MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

13ª Conferência Nacional de Saúde

Relatório Final

Saúde e Qualidade de Vida

Políticas de Estado e Desenvolvimento

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília – DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1.ª edição – 2008 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Anexo, ala B, 1.° andar, salas 104 a 128
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2151 / 2150
Faxes: (61) 3315-2414 / 2472
E-mail: cns@saude.gov.br
Home page: www.conselho.saude.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.
Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
246 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN

1. SUS (BR) . 2. Conferência de Saúde (SUS). 3. Política de Saúde. I. Título. II. Conselho Nacional de Saúde (CNS). III. Série.

CDU 614.39 047)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0392

Títulos para indexação:
Em inglês: Final Report of 13th National Health Conference: health and quality of life: the State's policies and development
Em espanhol: Informe Final de La 13a Conferencia Nacional de Salud: salud y calidad de vida: las políticas del Estado y de desarrollo

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

Equipe Editorial:
Normalização: Valéria Gameleira da Mota
Revisão: Mara Rejane Soares Pamplona e
Paulo Henrique de Castro e Farias
Capa, projeto gráfico e diagramação: Fabiano Bastos

Sumário

Apresentação 5

Eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento 13

Eixo I – Inéditas 53

Eixo II – Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde. 69

Eixo II – Inéditas 127

Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde 157

Eixo III – Inéditas 173

Moções Aprovadas 191

Expediente 235






BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL


BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL


Saúde e Qualidade de Vida:
Políticas de Estado
SUS
Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento









Apresentação

A realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, em novembro de 2007, simboliza o ápice do desenvolvimento e do amadurecimento da sociedade brasileira no que diz respeito às discussões e deliberações democráticas sobre as políticas públicas de saúde do País. Dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 realizaram suas Conferências Municipais, 77% de todos os municípios do país.

Quase cinco mil pessoas, entre gestores, trabalhadores, usuários, parlamentares, professores, na qualidade de delegados e observadores, compartilharam desse encontro, o maior e mais importante para a saúde no Brasil. A 13ª Conferência Nacional de Saúde não se configurou somente como momento político e deliberativo para as políticas públicas para o setor, mais do que isso, simbolizou a oportunidade reflexiva e analítica de caminhar sem esquecer o passado.

Essa 13ª Conferência Nacional de Saúde elevou as discussões e deliberações da Conferência a um patamar superior, qualificado, maduro e muito mais complexo que em momentos pretéritos. Conseguiu-se polarizar, ao mesmo tempo, grupos antagônicos em suas demandas, credos, cores e orientações tão diversas por bem comum e precioso: o Sistema Único de Saúde.

Prestes a completar o 20º aniversário, o SUS é a maior conquista de uma Conferência de Saúde e fruto das lutas populares de redemocratização do país no início da década de 80, do século passado, que culminaram, em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi saúde e democracia.

Todo cidadão brasileiro, não importando sua classe social, etnia ou gênero, das mais isoladas comunidades amazônicas às superpopulosas megalópoles do Brasil, é usuário do Sistema Único de Saúde. Uma das características mais importantes do nosso Sistema Público de Saúde é a grande capilaridade de suas atividades e atribuições que complementam a sua seara: promover a saúde do povo do Brasil.

Da atenção básica aos procedimentos de alta complexidade, da vigilância sanitária aos eficientes programas de vacinação, do mais moderno programa de combate à aids do mundo, à engenhosa rede de transplantes, tudo é obra do SUS. Mesmo que não se saiba, mesmo que não se

queira, ele está presente na vida de todas as pessoas que vivem no Brasil, brasileiros ou não brasileiros, universal, agregador e 100% gratuito.

Apesar de sua caminhada vitoriosa rumo aos 20 anos de existência, o SUS apresenta desafios, vinculados à gestão dos recursos humanos, à melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, ao aprimoramento dos mecanismos de controle, à ampliação do aporte de recursos financeiros e à utilização dos mesmos de maneira eficiente, entre outros.

Levando-se em consideração as dimensões continentais do nosso país e a diversidade das demandas oriundas de seu povo, o saldo é positivo e precisamos ajudá-lo, aperfeiçoá-lo, mas jamais prescindir dele. O SUS é uma conquista enorme, braço humanizador e solidário do Brasil.

O povo do Brasil orgulha-se de ter concebido esse grandioso momento consolidador do controle social, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, que recebeu delegações e observadores estrangeiros, imprensa, funcionários do Ministério da Saúde e fez de Brasília, entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007, um espaço privilegiado do controle social.

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

Saúde de Respeito, Respeito à Saúde!

O sucesso da 13ª Conferência Nacional de Saúde marca histórica e simbolicamente a caminhada atuante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do controle social ao longo desses anos. Pela primeira vez uma Conferência é coordenada pelo presidente eleito do CNS. Isso representa uma conquista social sem precedentes e um passo largo na consolidação democrática das relações entre o Governo, representado pelo Ministério da Saúde, e os conselhos de saúde de todo o país.

Os debates equilibrados, e às vezes bastante acirrados, as discussões participativas, maduras e menos conservadoras, de fato sintonizadas com os preceitos do Sistema Único de Saúde, fizeram o diferencial dessa Conferência. A percepção de que a construção desse grande diálogo social cumpriu um ciclo cronológico, com início, meio e fim, deixou-nos uma sensação libertadora de exercício profundo de responsabilidade consciente.

As deliberações do Conselho Nacional de Saúde, respaldado pelas diretrizes políticas apontadas por uma Conferência Nacional de Saúde, conforme determina a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, refletem-se na vida de cada brasileiro nos anos que se seguem à sua realização. As decisões de uma Conferência podem modificar radicalmente o retrato social do país, como aconteceu em 1986 na antológica 8ª Conferência Nacional de Saúde, Conferência-Mãe do Sistema Único de Saúde e da modernização de nossas políticas públicas para o setor.

O importante papel do CNS,durante todas as etapas da 13ª Conferência Nacional de Saúde, refletiu-se na qualidade das discussões em todas as etapas municipais e estaduais realizadas ao longo do segundo semestre de 2007, culminando com a bem-sucedida etapa nacional, realizada entre os dias 14 e 18 de novembro em Brasília.

Os números da 13ª Conferência são impressionantes: mais de 4.300 Conferências Municipais, Conferências Estaduais em todos os estados da Federação e uma etapa nacional consagradora com 4.700 participantes, delegados, usuários, trabalhadores, gestores e observadores. Gente de

toda a parte do Brasil, apreciadores internacionais que vieram buscar referência e beber na fonte da história de sucesso do SUS, técnicos, trabalhadores do Ministério da Saúde e do CNS. Um caudaloso mar de idéias e experiências que às vezes se chocavam em correntes contrárias, mas paradoxalmente complementares ao exercício pleno do controle social.

As deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde são resultantes de um processo aprofundado e analítico de propostas consolidadas dos 26 conselhos estaduais e do Conselho Distrital de Saúde, representativas de múltiplas entidades intersetoriais e heterogênicos grupos sociais do Brasil inteiro. O CNS, portanto, converteu-se em aparato ressoante dos anseios populares no que diz respeito à saúde e seus determinantes sociais, junto aos executores de nossas Políticas Públicas de Saúde.

Reflexões e deliberações sobre a intersetorialidade, a inversão do modelo de atenção, a regulamentação do financiamento do SUS, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública, o combate à precarização do trabalho e a implantação dos cargos de carreira única do SUS, entre outros, foram resultados do qualificado processo de apreciação de demandas provenientes de todos os setores que compõem e utilizam o Sistema ao longo de todas as etapas da Conferência.

O processo não se findou! Agora, cabe-nos fazer valer o que foi decidido e acordado. É nossa a responsabilidade de observar e garantir que o que foi proposto não se perpetue somente nas folhas de papel da burocracia estatal e que sejam ferramentas transformadoras na vida de nossos milhões de irmãos de todas as partes de nossa Pátria. Dessa forma, o SUS terá cristalizado os preceitos que o norteiam: universalidade, integralidade, eqüidade.

O Conselho Nacional de Saúde é o guardião dos direitos do povo brasileiro às políticas públicas de saúde eficientes e inclusivas. Assegurar e guardar o direito a uma boa saúde a todos é nosso ofício deliberante, político e, acima de tudo, de respeito ao cidadão, usuário, direto ou indireto do Sistema Único de Saúde.

Boa Saúde a todos!

Francisco Batista Júnior
Presidente do Conselho Nacional de Saúde


e Qualidade de Vida:
as de Estado
nvolvimento
SUS

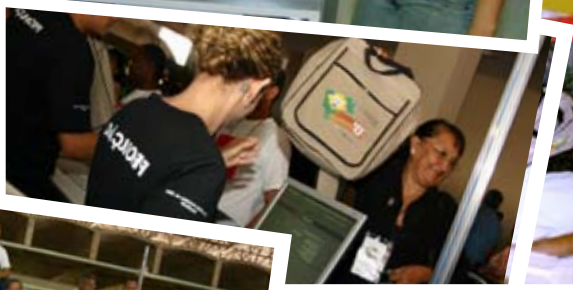

contra a retirada dos direitos dos trabalh
FUNDAÇÃO NÃO
Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição




ERÊNCIA
NAL DE














SUS
VOCÊ





Eixo I

Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento

1. Referendar todas as propostas do primeiro Fórum Brasileiro Antitabagismo cujo conteúdo encontra-se contido na Carta à Nação, redigida em 31 de maio de 2006, e acrescentar que a totalidade da arrecadação e multas oriundas da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, e outras leis municipais e estaduais, criadas para instituir medidas no controle do tabagismo e do alcoolismo, sejam revertidas automaticamente para as ações de promoção, prevenção e assistência, por meio dos Fundos da Saúde.

2. Implementar, por meio de políticas públicas intersetoriais, programas de prevenção e de assistência para dependentes químicos de substâncias psicoativas, considerando as diferenças de geração (crianças, adolescentes, adultos e idosos), com equipes multidisciplinares de reabilitação, com a construção de casas de apoio, criação de comitês de inclusão social e demais estratégias de fomento a uma cultura de promoção da vida e da paz social.

3. Efetivar, por meio de ações intersetoriais junto às instituições formadoras, recuperadoras e promotoras sociais (sistemas prisional e educacional, entre outros), trabalho de prevenção de uso de álcool, de tabaco e de outras drogas que causam dependência química e psíquica, garantindo a conscientização e o comprometimento dessas instituições com a promoção da saúde.

4. Estabelecer mecanismo de proteção social contra o uso de bebidas alcoólicas e de cigarro; proibindo por lei a propaganda de bebidas alcoólicas, regulamentando horários e locais para comercialização e elevando a carga tributária que incide sobre esses produtos, nas três esferas de governo. Tal arrecadação seria destinada à prevenção e à reabilitação da saúde dos usuários dessas substâncias, além de fazer cumprir a Lei nº 9.294/96, que define punição ao estabelecimento comercial que venda bebidas alcoólicas ou cigarros a adolescentes, criando e repassando cartilhas explicativas à comunidade sobre a proibição e a punição, com rigor, aos infratores que venderem drogas lícitas e ilícitas a menores, idosos, indígenas e doentes mentais.

5. Implementar políticas de intervenção no meio ambiente que envolvam as relações de trabalho, amparadas na legislação, focadas em riscos, agravos e doenças, aprimorando a vigilância ambiental so-

bre o processo de trabalho, inclusive rural, com o uso de agrotóxico, e assegurar a notificação compulsória de acidentes de trabalho e a aposentadoria especial para profissionais expostos a material biológico contaminado e produtos químicos de alta toxicidade.

6. Estabelecer políticas de saúde ambiental, auto-sustentáveis, centradas nos processos de trabalho, na produção e comercialização de produtos e na prestação de serviços que previnam danos aos trabalhadores da área rural, que são submetidos a regimes de escravidão, da pesca e da agricultura, de comunidades tradicionais e terreiros, e ao meio ambiente, considerando seus elevados riscos de acidentes e doenças, incluindo os trabalhadores da cana, definindo as responsabilidades dos gestores públicos e das associações patronais do setor sucroalcooleiro, no que tange à aquisição de materiais e de insumos para atendimento da população flutuante e revisão do percentual de cotas durante o corte da cana (Lei nº 4.870/65), em função das queimadas de cana e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador e o meio ambiente.

7. Criar e implantar um programa de diminuição da produção do lixo, conscientizando a população e os setores produtivos (industriais e agrícolas), com regulação do tamanho e do número das embalagens utilizadas na comercialização de seus produtos, além de exigir que o recolhimento do lixo ocorra com mais freqüência, garantindo a colocação em locais adequados e com lixeiras próprias para o acondicionamento e a coleta seletiva, visando conscientizar a população quanto à educação ambiental de acordo com a legislação vigente.

8. Intensificar a vigilância da rotulagem de produtos de forma clara, legível e visível, inclusive em Braille, sobre as características dos produtos, prazo de validade e informações nutricionais, incluindo os produtos que tenham em sua composição organismos geneticamente modificados (OGMs).

9. Elaborar políticas intersetoriais comprometidas com o combate e a redução do uso de agrotóxicos com efetiva vigilância de distribuição e de uso, utilizando trabalho educativo de combate ao uso indiscriminado; intervenção junto aos produtores, aos organismos financiadores e aos órgãos públicos responsáveis pela elaboração

e implementação de políticas agrícolas, para que se desenvolvam práticas agroecológicas de produção, além de destinar recursos específicos para investimento em hábitos saudáveis e na melhoria da qualidade de vida da população, na prevenção e educação ambiental em relação ao uso desse produto na agricultura.

10. Que o Ministério da Saúde, em parceria com a Anvisa, estabeleça critérios para a padronização de embalagens de medicamentos, em cores variadas, e em Braille, com bula melhor detalhada e com letras maiores, facilitando a identificação dos mesmos pelos idosos e pelos deficientes visuais; assegurar que os medicamentos apresentem em suas bulas os significados dos termos técnicos e que as embalagens dos medicamentos que compõem os programas de diabetes e de hipertensão sejam diferenciadas, facilitando a compreensão dos usuários; além de estimular campanhas educativas para a população alertando sobre os riscos de automedicação.

11. Exigir o cumprimento de normas da Vigilância Sanitária que garantam o acesso da população a serviços e produtos de fontes seguras e de qualidade monitorada, ligados à saúde, como alimentos, medicamentos, fitoterápicos, cosméticos, saneantes, produtos de saúde, produção para o Programa Fome Zero e outros contemplados pela legislação vigente, por meio de análises laboratoriais, atendendo às atividades programadas, denúncias e surtos, promovendo ações de educação sanitária com participação da comunidade e do controle social.

12. Mudar o larvicida usado no combate à dengue para um produto natural já testado e aprovado.

13. Respeitar a natureza e a preservação do meio ambiente, na perspectiva de superação da lógica destrutiva do processo de produção capitalista, prevendo obrigatoriamente nos planos de desenvolvimento econômico a inclusão e a efetivação de políticas de preservação dos recursos naturais, reflorestamento, arborização e despoluição dos rios, proibindo a privatização do patrimônio natural.

14. Avaliar os impactos sociais e ambientais do desenvolvimento de doenças em decorrência da construção das hidrelétricas do Rio Madeira (Rondônia), responsabilizando os governos federal e es-

tadual e o setor privado (empresas construtoras das usinas hidrelétricas de Jirau e Madeira) pela apresentação de estudos de impacto e planejamento das ações de atenção à saúde, garantindo ações preventivas e a redução de possíveis impactos na saúde da população atingida, com a participação do controle social.

15. Ampliar o acesso a programas de moradias populares, garantindo financiamento para reforma das existentes e reavaliação dos projetos de urbanização, incluindo segurança pública, áreas de lazer, esporte, cultura e oferta de transporte escolar gratuito.

16. Instituir o Programa Primeiro Emprego em âmbitos municipal, estadual e federal para jovens e criar um programa de valorização, qualificação e ampliação do artesanato loco-regional, visando à criação de políticas públicas abrangentes e permanentes de geração de trabalho e renda, de forma articulada com as esferas de governo e a sociedade civil, fundamentadas nos princípios de justiça socioambiental.

17. Garantir investimento para a construção, abertura, recuperação e conservação de estradas e pontes que facilitem o acesso da população aos serviços de saúde.

18. Intensificar o apoio à agricultura familiar por meio da implantação de uma política de desenvolvimento rural e urbano; incorporação da concepção agroecológica sustentável; estabelecimento de convênios com instituições do setor da agricultura para realizar cursos sobre alimentação saudável e apoio ao desenvolvimento de hortas comunitárias; criação de política federal de incentivo para a manutenção das pequenas propriedades rurais, reajustando preços da produção agrícola e oferecendo insumos com preços mais acessíveis, incentivando a permanência do homem no campo e o consumo de produtos naturais produzidos pelas agroindústrias familiares dos municípios nas instituições públicas locais (escolas e creches); valorização dos fitoterápicos e das práticas terapêuticas alternativas; implementação do “Programa do Leite”, priorizando a aquisição feita junto aos pequenos produtores rurais dos próprios municípios, com garantia de sua pasteurização; e promoção

de atenção integral à saúde em acampamentos e assentamentos de trabalhadores sem-terra.

19. Buscar o envolvimento do Ministério do Meio Ambiente e outros para a implantação de práticas e políticas de desenvolvimento sustentável nos municípios, de preservação do meio ambiente rural e urbano, por meio de criação de fundo de compensação nos municípios que se encontram em área de preservação de manancial, zona costeira e proteção ambiental; apoio e criação de cooperativas de produção cujos produtos e processos melhorem o ambiente e a qualidade de vida; e criação de linha de crédito específica para a construção, pelos municípios, de barragens, cacimbas e cisternas na zona rural, em áreas de risco por estiagem prolongada.

20. Construir uma rede intersetorial de apoio à saúde e à justiça socioambiental, para identificar determinantes da saúde e aplicar a legislação sobre saúde e meio ambiente, por meio de elaboração de programas para implementação de ações sobre saúde e meio ambiente prevendo aporte financeiro e técnico do Governo Federal para que estados e municípios implantem políticas articuladas de meio ambiente, saúde e educação; divulgação e respeito à legislação que rege a defesa do meio ambiente e execução dos dispositivos de responsabilização e penalização aos infratores; implementação da Rede Integrada de Desenvolvimento de Entorno (Ride/Saúde) com ações e programas específicos, orçamento e financiamento próprios, de responsabilidade dos governos estaduais e do Governo Federal; e destinação de recursos para ações de saúde em municípios localizados em áreas de fronteira agrícola para a cobertura da população imigrante.

21. Adotar ações intersetoriais de recuperação e de proteção ao meio ambiente com adequada ocupação territorial, com foco no desenvolvimento sustentável de cidades e ambientes saudáveis, articulando e garantindo as ações da Agenda 21, por meio de sensibilização e responsabilização dos poderes públicos e da sociedade a respeito da relevância do ambiente, efetivando os preceitos da justiça socioambiental e das ações educativas visando à eliminação, diminuição e prevenção da exposição de riscos à saúde e à intervenção nos problemas decorrentes do meio ambiente, da produção

e de circulação de bens e da prestação de serviços em saúde, além da ampliação da participação da população na elaboração e no monitoramento das distintas fases dos processos de Licenciamento Ambiental, em todas as esferas de governo.

22. Articular as políticas econômicas e sociais para pautar um processo de crescimento e desenvolvimento econômico baseado no direito à vida, no direito à saúde e na sustentabilidade ambiental, com a adoção de uma política macroeconômica nucleada na redução da taxa de juros e no fim do superávit primário, essenciais para viabilizar a ampliação do acesso ao trabalho, à educação, à moradia, ao transporte e ao lazer, estimulando a economia solidária e sua sinergia com as formas comunitárias de produção, microempresas, e reorientação das políticas públicas.

23. Defender a democracia, a paz e a tolerância, em suas variadas formas, além de maior igualdade na distribuição de renda, como condição essencial para a redução de conflitos entre povos, e a exacerbação da violência social.

24. Atuar de forma intersetorial na implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Trauma e Violência, implementando na rede pública os protocolos de atenção contra todos os tipos de violência e para todos os cidadãos e cidadãs, considerando as diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, de orientação sexual, geracionais, sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, como parte do atendimento integral a todas as vítimas de quaisquer tipos de violências.

25. Efetivar no âmbito do SUS, por meio de programas intersetoriais e multidisciplinares, ações preventivas, educativas e assistenciais voltadas ao combate das discriminações, realizando campanhas de sensibilização e consolidando redes de acolhimento e assistência, implementando ações de notificação compulsória.

26. Implantar centros de lazer e cultura e/ou centros de acolhimento para crianças e adolescentes em todas as regiões, com equipe multiprofissional especializada para o desenvolvimento de atividades educativas, de saúde, esportivas, de lazer e cultura, como forma de prevenção às drogas, violência doméstica e externa e marginaliza-

ção, com adequação da oferta de profissionais e equipamentos e elaboração de políticas para a cobertura de grupos de risco e de vulneráveis ao sofrimento mental.

27. Propor ao Congresso Nacional a agilização do projeto de lei que estabelece seis meses para licença materna e 15 dias para licença paterna, favorecendo o aleitamento materno.

