde que atendam os anseios e necessidades da população. O reconhecimento está centrado na sua potencialidade de fortalecer o arranjo democrático do estado brasileiro e no caráter de inovação que introduz na formulação e execução de políticas públicas. Sempre é oportuno lembrar o registro legal e o acúmulo produzido até o momento, principalmente quando se prepara uma Conferência de Saúde em um contexto de tamanha complexidade como o atual, onde os níveis de saúde da população mostram contradições e tendências a perigosos retrocessos.

Esse processo de conferência, assim como os Conselhos, representam uma verdadeira reforma na condição de funcionamento democrático do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, de caráter ascendente, iniciando seu processo nos níveis municipais, estaduais, distrital, culminando com a etapa nacional.

- *Democracia Representativa: os cidadãos devem escolher representantes políticos através de eleições. Assim, os indivíduos eleitos passam a ser responsáveis por representar, em tese, os interesses do povo na tomada das decisões de âmbito público.*
- *Democracia Participativa Direta: os cidadãos debatem e votam diretamente sobre as principais questões de seu interesse, sem a necessidade de haver intermediários. A população tem o direito de participar diretamente das tomadas de decisões.*

As Conferências de Saúde constituem-se, portanto, como espaços potentes de participação política da população em defesa da saúde como direito das pessoas e de coletividades, do Sistema Único de Saúde (SUS), da democracia e do bem-estar de todos os brasileiros. Como registra o Parágrafo 1o, do Artigo 1o, da Constituição Brasileira de 1988, “Todo poder emana do povo

Conforme determina a Lei Federal no 8142/90, as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas que, sem prejuízo das funções das instâncias de governo, têm a representação dos vários segmentos sociais que constituem os diferentes territórios de abrangência, “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (Lei Federal no 8142/90, Art. 1o, Parágrafo 1o). As Conferências são, portanto, dispositivo previsto na legislação brasileira e compõem a arquitetura do Estado Democrático de Direito, conforme determina a Constituição Brasileira.

Por outro lado, o caráter de inovação está justamente no reconhecimento de que o “Poder emana do povo”, ou seja, não é apenas na escolha direta ou indireta de representantes políticos que se exerce a cidadania, no contexto da arquitetura institucional prevista na Constituição. É também, no caso da saúde, na participação direta, vocalizando suas opiniões e necessidades, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) expressa o caráter democrático do Estado Brasileiro por meio de políticas que devem ser formuladas e geridas pelos representantes na estrutura do Estado de forma a responder às necessidades de saúde da população e também na

participação de representantes de grupos e instituições na avaliação e definição de diretrizes. Essa dupla inserção da participação cidadã, na escolha de representantes para a gestão governamental e na definição de diretrizes e avaliação das políticas e da situação de saúde, dá um caráter de inovação, fortalecendo o slogan que ecoou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de que “Saúde é Democracia”, constituindo a ideia de que não basta um sistema de assistência às doenças.

É preciso um sistema que, sob responsabilidade do Estado brasileiro, também atue nas condições que fortaleçam a saúde individual e coletiva, porque a saúde, “como direito fundamental do ser humano”, inclui a “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Lei Federal no 8080/90, Art. 2o). Trata-se do reconhecimento, como registra o Art. 3o da Lei Federal no 8080/90, que

PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE

- 1. Em quais situações do cotidiano podemos perceber o respeito à vontade popular, ou seja, como percebemos as conquistas do Estado Democrático de Direito na vida cotidiana no pleno exercício da cidadania?*
- 2. Quando a vontade popular é desrespeitada os direitos à saúde são diminuídos? É possível perceber isso no dia-a-dia da vida das pessoas, em seus territórios?*

EIXO TEMÁTICO I SAÚDE COMO DIREITO

A definição de que a saúde compõe um direito de todas as pessoas e grupos não é uma invenção do processo de reforma sanitária brasileira e tampouco foi inserido na Constituição Brasileira de forma inédita. A Declaração Universal dos Direitos Humanos promulgada em 1948 menciona em seu artigo 25 que: Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

O conceito de saúde decorrente dessa declaração exige que saúde seja entendida como direito humano, o qual deve ser universal, indivisível e interdependente. O conceito de “pessoa” que está registrado no documento reconhece a diversidade humana e as condições de adversidade que mulheres e homens estão submetidos por condições estruturais e conjunturais que não estão totalmente sob sua capacidade de superação.

Entender a saúde como direito universal significa compreender que se trata de uma condição que deve ser acessível para todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, população em situação de rua, não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros. No entanto, precisamos respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas, significando, assim, equidade. Essa condição está associada ao reconhecimento que as pessoas são expostas a fatores e condições que fragilizam e vulnerabilizam a sua saúde.

A indivisibilidade dos direitos significa que direitos outros, como: educação, moradia, alimentação, emprego e renda são também fundamentais para que as pessoas possam ter saúde, portanto, não devemos

separar os direitos, entendendo que um não é mais importante que o outro, pois todos são fundamentais para o bem viver. A Constituição brasileira de 1988 registra esse reconhecimento, quando absorve o conceito ampliado de saúde no entendimento do que ela representa para as pessoas e coletividades.

Ainda, para que a saúde seja tratada como direito humano, além de universal e indivisível, os direitos devem ser interdependentes, o que significa que para termos saúde de qualidade, depende que outros direitos não especificamente de ações e serviços de saúde, mas que condicionam e determinam o bem viver, sejam também garantidos. Colocar a saúde como um direito humano significa considerar que a saúde é uma prerrogativa de todo cidadão, ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida.

Este conceito de saúde como direito humano teve sua concepção referendada pelo movimento da reforma sanitária brasileira, que agregou profissionais de saúde, professores universitários, lideranças sindicais e comunitárias, que juntos lutavam por um novo modelo de sociedade e de estado que garantisse direitos sociais a todos os brasileiros.

Este movimento culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e que, até os dias de hoje, é considerada um marco na história da construção das conferências de saúde e do SUS. Para muitos, esta conferência é lembrada como “um divisor de águas” da democracia participativa, por ter sido a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à participação da sociedade, e que confirmou o conceito ampliado de saúde, onde saúde deixa de ser um conceito estanque – ausência de doenças, e passa a agregar fatores determinantes e condicionantes, de forma intersetorial.

Além dessa importante contribuição, a 8ª CNS foi inspiradora para formulação das bases para a seção “Da Saúde” da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988, a qual definiu a Saúde como Direito de todos e Dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Avanços importantes no acesso às ações e serviços de saúde são visíveis e a negação dessa condição é argumento político dos setores que pretendem destruir essa conquista. Um exemplo, apenas, para recuperar a memória.

Até o início da década de 1980, o acesso à assistência à saúde no sistema público era restrito na maior parte das condições aos contribuintes da previdência social, ou seja, aos trabalhadores do mercado formal de trabalho (com carteira assinada) e uma parte importante da população, sem emprego formal ou em situação de desemprego, somente tinha acesso a ações de saúde pública e prevenção de doenças.

Para esses segmentos de população, nas cidades e no campo, a assistência centrada nas doenças era feita em serviços filantrópicos, quando disponíveis, ou com o pagamento dos serviços.

A partir da Constituição, com o reconhecimento legal da saúde como direito, o acesso a ações e serviços se torna universal, ficando assim reconhecido que é direito de cidadania e que o conjunto de impostos e contribuições que a população brasileira recolhe regularmente às esferas de governo deve ser a fonte da sustentabilidade dessas ações. Não há gratuidade na sustentação do sistema de saúde: as fontes que mantêm os orçamentos fiscais e da seguridade social tem como contribuintes as pessoas físicas e jurídicas que circulam pelo território.

Uma vez aprovada a Constituição federal, por meio da qual foi criado o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica que a regulamentasse. No caso, a Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 - Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O CONTROLE SOCIAL NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Como esta lei sofreu vários vetos do presidente da república, foi complementada, em 28 de dezembro do mesmo ano, pela lei 8142/90.

A Lei no 8142/90 regula a participação social, por meio de instâncias oficiais de Controle Social, quais sejam: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. Busca-se, desta maneira, a participação de atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde.

O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública: fiscalização, monitoramento e controle das ações da Administração Pública. É um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania que contribui para aproximar a sociedade do Estado, abrindo a oportunidade de os cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma boa gestão da coisa pública.

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde. Já as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em cada nível de governo, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Juntamente com a gestão destas instâncias e de outras redes de articulação em prol da garantia da participação social, o desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre estes espaços de participação e ainda fazer com que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS.

Neste contexto, destaca-se ainda, o papel estratégico que tem o controle social na avaliação ética em pesquisa envolvendo seres humanos e na autêntica defesa dos sujeitos de pesquisa. No Brasil, esse controle vem sendo realizado por meio da atuação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa - CEP- organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.

A regulação social da ética em pesquisa tem uma missão primordial de assegurar a autonomia e os direitos dos participantes de pesquisas, garantindo-lhes dignidade e pleno exercício de sua cidadania e toda e qualquer estratégia de afastar do controle social a prerrogativa desta regulação e acompanhamento deve ser frontalmente combatida.

PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE

1. Quais obstáculos/dificuldades são percebidos no seu território para que as pessoas tenham o direito à saúde? Os condicionantes da saúde (trabalho, educação, transporte, moradia, lazer, alimentação ...) estão acessíveis a todas as pessoas? As especificidades de cada pessoa são respeitadas? As condições e fatores que expõe as pessoas a condições de vulnerabilidade são reconhecidas?

2. Como tem sido a sua participação e do seu grupo social na garantia do direito a saúde no seu território?

EIXO TEMÁTICO II CONSOLIDAÇÃO DO SUS

REAFIRMAR OS PRINCÍPIOS DO SUS

O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema de saúde público e gratuito.

O SUS pode ser entendido a partir de um núcleo comum (único) no qual concentram-se os seus princípios, sejam eles doutrinários ou organizativos.

Os princípios doutrinários, aqueles chamados de princípios ideológicos do SUS conferem legitimidade ao Sistema, além de definirem os rumos para a sua implantação.

Universalidade

Universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, tenham direito ao acesso às ações e serviços de saúde.

Historicamente quem tinha direito à saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do INAMPS. Com o SUS isto é diferente. A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio.

Equidade

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades, o que não significa que equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais, tem suas peculiaridades e, portanto, necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social.

Integralidade

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, não fragmentado e integrado a comunidade, o que significa que para atender as suas necessidades de ações em saúde deve-se levar em conta os aspectos envolvidos na vida do ser humano. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Os princípios organizativos que, como o nome diz, tratam da sua organização a partir dos princípios doutrinários e orientam o processo afim de concretizar o SUS na prática.

Regionalização e Hierarquização

De acordo com a CF, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”. A regionalização e a hierarquização são formas de organização e funcionamento do SUS, o que vale dizer que os serviços devem ser organizados em rede de atenção, em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida.

A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços já existentes, de modo a garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, de tal sorte que o cidadão tenha a garantia de acesso ao cuidado no tempo oportuno e de forma qualificada. Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento e de retorno de informações do nível básico do serviço. Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

Descentralização e Comando único

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. No SUS, a descentralização deve se dar até o município, o qual deverá ter garantido condições de gestão, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Quanto mais perto estiver do cidadão, mais chance de acerto, pois está mais próximo da realidade e da possibilidade de a sociedade exercer o Controle Social.

Participação Social

O conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar conectado com o de democracia participativa, onde a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta. É a comunidade propondo e definindo o serviço público que ela deseja, participando do poder decisório, e radicalizando na democracia.

Ao estabelecer como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação Comunitária/Social, a Constituição Federal de 1988 apontou para a relevância da inserção da população brasileira na definição e acompanhamento de políticas públicas em defesa do direito à saúde, considerando que quanto maior o envolvimento da sociedade em todo o processo de implementação do SUS, maiores as chances de êxito.

O MODELO DE GESTÃO FUNDAMENTAL PARA EFETIVAÇÃO DO SUS

Discutir e pensar sobre Modelo de Gestão, em todas as áreas, significa fazer escolhas ou tomar decisões sobre qual o melhor caminho para atingirmos nossos objetivos. Do ponto de vista das organizações (públicas e privadas), o modelo de gestão representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor, de como as coisas devem acontecer.