28. Implementar programas intersetoriais e multidisciplinares de educação em saúde, voltados para políticas de contracepção na adolescência, prostituição infantil e de adolescentes, alcoolismo, tabagismo, uso de drogas, DST/aids e acidentes em geral, visando à superação de situações excludentes e discriminatórias.

29. Priorizar, com políticas afirmativas, o atendimento às pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade para a efetivação de direitos como a acessibilidade, a aposentadoria, nos casos de doenças incapacitantes, e o atendimento por equipe multiprofissional qualificada.

30. Monitorar a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e de adolescentes via Conselho Nacional de Saúde articulado com os conselhos de Educação e de Ciência e Tecnologia, considerando diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, de orientação sexual, geracionais, sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, garantindo condições materiais, educacionais, políticas e simbólicas para o exercício de direitos das mulheres de forma livre e amparada socialmente, assegurando sua autodeterminação e impedindo ações coercitivas sobre suas escolhas sexuais e reprodutivas.

31. Desenvolver ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais, o enfrentamento às discriminações em diversos âmbitos, os Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, entre outros, além de implementar políticas específicas de enfrentamento das desigualdades de gênero, de orientação sexual, raça, etnia e necessidades especiais, garantindo o controle social e o acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais.

32. Estabelecer os fluxos contínuos e as articulações entre os projetos de geração de renda e as políticas de saúde, com redimensionamento e fortalecimento de políticas sistêmicas (construções de casas populares), para a valorização da qualidade de vida da população urbana e rural, principalmente em assentamentos, acampamentos de trabalhadores rurais, sem terras, povos indígenas, quilombos e áreas ribeirinhas, considerando as necessidades específicas dos desempregados em termos de acesso aos direitos sociais, ao trabalho e à renda digna, ao fortalecimento de situações favoráveis à qualidade de vida, aos ambientes, aos alimentos e a outros produtos de consumo saudáveis, com apoio aos projetos relacionados aos "municípios saudáveis".

33. Assegurar os direitos à saúde e à responsabilidade estatal, nas três esferas de governo, para as ações de saúde integral da população carcerária e viabilizar a elaboração e a implementação de programas profissionalizantes intersetoriais específicos, dentro e fora da cadeia, para detentos, ex-detentos e familiares, além de oferecer formação aos presidiários para ampliar seus vínculos de sociabilidade e acesso ao trabalho e a oportunidades de vida digna e exercício dos direitos humanos.

34. Cumprir as ações de atenção à saúde da mulher, respeitando todas as suas especificidades (adolescentes, jovens, idosas, indígenas, negras, profissionais do sexo, presidiárias, etc.), com efetivação de política de planejamento familiar, enfatizando a atenção a adolescentes e a prevenção da mortalidade materna.

35. Propor ao Ministério da Saúde a elaboração de estudo para redefinição da faixa etária de risco do câncer de colo de útero, com vistas à ampliação da cobertura do exame preventivo, alterando a idade mínima de 25 para 15 anos.

36. Assegurar o atendimento aos casos de abortos previstos por lei ou em abortamento em curso, garantindo atenção psicológica e social integral à mulher.

37. Garantir respeito e atenção à diversidade e às necessidades especiais de grupos populacionais específicos na atenção integral à saúde, propiciando espaços para debates sobre as diferenças, com o

objetivo de identificar e superar atitudes discriminatórias e favorecer a inclusão social, considerando o preconceito como atitude que contribui para o agravamento do processo saúde-doença.

38. Assegurar a *gays*, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as temáticas que envolvam a orientação sexual e as suas conseqüências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/GM nº 675/2006.

39. Revogar a portaria que proíbe a doação de sangue da população GLBTT, que viola os artigos nºs 1, 2 e 5 da Constituição Federal Brasileira.

40. Sensibilizar e qualificar permanentemente os trabalhadores da saúde para abordagem e assistência a profissionais do sexo.

41. Operacionalizar o direito à saúde para as diversidades geracionais, em cumprimento aos Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, assegurando ações de saúde adequadas, oportunas e de qualidade, com a ampliação de estratégias de avaliação da saúde dessa população para subsidiar a formulação e o desenvolvimento de políticas públicas específicas.

42. Garantir que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde cumpram com o direito à saúde como direito de cidadania, cujos benefícios terão impactos importantes sobre a saúde da população negra, a partir das diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em todos os níveis de atenção, em especial para os agravos mais prevalentes nessa população, possibilitando a efetivação de ações afirmativas de combate ao racismo

institucional e a toda forma de preconceito, nos espaços de gestão, atenção e participação social em saúde, destacando-se o estabelecimento de parcerias com o movimento negro, o repasse de recursos para a capacitação sobre combate ao racismo; a inclusão de conteúdos sobre a saúde da população negra na formação; o desenvolvimento de campanhas de divulgação, em parceria com os conselhos profissionais e veículos de comunicação; a garantia de aporte financeiro destinado à pesquisa em saúde da população negra, prevendo a produção e a publicação de documentos que contribuam para o acesso à informação sobre a saúde dessa população.

43. Promover a formação para o trabalho das parteiras quilombolas, garantindo a remuneração pelo SUS.

44. Criar e implantar política nacional que contemple direitos e necessidades dos portadores de anemia falciforme, envolvendo lideranças e usuários das comunidades negras e quilombolas, incluindo a realização de busca ativa e de mapeamento das pessoas com traço falciforme; a atualização e a divulgação de informações junto aos profissionais de saúde e à população, em especial a população negra e a carcerária; a garantia de acesso ao tratamento de qualidade nos casos identificados, incorporando ações de atenção integral com equipe multiprofissional especializada, conforme necessidades e demandas dos serviços e da população; o apoio a pesquisas específicas; o estabelecimento de protocolos clínicos para atendimento na rede básica e nos hemocentros; e a garantia de acesso às políticas de direitos reprodutivos e planejamento familiar, livres de ameaça de esterilização, aos portadores da doença falciforme.

45. Titular os territórios rurais quilombolas como forma de promoção de saúde, com base na Conferência de Alma-Ata, e garantir o acesso dessa população ao SUS em todas as esferas e níveis de complexidade, assegurando a infra-estrutura adequada para o acesso e a criação de fóruns de debates sobre as comunidades quilombolas, com articulação e gestão entre diferentes setores governamentais e não-governamentais.

46. Sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao respeito às diversidades cultural e antropológica e às escolhas religiosas dos usuá-

rios, em especial as culturas afrodescendente e indígena, reconhecendo suas tradições, saberes, crenças, plantas medicinais e rituais de cura, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção à saúde.

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

48. Garantir financiamento das três esferas de governo para a implantação de centros de convivência e centros de permanência para pessoas sem família ou em condições de abandono, priorizando idosos e pessoas com transtorno mental, casas de apoio e creches públicas para crianças de rua ou provenientes de famílias com práticas de maus-tratos, na perspectiva da inclusão social.

49. Aperfeiçoar o Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Monitoramento dos indicadores de saúde, com investimento para a qualificação dos serviços de epidemiologia e vigilância em saúde; aprimoramento do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); revitalização dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil; otimização do acesso aos indicadores de saúde atualizados para toda a sociedade; publicação sistemática de boletins epidemiológicos e notas técnicas; realização de inquéritos populacionais sobre condições socioeconômicas, acesso, cobertura, utilização de serviços e autopercepção do *status* de saúde; utilização das informações sobre a situação de saúde e os critérios epidemiológicos para elaborar e avaliar políticas que considerem a diversidade racial, étnica, cultural e geográfica, planejar, repassar financiamento e executar ações de saúde pautadas em necessidades de saúde; intercâmbios entre instituições de ensino e pesquisa com instituições de saúde nas esferas estaduais e municipais para a realização de pesquisas, estudos epidemiológicos e estágios de extensão conjuntos, viabilizando o mapeamento das necessidades loco-regionais para alocar demais

profissionais de saúde nas equipes básicas da Estratégia Saúde da Família.

50. Que o Ministério da Saúde aprimore sua política de ciência e tecnologia, considerando a construção de propostas teórico-metodológicas que qualifiquem a educação em saúde no SUS, para a promoção da saúde, em especial na atenção básica, refletindo sobre a integração entre a educação em saúde e a educação ambiental, contribuindo para o enfrentamento das questões socioambientais locais e globais numa perspectiva interdisciplinar, criando processos pedagógicos que debatam a educação ambiental com profissionais da saúde e a população, visando à diminuição do consumo de recursos hídricos e de energia, com a separação de resíduos sólidos como lixos contaminantes, recicláveis e não recicláveis.

51. Que todos os Sistemas de Informação do SUS, incluindo formulários e prontuários, contenham variáveis para identificação do tipo ocupação, ramo de atividade, etnia (raça, cor), gênero e orientação sexual, intensificando o monitoramento desses quesitos em atestados de óbitos, hospitais e unidades de saúde, utilizando-os como instrumentos norteadores de políticas setoriais e intersetoriais, estratégias, prioridades e metas de ação governamental, garantindo a formação dos profissionais de saúde para o seu preenchimento correto.

52. Melhorar a abrangência e a qualidade das informações e intensificar as ações relacionadas ao câncer uterino e de mama, hanseníase, tuberculose, malária e dengue, entre outras doenças prevalentes, destinando recursos específicos do Ministério da Saúde para o seu controle nos municípios prioritários, além de reativar barreiras epidemiológicas para o controle da migração e do fluxo de transmissão de doenças não autóctones em localidades de fronteiras.

53. Realizar estudos sobre impactos da violência no perfil de morbimortalidade e o dimensionamento de seqüelas provocadas por agressões intrafamiliares, violências no trânsito e no trabalho, com o objetivo de orientar as equipes de saúde para a realização de atividades educativas e de redução de riscos, por meio da oferta de ações intersetoriais que a encarem como problema de saúde pública.

54. Exigir que as três esferas de governo cumpram sua responsabilidade com a atenção à saúde indígena, integrando-a à Política Nacional de Saúde e buscando ações intersetoriais que promovam a demarcação, homologação, desintrusão e a proteção dos territórios indígenas de responsabilidade do Governo Federal, no sentido de garantir saúde e qualidade de vida, discutindo a saúde indígena no contexto da atenção básica, com a profissionalização de agentes indígenas para atuarem nos diversos setores da saúde e na ampliação do intercâmbio sobre o conhecimento de suas culturas com os demais profissionais de saúde, considerando ainda a permanência de um acompanhante que sirva de intérprete durante o período de internação de indígenas e a presença do pajé quando solicitado.

55. Garantir a não-municipalização da saúde indígena.

56. Os gestores de saúde das três esferas de governo devem buscar a articulação e a formação de redes de cooperação com movimentos sociais e entidades da sociedade civil, objetivando a efetivação e o acesso aos serviços de saúde para populações rurais e comunidades indígenas, especialmente no combate às endemias como dengue, malária, hepatite viral e outras.

57. Retomar a liberação dos anticoncepcionais e a inclusão da população feminina indígena no programa de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde.

58. Instituir o selo município amigo do índio, estabelecendo como condição para a premiação o cumprimento das diretrizes da política nacional da saúde indígena.

59. Implementar uma política pública energética sustentável com investimentos para o desenvolvimento de fontes alternativas, assegurando a preservação do meio ambiente, em especial da água, a segurança alimentar e nutricional e a oferta de oportunidades à agricultura familiar, além do fortalecimento da capacidade de produção de alimentos diversificados, regulando limites e avanços das monoculturas, visando à melhoria a qualidade de vida.

60. Apoiar as iniciativas nacionais e internacionais de proteção ao meio ambiente visando à redução do aquecimento global, manutenção,

promoção, preservação, recuperação, fiscalização, mapeamento e controle da utilização dos recursos naturais, tais como reservas naturais, matas ciliares, nascentes e aqüíferas, lençóis freáticos subsuperficiais e subterrâneos, objetivando preservar o patrimônio genético da humanidade e a produção de alimentos para gerações futuras, estimulando a participação da comunidade nos conselhos de meio ambiente para aprofundar a intersetorialidade sobre a temática ambiental.

61. Que os governos federal e estaduais apóiem os municípios para a implementação de uma política nacional intersetorial de erradicação dos lixões e a recuperação das áreas degradadas, proposição de projetos regionais de aterros sanitários, cabendo aos municípios a responsabilidade direta sobre a gestão do sistema, os quais devem estimular, implementar e garantir a coleta seletiva do lixo e sua reciclagem, com a criação de usinas de reciclagem, especialmente para o tratamento de resíduos tóxicos e contaminados (industriais e hospitalares), exigindo o manejo adequado, com a colocação de filtros nas instituições hospitalares para preservação do meio ambiente e incineração do lixo hospitalar, devendo ser observada a Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente nº 05/93, sem comprometimento de recursos da área da Saúde para as ações desta política.

62. Tornar obrigatória a apresentação aos conselhos de saúde, em suas respectivas esferas, de relatórios de impacto à saúde da população para que os conselheiros deliberem quanto à pertinência da instalação de empreendimentos que importem na qualidade de vida, acompanhando a utilização de novas tecnologias aplicadas ao meio ambiente e o cumprimento da obrigatoriedade do setor industrial de usar filtros antipoluentes e outros dispositivos para o controle de resíduos e de poluição sonora.

63. Que os governos federal, estaduais e municipais garantam financiamento para a realização de análises físico-química e bacteriológica para avaliação contínua e sistemática, por profissionais especializados, da qualidade da água fornecida à população por meio de redes de abastecimento, barragens, açudes, poços e cisternas.

64. Que os governos estaduais e municipais criem programa de educação permanente em parceria com as empresas privadas, secretaria de educação e defesa civil, intensificando as ações de uma política de vigilância para a evacuação da população, em caso de acidentes em regiões industriais.

65. Que as vigilâncias sanitárias estadual e municipal criem serviço telefônico gratuito para denúncias, inclusive anônimas, de agressão ambiental que ameacem a saúde da população.

66. Que as três esferas de governo implantem política de incentivo à criação de cooperativas para reciclagem dos resíduos sólidos, com a participação das associações de pequenas mineradoras e outras organizações da sociedade civil.

67. Aumentar investimentos para implementar ações intersetoriais voltadas para a preservação e a defesa do meio ambiente, especialmente o reflorestamento das matas, a proteção dos biomas naturais mananciais e o saneamento básico, incluindo a construção de aterros sanitários, a coleta seletiva e o destino do lixo, e o controle da qualidade da água nas zonas urbanas e rurais.

68. Proibir, por meio de lei complementar à Lei Federal nº 9.055/95, a extração e o uso do amianto branco como matéria-prima de qualquer produto, devido ao seu efeito cancerígeno.

69. Que o Governo Federal implemente políticas que contemplem ações de saúde e de seguridade social para a população albina e as pessoas com nanismo e inclua dados sobre as pessoas com nanismo e albinismo na avaliação dos indicadores para elaboração de política de atenção à saúde a essa população.

70. Tipificar a insuficiência renal crônica e a fissura labiopalatina como deficiências físicas, garantindo que essas pessoas possam ser contempladas pela legislação das pessoas com deficiências, buscando seu tratamento em parceria entre as três esferas de governo e instituições de reabilitação, além do acesso aos benefícios sociais.

71. Garantir a atenção integral e intersetorial à saúde ao usuário atingido pela hanseníase, realizada por uma equipe interdisciplinar e multiprofissional adequada, com a inclusão de profissionais de saú-

de necessários em função das conseqüências que a doença acarreta ao usuário.

72. Fortalecer políticas públicas que garantam qualidade de vida e eqüidade de acesso físico e social às pessoas com deficiências e doenças incapacitantes, por meio de políticas afirmativas e programas intersetoriais de inclusão social que atendam às necessidades de comunicação, acesso aos benefícios da seguridade social às pessoas impossibilitadas para o trabalho, filas prioritárias, adaptação física e humana de locais de trabalho, acesso a serviços nas áreas urbana e rural, adaptações nas vias públicas e transporte coletivo adaptado e gratuito, incluindo as com sofrimento psíquico, doentes mentais e seus acompanhantes, além de formar profissionais e produzir materiais educativos apropriados para todos os tipos de necessidades educativas especiais, assegurando atendimento especializado nas áreas de recuperação e reabilitação, com a ética da não-discriminação e do não-preconceito na sua conduta física e moral, capacitando profissionais para o atendimento e o acolhimento dessa população.

73. Implementar a política de atenção à saúde da pessoa com deficiência, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2001, construindo indicadores qualitativos e quantitativos por meio de estudo nacional das condições de vida dessa população, com banco de dados para a identificação dos atuais perfis, efetivando parcerias intersetoriais para garantir acesso equânime a todos os níveis de atenção à saúde, assegurando controle social na fiscalização do correto emprego de recursos repassados à entidades assistenciais filantrópicas que atendam pessoas com deficiência, em parceria com a rede pública, observando qualitativamente a atenção em saúde oferecida por essas instituições.

74. Exigir que os governos federal, estaduais e municipais implementem uma política de saneamento básico universal e intersetorial, em até dez anos, a partir de 2008, com a ampliação e a garantia de recursos financeiros, sem comprometer os recursos destinados às ações e aos serviços de saúde para estender a cobertura, proporcionando acesso à água tratada, de qualidade e potabilidade, e a destinação de dejetos; fortalecendo a fiscalização e o acompanhamento

de projetos de saneamento implantados por meio de convênios e que envolvam a aprovação dos conselhos com assessoria específica para tal, divulgando relatórios do monitoramento da qualidade da água nos municípios.

75. Que os governos federal, estaduais e municipais, em conjunto com o Ministério Público, estabeleçam diretrizes e parâmetros para a aplicação de penalidades e punições às instituições públicas e privadas que não cumprirem a legislação vigente, no que se refere ao saneamento básico e ao controle periódico da qualidade da água, visando à melhoria das condições de vida, moradia e saneamento.

76. Orientar as famílias assistidas pelo Programa Bolsa Família, que participam de cursos profissionalizantes, sobre alimentação e saneamento, por meio de informações veiculadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) sobre as regras relativas à oferta desses produtos ao mercado.

77. Inserir políticas públicas nas três esferas de governo, voltadas à saúde do homem, que contemplem a prevenção, a promoção e o fortalecimento do atendimento de saúde preventiva às doenças mais prevalentes nessa população, adotando como estratégia a educação em saúde com a elaboração de cartilha educativa. Propor a participação do homem nas ações de planejamento familiar, inclusive com a esterilização cirúrgica masculina.

78. Implantar, promover, ampliar e fortalecer os instrumentos de controle social com relação às ações da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional nas três esferas de governo, considerando a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de riscos à saúde, agravos, doenças e acidentes de trabalho, êxodo rural, desemprego, fome, insegurança alimentar devido ao risco de contaminações químicas e por alimentos geneticamente modificados, violência, habitação insalubre e contaminação ambiental; de forma a desenvolver ações com ênfase na atenção básica, com a implantação do Sistema de Vigilância em Alimentação e Nutrição (Sisvan), capazes de efetivar esta política e garantir o direito humano à alimentação adequada, garantindo a aplicação de recursos financeiros destinados a melhorar a qualidade da alimentação, da educação

alimentar e o incentivo aos pequenos agricultores do país, além de incentivar a prática de reaproveitamento de alimentos, a fiscalização da qualidade dos alimentos e o monitoramento da propaganda e rotulagem; criar e equipar os laboratórios públicos para a pesquisa e a avaliação de alimentos e nutrientes saudáveis e acessíveis, em adequação às normas da Resolução RDC nº 116, da Anvisa, visando à redução da desnutrição, da obesidade e das carências nutricionais. Fazer parceria com a Secretaria da Agricultura para a realização de cursos sobre alimentação saudável, monitoramento de horta comunitária, orientação fitoterápica e medicina alternativa para a população.

79. Pactuar com a União a adesão ao Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária por meio do Decreto Presidencial nº 5.741/06, para que os alimentos da agricultura e da agroindústria familiares, produzidos de forma artesanal, sejam inspecionados com critérios adequados à legislação dos Sistemas Brasileiros de Inspeção de Produtos e Insumos Agropecuários (Sisbi).

80. Fiscalizar com rigor os alimentos fornecidos para instituições públicas municipais e estaduais, presídios, estabelecimentos de saúde, escolas, creches, compras efetuadas pela Companhia Nacional de Abastecimento (Conab) para o Programa Fome Zero e a oferta de alimentação enteral aos pacientes que necessitam de cuidados domiciliares, bem como proibir, em parceria com a Educação, a venda de alimentos cariogênicos e de baixo valor nutricional nas cantinas escolares.

81. Implantar, de forma efetiva, um programa permanente de estímulo à produção, à comercialização e ao consumo responsável de alimentos, repensando os hábitos de consumo e de alimentação, recusando produtos que causem danos à saúde humana, dos animais e ao meio ambiente, reduzindo, reutilizando e reciclando materiais e embalagens.

82. Instituir programas de educação no trânsito fundamentados na intersetorialidade entre as áreas de saúde, guarda municipal, segurança pública, justiça e educação, para implementar medidas de prevenção, intensificação de campanhas de conscientização, pro-

teção e punição dos agentes provocadores de acidentes envolvendo pedestres, em especial no perímetro urbano das rodovias.