A gestão está além da prática gerencial. Os aspectos políticos, econômicos e sociais influenciam o modelo de gestão a ser adotado, que não se restringe apenas aos aspectos conceituais, metodológicos e instrumentais da gestão. A gestão é um processo técnico, político e social de produzir resultados.

Sendo assim, do ponto de vista do Estado, o modelo de gestão caracteriza-se como sendo o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas e estratégias de ação para levar a política pública a cumprir sua missão com eficácia e atendendo com qualidade a prestação de serviços de interesse da sociedade.

Para a consolidação do sistema de saúde há necessidade do desenvolvimento de um modelo de gestão condizente com suas diretrizes. A principal característica da gestão concebida no SUS é a Gestão Estratégica e Participativa, que compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão

compartilhados, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os Conselhos e as Conferências de Saúde, instrumentos essenciais na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Neste modelo, a gestão estratégica e participativa do SUS está fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios, cabendo às três esferas de governo, de maneira conjunta, operar e executar as ações e serviços de saúde; definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde; monitorar o nível de saúde da população e seus indicadores; gerenciar e aplicar de maneira suficiente os recursos orçamentários e financeiros; definir políticas de recursos humanos; realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, com a participação ativa da comunidade em todas essas ações.

Os conselhos de saúde, pelo seu papel de grande relevância pública, constituem uma das principais expressões da democracia participativa, integram a gestão administrativa e participam da formulação, planejamento e controle das políticas públicas, contribuindo, assim, para o fortalecimento da relação Estado e Sociedade e para o pleno exercício da cidadania.

Neste momento, em que a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) tem como um dos seus objetivos reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e leis orgânicas, é fundamental a reafirmação dessas diretrizes que devem nortear o modelo de gestão a ser implementado no SUS:

IMPORTÂNCIA DE UM MODELO DE ATENÇÃO QUE ATENDA AOS PRINCÍPIOS DO SUS E SEJA RESOLUTIVO

Os Modelos de Atenção à Saúde referem-se a combinações e estruturação de tecnologias que devem servir para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades, individuais ou coletivas, de saúde da população. Em suma, um modelo de atenção reflete as escolhas técnicas, as decisões políticas e os financiamentos estruturados para esse atendimento.

Considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais, culturais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde das pessoas, em todas as idades, a avaliação da situação de saúde da população que configura a realidade sanitária vivida pelo Brasil deve ser a base para a estruturação do modelo de atenção.

Complementando, podemos dizer que o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Com o SUS, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, torna-se necessária a mudança do modelo de atenção à saúde. Ao longo dos anos de implementação do SUS trava-se uma disputa para a substituição do modelo centrado nas ações médico-curativas, excessivamente especializado, de alto custo e baixa resolubilidade, com ênfase no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar e, portanto, não estruturado, não centrado no cidadão, por um modelo de atenção que conjugue, integralmente, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos.

No âmbito do SUS a organização da atenção à saúde deve considerar, além é claro dos três princípios fundamentais como o princípio da universalidade, da integralidade e da equidade, uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença seja o resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: gestores, prestadores, trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde.

AS CARACTERÍSTICAS DO MODELO DE ATENÇÃO PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

O modelo de atenção idealizado para o SUS precisa preconizar as seguintes questões:

- Integralidade do cuidado
- Garantia do acesso
- Regionalização e descentralização dos serviços
- Ações humanizadas e resolutivas de saúde e voltadas às necessidades de toda a população
- Ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais
- Intervenção nos problemas de saúde de forma mais precoce e longitudinal, ou seja, com possibilidades de acompanhamento dos indivíduos em seus contextos familiares e territoriais.

Nesta perspectiva, é importante que a assistência seja organizada pela lógica da centralidade de uma Atenção Básica orientadora e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, descentralizada, próxima da vida das pessoas, com cobertura de serviços e ações para 100% da população, em articulação com demais dimensões do sistema, como a média e alta complexidade, que devem estar organizadas quantitativamente e qualitativamente para garantir a integralidade do Sistema.

A DEFESA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) PARA A CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO RESOLUTIVO

A expansão da Saúde da Família nos últimos anos tornou-se uma das principais estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Embora ainda em implementação, melhoramento, ampliação e qualificação, a ESF já conta com avanços significativos, tais como:

- Modelo de cuidado centrado em pessoas, aumentando a integralidade e o custo-efetividade;
- Atenção longitudinal por uma mesma Equipe de Profissionais cuidando das pessoas, inseridas em seus territórios e construindo suas comunidades, em diferentes momentos de seus ciclos de vida, sem restrições por conta de etnia, orientação sexual, identidade de gênero ou estrato social, o que determina melhores indicadores sócio-epidemiológicos;

- A Atenção Básica como porta de entrada mais coerente e adequada ao sistema;
- Aumento da resolubilidade de ações;
- Afirmação da Atenção básica como melhor cenário para formação de profissionais orientados para atuarem na lógica de um Sistema de Proteção Social.

Nestes anos de implementação, a ESF alcançou melhoria de indicadores da cobertura vacinal, redução da desnutrição, da morbimortalidade infantil e da mortalidade materna, melhoria do acesso a serviços odontológicos, redução das internações desnecessárias, acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Educação Popular em Saúde, redução do número de mortes por causas evitáveis, ampliação do acesso a medicamentos pelo Programa Farmácia Popular, entre outros.

Tais avanços se deram em parte por medidas como:

- Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- Ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde;
- Criação do Programa Brasil Sorridente;
- Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Criação do Programa Mais Médicos, ampliando a cobertura territorial com a presença do profissional de saúde e consequentemente aumento quantitativo e qualitativo da população atendida.

Torna-se inevitável relacionar a melhoria dos indicadores de saúde ao aumento da cobertura da Atenção Básica no país nos últimos anos, saindo de 31,8% em 2002 para 62,4% em 2014. Atualmente, 5.460 municípios possuem Estratégia de Saúde da Família e mais de 121 milhões de pessoas - mais de 2/3 da população, estão sendo beneficiadas pela ESF.

Em Piracicaba, a cobertura da Atenção Básica, no ano de 2018, atingiu 63,50%, que, se não é a ideal, projeta uma grande melhoria de qualidade, considerando-se que nosso município apresenta historicamente uma população 50% SUS dependente.

PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE

1. Que práticas, saberes e tecnologias devem ser incorporadas no modelo de integralidade nos diferentes níveis de atenção para que as ações do SUS produzam melhorias na saúde das pessoas? Quais são os grandes desafios para a gestão estratégica e participativa do SUS nos próximos anos?

2. Como assegurar a participação ativa da comunidade na elaboração e execução das ações de saúde no seu território?

EIXO TEMÁTICO III FINANCIAMENTO DO SUS

DA CONQUISTA À FRAGILIZAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) estabeleceu um marco na proteção social do país, principalmente no que se refere a seguridade social, ao substituir a lógica dos seguros, na qual o direito era restrito à assistência médica e destinado somente aos trabalhadores formais com carteira de trabalho assinada. A partir da Constituição, a população brasileira passou a ser inserida num sistema de proteção social, alcançando a seguridade social como um direito universal. Nasce, então, a concepção de que a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Apesar desse avanço, resultado da legítima disputa dos movimentos sociais, a seguridade social tem sofrido importantes ataques, desde a década de 1990, dificultando, assim, que as pessoas alcancem efetivamente a proteção social que lhes é de direito.

Parte desses ataques são caracterizados pela implementação da denominada política de austeridade fiscal e materializados quando os governos colocam a política econômica como prioridade, ou seja, as metas e resultados fiscais são as principais finalidades de suas ações, subordinando, assim, as políticas da seguridade social a um verdadeiro processo de retirada dos direitos sociais e garantias existentes. Cabe, ainda, ressaltar que as reformas trabalhista e da previdência social têm, também, uma significativa contribuição no agravamento do desmonte da seguridade social.

O SUBFINANCIAMENTO DO SUS

A conquista de suficiência e estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder tanto as necessidades do sistema como os legítimos anseios da população em torno da defesa do direito constitucional à Saúde e do acesso universal e igualitário às ações e serviços do SUS.

Historicamente, o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi precário. Antes do SUS, o financiamento praticamente se restringia às contribuições dos trabalhadores organizados que, mais tarde, ficaram vinculados à Previdência Social. Apesar de estar previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde que preveem fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo, o financiamento do SUS tem sido instável e insuficiente, caracterizando real subfinanciamento do Sistema, desde a sua criação.

A não aplicação integral do orçamento da Seguridade Social no financiamento da saúde, previdência e assistência social, que se reflete na não priorização da saúde como um direito constitucional e universal, ao lado de momentos de crises fiscal e financeira do Estado brasileiro são fatores determinantes de insuficiência histórica do financiamento do SUS.

Vale ressaltar que, ao mesmo tempo em que o financiamento da saúde pública é precarizado, as sucessivas renúncias fiscais e subvenções de dinheiro público, inclusive para o setor privado de saúde, têm provocado uma expansão deste setor que subverte a ordem constitucional que preconiza o caráter complementar da iniciativa privada no SUS.

As tentativas de vinculação de receitas e/ou de percentuais de gastos mínimos não conseguiram reduzir a instabilidade do processo de financiamento do SUS nas três esferas de governo. Os 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União para o financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde definido pela CF de 1988 nunca foi cumprido.

A HISTÓRICA LUTA PELA REDUÇÃO DA INSTABILIDADE DE FINANCIAMENTO DO SUS

As disputas e embates por recursos financeiros para o desenvolvimento de um SUS público e universal estão presentes na sociedade brasileira desde a sua criação.

Já nos primeiros anos de implementação, foram várias as iniciativas para viabilizar a sustentabilidade financeira do SUS. Por exemplo, no ano de 1993, a PEC 169, em 1995, a PEC 82, em 1997 foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) pela Lei no 9.311/1996, com vigência entre 1997 e 2007, até que em 1999, foi aprovada a Emenda Constitucional no 29 – EC 29, que constituiu uma desvinculação dos gastos de Saúde às fontes de financiamento da Seguridade Social, e a partir de 2000, substituída pelo atrelamento do acréscimo dos recursos federais da Saúde à variação nominal do PIB, determinou a aplicação de, no mínimo, 12% da Receita de Impostos e Transferências pelos Estados e DF e de, no mínimo, 15% da Receita de Impostos e Transferências pelos Municípios. O desempenho do PIB ao longo da primeira década deste século XXI foi pouco dinâmico, o que acarretou a perda de dinamismo dos recursos federais frente às necessidades crescentes do SUS.

A regulamentação da EC29 ficou pendente por quase 8 anos no Congresso, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS. Durante este período houve uma luta do controle social para esta regulamentação, como o PLC 1/2003 no ano de 2003 e outros projetos de lei que propunham mudanças na aplicação mínima pela União dos 10% das Receitas Correntes Brutas, inclusive com a proposta de criação da Contribuição Social para Saúde (alíquota de 0,1% sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, ou seja, a mesma base de incidência da CPMF extinta em 2007).

Assim, com a vigência da Emenda Constitucional 29 a partir do ano de 2000, mantém-se um quadro complicado de disponibilidade de recursos e de inseguranças de suas fontes para o financiamento do SUS.

A década de 2010 foi iniciada sem que esses conflitos fossem resolvidos. A regulamentação da EC 29 aconteceu apenas no ano de 2012 com a promulgação da Lei Complementar 141/2012 (LC 141/2012), que, apesar de estabelecer claramente “o que pode” e “o que não pode” ser considerado como ações de saúde e aumentar a importância dos Conselhos de Saúde no papel propositivo e fiscalizador do SUS, não incluiu os 10% das Receitas Correntes Brutas, mantendo a regra estabelecida na EC 29, o que significou que novos recursos financeiros para a saúde universal não foram assegurados.

O MOVIMENTO NACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE - “SAÚDE MAIS 10”,

Neste momento nasceu o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - “Saúde Mais 10”, tendo como centralidade a priorização da saúde por meio de mais recursos financeiros para o setor, sendo necessária a alteração da LC 141/2012.