83. Lutar contra todas as formas de trabalho infantil.

84. Assegurar mais recursos e responsabilidades do Estado brasileiro no financiamento da saúde, exigindo o fim da Desvinculação de Recursos da União (DRU), que retira 20% dos recursos constitucionalmente destinados às áreas sociais e recursos específicos para ações e serviços de saúde, o fim da meta de geração de superávit primário e a realização da reforma tributária, com o intuito de fortalecer estados e municípios, sem aumento na carga tributária, e com o combate à sonegação fiscal.

85. Defender a Lei de Responsabilidade Social – Projeto de Lei nº 210/06, que estabelece a prioridade do investimento social em relação ao investimento econômico na execução da Lei de Responsabilidade Fiscal.

86. Realizar auditoria da dívida externa brasileira.

87. Revogar a Lei Kandir, que isenta do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) as mercadorias destinadas à exportação e os serviços prestados para pessoas físicas ou jurídicas no exterior, de competência dos estados.

88. Elaborar projeto de lei que estabeleça percentual de tributos arrecadados com a produção e a expansão da cadeia produtiva de atividades como a canavieira, de drogas lícitas (fumo e álcool), petroquímica, mineração, madeireira, atividades poluentes ou degradantes, automobilística, como ressarcimento e contrapartida eqüitativa de recursos financeiros ao SUS, nos estados e municípios afetados, para reabilitação, assistência, vigilância, prevenção e promoção da saúde à população atingida.

89. Ampliar financiamento federal e articular outras fontes para investimentos em infra-estruturas urbana e rural, meio ambiente e saneamento básico como condição para a saúde e qualidade de vida, sob controle dos conselhos das respectivas políticas setoriais.

90. Que o Ministério da Saúde, os estados e os municípios promovam campanhas educativas e de conscientização para a população sobre a importância da preservação ambiental, da prevenção de queimadas, de evitar acúmulos de resíduos e os desmatamentos; dos riscos da circulação livre de animais (cães, eqüinos, bovinos e outros) nas zonas urbanas, estimulando uma intervenção mais efetiva por meio da vigilância sanitária; da doação e captação de órgãos para transplantes, da utilização do seguro obrigatório sobre Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT); e sobre as ações e os serviços do SUS, por meio de mídia impressa, eletrônica, radiofônica e televisiva.

91. Definir e implementar uma política eqüitativa de alocação de recursos orientada por projetos de desenvolvimento para o enfrentamento das desigualdades regionais em suas especificidades geográficas, ambientais, epidemiológicas, administrativas, sociais, culturais, econômicas, entre outras, apresentadas por estados e municípios, em questões tais como a Amazônia Legal, o Polígono das Secas, regiões de fronteiras, comunidades indígenas, extrativistas e quilombolas, trabalhadores em atividades sazonais e demais populações com baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano).

92. Instalar um complexo produtivo amazônico envolvendo equipamentos, medicamentos, tele-saúde, entre outros, associado à implantação de pólo de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

93. Que seja realizado um amplo debate para a construção, a pactuação e a implementação de proposta que regulamente as emendas parlamentares a partir dos princípios e necessidades do SUS, vinculando a apresentação das emendas parlamentares aos critérios técnicos e políticos, bem como a utilização destas, de acordo com as prioridades previstas nos respectivos Planos de Saúde e com as prioridades pactuadas submentendo-as à aprovação e ao controle do respectivo conselho de saúde, garantindo que os recursos das emendas parlamentares sejam repassados diretamente aos estados, municípios e Distrito Federal, sem a interferência dos deputados, objetivando o fim das emendas parlamentares no Orçamento Geral da União para a Saúde, com repasse financeiro fundo a fundo.

94. Combater o ideário de racionalização neoliberal, economicista e privatista na operacionalização das políticas do setor Saúde.

95. Garantir recursos financeiros do PAC às políticas de saúde, saneamento, meio ambiente, geração de emprego e renda, lazer e segurança nos municípios, para que as ações intersetoriais promovam o direito integral à saúde, priorizando a atenção básica, mediante a descentralização eqüitativa das políticas de desenvolvimento e qualificação da gestão e do trabalho no setor público.

96. Aumentar o financiamento à pesquisa e à produção de medicamentos em instituições públicas e laboratórios nacionais, de acordo com a necessidade epidemiológica configurada nacional e/ou regionalmente.

97. Os governos federal, estaduais e municipais devem reservar recursos, definir e divulgar as normas de financiamento para pesquisa, prioritariamente a órgãos públicos, vinculando-os à ampla divulgação dos resultados encontrados e qualificar os trabalhadores para a produção de pesquisas científicas e tecnológicas em saúde visando à qualidade da atenção.

98. Assegurar o financiamento tripartite à informação científica e tecnológica, bem como o desenvolvimento de estudos e pesquisas de interesse para o SUS, em estrita observância à Resolução CNS nº 196/96.

99. Buscar incluir na política de concessão dos meios de comunicação a obrigatoriedade de reserva de espaços para a divulgação de práticas de promoção à saúde e de prevenção de doenças, ampliando a divulgação das diretrizes do SUS, direitos e deveres de prestadores de serviços, gestores e, especialmente, dos usuários, com a criação de prêmio de jornalismo para rádios, TVs, jornais, revistas e outros que divulguem experiências exitosas em saúde.

100. Que o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, por meio de ações intersetoriais com Educação, Cultura, Assistência Social, Trabalho, Segurança e Conselhos Tutelares, intensifiquem a divulgação sobre planejamento familiar, esclarecendo a população em relação aos locais de acesso a métodos contraceptivos, incenti-

vando a paternidade e a maternidade conscientes, a realização de acompanhamento pré-natal, a prevenção da gravidez na adolescência e a prevenção das DSTs.

101. Apoiar e aprovar a regulamentação em lei da venda de medicamentos fracionados.

102. O Governo Federal, o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, em parceria com o Ministério Público e os demais parceiros, devem fazer cumprir a legislação referente à propaganda e à publicidade de bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos e outras áreas da saúde, garantindo a ética nas propagandas, informando a população, pelos meios de comunicação, sobre os riscos da automedicação, incluindo conhecimentos relacionados ao uso racional de medicamentos para os profissionais de saúde, ao uso e ao acondicionamento adequado destes.

103. Proibir propagandas de medicamentos e exames complementares nos meios de comunicação social e a comercialização pela internet, diretamente ao usuário, de qualquer tipo de medicamento.

104. O Ministério da Saúde deve criar um banco de dados nacional com informações dos usuários do SUS, disponibilizado por meio de redes informatizadas e financiadas a todas as secretarias estaduais e municipais de saúde, para uso dos profissionais, tendo o agente comunitário de saúde como agente de desenvolvimento local, a fim de articular as políticas públicas como saúde, educação, segurança, meio ambiente e desenvolvimento social, constituindo-se num sistema de informação acessível e atualizado cotidianamente.

105. Criar legislação específica e implantar fiscalização e controle sobre as granjas de suínos, em relação ao destino inadequado de dejetos, e para disciplinar o controle populacional de cães e gatos.

106. O Governo Federal deve estabelecer mecanismos para garantir qualidade nas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utilizadas como parâmetro para o repasse de recursos aos municípios.

107. O Ministério da Saúde deve garantir que o SUS reconheça como promotores de saúde alternativa pajés, xamãs, parteiras e pastorais da criança.

108. Os gestores do SUS, em parceria com outras entidades sociais, devem garantir a manutenção e o fornecimento da multimistura.

109. Que o Ministério da Saúde, os estados e os municípios garantam ao segurado do INSS, em tratamento pelo SUS, o direito ao benefício sem a suspensão por dependência de exames ou cirurgias, além do agendamento com rapidez de exames solicitados pela perícia, custeados pela Previdência Social.

110. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde se posicione contra a alta programada exercida pelo INSS.

111. Que Ministério da Saúde, estados e municípios articulados com os Ministérios do Meio Ambiente, da Agricultura, da Educação e da Cultura, o Poder Judiciário e as instituições de ensino, estabeleçam normas e critérios para que a sinalização sonora seja obrigatória em cidades acima de 50 mil habitantes. Que seja proibido o estacionamento de carros e motos nas calçadas das cidades e que seja cumprido o Código Florestal Brasileiro.

112. Que os Ministérios da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento Agrário e demais ministérios relacionados criem uma agenda de interlocução, atendendo e incentivando projetos alternativos de desenvolvimento sustentável e solidário, com ênfase nos centros de formação familiares, por alternância, como as Escolas Famílias Agrícolas (EFAs) e as Casas Familiares Rurais (CFRs) e outros que defendem a educação no campo.

113. Ampliar a oferta de cursos técnicos profissionalizantes nos estados e nos pequenos municípios, com o objetivo de alavancar as potencialidades locais na construção civil, agricultura, pecuária e tecnologia.

114. Que os Ministérios da Saúde e dos Transportes garantam transporte terrestre, fluvial e aéreo para o deslocamento de equipes multidisciplinares de saúde para atendimento à população em áreas de difícil acesso.

115. Sugerir a elaboração de projeto de lei que isente os pacientes que utilizam a oxigenoterapia do acréscimo do consumo de energia elétrica, após o início do uso dos equipamentos e dos condensadores.

116. Exigir que os gastos com saneamento básico não sejam usados como contrapartida do orçamento de saúde nas três esferas de governo.

117. Que o Governo Federal implemente políticas que contemplem ações de saúde e de seguridade social para as caravanas de saúde, visando ao melhor atendimento aos usuários da zona rural; política social para os egressos do sistema penal e correcional, com base em ações de apoio e readaptação psicossocial e profissional, em conjunto com secretarias afins; albergues públicos com financiamento e gestão intersetorial para acompanhantes e pacientes em tratamento fora do domicílio.

118. Criar fórum para discussão ampliada e execução do Programa Reabilita-INSS, adequando-o às necessidades dos municípios, em parceria com o SUS e demais setores envolvidos, além de viabilizar encontros entre os médicos e técnicos do INSS para esclarecer as dúvidas relacionadas aos laudos e aos atestados exigidos pelas instituições.

119. Sugerir a elaboração de projeto de lei que delimite um teto para o corte de cana-de-açúcar que evite o desgaste físico excessivo ou a morte por exaustão dos trabalhadores, estipulando um teto de dez toneladas, sem prejuízo nos seus vencimentos.

120. Recomendar aos órgãos federais e estaduais a viabilização de financiamento aos assentamentos não oficializados e que não recebem repasses de recursos para a saúde por parte do Ministério da Saúde.

121. Que o Governo Federal garanta uma cota anual de livros para transcrição da literatura brasileira para o Braille, ampliando as opções de leitura e conhecimentos para pessoas com deficiência visual.

122. Que os governos federal, estaduais e municipais garantam o repasse de 5% da arrecadação dos planos de saúde para o SUS.

123. Que o Ministério Público e o Poder Judiciário considerem e tratem os desvios de recursos da saúde como crime hediondo.

124. Efetivar Política de Habitação com programa de eliminação de todas as moradias precárias, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida e para a eliminação de doenças decorrentes dessa precariedade, buscando parcerias com os Ministérios das Cidades e da Infra-estrutura, estados e municípios.

125. Garantir a revisão da padronização de medicamentos do SUS por meio de comitê científico, com base em protocolos clínicos aprovados pelo Ministério da Saúde, adequando a sua distribuição a partir de estudos epidemiológicos, além de disciplinar o acesso a medicamentos de alto custo, excepcionais e estratégicos, reformulando o Programa Nacional de Medicamentos Excepcionais, buscando uma legislação específica sobre a Relação Nacional de Medicamentos Padronizados, de tal forma que para cada Código Internacional de Doenças (CID) sejam padronizadas algumas opções terapêuticas, garantindo o financiamento e o acesso por meio de instrumentos de gestão.

126. Que o Governo Federal, em parceria com o Ministério Público, gerencie a liberação de medicamentos, proibindo a comercialização e a distribuição dos medicamentos não aprovados pela Anvisa ou por órgãos reguladores de outros países.

127. Repensar o modelo de desenvolvimento adotado pelo Estado, incluindo a efetiva participação do controle social nas discussões para instalação dos empreendimentos e adoção dos componentes de saúde humana e sustentabilidade socioambiental nos processos de licenciamento, na perspectiva do desenvolvimento sustentável.

128. Buscar articulações intersetoriais para garantir a acessibilidade, nas três esferas de governo, por meio de projetos voltados à eliminação das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequado, especialmente aos idosos, pessoas com deficiência e gestantes, inclusive unificando as carteirinhas em regiões metropolitanas, a fim de facilitar a locomoção e o exercício de seus direitos.

129. Exigir a aplicação integral do percentual previsto em lei de recursos do ICMS das empresas de açúcar e álcool, para a saúde dos trabalhadores e ressarcimento do impacto ambiental das usinas hidrelétricas e sucroalcooleiros.

130. Realizar reforma tributária e administrativa no Estado brasileiro contemplando políticas sociais como saúde, educação, assistência social, moradia, transportes e cultura.

131. Elaborar políticas públicas intersetoriais e transversais voltadas às pessoas em situação de rua, portadoras ou não de transtornos mentais, usuários de drogas e com necessidades especiais, repudiando práticas higienistas, repressivas e a violência que incide sobre esses segmentos populacionais.

132. Ampliar as ações intersetoriais de inclusão social voltadas para pessoas vivendo com HIV/aids, hanseníase, hepatite C, tuberculose, anemia falciforme e outras patologias crônicas, assegurando o apoio necessário para a garantia da preservação da dignidade humana e do direito de ir e vir para estas populações.

133. Viabilizar recursos para a implantação de serviços como Casas de Apoio e Centros de Referência e Juizado, para o atendimento por equipe multiprofissional a vítimas de violência de gênero, de ordens física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

134. Que os governos federal, estaduais e municipais implementem uma política intersetorial de segurança pública e cidadania, com comitê de combate à violência e de cultura de paz.

135. Criar mecanismos entre os organismos governamentais e a sociedade civil para garantir a simplificação da aplicação de flexibilidade do acordo TRIPS (Tratado Internacional assinado em 1994, relativo ao direito de propriedade intelectual relacionado com o comércio), tal como o processo de licenciamento compulsório, e reavaliar a legislação brasileira acerca de Patentes Papeline.

136. Incentivar e implementar políticas públicas intersetoriais de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo centros de pesquisa, laboratórios oficiais, universidades e setor produtivo, com perspectiva de desenvolvimento de inovações tecnológicas para

produzir produtos e processos de interesse para a saúde da população, como vacinas, soros, hemoderivados, fármacos, reagentes, *softwares*, equipamentos diagnósticos e técnicas terapêuticas que atendam aos interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS.

137. Articular as políticas públicas de transporte, trânsito, pavimentação asfáltica com a política de desenvolvimento urbano municipal, microrregional e interestadual, com o objetivo de promover o desenvolvimento sustentável, bem como desenvolver políticas sociais que reduzam a necessidade de deslocamentos.

138. Retomar o debate sobre a Seguridade Social, integrando os setores da saúde, previdência social e assistência social, rediscutindo e implantando o orçamento da seguridade social.

139. Dar ênfase à intersetorialidade como diretriz para a implementação de políticas públicas voltadas às pessoas idosas, com estabelecimento de parcerias nas áreas de saúde, educação, cultura, lazer, transporte e esportes, para atenção às múltiplas necessidades desta população, com a criação e implementação de conselhos municipais e regionais da pessoa idosa, como estratégia para legitimar a efetivação das políticas públicas.

140. Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPIC) no SUS, incluindo homeopatia, acupuntura, fitoterapia, antroposofia e crenologia, bem como o acesso a alimentos naturais, por meio de ações intersetoriais e que os gestores, nos três níveis de governo, garantam em suas pactuações orçamentárias os recursos financeiros para a sua execução.

141. Implantar a Política de Promoção da Saúde nos estados e municípios, com a constituição de comitês gestores intersetoriais e com controle social, incluindo as ações relacionadas ao conhecimento básico em saúde, alimentação saudável, atividades físicas regulares, combate ao tabagismo e redução do consumo de álcool, com desenvolvimento de projetos que visem à melhoria da qualidade de vida da população.

142. Articular intersetorialmente com todas as esferas governamentais e instâncias não-governamentais para propiciar conectividade com todos os municípios do país, em especial para a região Norte.

143. Estimular os municípios a implementar, por meio do estabelecimento de redes, ações relacionadas ao planejamento intersetorial e gestão de cidades, como a Agenda 21 Local, Cidades Saudáveis e Cidades Sustentáveis.

144. O Ministério da Saúde deve reformular o SIS-FRONTEIRA, assim como, viabilizar recursos extras para os municípios do SIS-FRONTEIRA, para atender não apenas a fronteira seca, mas os municípios da faixa de fronteira, em especial, os que tem aduanas e maior fluxo de estrangeiros e municípios litorâneos com demandas de não residentes nos meses de verão, para implementação das ações de assistência à saúde e à vigilância sanitária, estabelecendo mecanismos de negociação e celebração de convênios, acordos de cooperação entre o Governo Federal (em parceria com Ministério das Relações Exteriores) e governos dos países fronteiriços, com contrapartida dos mesmos e em articulação com a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando disciplinar a oferta de procedimentos e serviços de saúde aos brasileiros e estrangeiros.

145. Implementar políticas públicas intersetoriais e interinstitucionais a partir de estratégias que articulem a promoção e a atenção em saúde mental, avançando no processo de desinstitucionalização psiquiátrica e para a inclusão social, incluindo atividades esportivas, culturais e de lazer, para apoiar a prevenção do uso de álcool e de drogas por crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, em parceria com entidades sociais públicas e privadas.

146. Buscar o fortalecimento das ações de geração de emprego e renda por meio de projetos intersetoriais, incluindo os beneficiários do Programa Bolsa Família, com apoio das três esferas de governo, envolvendo diferentes modalidades como grupos de cidadania e trabalho, oficinas terapêuticas, criação de cooperativas sociais, etc., para favorecer a inserção social.

147. Que os hospitais universitários das instituições federais de ensino superior sejam 100% públicos, devendo ser financiados pelos mi-

nistérios da Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia, para atuação como hospitais de ensino, pesquisa, extensão e assistência, impedindo a substituição de profissionais da saúde por estagiários, que devem desenvolver atividades de caráter educacional.

148. Que as três esferas de governo no setor Saúde articulem-se com Conselhos Tutelares, Ministérios Públicos, Segurança Pública e outros, a fim de acompanhar, assistir e acolher casos de maus-tratos e violência a pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como criar centros de reabilitação para menores em situação de risco social.

149. Cumprir e divulgar amplamente a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), assegurando o direito do benefício às mães que cuidam de filhos com deficiência e transtornos, bem como incluir renda mínima individual no sistema de proteção social do Estado, como direito básico de cidadania, além de revisar o valor da bolsa do Programa De Volta para Casa.

150. Garantir a descentralização de recursos para os governos que implementam políticas de incentivo à contratação de pessoas com doenças crônicas e/ou degenerativas, deficiências físicas ou sensoriais e transtornos psíquicos, bem como a inserção de jovens no mercado de trabalho, visando potencializar uma política efetiva de reabilitação psicossocial, fornecendo certificado de responsabilidade social às empresas que contratam essa população.

151. Que o Governo Federal cumpra a lei de saneamento básico, com instituição de modalidade de repasse fundo a fundo para municípios e estados, com relação aos recursos hoje administrados pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para essa área.

152. Criar dispositivo legal com relação à obrigatoriedade da elaboração de um plano estratégico que garanta a prática da intersetorialidade nas três esferas de governo.

153. Garantir um Estado laico, para que as questões de saúde e políticas públicas não sejam guiadas por normas religiosas.

154. Reduzir o percentual constitucional destinado ao Poder Legislativo, nas três esferas, com vistas a ampliar os recursos para as ações e os

serviços de saúde, em especial para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

155. Criar a Semana Nacional de Combate ao Câncer.

156. Definir uma política intersetorial de atendimento e abrigo temporário pós-alta hospitalar para adultos sob cuidados especiais, em situação de vulnerabilidade social, sem vínculos familiares e/ou com vínculos fragilizados.

157. Integrar e harmonizar os serviços dos médicos peritos do INSS e os dos médicos assistentes do SUS.

158. Regulamentar o uso de produtos que trazem riscos para a saúde dos brasileiros (amianto, chumbo, mercúrio, benzeno, radiações ionizantes, agrotóxicos e transgênicos) tornando transparentes as decisões da Anvisa, por meio do controle social, além de estimular a conscientização dos trabalhadores que manipulam esses produtos, com campanhas informativas e educativas.

159. Priorizar ações de vigilância e controle de qualidade da água para consumo humano nos locais de captação (rios e lagos), visando identificar e eliminar fontes de contaminação, promovendo a potabilidade, balneabilidade e dessalinização, ampliando os serviços na rede de abastecimento e incentivando projetos residenciais e industriais de captação e reutilização da água da chuva e da energia solar.

160. Garantir a implantação de dessalinizador na Ilha de Fernando de Noronha e ampliar os serviços na rede de abastecimento que proporcionem a qualidade da água para o consumo humano.

161. Fortalecer o Sistema Nacional do Meio Ambiente (SISNAMA) para o cumprimento de suas funções legais estabelecidas na Lei nº 11.445/07, consideradas relevantes para as saúdes humana e ambiental, estimulando as populações da zona rural para o processo de reflorestamento, por meio de ação articulada entre os Ministérios da Saúde, das Cidades, do Meio Ambiente e da Agricultura.