O movimento com mais de 2,1 milhões de assinaturas viabilizou a tramitação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) 321/2013 que previa a aplicação de 10% da Receita Corrente Bruta da União (ou seu equivalente em RCL) no financiamento da saúde, mas que não teve respaldo do Congresso Nacional.

A luta e mobilização pelo financiamento adequado ao tamanho dos desafios dos SUS não tiveram trégua no controle social. Em continuidade ao movimento Saúde Mais 10, a frente ABRASUS lança manifesto em defesa do SUS no período preparatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015). Neste momento a defesa da aprovação da PEC 01/2015 passa a ser fundamental para a garantia do atendimento gratuito e de qualidade aos brasileiros e às brasileiras, ao assegurar o percentual mínimo da receita corrente líquida para custeio da saúde no Brasil.

O AGRAVAMENTO DO SUBFINANCIAMENTO DO SUS COM A EC 95

A partir de dezembro de 2016 o financiamento do SUS sofre mais um duro golpe. É aprovada a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, a EC 95, que ficou conhecida como a “PEC da Morte”. Com a EC 95 o financiamento das políticas sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036 afetando a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde, dando lugar para a formação de superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública.

Na prática, a consequência final desse processo é a deterioração progressiva das condições de saúde da população, pois o desfinanciamento federal do SUS impacta negativamente no financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Em Piracicaba, o financiamento do Sistema Local tem sido cada vez mais calcado nos recursos municipais, girando acima dos 70% dos gastos com o setor e onerando o orçamento municipal em torno dos 29% dos recursos próprios, quando a obrigatoriedade pela EC29 é de 15%, o que resulta em um comprometimento de cerca de 33% do orçamento global do município, ou seja, na prática, um terço de todo recurso que o município dispõe para o ano é gasto com saúde.

PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE

- 1. Quais são as principais consequências do financiamento insuficiente do sistema público de saúde na realidade local, regional e nacional?*
- 2. Quais são as principais ações possíveis para a superação do subfinanciamento da saúde?*

Anexo IV

REGIMENTO GERAL

Capítulo I

Dos Objetivos

Art. 1º A 9ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba, convocada pelo Decreto Municipal Nº 17.765, de 18/02/2019, tem por objetivos:

I – Debater o tema da Conferência com enfoque na saúde como direito e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS);

II – Pautar o debate e a necessidade da garantia de financiamento adequado e suficiente para o SUS;

III – Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, para a garantia da saúde como direito;

IV – Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade acerca da saúde como direito e em defesa do SUS;

V – Fortalecer a participação e o controle social no SUS;

VI – Avaliar a situação de saúde e participar da construção das diretrizes para instrumentos de planejamento do SUS;

VII – Contribuir para assegurar a regionalização, hierarquização, participação social e diretrizes para prevenção, promoção e proteção à saúde.

Parágrafo único. Na 9ª Conferência Municipal de Saúde serão eleitos, os delegados que participarão, na cidade de Campinas, no dia 09 de maio de 2019, da Etapa Macrorregional da 8ª Conferência Estadual de Saúde, que, por sua vez, configura-se na Etapa Estadual da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Capítulo II

Da Realização

Art. 2º A 9ª Conferência Municipal de Saúde será realizada nos dias 13 e 14 de abril de 2019.

Parágrafo único. A Conferência será realizada no Centro Cívico, Cultural e Educacional “Florivaldo Coelho Prates”, sito à Rua Coronel Antônio Correia Barbosa, 2233, sob os auspícios da Prefeitura do Município de Piracicaba, através da Secretaria Municipal de Saúde.

Capítulo III

Do Temário

Art. 3º Nos termos do Decreto Municipal Nº 17.765, de 18/02/2019, e da Portaria nº 020, de 20/02/2019, da Secretaria Municipal de Saúde, a Conferência terá como temário central "Democracia e Saúde".

Art. 4º Além do temário central, a Conferência terá, como sub-temas:

I – Saúde como direito;

II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e

III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Art. 5º A abordagem do temário será realizada por exposição de 01 (um) conferencista, seguida de discussão na plenária e nos grupos de trabalho.

Parágrafo único. Cada grupo de trabalho terá um coordenador, eleito por seus componentes, para presidir a reunião e um relator indicado pela comissão organizadora.

Art. 6º Será facultado a quaisquer dos membros da Conferência, por ordem e mediante prévia inscrição à mesa diretora dos trabalhos, manifestar-se verbalmente ou por escrito durante o período de debates, por meio de perguntas ou observações pertinentes ao tema.

Capítulo IV

Da Comissão Organizadora

Art. 7º A Conferência será presidida pelo Secretário Municipal de Saúde e na sua ausência, pelo coordenador da Conferência.

Art. 8º A Conferência Municipal de Saúde será coordenada pelo Coordenador Geral e terá como membros da comissão organizadora:

I - Coordenador Geral: Moisés Francisco Baldo Taglietta

II - Coordenadores Adjuntos: Ana Paula do Prado Coelho, Anay Gomes Ferrer, Antônio Carlos Gonçalves Alves, Cláudia Mezleveckas Cárias, Dirce Aparecida Valério da Fonseca, Francisco Pinto Filho, Luís Fernando de L. Nunes Barbosa, Milton Costa, Solange Ap. Mizuki Kagawa Ferrarezi, Tatiana do Prado Lima Bonini, e Valéria Caps da Cruz.

Capítulo V

Dos Membros

Art. 9º Poderão ser inscritos como membros da 9ª Conferência Municipal de Saúde, todas as pessoas ou instituições de Piracicaba, interessadas no aperfeiçoamento da política municipal de saúde e nas questões que compõem o temário central da conferência, na condição de:

I - Delegados Natos

II - Delegados Representantes

III - Delegados Eleitos

IV - Participantes

V – Convidados

Parágrafo único. Os membros inscritos como Delegados terão direito a voz e voto, os participantes terão apenas direito a voz, assim como os convidados.

Seção I

Dos Delegados

Art. 10 Nos termos do Artigo 1º da Lei 8.142/90, a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde, sendo esperados os seguintes números, por grupo:

I - 50 (cinquenta) representantes dos usuários – Delegados representantes e eleitos;

II - 25 (vinte e cinco) representantes dos trabalhadores da saúde – Delegados representantes e eleitos;

III - 25 (vinte e cinco) representantes dos gestores, prestadores, universidades e escolas técnicas de saúde.

Art. 11 Serão considerados DELEGADOS NATOS, com o direito a voz e voto, o Secretário Municipal de Saúde de Piracicaba e todos os membros titulares do Conselho Municipal de Saúde de Piracicaba, desde que devidamente documentado conforme inciso I – do Artigo 16.

Parágrafo único: os membros suplentes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Piracicaba terão esta mesma condição como participantes da 9ª Conferência Municipal de Saúde, ou seja, suplentes, também natos.

Art. 12 Serão considerados na qualidade de DELEGADOS REPRESENTANTES com direito a voz e voto, os representantes indicados pelas seguintes instituições, desde que devidamente documentado conforme inciso II – do Artigo 16.

I - Titulares ou representantes, formalmente credenciados, de instituições governamentais (municipais, estaduais e federais), compondo o segmento citado no inciso III do Art.10;

II - Titulares ou representantes, formalmente credenciados, de instituições prestadoras de serviços de saúde, públicas e privadas, compondo o segmento citado no inciso III do Art.10;

III - Titulares ou representantes, formalmente credenciados, de entidades, exceto sindicais, de representação dos profissionais da área de saúde, compondo o segmento citado no inciso II do Art.10;

IV - Organizações sindicais de trabalhadores rurais e urbanos; entidades patronais; associações comunitárias ou de moradores; clubes de serviço; partidos políticos; organizações estudantis; conselhos de pais; assim como outras instituições da sociedade civil organizada que não se incluam nos itens anteriores, compondo o segmento citado no inciso I do Art.10.

Art. 13 Serão considerados na qualidade de DELEGADOS ELEITOS, com direito a voz e voto, funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, desde que devidamente documentado conforme inciso III – do Artigo 16, de acordo com as normas definidas abaixo e compondo o segmento citado no inciso II do Art.10.

§ 1º A distribuição dos delegados eleitos, representantes dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba obedecerá aos seguintes critérios:

I - Serão eleitos entre seus pares nas Pré-Conferências das respectivas regiões, com seus respectivos suplentes:

Região	UBS/CRAB	USF	Rural	Total
Norte	01	01		02
Sul + Rural*	01	01	01	03
Leste + Rural	01	01	01	03
Oeste	01	01	-	02

II - As demais unidades, a seguir relacionadas, elegerão, por serviço, 01 (um) delegado e seu respectivo suplente, a saber: Centro de Especialidades Médicas, SAMU, Coordenação de Urgência e Emergência, CEDIC, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Centro de Controle de Zoonoses, CEREST, PAD, CESM/CASAP, Saúde Bucal, Saúde Mental, Coordenação de Abastecimento, Assistência Farmacêutica, Laboratório, SAC, Fisioterapia, SITSS, CADME, Clínica de Olhos, Policlínica, Consultório na Rua, Pacto para redução da Mortalidade Infantil e CPAN.

§ 2º - Também serão considerados DELEGADOS ELEITOS os membros das Comissões Locais de Saúde, representantes do segmento dos usuários, eleitos em reunião da respectiva Comissão Local de Saúde, com apresentação da ata da reunião sendo 01 delegado por Comissão Local de Saúde devidamente instituída e seu suplente, compondo o segmento citado no inciso I do Art.10.

Art. 14 Na falta do titular, até o término do período de credenciamento, o suplente, estando presente, poderá se apresentar à secretaria do evento e assumir a condição de delegado, com direito a voz e voto.

Capítulo VI

Da Organização

Art. 15 A secretaria do evento funcionará, no período de 01/04/2019 a 11/04/2019, das 09:00 às 16:30 horas, na sede do Conselho Municipal de Saúde de Piracicaba, sito à Rua Alferes José Caetano, 1212.

Parágrafo único. Nos dias 13 e 14 de abril de 2019, a secretaria da 9ª Conferência Municipal de Saúde, funcionará no próprio local do evento durante sua realização.

Artigo 16 - Os delegados e seus respectivos suplentes deverão inscrever-se até 11/04/2019, das 09:00 às 16:30 horas, na secretaria do evento, munidos da documentação necessária, conforme segue:

I – DELEGADOS NATOS - Documento de Identidade e Decreto de nomeação como membro do Conselho Municipal de Saúde.

II – DELEGADOS REPRESENTANTES – Documento de Identidade, Ofício de indicação como representante Titular/ Suplente e Estatuto da Entidade que represente (registrado em Cartório).

III – DELEGADOS ELEITOS – Documento de Identidade e Ata da reunião que deliberou sobre sua indicação.

Parágrafo único. O credenciamento dar-se-á no dia 13 de abril de 2019, das 08:00 às 10:00 horas no local do evento.

Art. 17 As plenárias das Pré-Conferências terão como objetivo debater os temas da programação, a serem explanados, pelos palestrantes, antes da realização dos debates.

Parágrafo único. Os trabalhos servirão para aprofundar esses temas e elaborar propostas a serem discutidas na Conferência.

Art. 18 A plenária final terá como objetivos:

I - Apreciar e submeter à votação a síntese das discussões do Temário Central que tenham relatórios finais apresentados pelos grupos de trabalho.

II - Aprovar as diretrizes da Política de Saúde para os próximos anos, até a realização de outra Conferência Municipal de Saúde.

Art. 19 Participarão da Plenária Final os delegados, participantes credenciados e convidados, sendo que os delegados terão direito a voz e voto e os demais apenas a voz.

Parágrafo único. Apenas os delegados poderão pedir destaques de propostas.

Art. 20 A mesa diretora, responsável pela coordenação dos trabalhos da reunião plenária final, será presidida pelo Coordenador da Conferência, juntamente com 02 (dois) membros do Conselho Municipal de Saúde e 01(um) Coordenador Adjunto.

Art. 21 O processo de apreciação e votação das propostas consolidadas nos relatórios terá o seguinte encaminhamento:

I - A Comissão Relatora, formada pelos relatores dos grupos de trabalho, indicados pela Comissão Organizadora, procederá à leitura do Relatório Geral de modo que os pontos de divergência possam ser identificados como destaques a serem apreciados, no final da leitura, por ordem de apresentação.