162. Que o Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, crie institutos de pesquisas de doenças tropicais.

163. Que as instituições de ensino superior, em articulação com os serviços de saúde, invistam em campos de estágios, incluindo o Sistema Penitenciário, por meio de projetos, estudos e pesquisas que contribuam com a superação de problemáticas da saúde da população.

164. Que o Ministério da Saúde incentive o intercâmbio de conhecimento entre os universos científico e popular/empírico, com a realização de pesquisas de interesse da saúde das populações vulneráveis, produzindo inovações a baixo custo para o SUS.

165. O Ministério da Saúde deve criar estratégias tecnológicas e científicas de pesquisa para que sejam avaliados os efeitos colaterais causados por medicamentos e/ou terapias usadas no tratamento de doenças graves e/ou crônicas como HIV/aids, tuberculose, hanseníase e câncer, levando em consideração os recortes étnico, racial, de gênero e orientação sexual, garantindo os avanços terapêuticos e preventivos atuais e futuros a todos os usuários do SUS.

166. Que o Ministério da Saúde articule junto à Secretaria de Ciência e Tecnologia e às Fundações de Amparo a Pesquisas, recursos para apoiar a realização de pesquisas sobre desafios estratégicos do SUS, o desenvolvimento de tecnologias sociais para a qualidade de vida e a interface entre a prestação de serviços e as instituições de ensino, com a participação ativa das secretarias de saúde no planejamento, na execução e na avaliação dos serviços.

167. Garantir incentivos para pesquisas científicas e inovações tecnológicas referentes às endemias, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, meio ambiente, trabalho, transporte, ações de saúde para a população GLBTT, e outras.

168. Que o Ministério da Saúde garanta tratamento diferenciado às equipes multiprofissionais para atendimento à população indígena, no sentido de fortalecer as práticas tradicionais de cura e autocuidado da medicina tradicional indígena e quilombolas.

169. Que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) tenham autonomia financeira, orçamentária e de gestão para a instauração da Política Nacional de Saúde Indígena, com a construção de casas de

apoio, compreendendo as terras indígenas como espaços de proteção e de produção da saúde.

170. Que as políticas relacionadas à Saúde Bucal contemplem a integração entre a medicina preventiva e a odontologia, para o desenvolvimento de ações integrais; a implantação e a implementação do Programa de Saúde Bucal em toda a rede de ensino fundamental e médio; e a recomendação ao Conselho Nacional de Educação que não inclua profissionais da área no projeto que institui diretrizes básicas para educação profissional de nível tecnológico (tecnólogo).

171. Que os governos federal, estaduais e municipais articulem-se para a implantação de centros-dia de referência à atenção à saúde da pessoa idosa em todas as regiões de saúde, com equipe multiprofissional, contemplando atenção integral à saúde da pessoa idosa, garantindo a referência e a contra-referência, o apoio diagnóstico e os medicamentos de alto custo; o acesso ao transporte coletivo; a implantação de caderneta da pessoa idosa com a divulgação de sua importância e utilização; e a antecipação do período de divulgação e de realização de campanha de vacinação contra a gripe nos estados do sul do país, em razão das características regionais.

172. Que os governos federal, estaduais e municipais desenvolvam ações intersetoriais de promoção da saúde nas três esferas do governo, visando ampliar as ações de vigilância em saúde, contemplando a obrigatoriedade da apresentação da carteira de vacina no ato da matrícula escolar do ensino infantil e fundamental e nos programas de combate à pobreza do Governo Federal; a implementação de atividades físicas nas unidades de saúde, regulamentando a atividade de profissionais especializados; e a implementação de ações de controle de zoonoses, hanseníase, tuberculose, meningite, hepatites B e C, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, aids, leishmaniose em cães, além da implementação do Serviço de Verificação de Óbitos nas regiões de saúde.

173. Realizar projetos em parceria com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e os governos estaduais para ampliar a cobertura das ações e dos serviços de saneamento básico, com destaque para a vigilância da qualidade da água, incluindo a captação e a fluoretação

para o consumo humano de fontes alternativas em zonas rurais, a construção de fossas sépticas e a destinação adequada de águas servidas e dejetos.

174. Implementar Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente em situação de risco, abuso sexual, violência, com ênfase em ações preventivas quanto à gravidez na adolescência, à dependência química e às DST/aids, com a participação dos jovens na elaboração e no acompanhamento, de acordo com as características de cada região, facilitando o acesso de crianças e adolescentes dependentes químicos e soropositivos ao tratamento e internação pelo SUS.

175. Os governos federal, estaduais e municipais devem implantar e implementar ações e serviços em relação à atenção integral à saúde da mulher, contemplando o apoio à Lei Maria da Penha, articulando segurança, assistência social e saúde, e apoiando a implantação de casas de acolhimento para mulheres vítimas de violência; o apoio ao Projeto de Lei nºs 281/05, que prevê a ampliação da licença maternidade para seis meses; o incentivo às instituições públicas e às empresas privadas a abrirem creches, garantindo recursos do Ministério da Educação para as creches públicas que recebem crianças de 2 a 7 anos; a garantia de acompanhamento das mulheres beneficiárias dos programas sociais (Bolsa Escola, Bolsa Família) pelos programas de Saúde da Mulher, com assistência pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar, imunização e programas de saúde bucal; e a obrigatoriedade de notificações de casos de violência contra a mulher em todos os serviços de saúde e órgãos públicos.

176. Garantir a relação intersetorial entre a saúde do trabalhador e a previdência social no sentido de garantir a compreensão e o tratamento comum entre a perícia médica do INSS e o tratamento e a reabilitação desenvolvidos pelo SUS aos trabalhadores adoecidos e acidentados pelo trabalho.

177. Implantar e implementar os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerests), em todos os municípios de médio porte, com planejamento, avaliação e divulgação das ações de prevenção, vigi-

lância e atenção à saúde do trabalhador, nos âmbitos municipais, regionais e estaduais, de acordo com a Política da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), com poder de autoridade sanitária.

178. Inserir as ações de saúde do trabalhador nos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, garantindo seu financiamento, com a implantação de política intersetorial de prevenção, promoção e proteção para acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, além de promover discussões entre gestores, empregados e empresas, com orientações sobre qualidade de vida e saúde do trabalhador.

179. Implantar Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador em conjunto com os Cerests para discussão permanente com representantes do INSS, para gerenciar ações de reabilitação e reinserção no mercado, entre outros, de pessoas com transtornos mentais, visando ao atendimento digno e humanizado.

180. O Governo Federal e o Ministério Público devem garantir que a vigilância em saúde do trabalhador seja executada com a participação das unidades de saúde, levando em conta os níveis de atenção e as equipes multiprofissionais, com a participação dos Cerests e dos Conselhos de Saúde, por meio de comissões intersetoriais de saúde do trabalhador e em parceria com as Delegacias Regionais do Trabalho e o Instituto Nacional do Seguro Social.

181. Elaborar portaria interministerial entre MS, MTE, MPS e MEC para garantir a inclusão do módulo de saúde do trabalhador em todos os cursos de formação para os profissionais de saúde e o controle social.

182. Estabelecer parceria com a Casa da Agricultura visando a ações para elevar a qualidade de saúde do trabalhador, abordando como foco principal os trabalhadores que manuseiam agrotóxicos e carvão.

183. Que seja retirado do Congresso Nacional o Projeto de Lei do Ato Médico.

184. Proibir o cultivo de sementes transgênicas.

185. Os Ministérios da Saúde e da Educação devem, de forma articulada, formular uma política de redirecionamento dos cursos de graduação e pós-graduação, que atenda às necessidades do SUS, considerando as mudanças necessárias na estrutura formal da educação na saúde utilizando o SUS como campo de práticas, favorecendo a reorientação e melhoria da qualidade da formação, visando ao atendimento das necessidades de saúde da população.

186. Recomendar ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação que, por meio de leis específicas, assegurem o serviço civil público obrigatório remunerado aos estudantes de universidades públicas e privadas que recebem recursos públicos, para passar obrigatoriamente um período mínimo de dois anos trabalhando no serviço público como contribuição/devolução do investimento público recebido durante a sua formação.

187. Que a União propicie o desenvolvimento de programas de interiorização e de residência para os profissionais da área de Saúde.

188. Denunciar ao Ministério da Saúde, secretarias de saúde, Ministério Público, Tribunais de Contas e Controladoria-Geral da União, de toda e qualquer irregularidade nas equipes do PSF, entre as quais a redução da carga horária dos profissionais, desvios de função, equipes incompletas e o não cumprimento da Portaria nº 648/06.

189. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem propor ao Congresso Nacional, projeto de lei que estabelece aposentadoria aos 25 anos de serviço aos trabalhadores que atuam em atividades insalubres, e garantir condições salubres de trabalho para os mesmos, em especial para os agentes de endemias da Funasa, que trabalharam no combate à malária e em outras endemias, manipulando produtos químicos.

190. Propor a agilização da aprovação no Congresso Nacional do Projeto de Lei nº 026/07, que concede dispensa de incorporação aos conscritos que se encontram no mercado formal de trabalho, alterando a Lei nº 4.375/64.

191. Exigir que a Vigilância Sanitária e o Conselho Federal de Medicina, com auxílio do Ministério Público, façam cumprir as Leis nºs

5.991/73 e 9.787/98 que exige dos profissionais médicos receitas legíveis, manuscritas ou datilografadas, com prescrição de medicamentos da farmácia básica (relação municipal de medicamentos), pelos nomes da Denominação Comum Brasileira.

192. Rever a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e Programa de Ajuste Fiscal (PAF) no sentido de garantir uma política salarial para os funcionários e que os profissionais vinculados aos programas federais, entrem no gasto de pessoal da união e não dos municípios.

193. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem buscar parcerias com outros setores para desenvolver uma política de saúde dos trabalhadores da saúde, com ênfase na promoção e na intersetorialidade, em especial com o Ministério da Previdência para melhorar a qualidade do atendimento dos peritos do INSS.


13ª
CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE




Seguridade Social:
Um Bem Público
CUT





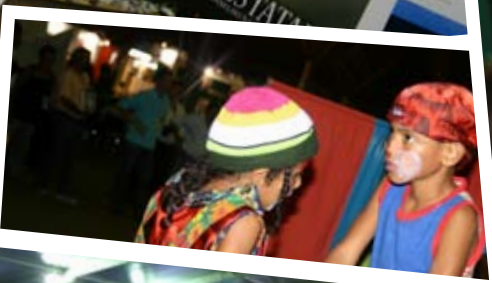

a:
13ª
CONFERÊNCIA


13ª
CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
1º DIA
Lutinha paz e amor abre 13ª Conferência Nacional de Saúde




JORNAL DO CNS
JORNAL DO CNS
FUNDAÇÃO ESTA


Políticas de Estado
Desenvolvimento












DIREITO AO ABORTO
COTURNO
CHEGA DE SILÊNCIO E HIPOCRISIA.
O ABORTO SEGURO E LEGAL É DIREITO DAS MULHERES
Marcha Mundial de Mulheres
CUT





Eixo I – Inéditas

1. Realizar auditoria na dívida interna do Brasil
2. Criar uma câmara intersetorial sobre qualidade de vida, saúde e desenvolvimento, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República, para formular e articular uma política intersetorial de estado, com objetivo e estratégias para territórios, grupos populacionais e indivíduos.
3. Envolver gestores das políticas públicas e organismos de cooperação com vista a definir uma política inovadora de colaboração e intercâmbio horizontal e solidária entre países, respeitando a autonomia e soberania, pela redução das desigualdades, qualidade de vida e saúde.
4. Assegurar a inclusão no PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) as ações e os projetos provenientes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e de Assistência Farmacêutica (PNAF) de forma a garantir crescimento e independência tecnológica, produtiva e o acesso ao medicamento pelo usuário do SUS.
5. Criar a Rede Nacional de cooperação técnica. Rede esta que seja capaz de mobilizar amplamente recursos humanos qualificados, oriundos não só das secretarias de saúde mais exitosas, mas também de outros órgãos públicos e da academia, e que seja operada por mecanismos nacionais de compartilhamento, capazes de fomentar colaboração no esforço de capacitação dos gestores locais, maior difusão de inovações, bem como a dinamização das práticas pedagógicas para gestão e trabalho no SUS.
6. Disseminar as melhores práticas de gestão, processos e aplicativos, desenvolvidos no âmbito da saúde e ampliar a divulgação das ações do SUS nos diversos meios de comunicação.
7. Executar o Programa de Reabilitação e Qualificação Profissional do INSS, extensivo aos empregados e desempregados adequando-o às necessidades locais em parceria com o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), obrigando as empresas a acatar as orientações do programa.

8. Exigir que todo hospital que recebe verba do SUS tenha conselho gestor e preste contas ao Conselho Estadual de Saúde do recurso empregado com o custo expresso das ações desenvolvidas.

9. Fomentar a preservação da memória institucional e o uso da literatura técnico-científica nacional e internacional para qualificar os processos de trabalho e a tomada de decisões dos gestores, profissionais, usuários e conselheiros; bem como expandir o modelo Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para o registro, acesso e disseminação das informações produzidas pelas instituições do SUS e consolidar a BVS Brasil como instâncias nacional da rede BVS da América Latina e Caribe. Implantar as estações BVS nos postos de saúde de todo o Brasil com recursos financeiros do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (FUST), incluindo um profissional capacitado para o atendimento das demandas de informação dos usuários nos serviços de saúde.

10. Garantir a implantação de processos de diagnóstico, monitoramento e avaliação das ações governamentais nas três esferas do SUS, com o objetivo de favorecer o aperfeiçoamento da gestão e do controle social, criando um sistema nacional de certificação das boas práticas de gestão e de atenção em unidades e serviços do SUS.

11. Garantir aos pacientes portadores de doença de Chagas, com problemas de cardiopatia, a aquisição e o implante de marca-passo pelo SUS.

12. Imediato funcionamento dos Conselhos da Previdência Social, em todas as esferas de sua organização, tendo como parâmetro os Conselhos do SUS e SUAS, com representação paritária e de caráter deliberativo, alternando-se o Decreto nº 4.874/03.

13. Implementar a política de auditoria no SUS nas três esferas de governo, garantindo a efetivação dos preceitos legais, abrangendo as seguintes diretrizes:

14. Instituir os Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e de Seguridade Social, de caráter deliberativo, com 50% de representação da sociedade civil organizada e com a representação do SUS, Previdência Social e SUAS, no sentido de definir as políticas sociais

que assegurem qualidade de vida digna e igualitária ao conjunto da população.

15. Integrar, organizar e fortalecer o fluxo entre o SUS, a Previdência Social e o SUAS retomando o debate, no Plano Nacional, sobre a Seguridade Social, integrando essas políticas sociais, incluindo as políticas de emprego e moradia, como direito de cidadania, além de definir o orçamento da Seguridade Social e sua destinação e o seu gerenciamento em um novo ministério.

16. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde delibere sobre a instituição de um concurso nacional para divulgar à sociedade brasileira o SUS positivo, que não aparece e não é apresentado na mídia, instituindo campanhas pela sua identidade, iniciando pela obrigatoriedade da marca nas diversas formas de comunicação oficial realizadas por órgãos e serviços do SUS.

17. Que o Governo Federal garanta ao segurado do INSS, em tratamento pelo SUS, o direito ao benefício sem a suspensão por dependência de exames ou cirurgias, além do agendamento com rapidez dos exames solicitados pela perícia, custeados pela previdência social.

18. Formação de parteiras indígenas e rurais com a finalidade de garantir qualidade no acompanhamento da gestante e do parto e que o SUS garanta-lhes material (luvas, etc.) e remuneração para prestação de seus serviços às mulheres de sua comunidade.

19. Reconhecer as APAEs e instituições responsáveis pelo tratamento dos deficientes atendidos pelo SUS como referência para a realização de pesquisas científicas com foco nas deficiências, garantindo recursos para isso.

20. Tornar obrigatório a inclusão de tipagem sanguínea no documento de identidade e no cartão SUS, evitando com isso a duplicidade de exames na rede pública.

21. O Governo Federal deverá promover a criação por meio do Ministério da Saúde e da Educação de cursos regulamentares na área de apoio técnico e terapêutica nas escolas técnicas federais e estaduais, formando profissionais nessa área com função regulamentada, realizando concursos públicos para contratação desses

profissionais para que façam parte de PCCS-SUS acabando assim as terceirizações e a precarização desse setores, que ocorrem hoje nas unidades de saúde do setor público.

22. Elaborar projeto de lei que estabeleça percentual de tributos arrecadados com a produção e expansão das fronteiras agrícolas com ressarcimento e contrapartida estadual, municipal dos danos provocados por questões ambientais, com vista à vigilância, à prevenção e à promoção da saúde das populações direta e indiretamente atingidas.

23. Estabelecer políticas de saúde ambiental, por meio de leis federal, estadual e municipal nas áreas de fronteiras agrícolas, normatizando o uso de aplicação de defensivos agrícolas, com impedimento da aspersão aérea nos perímetros urbanos e rurais, bem como plantio agrícola distante de aglomerados populacionais, com vistas à proteção da saúde das populações.

24. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem propor ao Congresso Nacional, projeto de lei que estabeleça a aposentadoria aos 25 anos de serviços a todos os trabalhadores que atuam em atividades insalubres, garantindo condições salubres de trabalho para os mesmos.

25. Retirar a lei que mudou a idade para aposentadoria de várias categorias profissionais, mesmo tendo o tempo suficiente de contribuição previdenciária.

26. Que a política de alimentação e nutrição, nas diferentes esferas de governo, seja desenvolvida sob a ótica da Segurança Alimentar e Nutricional, respeitando os princípios e diretrizes da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – Losan/2006).

27. Que o Ministério da Saúde, auditorias, conselhos de saúdes, fiscalizem os municípios e assegurem o cumprimento da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que trata da efetivação dos Agentes de Endemias e ACS.

28. Que o Ministério dos Transportes acrescente no passe livre do deficiente garantido pela Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994, o transporte gratuito dentro do estado e na aviação civil.

29. Efetivação da implementação da Lei nº 6.050, de 24 de maio de l974, que obriga a todos os municípios do Brasil com estação de tratamento d'água a adicionar flúor na água do abastecimento de suas cidades, como forma de garantir a redução dos índices de cárie na população e o controle multisetorial dessa aplicação (heterocontrole).

30. Que seja retirado do Congresso Nacional o projeto de lei contra a fluoretação das águas de abastecimento, benefício este indispensável para a prevenção de doenças bucais e para a promoção da saúde humana.

31. Viabilizar a criação do cargo de agentes promotores de saúde nos presídios brasileiros, com curso de capacitação para as pessoas presas, ministrados pelas secretarias estaduais de saúde, conforme o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a lei que regulamenta a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde.

32. Divulgação em rede nacional da Política Nacional de Saúde Mental, por meio dos Ministérios da Comunicação, Cultura, Educação e suas respectivas secretarias, apresentando a rede de atenção em saúde mental inserida na comunidade (Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Projetos de Geração de Renda e Culturais, Centros de Convivência, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral), em substituição as internações em hospital psiquiátrico.

33. Firmar parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para sistematizar o Programa de Erradicação das Drogas (Proerd) nos currículos de todo ensino fundamental e médio do país.

34. Garantia de serviços de atenção básica e psicossocial às crianças e adolescentes em risco e em sofrimento psíquico e às famílias, articulando tais serviços com as secretarias de Educação e Assistência Social, com o conselho tutelar e com a Vara da Infância e Juventude.

35. Que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação avaliem criteriosamente a disponibilidade de campos de estágio e mercado de

trabalho antes de autorizar a abertura de novos cursos em todos os níveis de formação na área de Saúde, assegurando que a ampliação desses cursos somente ocorra a partir das necessidades loco-regionais e de debates nos conselhos de saúde, e não conforme os interesses das instituições privadas de formação ou das corporações profissionais.

36. Os governos federal, estaduais e municipais devem assegurar políticas sociais amplas e intersetoriais de integração e desenvolvimento, que garantam emprego, moradia, saneamento básico, segurança, transporte, alimentação saudável e adequada, cultura, educação, lazer, saúde, meio ambiente preservado e saudável, etc., auxiliando na redução da iniqüidade e da desigualdade social cabendo aos conselheiros municipais de saúde e à sociedade civil discutir uma reforma tributária e fiscal progressiva no Brasil como meio para alcançar essas reivindicações.

37. Realizar programa de formação continuada com os educadores e demais profissionais da educação das redes de ensino e saúde, sobre mudanças climáticas, suas causas e conseqüências para a saúde do homem e do planeta, com a organização, apresentação e distribuição de filmes e outros materiais didáticos sobre o tema nas escolas e nas universidades.

38. Assegurar que a abertura e a ampliação de cursos da área de Saúde (graduação, pós-graduação, residências e grupos técnicos) somente ocorra a partir das necessidades loco-regionais, após debates e definidas nos conselhos de saúde, e não conforme os interesses das instituições privadas de formação ou das corporações profissionais.

39. Deve ser responsabilidade do Poder Público a produção de material educativo sobre direitos e deveres em relação ao assédio moral e sexual para a classe trabalhadora, bem como a execução de ações permanentes de defesa das vítimas de tais atos, por meio dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego, Justiça, bem como do Ministério Público do Trabalho.

40. Viabilizar para os profissionais dos serviços de saúde o acesso aos conteúdos do portal Capes/MEC, por meio de um consórcio público do SUS.

41. Estabelecer estratégias de redução de danos do uso de drogas como medida efetiva para controle de doenças nas ações programáticas do setor Saúde com ênfase nas áreas de saúde mental, programa de hepatites virais e DST/aids.

42. Estabelecer pesquisas e políticas de proteção à saúde do plantador de fumo/tabaco, considerando os seus elevados riscos de doenças.

43. Desenvolver políticas de inclusão dos portadores de doenças falciformes no mercado de trabalho, incluindo cotas de emprego, a exemplo das ações afirmativas adotadas para portadores de deficiência.

44. Criar e implementar nas três esferas de governo um programa específico voltado para a realização de cirurgias bariátricas e reparadoras dos obesos mórbidos. E crie e/ou implemente programa de prevenção da obesidade infantil, de adolescentes e de adultos.

45. Ampliação de leitos, com garantia de insumos, para os pacientes de transplante de medula óssea (TMO) nos hospitais públicos de referência em TMO e fortalecer campanhas de doação voluntária de medula óssea (DVMO) em todo Brasil.

46. Com a finalidade de garantir a saúde da população das regiões carboníferas minerais, elaborar um plano nacional de mudança da matriz energética, promovendo a substituição a curto prazo das fontes convencionais baseadas no carvão por fontes renovadoras e/ou alternativas com: levantamento de estratégias de mudanças de geração de energia a partir do carvão mineral; substituição da matriz energética baseada no carvão por outras alternativas, de modo gradativo, garantindo a migração da mão-de-obra do setor do carvão para outros setores da economia.

47. Com base no Estatuto do Idoso e na Política Nacional do Idoso elaborar planos de atenção à pessoa idosa com recorte de gênero, raça/etnia, classe, geração, orientação sexual, condição física, por intermédio de órgãos gestores e aprovação dos conselhos.

48. Defender e respeitar a vida desde a concepção até a morte natural.

49. Definir módulo de controle do tabagismo em todos os cursos de formação para os profissionais de saúde, estabelecendo portaria interministerial entre MS, MTE, MPS E MEC.

50. Desenvolver ações de vigilância no ambiente de trabalho no sistema penitenciário brasileiro e dos processos de trabalho, estabelecendo medidas de controle de riscos à saúde dos trabalhadores presos e dos profissionais do sistema penitenciário nacional, objetivando a proteção, a prevenção e a promoção da saúde.

51. Desenvolver programas de processos avaliativos de impactos sociais, ambientais e de vulnerabilidade das populações para o adoecimento diante dos projetos estaduais de construção de hidrelétricas sob a responsabilidade gestão federal, estadual, municipal e das instâncias de controle social na perspectiva de garantir a participação destes no planejamento, acompanhamento, monitoramento e fiscalização das ações e serviços já em desenvolvimento e os a serem implantados.

52. Garantir a presença de profissionais cirurgião plástico e dermatologista para a realização de preenchimento facial com metacrilato em pessoas que vivem com HIV/aids.

53. Garantir que o Ministério da Saúde e os governos estaduais implantem nos municípios brasileiros uma rede de unidades para o tratamento segundo a proporção de um centro especial para renais crônicos (hemodiálise) a cada cem mil habitantes e, da mesma forma, a criação de "centros de referência em diabetes, além de promover metas legais que agilizem os meios atuais dos transplantes renais".

54. Implantação e implementação de centros de referências em toda a Federação, para o tratamento das pessoas com o vírus HTLV, tendo o apoio do Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde.

55. Elaborar uma política nacional que estabeleça a profilaxia primária em hemofilia.

56. Incentivar e promover os meios necessários para as pesquisas com células-troncos legalmente instituídos no país.

57. Incluir o ensino da doença falciforme nos currículos de formação profissional em medicina e odontologia em todo o país.

58. Estimular a produção de conhecimento em vigilância em saúde, buscando integrá-la à política de nacional de ciência, tecnologia & inovação em saúde.

59. Garantir a remessa das denúncias comprovadas pela vigilância sanitária ao Ministério Público quando de relevância pública.

60. Incluir nas carreiras típicas de Estado os trabalhadores de vigilância em saúde, em particular da vigilância sanitária, com acesso garantido por concurso público, com processo de formação e qualificação de forma permanente e garantindo o direito de inamobilidade dos locais de trabalho, nas três esferas de governo.

61. Integrar os sistemas de vigilância da saúde e do sistema de inspeção de produtos e insumos agropecuários.

62. Que o Governo Federal por intermédio dos órgãos competentes estude a redução das gorduras trans nos alimentos industrializados e proíba a publicidade de alimentos e bebidas com baixo teor nutricional ou com alto teor de gordura, açúcares ou sal, especificamente as destinadas ao público infantil.

63. Propor ao Ministério da Saúde a elaboração de estudos e pesquisas com populações expostas a riscos de poluentes ambientais provocado pela indústria, agricultura, entre outros, para detecção precoce de agravos à saúde.

64. Garantir a manutenção das unidades federativas que integram a Amazônia Legal, entre eles o Tocantins, impedindo que o agronegócio aumente as áreas de desmatamento.

65. Garantir a vigilância e o monitoramento da qualidade da água, do ar e do solo para as populações expostas às interferências ambientais em relação às fronteiras agrícolas, com vistas à medição de níveis de agrotóxicos na população.

66. Que o Governo Federal assuma a responsabilidade sobre os impactos da saúde e do meio ambiente, do acondicionamento de resíduos nucleares, assim como os custos financeiros da remoção, em caso

de vazamento nuclear, da população moradora em cidades brasileiras que possuem usinas nucleares, como é o caso de Angra dos Reis, São Paulo e Goiânia.

67. Que o Governo Federal garanta recursos financeiros e outros, para a revitalização de Rio São Francisco, com a finalidade de garantir a vida da população ribeirinha, sua saúde e a geração de emprego para toda a população.

68. Considerando que saúde é prevenção e tratar do meio ambiente é saúde, que nas margens das rodovias onde há plantio de cana-de-açúcar haja um recuo de 100 metros e que, nesse espaço, haja plantio de mata ciliar.

69. Garantir o repasse das verbas do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (Fust) para a implementação da informatização da área de Saúde.

70. Implantar e ou implementar a atenção à saúde das pessoas com patologias neuropsiquiátricas, em especial a epilepsia, nas três esferas de governo e articular tal atenção com outras políticas públicas, sendo o financiamento já previsto em orçamento e tendo como objetivo o tratamento interdisciplinar, a conscientização e a prevenção.

71. Implantar serviços de pré-natal de alto risco, em caráter municipal ou regional, com equipe multidisciplinar, suporte laboratorial e tecnológico, visto que a maioria dos casos de mortalidade materno-infantil do nosso País poderiam ter sido evitados se existisse esse serviço especializado.

72. Implantar um sistema nacional de legislação da saúde nas três esferas de governo, com acesso livre via internet aos textos completos de atos normativos no campo da saúde.

73. Implementar políticas públicas e atividades intersetoriais de prevenção ao suicídio em âmbitos federal, estadual e municipal. Que as mesmas sejam trabalhadas como questão de saúde pública.

74. Instituir as perspectivas da redução de danos em todas as deliberações desta conferência que se referem ao uso de álcool e outras drogas.

75. Os governos federal, estaduais e municipais devem implementar políticas de desenvolvimento para a saúde e a qualidade de vida baseadas nas necessidades regionais e locais, considerando-se suas particularidades e restrições, criando projetos e destinando recursos suficientes para operar com as necessidades de cada município e/ou região.

76. Preservar os critérios de aposentadoria por contribuição (de 30 anos para mulheres e 35 anos para homens) ou por idade (de 55 anos para mulheres e 60 anos para os homens) e, para o trabalhador rural (55 anos para mulheres e 60 anos para os homens), mantendo as aposentadorias especiais na forma atual.

77. Formular e implantar uma política pública de saúde para atenção às pessoas com autismo, visando ao atendimento integral e à cidadania completa, implantando centros de convivência e residências terapêuticas.

78. Publicar e implantar portarias relativas à atenção ao deficiente visual, nos mesmos moldes do deficiente físicos e auditivos, incorporando, também, a dispensação de medicamentos oftalmológicos.

79. Que o Governo Federal utilize os acordos internacionais e decrete a quebra de patentes, investindo na produção nacional de medicamentos genéricos como estratégia de ampliação de acesso e redução de preços de medicamentos.

80. Que os governos federal, estaduais e municipais por meio de suas secretarias de esporte e laser criem academias de ginástica comunitárias garantindo, assim, o acesso de pessoas de baixa renda à atividade física de boa qualidade.

81. Que o Ministério da Saúde promova imediata integração com o Ministério do Trabalho no sentido de reduzir a exposição ocupacional a agentes cancerígenos a níveis mínimos ou zero, adotando critérios e normas mais restritivas que a atual, pelo menos aos 27 agentes reconhecidamente cancerígenos segundo a OMS.

82. Que o Ministério da Saúde promova políticas de incentivo fiscal para isentar os fornecedores de produtos consumidos por portadores de doença celíaca, para que estes tenham condição de adquirir os alimentos adequados (soja, arroz, milho, mandioca, batata e quinua), proporcionando-lhes uma alimentação que evite riscos e lhes garanta o direito elementar à vida.

83. Que os governos federal, estaduais e municipais reconheçam e apóiem as escolas indígenas integradas como garantia de melhoria da saúde desse segmento, além de garantir que o modelo DSEI e todas as pesquisas desenvolvidas envolvendo indígenas e o seu conhecimento tradicional sejam aprovados pelas comunidades e pelos envolvidos.

84. Que seja garantida a insenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) às mercadorias destinadas às órteses e próteses (cadeiras de rodas, bengalas, muletas e outros), para facilitar a acessibilidade e a inclusão da pessoa com deficiência.

85. Que seja regulamentada a função de agente redutor de danos para que os que atuam como redutores de danos possam gozar dos seus direitos de cidadão e de trabalhador de saúde.

86. Reconhecimento pela farmácia popular às prescrições de todos os profissionais da saúde que têm regulamentação legal para tal prescrição, garantindo acesso da população às medicações da farmácia popular.

87. Revisão pelo MS, dos critérios de reconhecimento das deficiências, garantindo políticas públicas para essas deficiências a partir de pesquisas produzidas por entidades diretamente ligadas ao atendimento de pessoas com deficiência.

88. Sensibilizar as lideranças comunitárias e garantir recursos financeiros das três esferas de governo para a capacitação destas pessoas para a instituição, em sua comunidade, dos autocuidados em saúde bucal.

89. Considerar as pessoas com albinismo como pessoas com deficiência, promovendo campanhas de esclarecimentos para a população dos motivos da manifestação do gene, evitando discriminação com relação à manifestação albina.


13ª
ado e Desen
SAÚDE
Saúde e Qualidade de Vida:
SUS
13ª




ESAC
Inclusão digital para todos os municípios brasileiros




Para













Políticas de Estado





Eixo II

Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde

1. Retomar os princípios da Reforma Sanitária no que diz respeito à saúde como direito de seguridade social e componente indissociável do desenvolvimento social, fortalecendo as relações entre os diversos setores, cumprindo a legislação do SUS, em particular no que tange ao acesso universal de atenção à saúde.

2. Efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196), assegurando o Estado Laico como pressuposto da efetivação de diretrizes e princípios do SUS nas três esferas de governo, independente da administração vigente, reconhecendo a diversidade populacional e suas especificidades de gênero, etnia, raça, crença, cultura, geração, orientação sexual, deficiências e procedências regionais, garantindo a eqüidade na atenção integral para a formulação de políticas e ações, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida.

3. Garantir, nas três esferas de governo, o repasse dos recursos da seguridade social ao financiamento das áreas de assistência social, previdência social e saúde, destinando 30% ao orçamento da Saúde e retomando o seu princípio da unicidade.

4. Trabalhar pela ampla discussão e aprovação do projeto de lei de responsabilidade sanitária, a fim de garantir recursos das três esferas de governo para a implementação da Política de Saneamento Básico e Proteção do Meio Ambiente, com repasses fundo a fundo, atendendo especialmente as comunidades quilombolas, a população flutuante, ribeirinha, indígena, negra, os povos da floresta e rurais e os do movimento dos sem-terra, dando ênfase à inspeção sanitária das condições de trabalho, conscientizando a população urbana e rural sobre os possíveis riscos dos diferentes tipos de trabalho.

5. Aumentar o incentivo do teto financeiro, garantindo repasse fundo a fundo às ações de vigilância em saúde (vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental), considerando a Amazônia Legal, Nordeste e áreas de fronteira, visando à reestruturação da vigilância em saúde nos municípios, considerando os indicadores epidemiológicos, geodemográficos e o índice de desenvolvimento humano (IDH).

6. Estimular e assegurar condições para a implementação e o funcionamento do controle social para a seguridade social, reativando o Conselho e o Fórum de Seguridade Social e garantindo a divulgação das prestações de contas relativas à seguridade social nas três esferas de governo.

7. Interiorizar o atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), credenciando médicos do Sistema Único de Saúde para realizar perícias médicas para o estabelecimento de aposentadoria e auxílio-doença aos trabalhadores rurais e outros, integrando, organizando e fortalecendo o fluxo entre o SUS, o INSS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

8. Promover o intercâmbio entre as instituições de seguridade social, de saúde e de controle social, visando à garantia de benefícios, entre eles a aposentadoria integral do trabalhador da saúde, o seguro de vida para todos os profissionais envolvidos em atendimento pré-hospitalar e do transporte terrestre e aéreo de pacientes.

9. Assegurar a seguridade social (assistência social, saúde e previdência social) como política de estado de proteção social, nas três esferas de governo, mediante a implementação de políticas públicas e de ações intersetoriais como ações estratégicas voltadas para a redução das desigualdades sociais, como promotoras de inclusão social, de qualidade de vida e saúde, incluindo a aplicação do seu superávit nas áreas mais necessitadas.

10. Garantir a seguridade social para quilombolas, ciganos e população indígena, incluindo os índios urbanizados, que não devem ter seus direitos restritos.

11. Garantir que, enquanto vigorar, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) tenha aplicação integral de sua arrecadação para a saúde, conforme proposição original, com ênfase na atenção básica e na promoção de saúde, com destinação proporcional de recursos aos municípios, e transferência fundo a fundo, assegurando-se o controle social e a ampla divulgação da prestação de contas e excluindo-se de seus investimentos os programas de assistência (bolsa família, vale gás, entre outros), e com ressar-

cimento ao Orçamento da Saúde dos recursos utilizados indevidamente.

12. Reivindicar junto ao Senado Federal a aprovação imediata do PLC 89/2007 (nova denominação do PLP 01/2003), mantendo os avanços pela Câmara dos Deputados, em 31/10/2007, e os já conquistados, resgatando o texto que constava do substitutivo aprovado em agosto de 2004 pela Comissão de Seguridade Social e Família, que tem como referência a Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003, garantindo a fixação definitiva para o financiamento das ações de saúde do SUS, o percentual mínimo de 10% da receita corrente bruta da União, que poderá ser escalonado, sendo 8,5% para o ano de 2008, 9% para o ano de 2009, 9,5% para o ano de 2010 e 10% para o ano de 2011, a ser aplicado em ações e serviços de saúde por parte do Governo Federal, em consonância com as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, garantindo, também, que o financiamento das ações e dos serviços de saúde seja feito de forma tripartite, fiscalizando-se o seu cumprimento com rigor, por meio de ações do controle social e do Legislativo, de forma transparente, para distribuição, aplicação e avaliação efetiva dos resultados obtidos com os recursos aplicados, priorizando as ações de saúde, promoção e prevenção, e mantendo-se a interlocução com o Ministério Público nos casos de descumprimento.

13. O Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, deve rever a porcentagem repassada pelo estado para a saúde, de 12% para 15%, bem como os limites financeiros da assistência de média e de alta complexidade, das internações, de forma transparente e objetiva.

14. Considerando o aumento da população flutuante em decorrência de empreendimentos agregados, tais como usinas de álcool e presídios, que podem alterar o perfil epidemiológico e sanitário, garantir a implementação de financiamento tripartite a projetos que visem atender esses municípios.

15. Que as pactuações intergestores garantam repasse de maiores investimentos financeiros para os municípios pólos de saúde, em vir-

tude de atenderem uma maior demanda populacional, para ampliar, reformar, construir, manter, recuperar e comprar equipamentos para as unidades de saúde em todos os níveis de complexidade, considerando as peculiaridades das regiões, para fortalecer as ações de promoção e de prevenção da saúde da população, incluindo a saúde mental.

16. Definir política de financiamento para a gestão do trabalho em saúde com recursos das esfera federais e estaduais.

17. Proibir que os recursos recebidos do nível federal, estadual e contrapartida municipal para o SUS sejam destinados ao pagamento de previdência e da assistência médica de servidores dos três níveis de governo.

18. Aumentar o investimento, municipal, estadual e federal, para o pagamento dos profissionais do SUS.

19. Implantar instrumentos de gestão da oferta de ações e serviços de saúde que possibilitem o agenciamento destas para cada indivíduo, de acordo com suas necessidades, facilitando a conformação dos projetos terapêuticos individuais e coletivos, extinguindo a forma de financiamento no SUS mediante pagamento por procedimentos, mudando para a lógica de cuidados com o usuário.

20. Propor ao Ministério da Saúde que reveja, atualize, incremente e reajuste no máximo a cada dois anos, os valores dos procedimentos da tabela do SUS (SIA/SIH), garantindo que os valores sejam pagos de acordo com a complexidade e o custo dos procedimentos, sem atrasos e juntamente com as contrapartidas dos tesouros municipais e estaduais, considerando as especificidades locoregionais, bem como fomentar a implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI) interestadual para a garantia de acesso aos procedimentos que oneram os serviços com grande número de Tratamentos Fora de Domicílio (TFD).

21. Os governos federal e estaduais devem aumentar o financiamento dos hospitais públicos, investindo nos hospitais de pequeno porte, afim de diminuir os encaminhamentos das unidades básicas de saúde e da média complexidade para os hospitais de referência,

atendendo aos parâmetros operacionais por intermédio da Central de Regulação Médica de Urgência.

22. Que o Ministério da Saúde recomponha e reajuste os tetos financeiros estaduais e municipais, considerando como critérios de financiamento as condições socioeconômicas e o perfil epidemiológico dos estados e municípios, a programação de gastos e a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde nos três níveis de assistência, observando a descentralização do orçamento e o repasse fundo a fundo, conforme legislação pertinente e normas complementares, criando mecanismos de punição no seu descumprimento.

23. Que o Ministério da Saúde corrija as iniqüidades entre os estados que possuem valor *per capita* abaixo da média nacional em relação ao financiamento da média e alta complexidade, de acordo com as peculiaridades regionais e os cenários epidemiológicos, para definir as prioridades de investimentos, concretizando uma política de financiamento diferenciada, cuja aplicação seja fiscalizada pelos conselhos de saúde.

24. Que os gestores, nos três níveis de poder, garantam recursos financeiros para a implementação das ações do Pacto pela Saúde, do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimento (PDI) e para o aumento do teto financeiro da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

25. Que o Ministério da Saúde garanta a formulação, o financiamento e a implementação de programas e ações de redução de danos sociais à saúde, considerando as peculiaridades locais e regionais.

26. Garantir financiamento do Ministério da Saúde para o atendimento adequado às características da região Amazônica, considerando a cobertura da atenção à saúde de sua população em todos os níveis, levando em conta a necessidade de ampliação dos tetos financeiros das diferentes políticas públicas de saúde.

27. Garantir financiamento nas três esferas de governo para a criação, a implementação, a ampliação e a manutenção dos serviços de referência à saúde do idoso, às pessoas com deficiência, às crianças, aos

adolescentes e para o tratamento em saúde mental, disfunção erétil e homofobia com equipe multiprofissional, e para o desenvolvimento das ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, além da ampliação do acesso inclusive em municípios de menor porte.

28. Destinar recursos financeiros da esfera federal para o trasnporte aéreo de pacientes que requeiram atendimento especializado e de emergência nas áreas de difícil acesso.

29. Criar um fundo distrital centralizado para captar os recursos destinados à saúde indígena, com repasse fundo a fundo, sob a fiscalização do Conselho Distrital de Saúde Indígena.

30. Aumentar a verba de transferência federal para garantir a implementação e a ampliação da Política de Planejamento Familiar em todos os municípios, considerando as diretrizes de atenção integral à saúde da mulher.

31. Ampliar os recursos financeiros destinados para o programa de órteses e próteses, bem como a inclusão de novos itens, tais como: sonda para autocateterismo vesical, aparelhos ortodônticos, bomba de infusão contínua e respectivos materiais específicos, entre outros.