II - A aprovação das propostas será por maioria simples dos delegados presentes.

Art. 22 A plenária é soberana à mesa e lhe será facultada questionamentos pela ordem à mesa sempre que, a critério dos participantes, não se esteja cumprindo o regulamento.

Parágrafo único. Os pedidos de questão de ordem poderão ser feitos a qualquer tempo, exceto durante o período de votação, desde que a mesa tenha submetido à apreciação da plenária os anteriormente feitos.

Capítulo VII

Das Pré-Conferências e Eleição dos Delegados

Art. 23 As 4 (quatro) Pré-Conferências realizar-se-ão no período que antecede a 9ª Conferência Municipal de Saúde, congregando grupos de pessoas reunidas a partir de atividades ou interesses comuns relacionados a mesma base territorial: grupos de população e trabalhadores, pacientes ou usuários de serviços de saúde, profissionais de saúde e outros, de acordo com potencial de mobilização dos interessados.

Art. 24 As Pré-Conferências serão acompanhadas por membros da Comissão Organizadora da 9ª Conferência Municipal de Saúde ou pessoas por ela credenciadas, havendo necessidade de registro de presença dos participantes e Ata da Reunião, conforme modelos previamente definidos pela Comissão Organizadora.

Art. 25 Os temas desenvolvidos durante as Pré-Conferências deverão ser os mesmos definidos para a 9ª Conferência Municipal de Saúde.

Art. 26 Durante a realização das Pré-Conferências serão eleitos delegados dos representantes dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, conforme disposto no inciso I, do parágrafo 1º do artigo 13 deste regimento.

Art. 27 As atas e os registros dos participantes das Pré-Conferências e o resultado da eleição de seus delegados e respectivos suplentes, deverão ser encaminhados à Comissão Organizadora da 9ª Conferência Municipal de Saúde até o dia 10 de abril de 2019, às 16:30 horas, na sede do Conselho Municipal de Saúde de Piracicaba, sito a Rua Alferes José Caetano, 1212.

Capítulo VIII

Das Disposições Gerais

Art. 28 A Comissão Organizadora decidirá sobre os casos omissos e por qualquer eventualidade

que ocorra durante o período de realização da Conferência.

Art. 29 Serão fornecidos certificados a todos os participantes de acordo com sua categoria.

Parágrafo único. Em caso do delegado ser funcionário público municipal, a ausência ao trabalho será considerada justificada mediante apresentação do documento mencionado no “*caput*” deste artigo.

Art. 30 As decisões administrativas e de funcionamento durante a conferência serão tomadas pela Comissão Organizadora, que deverá prestar contas de todos os gastos e despesas efetuadas, no prazo de 10 (dez) dias úteis após o término dos trabalhos, sendo facultado a todos os participantes, ou não, da Conferência, o acesso às contas e documentos probatórios.

Art. 31 Este Regimento Geral entrará em vigor na data de sua publicação.

Piracicaba, 27 de fevereiro de 2.019.

Dr. PEDRO ANTONIO DE MELLO
Secretário Municipal de Saúde

MILTON COSTA
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Anexo V

REGULAMENTO DA CONFERÊNCIA

Capítulo I

Da Finalidade

Art. 1º Este regulamento tem por finalidade a definição de regras de funcionamento para a 9ª Conferência Municipal de Saúde, convocada pelo Decreto Municipal Nº 17.765, de 18/02/2019, da Prefeitura do Município de Piracicaba, com REGIMENTO GERAL aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, em 26 de fevereiro de 2019.

Capítulo II

Do Temário e Grupos de Trabalho

Art. 2º Nos termos do seu Regimento, a 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE abordará o tema central "Democracia e Saúde" e terá, como subtemas: "Saúde como direito", "Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)" e "Financiamento adequado e suficiente para o SUS".

Art. 3º A abordagem dos Eixos Temáticos que compõem o temário da 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE será realizada mediante apresentação de um Conferencista, convidado pela Comissão Organizadora, com as funções de subsidiar a plenária com exposições e informações pertinentes aos eixos temáticos e estimular a participação.

Art. 4º O Conferencista disporá de 60 (sessenta) minutos para expor suas ideias.

Art. 5º Após a exposição, o Conferencista abrirá a palavra à plenária.

§ 1º Os Delegados, os Convidados e os Participantes/Observadores poderão manifestar-se, verbalmente ou por escrito, durante o período das discussões pertinentes ao tema, garantindo-se prioritariamente, a ampla oportunidade de manifestação de todos.

§ 2º O tempo máximo para cada intervenção será de 3 (três) minutos, improrrogáveis.

Art. 6º Após a discussão em plenária, do Temário Central, serão constituídos grupos de trabalho, compostos da seguinte forma:

I - Por Delegados, Participantes e Convidados, conforme distribuição realizada pela Comissão Organizadora, no ato do credenciamento, com base nas listas de inscrição, buscando obedecer, no caso dos delegados, a paridade entre os segmentos;

II - Por um Coordenador, eleito pelos componentes do grupo, para presidir a reunião; e

III - Por um Relator, indicado pela Comissão Organizadora, encarregado de relatar as conclusões e proposições do grupo e posteriormente sistematizá-las com a Comissão Relatora.

Seção I

Da Plenária da 9ª Conferência Municipal de Saúde

Art. 7º A Plenária da 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE terá como função aprovar o presente Regulamento, participar dos grupos de trabalho e votar o Relatório Final e as eventuais Moções

apresentadas.

Art. 8º A Mesa Diretora fará a leitura das proposições consolidadas nos diversos Grupos de Trabalho, submetendo-as à aprovação da Plenária.

Art. 9º A cada tópico a Mesa Diretora consultará o Plenário se haverá destaques.

Art. 10 Quando houver destaques, os mesmos deverão ser entregues, por escrito, à Mesa de Apoio ao Plenário, durante a leitura do Relatório Síntese.

Parágrafo único. Os destaques devem contemplar supressão total ou parcial, modificação ou adendos pertinentes ao tema.