32. Garantir recursos das três esferas de governo para a implementação das políticas de saúde, aquisição e manutenção de transporte terrestre e fluvial estruturados (ambulanchas e consultórios móveis) para realizar atendimento itinerante direcionado às áreas de acampamentos de sem-terra, às comunidades quilombolas, à população flutuante, ribeirinha e indígena, aos povos da floresta e rurais, com incentivos financeiros aos trabalhadores que atuam nessas áreas, além da construção de casas de apoio/referência nas capitais ou municípios pólos.

33. Considerando o racismo institucional existente na sociedade brasileira e sua necessária superação, ampliar e garantir recursos financeiros para a realização de pesquisa estratégica para o SUS com enfoque em gênero, cor, raça/etnia.

34. Assegurar o financiamento e ampliar a oferta na assistência básica, em média e alta complexidade nos municípios, assegurar o acesso à Terapia Renal Substitutiva e a implantação e implementação de centrais de regulação do acesso aos portadores de doenças renais crônicas, conforme necessidade epidemiológica, de forma que o setor privado passe a ser um serviço complementar.

35. Que as secretarias estaduais e o Ministério da Saúde firmem parcerias para a alocação de recursos visando à aquisição de maior quantitativo e variedade de medicamentos da Farmácia Básica, medicamentos de alto custo e dos Programas Estratégicos.

36. Ampliar e atualizar os recursos repassados, garantindo financiamento tripartite e incentivo QUALIS, para a implantação e reestruturação das Equipes de Saúde da Família/ESFs, Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Pacs e Equipes de Saúde Bucal, considerando as dificuldades de acesso e as realidades regionais, visando melhores condições de trabalho das equipes.

37. Que o Governo Federal proíba, por meio de normas específicas que os gestores locais contabilizem como custeio as verbas destinadas aos incentivos da Estratégia Saúde da Família.

38. Os governos federal e os estaduais devem proceder a cobrança junto às empresas, dos custos despendidos com o atendimento e a recuperação de trabalhadores lesionados por acidente de trabalho ou condição inadequada de trabalho (LER/DORT, etc.).

39. Garantir que os recursos necessários para a efetivação das ações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS, estejam inseridas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA) nas três esferas de governo, na Programação Pactuada e Integrada (PPI), no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no Plano Diretor de Investimento (PDI), considerando a população flutuante de trabalhadores, efetivando parcerias com empresas (usinas) para que garantam atendimento e monitoramento da saúde do trabalhador de forma preventiva.

40. Os governos federal e estaduais devem redistribuir, de forma mais equânime, os recursos dos impostos, uma vez que as responsabili-

dades dos municípios têm crescido, destinando parte da arrecadação dos impostos das drogas lícitas para financiamento das ações das organizações que trabalham com prevenção, tratamento, redução de danos e recuperação de dependentes químicos.

41. Reafirmar o SUS como uma política de Estado, implementando ações, segundo seus princípios e diretrizes, mediante a organização de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que contemplem a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação mediados por sistemas de regulação sob controle social.

42. Fortalacer a gestão e a rede pública de saúde e rejeitar a adoção do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado, organizações sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), bem como regimes de concessão pública, ampliando os serviços públicos como condição para efetivar a universalidade e a integralidade da atenção.

43. Proibir a cessão de servidores públicos para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e coibir que hospitais privados usem recursos e patrimônios públicos.

44. Recomendar ao Congresso Nacional e ao Senado Federal a rejeição e/ou a retirada do Projeto de Lei nº 92/07 e determinar ao Ministério da Saúde e às secretarias de saúde a realização de auditorias nas unidades e serviços de saúde terceirizados, contratualizados e em regimes de concessão pública efetivados pelo SUS, com o objetivo de realizar um progressivo cancelamento dos termos celebrados e avançar em direção à completa prestação de serviços pelo setor público.

45. Não privatizar o SUS. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde se posicione contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado e/ou organização social, e/ou Oscip em qualquer esfera do governo (federal, estadual e municipal), tendo em vista ferir os princípios do SUS e do controle social, pondo em risco o acesso com qualidade dos serviços aos usuários. Que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o projeto de lei, que dá direito a contratar serviços de saúde por intermédio de fundações estatais e articular os

atores sociais para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde por meio de Oscip e organizações sociais.

46. Cumprir e fazer cumprir os preceitos constitucionais e os princípios do SUS, implementando a atenção integral à saúde com ações intersetoriais baseadas na integralidade, na eqüidade, na universalidade, na descentralização e na participação social para a promoção, proteção e recuperação da saúde a partir das necessidades, respeitando as peculiaridades regionais, e que seja divulgado para a comunidade.

47. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde vete a terceirização das ações de Vigilância Sanitária por serem atribuições exclusivas do Estado brasileiro nas suas três esferas.

48. Ampliar o investimento nas políticas públicas de promoção e prevenção em todos os níveis do sistema de saúde. Implantar modelo de atenção em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja a porta de entrada para o sistema, com a equipe multiprofissional necessária para realizar as ações de promoção e de prevenção; melhorar a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF): atendimento com hora marcada, capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para melhor desempenho de sua função, estabelecimento e disponibilização para a população do cronograma de visitas domiciliares dos ACS.

49. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem viabilizar as ações específicas referidas na Política de Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006), viabilizando recursos financeiros e capacitando profissionais para a sua execução.

50. Fortalecer uma nova cultura de atenção ao usuário e de relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, garantindo os direitos dos usuários à informação integral e aos mecanismos de valorização dos trabalhadores e usuários, por meio da educação permanente e do direito à participação na gestão.

51. Estimular e apoiar a formação de consórcios entre entes públicos como instrumento para viabilizar a oferta de serviços especializa-

dos de saúde, de forma compartilhada, e a regionalização da assistência.

52. Criar instrumentos de avaliação, técnica e qualitativa, que incorporem a avaliação dos usuários e realizar a avaliação dos serviços de saúde pública, dos serviços privados e dos filantrópicos credenciados, contratualizados pelo SUS, descredenciando os que discriminarem os usuários e desrespeitarem as normas do direito público e os padrões de qualidade preconizados nas legislações pertinentes.

53. Elaborar um programa de investimentos com contrapartida dos três entes federados para a aquisição de equipamentos e de material de consumo das unidades de saúde, regulando a distribuição de equipamentos e de insumos na rede (ambulatórios, laboratórios e hospitais), a partir de critérios técnicos e de acordo com as necessidades da população.

54. Organizar e agilizar a marcação e ampliar a oferta de exames, sistematizando e informatizando o sistema de marcação de consultas, de exames e de leitos, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde de média e alta complexidade.

55. Garantir a permanência da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) na estrutura do Ministério da Saúde.

56. Desagregar as informações dos dados de saúde sobre mortalidade materna, infantil e neonatal pelas variáveis raça/cor e gênero, permitindo a identificação das desigualdades existentes e a promoção de ações e estratégias orientadas para o enfrentamento dos problemas. Rever o repasse fundo a fundo para as endemias, mudando a forma de financiamento *per capita* para o financiamento com base nas necessidades de cada município.

57. Que o Governo Federal garanta a efetivação do cartão SUS como mecanismo de controle e de regulação das ações dos municípios e informatize o atendimento do usuário do SUS criando um banco de dados para cadastrá-lo de forma permanente (prontuário eletrônico), devendo implantar protocolos de rotinas e de fluxo de pacientes visando à otimização dos serviços.

58. Assegurar e investir nos Sistemas de Informação Integral para o SUS em todos os municípios, atendendo, inclusive, a população flutuante, como mecanismo de controle de regulação das ações, por meio de implantação e implementação do cartão SUS e do prontuário eletrônico, bem como da integração dos bancos de dados já existentes (SIM, Sinasc, Sinan, SIA, SIH, SIAB, Sismasus e outros), estabelecendo padrões para representação e compartilhamento de dados em saúde, com garantia jurídica de privacidade e confidencialidade, garantindo a melhoria dos registros, dos bancos de dados e da geração de informação objetivando o planejamento real e de qualidade das ações de saúde, a otimização dos recursos e a avaliação dos impactos das ações.

59. Criação de Conselho de Gestão dentro de cada Regional em sintonia com os Conselhos Municipais de Saúde.

60. Que o Ministério da Saúde implante mecanismos de modernização administrativa para as Secretarias de Estado da Saúde de forma a adequá-la às exigências cotidianas da gestão dos estabelecimentos de saúde estaduais, inclusive nas áreas de logística, compras, e gestão de contratos, garantindo recursos para a estruturação, reestruturação e manutenção física e de equipamentos, de acordo com as necessidades e especificidades e, ampliar e equipar os espaços físicos da rede SUS com recursos humanos, materiais, medicamentos e insumos.

61. Que todos os municípios tenham subsídios dos governos federal e estaduais para o funcionamento do SUS com mais eficiência, por meio da recomposição dos valores dos procedimentos constantes nas tabelas do SUS, adequando-os para garantir aumentos.

62. Que o teto financeiro para pagamento de indenizações de campo permaneça sob responsabilidade do Governo Federal, mantendo as normativas da Instrução nº 03/01.

63. Instituir no âmbito do MS e das secretarias municipais de saúde o processo de avaliação dos modelos de atenção à saúde, incluindo as ações de prevenção, promoção e agravos relativos ao consumo de bens e de serviços e as interações com o ambiente de trabalho e de vida na atenção básica e da estratégia de saúde da família, divul-

gando amplamente os resultados, qualificando e aperfeiçoando os modelos de acordo com as necessidades e especificidades de cada loco-região.

64. Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde pactuem a implantação/implementação, entre outros, dos seguintes serviços: tratamento em medicina hiperbárica, utilizado para o tratamento de lesões e queimaduras graves, isquemias, embolias, etc., tratamento oftalmológico a laser para o atendimento de oftalmologia em retinopatia congênita e deslocamento de retina e implantar campanhas de prevenção na oftalmologia para crianças e adultos, ações de saúde para atendimento aos portadores de albinismo, criação de um programa de controle e tratamento de vitiligo, além de definir e regulamentar a política de assistência aos portadores da doença de Jorge Lobo."

65. Garantir e estabelecer o serviço e os protocolos de referência e contra-referência com objetivo de assegurar o tratamento e acompanhamento do paciente entre os serviços próprios e conveniados, de preferência mais próximos ao município.

66. Adotar os protocolos clínicos nas condutas terapêuticas do SUS, devidamente autorizados pelo comitê de ética e revisados a cada cinco anos em conjunto com as sociedades de especialidades médicas, visando à atualização de novas técnicas, equipamentos.

67. Elaborar e implementar um projeto de intervenção específico para a região da Amazônia Legal que contemple as áreas de recursos humanos, financiamento, fortalecimento da atenção primária e enfrentamento das doenças endêmicas.

68. Lutar pela construção ascendente e estratégica dos planos de saúde, com envolvimento e participação efetiva de servidores públicos e lideranças locais no processo de programação e avaliação do alcance de metas e garantir o modelo de atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, baseado nas linhas de cuidado, com referência e contra-referência e com centrais de regulação; garantia de acesso a leitos hospitalares regionalizados, hospitais equipados e atenção multiprofissional fortalecendo os órgãos

controladores e reguladores de saúde e a valorização dos servidores e usuários.

69. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem criar o Comitê de Investigação de Acidentes Fatais.

70. Estabelecer critérios claros para deferimento e/ou indeferimento dos processos do Programa de Oxigenoterapia. (202)

71. Cumprir a Portaria MS nº 1.737/04, que dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no SUS, incluindo o aumento das cotas para o setor público.

72. Ampliar o número de leitos para a realização de cirurgias de alta complexidade e ampliar o número de mutirões de cirurgias eletivas hospitalares e a permanência do mutirão de cirurgias de catarata, ampliando para doenças de pele e pelo perfil epidemiológico de cada região, bem como os leitos de retaguarda, leitos de UTI e UTI neonatal com a aquisição de equipamentos e instrumentos com especificações técnicas adequadas para atendimento e de acordo com a demanda na saúde da população.

73. Garantir recursos específicos na esfera federal para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e o reajuste de 100% no valor do repasse estadual para os TFD, baseando-se na necessidade local, para usuários que necessitam de tratamento especializado em serviços de referência médica, de acordo com as demandas municipais, para garantir a locomoção e a ajuda de custo dos pacientes e dos acompanhantes.

74. Instalar auditoria federal para investigar o processo de terceirização das ações de saúde, a aplicação dos recursos financeiros destinados aos municípios para controle de endemias e a descentralização desses serviços, bem como a revisão de todos os contratos de terceirização, extinguindo a possibilidade de novos contratos dessa natureza, pois encontra-se sem consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

75. Implantar uma política que regulamente os planos de saúde para evitar a migração para o SUS na alta complexidade. Garantir o res-

sarcimento efetivo ao SUS dos valores cobertos por planos de saúde, conforme a legislação vigente.

76. Fortalecer a atenção primária nas suas funções essenciais: resolutiva, a quem compete resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; coordenadora, com a atribuição de organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção e a função de co-responsabilização pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto que se encontrem da atenção à saúde; priorizar o financiamento e as ações voltadas para a atenção primária visando garantir a resolubilidade e a qualidade adequadas e diferenciadas na região Amazônica, visando ao atendimento dos povos da floresta e do campo.

77. Capacitar os técnicos do SUS, os gestores, os formuladores de políticas no processamento, no acesso e na análise dos dados de interesse da saúde e no uso da informação para a tomada de decisão, visando ao desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde no Brasil para a construção de instrumentos e indicadores da avaliação da efetividade dessas estratégias

78. Criar política de desprecarização garantindo os direitos trabalhistas e os meios de efetivação de todos os trabalhadores da saúde nos vários níveis de atenção, teto salarial, isonomia salarial para profissionais de mesmo nível de formação e de carga horária, adicionais de insalubridade, risco de vida e periculosidade aos profissionais de saúde, em exercício nos serviços de saúde, nos índices de 40% sobre o piso salarial, bem como recompor o salário dos trabalhadores de saúde com o acréscimo das perdas salariais não atendidas em anos anteriores e cumprir a reposição salarial anual e o 13º salário para todos.

79. Garantir a desprecarização do trabalho na saúde com a implantação imediata do Plano de Cargo Carreira e Remuneração (PCCR-SUS), como requisito para as pactuações por meio das Diretrizes Nacionais já aprovadas; realizar, por intermédio do setor de RH, concurso público para o preenchimento de cargos nas diversas áreas da Saúde, inclusive os que atuam na saúde indígena, considerando as especificidades regionais e locais, visando à substituição

dos aposentados e em vias de aposentadoria, incentivando a interiorização, garantindo a fixação destes no interior e priorizando-os nas capacitações de qualificação permanente.

80. Garantir a regulamentação do Projeto de Lei nº 2.354/03, que dispõe sobre a regulamentação do trabalho das parteiras tradicionais.

81. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir a todos os profissionais de saúde com especialização em acupuntura, assim como os médicos especializados em homeopatia, o exercício de suas atribuições profissionais por meio da realização de concursos em todos os municípios.

82. Exigir que as instituições públicas de saúde cumpram o estabelecido pelo Decreto nº 5.626/05, o qual estabelece que as empresas concessionárias de serviços públicos de saúde devem dispor de, pelo menos, 5% de trabalhadores capacitados para o uso e a interpretação da língua brasileira de sinais (libras) para atuar como intérprete nos serviços de saúde (SUS,) no atendimento às pessoas com deficiências visuais e auditivas.

83. Regulamentar a jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os trabalhadores da saúde que não têm regulação específica e garantir o seu cumprimento, visando ao funcionamento dos serviços de acordo com as necessidades dos usuários, bem como assegurar tempo para as reuniões das equipes .

84. Garantir a implantação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, nas esferas estadual e municipal, a fim de estabelecer a gestão democrática nas relações de trabalho.

85. O Ministério da Saúde deve incentivar e apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde para a estruturação de Política de Avaliação de Desempenho dos Trabalhadores que contemple a auto-avaliação, o estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas de desenvolvimento, o desempenho dos trabalhadores, das equipes e dos serviços, e o estabelecimentos de critérios de qualificação de excelência aos indicadores da Gratificação de Incentivo ao Desempenho (GID).

86. Que as instituições da rede de saúde pública cumpram seus protocolos e que sejam criadas comissões de ética nas três esferas para analisar as posturas profissionais e para a efetivação do controle social.

87. Fazer cumprir, pelos três níveis de governo, a responsabilização pela estruturação, regulação, controle e ajuste da Política de Recursos Humanos para a saúde (NOB RH), implantando uma política gerencial que possibilite aos funcionários participar da dinâmica do trabalho, aproveitando e valorizando os profissionais, permitindo o seu crescimento, a melhoria do serviço, além de garantir relações pautadas no respeito mútuo, bem como divulgar e aplicar a Lei nº 13.228, que se refere ao assédio moral, inclusive aos mandatários de cargos nomeados e estabelecendo o fluxo de apuração de denúncias e de responsabilização.

88. Implantar e garantir que os cargos de diretor e gerente das unidades públicas de saúde, incluindo os hospitais de pequeno, médio e grande porte, sejam escolhidos pelos trabalhadores e usuários por meio de eleições diretas e definir instrumentos legais normatizadores, garantindo que as áreas técnicas de gestão sejam profissionalizadas e preenchidas por servidores com conhecimento, habilidade e competência para o exercício das suas funções na esfera federal.

89. Dimensionar recursos humanos observando critérios epidemiológicos, capacidade instalada da unidade e os serviços prestados, recomendações e resoluções efetuadas pelos conselhos profissionais, garantindo no quadro de pessoas a reserva técnica de profissionais da saúde, visando cobrir férias, licenças e outros afastamentos previstos em lei, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

90. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem renovar, semestralmente, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Profissionais de Saúde visando à racionalização do sistema de gestão de pessoas, concentrando os profissionais de saúde especializados onde há necessidade urgente e o cruzamento com os dados fornecidos pelos prestadores de serviços quanto aos seus profissionais de saúde.

91. Realizar concurso público para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), como meio de ingresso ao SUS, garantindo a permanência dos atuais trabalhadores, cumprindo a Emenda Constitucional nº 51/06 e a Lei nº 11.350/06 e também regulamentar a profissão de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (Aisan), valorizando-os e proporcionando a melhoria nas condições de trabalho e a garantia da isonomia salarial entre os agentes de saúde, com contratação pelo Regime Jurídico Único (RJU) e institucionalização do pagamento de sua insalubridade.

92. Garantir o vínculo empregatício na contratação de Agente Comunitário de Saúde, Agente de Combate às Endemias e Agente Comunitário de Saúde Indígena (ACSI), respeitando todos os direitos trabalhistas e afiançando as condições de trabalho por meio de uniforme completo, filtro solar, crachás, guarda-chuvas, sapatos, cadernos e outros, facilitando o trabalho nas localidades de difícil acesso (zona rural e urbana), bem como garantindo as devidas indenizações de campo com base na Lei Federal nº 8.216, de 13 de agosto de 2008, Art. 16.

93. O Ministério da Saúde deve revisar a Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006, para adequar as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias à Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulariza o trabalho destes, e garantir a realização do exame de colinesterase para os Agentes de Endemias.

94. Repassar integralmente, por parte dos gestores municipais, o valor que dispõe a Portaria MS nº 1.761/07 para os ACS, em nível nacional, no salário base, modificá-la no tocante ao repasse mensal fundo a fundo por ACS (ministério/município), ficando 50% do repasse em espécie para os ACS como forma de incentivo ao trabalho mensalmente e que o piso salarial dos ACS seja igual ou superior ao valor do incentivo pago pelo MS.

95. Garantir recursos semelhantes ao Programa dos ACS para os Agentes de Endemias com prioridade no programa de prevenção

da dengue e qualificação da equipe multiprofissional envolvida para que executem ações de vigilância sanitária e ambiental.

96. Aumentar os recursos financeiros, materiais e de equipamentos para os Agentes de Endemias nas três esferas de governo, integrando suas ações com as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nas informações epidemiológicas e entomológicas, como também unificação das áreas de abrangência dos ACS e dos agentes de endemias, adequando o número de famílias/domicílios por agentes de acordo com a realidade local, considerando o tempo, o deslocamento e acesso às comunidades objetivando o fortalecimento da atenção básica.

97. Que os governos federal, estaduais e municipais implantem a Política para a Saúde do Trabalhador, visando à redução da carga horária de trabalho, à revisão do piso salarial, ao tratamento humanizado e à equipe de apoio multidisciplinar para os casos de doença; garantam condições de trabalho adequadas (salário digno, recursos humanos suficientes, equipamentos de proteção individual (EPI), uniformes, materiais e espaço físico) a todos os trabalhadores do SUS para garantir um trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade para o paciente.

98. Qualificar os profissionais da rede SUS para identificar os adoecimentos causados pelo exercício do trabalho, para o cumprimento do artigo 200, no parágrafo II da Constituição Federal e o artigo 6º, no parágrafo 1º, alínea c da Lei nº 8.080/90, para o estabelecimento da relação entre o trabalho e o agravo apresentado pelo trabalhador e desenvolver projetos para apoiar a qualificação os médicos do trabalho para diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas com doença falciforme e de seus familiares, ampliando a rede de proteção e minimizando suas repercussões no trabalho.

99. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem implantar/implementar as políticas públicas de saúde voltadas para a promoção, a prevenção e assistência à saúde do trabalhador, contemplando as necessidades dos trabalhadores autônomos e informais e sistematizando campanhas de prevenção de

acidentes e de doenças ocasionadas pelo trabalho, com ampla divulgação nos meios de comunicação, em parceria com as grandes empresas, e que os custos de medicamentos e outros procedimentos relativos às doenças do trabalho sejam arcados pelas empresas relacionadas.

100. Implementar as políticas e as normas relacionadas à saúde do trabalhador, fomentar e implementar ações de promoção, pesquisa e prevenção por meio da elaboração do mapeamento de risco ocupacional e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional para planejamento de ações visando à adequação e à melhoria do ambiente e das condições de trabalho, garantindo os direitos de todos os trabalhadores do SUS, bem como garantir o adicional de insalubridade para todos trabalhadores da saúde, e a revisão do índice, conforme jurisprudência do Tribunal Superior do Trabalho (TST).

101. Implementar, nos estados e municípios, a Vigilância em Saúde do Trabalhador por meio de rede integrada de serviços com unidades sentinelas, com condições e fluxos para a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), adotando a busca ativa, a fiscalização conjunta com órgãos afins, a utilização da notificação compulsória de doenças e acidentes de trabalho no Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST), cumprir a Portaria MS/GM nº 777, de 28 de abril de 2004, investigando óbitos, amputações e outros agravos relacionados ao trabalho que são epidemiologicamente relevantes, promovendo as intervenções necessárias nos ambientes de trabalho e garantindo os recursos financeiros, a sensibilização da sociedade e dos profissionais de saúde, público e privado, e o controle social.

102. Implementar a Portaria MS/GM nº 2.437/05, que estabelece a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast), e regulamentar a Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800/05 (Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho) com implantação de Programa de Saúde do Trabalhador (PST), em todos os municípios, incentivando os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest), a adoção de protocolos clínicos incluindo os distúrbios da voz, a perda auditiva induzida por ruído, efeitos neu-

rotóxicos de agentes químicos (mercúrio, pesticidas solventes organo-halogenados e produtos organoclorados persistentes – POPs) e as ações de reabilitação com a implementação de programas preventivos de modo a combater o avanço das doenças ocupacionais (LER/DORT, transtorno mental e outros) e garantir a notificação dos agravos relacionados ao trabalho.

103. Implantar e monitorar os programas de vigilância da qualidade do ar e de ambientes climatizados, do solo, química, desastres naturais, riscos químicos, acidentes com cargas perigosas e riscos físicos (ruídos, luminosidade, máquinas perigosas, entre outros).

104. Que o Ministério da Saúde, articulado com as secretarias estaduais, garantam financiamento tripartite para o processo formativo de todas as categorias técnicas, considerando as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente, garantindo estratégias de reorganização do processo de trabalho em saúde, visando à integralidade da atenção e à melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários.

105. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais devem fortalecer e garantir recursos financeiros para a Política de Educação Permanente, estabelecendo parcerias com as instituições federais, estaduais e municipais, hospitais universitários e ENSP/Fiocruz, ETSUS para a realização de capacitação e treinamento dos conselheiros, gestores, agentes comunitários de saúde, atendente de consultório dentário, agentes de endemias, e demais trabalhadores de saúde, para este fim, e realizando e fortalecendo as ações.

106. O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde devem implantar a Portaria MS nº 1.996/07 que disponibiliza recursos para a educação permanente em saúde, de forma descentralizada para trabalhadores e gestores , em conformidade com as especificidades de cada profissão, por meio da educação permanente, incluindo temáticas estratégicas envolvendo a atenção e a gestão do SUS, com foco no acolhimento, na humanização, no respeito às diferenças culturais, físicas, etnia, gênero, orientação sexual, religião e geração, objetivando desenvolver ações que contribuam com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e popu-

lação usuária e das necessidades do SUS garantindo a alocação de recursos específicos.

107. Proporcionar, por meio de políticas públicas, o acesso à qualificação e ao conhecimento, criando cursos profissionalizantes e ou de qualificação profissional para todos os servidores e profissionais da rede SUS, estabelecendo uma política de capacitação de recursos humanos, fortalecendo as Escolas Técnicas da Saúde e transformando-as em verdadeiros centros de referência regional/estadual, favorecendo a unificação de informações estratégicas para a atuação profissional.

108. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem fomentar a formação específica de gestores de saúde em instituições públicas, visando à eficiência e à eficácia na gestão pública, em compatibilidade com as necessidades do SUS, favorecendo que todos os gestores de unidades sejam profissionais habilitados e/ou qualificados na área da Saúde para a função.

109. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem constituir e implementar uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde que possibilite a identificação de necessidades e potencialidades loco-regionais e de acordo com as novas diretrizes nacionais, conforme as Portarias MS nºs 399/06 e 699/06 e 1.996/07, capaz de produzir mudanças na gestão, na atenção, na formação, na participação em saúde, e modificações nos processos de trabalho no SUS, promovendo a integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, formando os Núcleos de Educação Permanente em Saúde, descentralizados, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial para todos os trabalhadores do SUS.

110. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer cooperação técnica inclusive por meio do "TeleSaúde" para as Equipes de Saúde da Família, estimulando a formação de grupos de estudos entre os trabalhadores de saúde, bem como a avaliação do perfil dos profissionais que atuam nessas equipes para o desenho de estratégias de educação permanente em saúde.

111. O Ministério da Saúde deve apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde na capacitação e qualificação dos trabalhadores da saúde, com metas físicas e financeiras definidas por meio da implementação de uma política de educação permanente em saúde, em atividades de formação diversificada, inclusive de pós graduação, especialização, mestrado, doutorado, que busquem refletir sobre as problemáticas do mundo do trabalho visando à valorização do profissional e à re-significação de suas práticas, induzindo a integralidade do cuidado e a humanização do próprio sistema com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

112. Utilizar, nas atividades de educação permanente, metodologias que busquem propiciar a formação de sujeitos por meio do diálogo, da troca de conhecimentos, da ludicidade, da afetividade e da compreensão e significação ativa sobre o cotidiano do trabalho para o atendimento e esclarecimento à população, com ênfase na humanização, promoção da saúde, integralidade e, resolutividade nas temáticas de gênero, violência, dependência química, DST/HIV/aids, hipertensão/diabete, saúde mental, grupos terapêuticos, autocuidado, cidadania e outras.

113. O Ministério da saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem normatizar os campos de integração/interação ensino-serviço (espaços de ensino-aprendizagem), incentivar a implementação e o funcionamento de comissões de ensino-serviço de educação permanente nos municípios que são ou serão campo de trabalho e de estágio de estudantes residentes, criando gratificação para os profissionais que exercem atividades de preceptoria e orientação em serviço.

114. Fortalecer as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço para que se efetivem como espaços de formulação da política de educação permanente em saúde em apoio a todos as esferas de gestão para a construção de pactos coletivos, contemplando o interesse de participação intersetorial, a autonomia de indicação das representações dos segmentos na sua composição estabelecendo fluxos, responsabilidades e critérios para a selegibilidade em cada esfera de governo e comprometendo os gestores no processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, educação e

assistência social para a formação de multiplicadores de ações educativas e intersetoriais.

115. Os Ministérios da Saúde e da Educação e as secretarias estaduais de saúde e educação devem estimular a realização de cursos de especialização, residências multiprofissionais, residências médicas e mestrados profissionais em saúde, a partir das necessidades do SUS, com ênfase nas áreas de atenção básica em saúde da família e comunidade, e garantir no âmbito estadual e federal os mecanismos de financiamento permanente destes.

116. Postular como prioridade a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos que aproximem as diferentes realidades sociais dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde para os níveis técnico e superior, com a introdução de conteúdos referentes às políticas de saúde, à humanização, à atenção básica, enfatizando a visão da integralidade do cuidado e formando, assim, profissionais com perfil voltado à promoção e à atenção à saúde, e comprometidos com o SUS.

117. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer projetos, convênios e/ou programas que envolvam os graduandos da área da Saúde, de universidades públicas e particulares, para desenvolverem trabalhos integrados de ação social em saúde e educação na rede do SUS, por meio de estágios e atividades regulares de formação, em especial nas áreas da atenção básica, Estratégia Saúde da Família e na rede de saúde mental.

118. Ampliação do Pró-Saúde, associada a estágios para os acadêmicos de odontologia, psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, nutrição, farmácia e outros, e a implementação de ações semelhantes ao projeto VER-SUS (metodologia de estágios de vivência) com vagas no serviço público para estagiários interessados, contribuindo com a formação, a produção de conhecimentos e a qualificação da formação em saúde.

119. O Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, as instituições formadoras e as entidades profissionais devem estimular e apoiar

práticas educacionais criativas para viabilizar as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, trabalhando institucionalmente com os usuários e os servidores, pautando o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação, bem como na agenda de informações e comunicação nos serviços de saúde possibilitando a construção de rodas de educação permanente para a ampliação do cuidado integral aos funcionários, usuários e demais atores envolvidos no processo.

120. Regulamentar e disciplinar, em todo território nacional, a celebração de convênios para a realização de estágios curriculares no âmbito das unidades e dos serviços do SUS de alunos de graduação provenientes de universidades, faculdades e instituições de ensino superior, técnico e médio de caráter privado e/ou filantrópico, de forma a definir custos e modalidade de pagamento por aluno, cujos recursos devem ser destinados ao respectivo fundo de saúde, bem como assegurar que os estágios sejam realizados nas áreas prioritárias do SUS.

121. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem implementar a capacitação permanente para os trabalhadores da saúde, visando ao desenvolvimento de ações de educação em saúde junto à população, a serem implantadas em toda a rede de cuidado a partir da realidade local.

122. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem incentivar que os trabalhadores da saúde que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família sejam especializados ou se especializem em atenção básica, a fim de atuarem de acordo com a inovação nos modos de operar os processos de trabalho, bem como fomentar a articulação e a interação da equipe por meio de reuniões clínicas, estudos de caso interdisciplinares e coletivos, oficinas, mesas-redondas e outros.

123. Implementar a política de interiorização dos profissionais de saúde garantindo a descentralização da formação universitária no âmbito federal na área da Saúde, abrindo universidades públicas e transformando hospitais regionais em hospitais escola garantindo a fixação dos profissionais nos municípios distantes e de difícil aces-

so, bem como a interiorização das residências em saúde de acordo com as necessidades e demandas locais

124. Ampliar parcerias entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e as instituição públicas e privadas de ensino superior para garantir programas de internato e residências médicas e multiprofissionais, incluindo o campo de atuação da Estratégia Saúde da Família e garantindo incentivos às universidades para a elaboração de projetos de pesquisas que visem entender as mudanças nas relações entre os atores sociais envolvidos no serviço de saúde, a partir da identificação de problemas relacionados à humanização.

125. Pactuar com os diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores e usuários) a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), garantindo, nos espaços institucionais do SUS, um atendimento humanizado e de qualidade, pelos profissionais inseridos no setor público, aos usuários que buscam atendimento nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, em especial, às populações indígenas, remanescentes de quilombolas e grupos tradicionais que moram nas cidades, respeitando as especificidades de cada grupo e fazendo uso dos grupos de trabalho em humanização (GTH), a fim de discutir junto com profissionais e usuários a melhoria nas relações interpessoais e de trabalho nos serviços de saúde, institucionalizando o cuidado ao cuidador.

126. Aperfeiçoar o processo de humanização da atenção à saúde, nas três esferas de governo, implementando mudanças nas relações entre os gestores, os profissionais de saúde e os usuários, garantindo que os profissionais de saúde tenham condições de desenvolver suas ações baseadas no respeito à dignidade de quem cuida e no atendimento oportuno, humanizado e de qualidade. Criação de um programa de integração no ingresso dos trabalhadores no SUS e na promoção de capacitações continuadas e sistemáticas em humanização e acolhimento de todo os profissionais da rede do SUS, especialmente os do Samu, qualificando-os para um cuidado respeitoso e digno, com vista à humanização dos serviços por meio de cursos e encontros sobre relações interpessoais de trabalho, ética profissional e integração intersetorial, bem como criar serviços de

avaliação e monitoramento dessas ações e a conseqüente promoção da melhoria na prestação dos serviços de saúde à população.

127. Fortalecer a Política Nacional da Humanização, efetivando suas diretrizes no SUS, e mantendo-a como eixo estruturador das três esferas de governo e em todos os serviços de atendimento, garantindo ações de humanização nas unidades de saúde extensivas à rede conveniada, assegurando os direitos dos usuários em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS, com a Carta do Usuário e com os preceitos éticos e profissionais, procurando não segmentar o atendimento, esclarecendo-o quanto aos procedimentos necessários para eventuais encaminhamentos e respeitando os critérios de riscos.

128. Garantir recursos junto às três esferas gestoras do SUS para os programas de atenção à saúde (endemias) recomendando à Agevisa e aos municípios, a dotarem seus núcleos de epidemiologia, vigilância ambiental e educação em saúde com os devidos recursos de estrutura física, equipamentos de informática, veículos, móveis , ampliação do número de barcos e motores das unidades da Amazônia, bem como a contratação de pessoas qualificadas como técnicos com formação na área de epidemiologia, no controle de doenças, de entomologia, de microscopistas para as áreas endêmicas de malária , de engenheiros agrônomos para compor a equipe com a finalidade de fiscalizar o comércio de agrotóxicos e orientar os agricultores sobre a utilização do mesmos e estabelecer mecanismos que garantam a alimentação regular dos bancos de dados de interesse da saúde.

129. Fortalecer o processo de descentralização das ações juntamente com a revisão do teto financeiro da vigilância em saúde (TFVS) aos estados e municípios com critérios de diferenciação epidemiológica e peculiaridades próprias dos municípios amazônicos, garantindo a sustentabilidade estrutural, financeira e humana; fortalecendo e monitorando as ações de vigilância epidemiologia, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador, de forma integrada para uma política em saúde mais efetiva, bem como apoiar técnica e financeiramente os municípios que devem

construir centros de zoonoses destinados a acomodar os animais encontrados nas ruas.

130. Extinguir os critérios de elegibilidade e de distribuição dos recursos da malária e da dengue, os quais priorizam os municípios de alto risco, implementar e desenvolver ações de combate às doenças de veiculação hídrica (verminose, diarréia, etc.), o controle de esquitosomose e leishmaniose nas áreas endêmicas, garantindo atendimento especializado para os casos de dengue com complicações hemorrágicas e neurológicas; priorizar a implementação de um sistema de diagnóstico para as doenças infecto-contagiosas em especial para os casos das hepatites B e C e febre do Nilo ocidental, com a habilitação de laboratórios e a ampliação do DAnT (Projeto de Prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis).

131. Garantir os recursos financeiros para as ações a serem implantadas, implementadas e executadas por todas as esferas de gestão na saúde, a partir de parcerias entre as secretarias estaduais e municipais e o Ministério da Saúde, para a educação em saúde sobre as doenças transmissíveis e não transmissíveis e garantir junto ao Ministério da Saúde a inclusão no calendário básico do PNI das vacinas contra varicela (catapora), hepatite A e B, HPV para mulheres de 12 a 49 anos e *influenza* (gripe) de acordo com perfil epidemiológico e as vacinas pneumocócica conjugada, tetra-valente, HPV e *influenza* a serem incluídas no Calendário Nacional de Vacinas, e que seja assegurada, para as pessoas com problemas respiratórios e pulmonares, a vacina contra gripe.

132. Promover, por meio do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na rede de atenção à saúde do SUS, viabilizando as condições de acesso, acompanhamento, avaliação nutricional, a orientação e a educação alimentar, incluindo a promoção da alimentação saudável e adequada, a vigilância, o controle e a prevenção de deficiências e de distúrbios nutricionais em todas as fases do ciclo da vida, bem como a ampliação dos repasses financeiros às secretarias estaduais e municipais de saúde para a organização dos serviços para a implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), visando a identificação do perfil

nutricional da população para que seja possível criar políticas de saúde efetivas nesta área e de ações educativas, ampliando assim a cobertura do programa de combate, prevenção e controle da desnutrição infantil e da obesidade, qualificando as ações de educação e vigilância alimentar em todas as unidades de saúde.

133. Promover a reestruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todas as regiões do país, assegurando a meta de 100% de cobertura, realizando em curto prazo oficinas de avaliação da ESF e Pacs com o objetivo de redefinir suas reais finalidades, a ampliação da cobertura à população residente na área geográfica, melhoria da estrutura física, do funcionamento, das condições de trabalho para as equipes, assim como garantir a ampliação em 80% do valor dos recursos financeiros às equipes de saúde da família e saúde bucal.

134. Articular nos conselhos nacional e estaduais de saúde a agilização da Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que institui os núcleos de atenção integral à saúde da família (NASF), garantindo que os mesmos sejam implantados nas unidades de saúde dos municípios de pequeno e médio porte e seja composta por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde, agente de endemias, agente ambiental, agente administrativo, fonoaudiólogo, arte terapeuta, psicólogo, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista).

135. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer registro de freqüência digital para os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, bem como o registro de livro próprio assinado por representantes das famílias visitadas contendo datas e horários das visitas.

136. Assegurar a criação das equipes matriciais de saúde mental para cada cinco equipes de saúde da família, para apoiar o Programa Saúde da Família, ampliando o quadro de profissionais dos Caps e do PSF com a inclusão de profissionais nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, educadores físicos, farmacêuticos, cozinheiros, educadores artísticos, fonoaudiólogos, arte terapeutas, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

137. Ampliar as equipes do Programa Saúde da Família não atreladas apenas à densidade populacional, mas conforme a necessidade do município, devendo o Ministério da Saúde repensar a quantidade de famílias assistidas pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitário de Saúde (ACS), bem como implementar esta estratégia entre os povos indígenas, garantindo que os recursos alocados para esse fim sejam aplicados levando-se em consideração as especificidades de cada região, especialmente da região Amazônica, expandindo a cobertura para o atendimento da zona rural, área indígena e das populações tradicionais dos municípios salientando-se a inclusão dos indígenas urbanos, respeitando a cultura local e a valorização do uso de fitoterápicos.

138. Que a União, estados e municípios fomentem maior repasse aos PSFs, à saúde na atenção básica e às unidades de saúde rurais e que o Governo Federal aumente o valor *per capita* do piso da Atenção Básica aos municípios, garantindo que a implantação do PSF não venha substituir as equipes de saúde da atenção básica não vinculadas ao programa, bem como institucionalizar e socializar a avaliação da melhoria da Qualidade(AMQ) da Atenção Básica.

139. Garantir recursos federais para normatizar e intensificar o Hiperdia como programa continuado do ESF e para melhoria do programa Carment (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis) já existente no PSF.

140. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem criar mecanismos para implementar o Programa de Atenção Domiciliar nos estados e municípios com financiamento tripartite e articulados com a ESF e a rede hospitalar, com equipe móvel multiprofissional de atenção à saúde, assegurando atendimento domiciliar aos idosos, acamados e acometidos por doenças e agravos que dificultem a locomoção à unidade de saúde visando à integralidade do cuidado.

141. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem desenvolver estratégias para garantir o acesso da população aos serviços de Atenção Integral à Saúde Bucal, implementando ações de promoção e garantindo a integralidade das ações

e a implantação e implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), incluindo serviços especializados para atender pessoas com necessidades especiais e que sejam assegurados os recursos para a instalação de aparelho de raio-x para viabilizar diagnóstico, prevenção e tratamento da dor orofacial, garantindo recursos financeiros para investimento em material educativo na área odontológica.

142. Que os governos federal, estaduais e municipais cumpram a proposta feita na 12ª Conferência Nacional de Saúde que trata da implantação da Saúde Bucal em todas as equipes do PSF, promovendo a equiparação no aporte de recursos financeiros, com monitoramento e acompanhamento em cada esfera de governo, respeitando suas competências e assegurando o cumprimento da carga horária e a execução das ações inerentes.

143. Ampliar o financiamento e a fiscalização acerca da implantação e do funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pelos entes das três esferas de governo, garantindo maior acesso da população residente nos municípios-satélites e das sedes de módulo, garantindo a efetiva integração das ações de odontologia na rede de serviços regionalizados do SUS, incluindo a referência para exames de alta complexidade, assegurando a oferta de próteses e outros procedimentos como a ortodontia e a ortopedia funcional.

144. Implantar pronto-socorros odontológicos 24 horas nas regionais de saúde e incentivar os demais municípios a ampliarem o quadro de cirurgiões dentistas nas unidades básicas de saúde e o número de equipes de saúde bucal, visando atingir o pleno funcionamento do sistema de atenção em saúde bucal com ações de promoção e prevenção, o diagnóstico precoce de câncer bucal e de outras doenças bucais e garantir o acompanhamento e o controle da higiene bucal de pacientes acamados em domicílios.

145. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem implementar as ações de saúde vocal e saúde auditiva, incluindo o desenvolvimento de triagem e de acompanhamento auditivo neonatal, com atenção para a detecção precoce da surdez,

da cegueira, além de garantir a ampliação e o credenciamento dos serviços de atenção à saúde auditiva na média e alta complexidades (Portarias MS/SAS nº 587/04 e nº 589/04) de municípios junto ao estado, para repasse de verba federal à saúde auditiva para fornecimento, manutenção e aquisição de aparelhos e próteses auditivas e implantes cocleares; do acompanhamento dos casos de baixa visão e Síndrome de Usher e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual, de acordo com a Política Nacional e legislação em vigor.