Art. 11 Quando da apresentação dos destaques à Mesa de Apoio do Plenário, a mesma deverá:

I - buscar consenso entre as propostas apresentadas;

II - encaminhar à Coordenação da Mesa Diretora as propostas consensuadas e não consensuadas.

Parágrafo único. Apenas poderão pedir destaques de propostas os delegados.

Art. 12 A apreciação dos destaques será retomada logo após o final da leitura das proposições, para discussão e aprovação.

Art. 13 Para que uma proposta seja levada para apreciação da Plenária Final, ela deverá obter, no mínimo, 30% (trinta por cento) dos votos dos Delegados que estiverem compondo o respectivo Grupo de Trabalho.

Seção II

Da Plenária Final

Art. 14 Farão parte da Plenária Final os mesmos participantes das Plenárias Temáticas:

I - Delegados com direito a voz e voto;

II - Participantes com direito à voz;

III - Convidados com direito à voz.

Art. 15 A sessão da Plenária Final da 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, será coordenada por uma Mesa Diretora, presidida pelo Coordenador da Conferência, juntamente com 2 (dois) membros do Conselho Municipal de Saúde e 01(um) Coordenador Adjunto.

Parágrafo único. As sessões da Plenária Final serão secretariadas por membros da equipe de relatores.

Art. 16 A votação do Relatório Final da 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE será encaminhada na forma que se segue:

I - De acordo com o Art. 13, será feita a leitura das propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho;

II - Na seqüência, o Presidente da Mesa lerá, uma a uma, as propostas que não obtiveram consenso nos Relatórios dos Grupos de Trabalho;

III - Não será admitida a apresentação de novos destaques e/ou propostas ao conjunto de propostas, quando em regime de votação;

IV - O Presidente da Mesa, quando for o caso, concederá a palavra, por igual tempo, ao Delegado que se apresente para defender a proposta que obteve menos votos nos Grupos de Trabalho e ao Delegado que se apresente para defender a proposta que obteve mais votos nos Grupos de Trabalho, sempre nesta ordem, sendo as falas de, no máximo, 3 (três) minutos, improrrogáveis, conforme definido no parágrafo 2º do Artigo 5º deste Regulamento;

V - Será permitida mais de uma defesa da proposta apresentada, a favor ou contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para votação, respeitando-se sempre o contraponto;

VI - A(s) proposta(s) apresentada(s) será(ão) colocada(s), em votação, em relação à proposta que obteve mais votos nos Grupos de Trabalho *versus* a proposta que obteve menos votos nos Grupos de Trabalho, sempre nessa ordem;

VII - As propostas apresentadas serão aprovadas por maioria simples dos Delegados presentes.

Art. 17 A Mesa Diretora da Plenária assegurará, aos Delegados, o direito a manifestação, 'PELA ORDEM', sempre que qualquer um dos dispositivos deste Regulamento não estiver sendo observado, exceto durante o período de votação, desde que a mesa tenha submetido à apreciação da plenária os anteriormente feitos.

Parágrafo único. As "QUESTÕES DE ORDEM" não serão permitidas durante o regime de votação.

Art. 18 As "QUESTÕES DE ENCAMINHAMENTO" somente serão acatadas quando se referirem às propostas de encaminhamento sob o processo de votação feito pelo Presidente da Mesa e que não estejam previstas neste Regulamento.

Art. 19 A 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE será considerada habilitada a aprovar propostas, com quorum mínimo de 1/3 (um terço) dos Delegados Credenciados presentes em Plenário.

Seção V

Das Moções

Art. 20 As Moções encaminhadas, exclusivamente, por Delegados, deverão ser, necessariamente, de âmbito ou repercussão regional, estadual ou nacional e devem ser apresentadas em formulário próprio à Comissão Organizadora da 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, até às 11:00 horas do dia 14 de abril de 2019, redigidas em, no máximo, 01 (uma) lauda.

§ 1º. Cada Moção deverá ser assinada por, pelo menos, 10% (dez por cento) dos Delegados credenciados da Conferência.

§ 2º. A equipe de relatores organizará as Moções recebidas, classificando-as e agrupando-as por tema, dando ciência aos propositores para que organizem a apresentação na Plenária Final, facilitando o andamento dos trabalhos.

§ 3º. Encerrada a fase de apreciação do relatório Final da Conferência, o Presidente da mesa diretora procederá à leitura das Moções por tema e submeterá sua aprovação ao Plenário.

§ 4º. A aprovação das Moções será por maioria simples dos delegados presentes, considerando-se o quorum previsto no Art. 19 deste Regulamento.

Art. 21 - Concluídas as apreciações das Moções, será encerrada a sessão da Plenária Final da 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Capítulo III

Da Eleição dos Delegados para a Etapa Macrorregional

Art. 21 - Encerrada a sessão da Plenária Final da 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE dar-se-á a eleição, por pares, dos Delegados representantes do município na Etapa Macrorregional da 8ª Conferência Estadual de Saúde que, por sua vez, configura-se na Etapa Estadual da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único. A Etapa Macrorregional de que trata o *caput* deste artigo acontecerá na cidade de Campinas, no dia 09 de maio de 2019 e o número de Delegados representantes do município foi definido pela Diretoria Regional de Saúde – X, baseada no Regimento Geral da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Capítulo IV

Da Organização

Art. 22 A organização da 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE terá a seguinte metodologia:

I - Palestra de Abertura

II - Votação do Regulamento da Conferência

III - Grupos de Trabalho

IV - Plenárias temáticas

V - Plenária Final

VI – Eleição dos Delegados representantes do município na Etapa Macrorregional da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Capítulo V

Do Credenciamento

Art. 23 De acordo com o Regimento Geral da 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, o credenciamento dos delegados, convidados e observadores será obrigatório e deverá ser realizado, presencialmente, junto à Secretaria da Conferência, no período das 08:00 às 10:00 horas do dia 13 de abril de 2019, no local do evento.

Capítulo VI

Disposições Gerais

Art. 24 Serão conferidos certificados de participação na 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE aos Membros da Comissão Organizadora, aos Delegados, aos Convidados, aos Participantes, aos Conferencistas e aos Relatores, especificando-se a condição de participação na Conferência.

Art. 25 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora, *ad referendum*, quando a Plenária não estiver reunida.