146. Garantir recursos para atender às necessidades dos usuários deficientes físicos e portadores de doenças crônicas e degenerativas como: o fornecimento de órteses e próteses, aparelhos auditivos, cadeiras de roda, cirurgias, entre outros, e medicamentos de uso contínuo e criar novos protocolos para os casos de doenças que não se enquadram em portarias de medicamentos de alto custo, incrementando sua liberação, bem como efetivar o Decreto Federal nº 5. 296/04, que assegura atendimento prioritário às pessoas com deficiência na rede de saúde, inclusive municipal.

147. Garantir que os serviços de atenção à saúde indígena sejam organizados na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, conforme a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, dotando esses distritos de autonomia técnica e financeira, a fim de que sejam unidades gestoras, garantindo-lhes a assistência integral à saúde indígena, fortalecendo o subsistema de saúde indígena, no intuito de superar as fragmentações da política atual e executando parcerias entre os governos municipais e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) nas ações de saúde destinadas à população indígena.

148. Ampliar e implementar a Estratégia Saúde da Família entre os povos indígenas e garantir que os recursos alocados para esse fim sejam aplicados de acordo com a realidade e a necessidade dos mesmos, salientando-se a inclusão dos indígenas urbanos e garantindo tratamento diferenciado às equipes multidisciplinares da saúde indígena, definindo o plano de carreira (cargos e salários) para os trabalhadores de saúde indígena.

149. Criar mecanismos de estímulo, valorização e incorporação do sistema de medicina tradicional indígena, dos conhecimentos tradicionais e da diversidade etnocultural por parte dos gestores e trabalhadores no âmbito do SUS.

150. Garantir que a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) amplie as unidades de saúde para a assistência indígena e a instalação de *kits* sanitários, com fossas sépticas, priorizando conforme necessidade e demanda, e implantar a Casa de Saúde Indígena do DSEI em todas as regiões indígenas, assegurando transporte para a condução de usuários e equipes, possibilitando um melhor atendimento à população indígena.

151. Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde pactuem a cobertura de saúde às comunidades indígenas em parceria com a Fundação Nacional de Saúde, respeitando as especificidades de cada etnia e que esta cumpra o seu papel de garantir políticas públicas de promoção, prevenção, assistência, monitoramento, avaliação e participação em todos os níveis do sistema de saúde à população indígena, considerando suas especificidades e diversidades.

152. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem definir as responsabilidades e os compromissos de cada esfera de gestão do SUS em relação à política de saúde indígena sempre respeitando as características culturais desses povos, bem como garantir recursos para ampliar e facilitar o acesso da população indígena à atenção integral em saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

153. Garantir a realização de um diagnóstico pelo Ministério da Saúde, juntamente com a Funasa e com entidades representativas das populações indígenas, das ações e dos serviços de saúde para a saúde indígena e as necessidades de investimentos, definindo um plano de ação, com estratégias de incorporação da população indígena ao fluxo do SUS na atenção básica, na média e alta complexidades ambulatorial e hospitalar, a ser apreciado pelo Conselho Estadual de Saúde e pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena.

154. A Funasa deve rever a situação e a lotação dos seus servidores descentralizados, com lotação definitiva em seu órgão de origem, criar um banco de dados no CNESS dos Agentes de Combate às Endemias; encaminhar aos gestores municipais, estaduais e aos CMS e CES, os cronogramas de aposentadoria dos servidores desta autarquia, para os próximos cinco anos, que estão à disposição dos municípios e estados e municipalizar, estadualizar e federalizar os agentes de endemias.

155. Garantir a execução de ações para a efetivação, nos três níveis de governo, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e fomentar a produção de conhecimento científico que subsidie a tomada de decisões sobre a saúde desta população, especialmente no atendimento aos portadores de anemia falciforme.

156. Rever a proposta e os projetos existentes de assistência à saúde da criança e adolescente com transtornos emocionais e mentais, incluindo o autismo e complementando as equipes com psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras infantis, neurologistas e psicopedagogos, etc.

157. Realizar o Plano de Ações e Metas, elaborar normas técnicas, estabelecer padrões de qualidade na área de saúde mental, assim como o financiamento adequado. Garantir recursos financeiros para a manutenção dos serviços de residência terapêutica e das terapias comunitária e ocupacional.

158. Garantir que a verba proveniente da desativação de leitos psiquiátricos seja integralmente aplicada na implantação, manutenção e ampliação da rede extra-hospitalar: Centros de Atenção Psicossocial (Caps), hospital-dia, ambulatórios especializados, residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospital geral (com critérios definidos de utilização e tempo de permanência), Centros de Convivência em Saúde Mental e programas de prevenção nas escolas e serviços direcionados à criança e ao adolescente usuários de droga e álcool.

159. Ampliar o financiamento da esfera federal para os Centros de Atenção Psicossocial, assegurando o repasse integral aos municípios. Garantir uma Política de Saúde Mental onde os Caps possam

atender dentro da lógica da territorialização com serviços de saúde abertos, comunitários e atendimentos diários às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas por meio de ações intersetoriais, evitando, internações e/ou reinternações em hospitais psiquiátricos.

160. Ampliar a Política de Inclusão Social dos usuários portadores de transtorno mental, baseado nos princípios da reforma psiquiátrica e no movimento de luta antimanicomial, priorizando atividades de prevenção e estendendo a atenção aos seus familiares. Esta política deve estar articulada de forma intersetorial (saúde, trabalho e emprego, assistência social e educação) a fim de possibilitar a reinserção desses usuários ao mercado de trabalho, com incentivo fiscal aos empregadores.

161. Garantir uma política de saúde mental específica para os trabalhadores e o acompanhamento sistemático por equipes multiprofissionais; garantindo também o atendimento aos trabalhadores vítimas de doenças e acidentes do trabalho nos serviços de atenção básica, de média e alta complexidades.

162. Ampliar o atendimento das universidades públicas, de forma que seja implementado, ampliado e executado o atendimento em todas as áreas da saúde, inclusive o atendimento em genética clínica no SUS, objetivando principalmente os testes genéticos com acompanhamento e equipe multidisciplinar para pessoas em risco em relação a doenças genéticas hereditárias.

163. Criar Centro de Atenção Psicossocial e equipes multiprofissionais que possam atender aos leitos psiquiátricos no pronto-socorro e no hospital geral, além de referenciar e garantir leitos de observação psiquiátrica nas unidades de emergência geral.

164. Garantir os repasses dos recursos financeiros pelas três esferas de governo para a manutenção das equipes do Programa Saúde da Família e Saúde Bucal já existentes, contemplando a inclusão de equipe multiprofissional, de acordo com a realidade local, bem como a revisão da Portaria MS/GM nº 648/06, que preconiza a área de abrangência para as ESF, utilizando os critérios de densidade de-

mográfica loco-regional, acessibilidade, viabilizando ainda a eqüidade no repasse financeiro, apoiando os municípios com baixo IDH e/ou com menor número de habitantes.

165. Os governos federal, estadual e municipal devem criar mecanismos que proporcionem maior resolutividade em seus serviços, promovendo a revisão dos recursos e diagnósticos disponíveis na rede pública, de forma igualitária. Devem também implementar e divulgar os mecanismos de fiscalização e punição aos descasos e mau atendimento realizados aos usuários de serviços de saúde mental, incentivando a participação social no movimento em prol da saúde mental. Devem ainda consolidar a supervisão e o monitoramento das ações na área de saúde mental: Caps, residências terapêuticas, ações de saúde mental na atenção básica e internações psiquiátricas.

166. Criar uma Política de Saúde Específica para dependentes químicos, viabilizando maior número de vagas para tratamento de dependentes químicos e alcoólatras, bem como trabalho interdisciplinar com a família. Ampliar e incentivar programas de tratamento e abandono do tabagismo e alcoolismo, trabalhando em conjunto com os grupos de apoio, nos níveis municipal, estadual e federal.

167. Regulamentar e implementar a Política Nacional de Redução de Danos. Definir e Regulamentar a Política de Assistência aos Portadores da Doença de Jorge Lobo. E, implantar uma política de saúde do trabalhador com o objetivo da recuperação, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores no serviço público, bem como reformular a Política Nacional dos Medicamentos Excepcionais.

168. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem apoiar a implantação de serviços de atenção aos dependentes químicos que tenham projeto de inclusão social em Clínicas Especializadas e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e promover o controle sanitário na veiculação de propagandas de bebidas alcoólicas na mídia, criando premiações ou bônus para os municípios que conseguem melhorar os indicadores de Saúde.

169. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem promover a saúde integral da criança e do adolescente por meio das seguintes ações: instituição de Programa de Prevenção de Doenças Visuais e Auditivas na Criança e no Adolescente (Teste de Potencial Otoacústico, Prevenção de Miopia, Teste do Reflexo Vermelho, Triagem de Acuidade Visual nas escolas da rede pública); organização de Ambulatório de Adolescente de forma a garantir um atendimento multiprofissional que permita uma visão holística e específica desta população e priorize uma abordagem integral do adolescente (saúde mental, prevenção e tratamento da drogadição, vacinação, prevenção de gravidez e DST/aids); atendimento diferenciado ao parto de criança e adolescente entre 10 e 19 anos; viabilização do tratamento e da reabilitação e inclusão da criança e do adolescente com fissura labiopalatina e com deficiência conforme o que garante o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no capítulo 1º, artigos 7º e 11.

170. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem assegurar uma assistência materno-infantil eficiente, integral, humanizada e universal, que contemple: distribuição da nova Caderneta de Saúde da Criança, bem como sensibilização dos pais e dos profissionais para a importância do preenchimento e do acompanhamento; implantação do comitê de mortalidade materno-infantil; distribuição da nova Caderneta de Saúde da Criança, bem como sensibilização dos pais e dos profissionais para a importância do preenchimento e do acompanhamento; criação, modificação e avaliação continuada de Diretrizes e Protocolos Assistenciais objetivando minimizar a morbi-mortalidade materno-infantil; protocolo de referência para a primeira consulta da puérpera e do recém-nascido (RN) no Centro de Referência da Mulher, como mecanismo para aumentar a adesão ao acompanhamento puerperal e de puericultura; aplicação da primeira dose da vacina contra hepatite B e BCG nas primeiras 12 horas de vida na maternidade; atendimento a todos os neonatos de baixo e alto risco inclusive com o serviço de UTI e de transporte adequados; realização do exame do pezinho, de catarata, de glaucoma congênita e do teste da orelhinha (EOA) entre os recém-nascidos; obrigatoriedade da presença do pediatra na sala de parto como direito inalienável do RN; garan-

tir a presença do pai na sala de parto das maternidades do SUS e/ou conveniadas, quando ele assim o desejar; estabelecimento de critérios definitivos para a indicação de cesárea e avaliação intransigente de pseudo-indicações com instituição de medidas punitivas para as transgressões; ampliar a rede pediátrica nos serviços do SUS, tornando obrigatório o teste do olhinho e o teste da orelhinha.

171. Implementar serviços de atendimento interdisciplinar (com referência e contra-referência), notificação compulsória, ações educativas, grupos socioeducativos e campanhas contra as violências/causas externas que envolvam crianças e adolescentes, bem como garantir, na rede de saúde existente, a prevenção, a promoção e a assistência multiprofissional ao adolescente que comete violência e abuso sexual.

172. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir a efetivação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança com parto humanizado, UTI neonatal com método mãe-canguru, banco de leite e trabalho interdisciplinar com gestantes e nutrizes, como também propor e garantir o aleitamento materno por 180 dias.

173. Criar o programa de saúde do homem nas três esferas de governo de forma articulada com outras políticas públicas, com financiamento tripartite, para a realização de exames preventivos, incluindo aqueles para detecção de câncer de próstata (exame PSA), prevenção de acidentes, tabagismo, implantando cartilhas educativas e incentivando a inserção do homem nas ações de planejamento familiar, levando em conta a menor complexidade e risco da esterilização cirúrgica masculina.

174. Garantir à população, em todos os municípios do país, o acesso ao planejamento familiar por meio de ações educativas e informativas ofertadas pelos serviços de saúde, priorizando as temáticas sobre reprodução humana, métodos contraceptivos para mulheres e homens e também a gravidez precoce, com atenção especial aos adolescentes, bem como promover e facilitar o acesso às novas tecnologias de reprodução humana (inseminação artificial) e aos métodos cirúrgicos definitivos de contracepção como as laqueaduras por

videolaparoscopia e as vasectomias, quando indicadas, com a contratação de ginecologistas e cirurgiões e/ou de serviços com estes recursos específicos e a implementação dos Centros de Referência Sexual e Reprodutiva da Saúde da Mulher, garantindo, dessa forma, a política de planejamento familiar e o respeito às diversas modalidades familiares.

175. Garantir por meio das três esferas de governo o direito à assistência integral à mulher pré-gestacional dentro de suas necessidades, bem como à gestante (pré-natal, parto e pós-parto), incluindo a obrigatoriedade do exame de toxoplasmose no pré-natal; estimular e priorizar a realização de partos normais e humanizados, incluindo a definição antecipada da maternidade e informando, previamente, o local adequado para a realização do parto humanizado e sem dor; cumprir a lei que permite a presença de acompanhante; garantir a presença do pai nas salas de parto das maternidades do SUS, garantindo à mulher a possibilidade de escolha, além de adequar as maternidades para o atendimento humanizado à parturiente e ao recém-nascido e assegurar a criação de núcleos de atendimento pós-aborto nas maternidades de referência.

176. Garantir estrutura técnico-gerencial que coordene as ações de atenção à saúde da mulher nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e implementar suas ações de atenção integral (raça, cor, etnia, deficiência e diferentes orientações sexuais), por meio de educação permanente aos gestores e profissionais e da oferta adequada de ações e serviços em relação às diferentes fases da vida da mulher, com ênfase nos procedimentos diagnósticos de câncer de mama e colo uterino; serviços de mastologia para a realização de reconstruções e reparações mamárias, além da disponibilização de próteses; instituir campanha nacional de rastreamento do câncer de mama e de colo do útero, com calendário pré-estabelecido e financiamento federal.

177. Fomentar a criação de bancos de leite humano e postos de coleta de leite materno, com investimentos nas três esferas de governo, tanto nos hospitais públicos quanto nos privados, com suporte em ordenha nos fins de semana, conforme protocolo da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano; casas de aspoio para cuidadores de

crianças internadas e casas de parto específicas para gestantes de comunidades quilombolas, com capacitação das parteiras quilombolas, garantindo a atenção hospitalar para a gravidez de risco e/ou por opção do parto hospitalar.

178. Garantir que o Governo Federal agilize a distribuição e a utilização da vacina HPV no SUS e facilite o teste da "captura híbrida", para fazer o diagnóstico do HPV, como procedimento financiado pelo SUS para auxiliar no diagnóstico do câncer de colo do útero.

179. Criar um programa de prevenção e reabilitação da incontinência urinária masculina e feminina (uroginecológica) com a participação de uma equipe multiprofissional, como fisioterapeuta, urologista, psicólogos e outros.

180. Garantir os direitos plenos da atenção integral à saúde e à assistência social à pessoa idosa em cumprimento ao Estatuto do Idoso, dando ênfase ao acesso aos serviços públicos de saúde em toda a rede de cuidados, fortalecendo a lei do atendimento prioritário e conscientizando a população sobre esses direitos. Ampliar os Centros de Convivência assegurando recursos para a sua manutenção e contratação de profissionais capacitados e priorizar o atendimento aos idosos portadores de demência, em especial a doença de Alzheimer e o mal de Parkinson, respeitando suas necessidades de medicamentos especiais e capacitando os familiares e cuidadores para melhor assistência.

181. Estabelecer que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde garantam recursos financeiros para a efetivação dos programas de DST/aids, garantindo dessa forma a assistência e o tratamento para as pessoas vivendo com HIV ou HCV, ampliando a distribuição de medicamentos para as infecções oportunistas e que o acesso às cirurgias reparadoras e de preenchimento facial, referentes ao tratamento dos lipodistrófios em pessoas vivendo com HIV/aids, seja de acordo com a legislação.

182. Garantir o acesso de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e transgêneros (GLBTT), prostitutas e outras populações de vulnerabilidade acrescida pelo estigma e preconceito aos bens e serviços de saúde nas três esferas de governo, implementando uma Política

Nacional de Saúde Integral para essas populações e proporcionando ações que assegurem os direitos de cidadania plena, o reconhecimento e aceitação à "identidade social" adotada pela pessoa, quando for o caso, e que se respeite o direito à intimidade e à individualidade.

183. Formular e conduzir de maneira diferenciada pelo Ministério da Saúde os programas, a aplicação dos recursos e os atendimentos aos portadores de HIV/aids nos municípios que fazem fronteira com outros países, levando em consideração as condições e os acordos internacionais.

184. Implantar, conforme protocolo do MS com as redes assistenciais, os programas e protocolos para as populações vulneráveis como a sorologia para hepatite B e C, HIV e sífilis, em especial em acampamentos, em assentamentos, caminhoneiros, população indígena, quilombolas, população privada de liberdade, profissionais do sexo e populações migrantes portadores de transtornos mentais, visando à prevenção das DST/HIV/aids, a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita.

185. Implementar no Programa de DST/Aids um atendimento com os profissionais de saúde e outras instituições de forma mais humanizada aos portadores de DST/aids, com ênfase na prevenção, incluindo o cadastramento de adolescentes portadores de DST/aids nos postos de saúde para que sejam acompanhados sigilosamente e aumentar o volume de preservativos distribuídos para os municípios, de acordo com a população, garantindo a entrega irrestrita e incondicional de preservativos masculinos e femininos.

186. Efetivar uma política de prevenção às vítimas de violência doméstica, exploração sexual, de exclusão e de discriminação por meio da aplicação de protocolos de atendimento interdisciplinar adequados, encaminhando as vítimas para os serviços de apoio, proteção e tratamento, garantindo o acompanhamento adequado dos referidos casos; orientar e sensibilizar os profissionais de saúde para realizar a investigação e a notificação compulsória de maus-tratos, óbitos materno e infantil, de mulher em idade fértil e de causas

indeterminadas, visando proporcionar um atendimento resolutivo e de qualidade a estas pessoas.

187. Implementar o programa de atendimento às mulheres vítimas de violência (em cumprimento à Lei Maria da Penha) e de abortamento, com orientações e apoio psicológico nas unidades de saúde.

188. Garantir em todos os municípios, estados e regiões a implementação do SAMU-192, como ferramenta indispensável à organização de redes assistenciais regionalizadas de urgência e emergência, considerando o modelo geométrico de regulação médica no SAMU; ampliar o serviço de atendimento móvel de urgência (ambulâncias e ambulanchas) para resgate de pacientes das comunidades rurais da região Amazônica e para os municípios com menos de 30 mil habitantes e; equipar a base estabilizadora de urgência e emergência com liberação da unidade móvel de saúde a todos os municípios que aderirem ao SAMU.

189. Implantar o acolhimento com avaliação de risco em todos os serviços da rede hospitalar e em especial nas urgências (hospitais locais, regionais, estaduais), priorizando o atendimento não por ordem de chegada, dividindo os ambientes de acordo com a gravidade, garantindo agilidade no atendimento às necessidades do usuário a partir do acolhimento com classificação de risco, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS.

190. Planejar e organizar a rede hospitalar e de urgências, com a definição das responsabilidades nas três esferas de governo, garantindo a atenção integral às urgências por meio da transversalidade de atuação das coordenações municipais, estaduais e regionais do sistema de urgências; coordenar a atenção urgente no âmbito da atenção primária à saúde das unidades de urgências não hospitalares e hospitalares (porta e leitos urgentes, UTI e semi-intensivos), pré-hospitalar móvel, regulação de urgências, pós-hospitalar, coordenar a atenção médica em situações de desastre, estimulando, por meio desta atuação transversal, a organização de uma Rede de Atenção Integral às Urgências, buscando a universalidade, a eqüidade e a integralidade.

191. Que os governos federal, estaduais e municipais criem mecanismos para pôr em funcionamento todos os leitos de UTI já instalados no País.

192. Recomendamos ao Ministério da Saúde a implantação de um IML em municípios com população a partir de 50.000 habitantes.

193. Melhorar o fluxo para o acesso de urgência e emergência ampliando o financiamento e qualificando os recursos humanos; definir responsabilidades nas três esferas de governo; apoiar a implantação de serviços de saúde com atendimento 24 horas, para facilitar o acesso da população e atender às suas necessidades, com critérios de prioridade, assim como equipar e aparelhar o pronto- socorro já existente de modo a atender efetivamente as emergências e garantir a implantação de serviços de saúde 24 horas em distritos descobertos, com preenchimento da Tabela de Lotação de Pessoal (TLP) por meio de concurso público.

194. Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde pactuem a implantação/implementação, a partir de discussões nos conselhos de saúde, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares utilizando como parâmetro a política nacional fundamentada na Portaria MS/GM nº 971/06, incluindo e incentivando a utilização na atenção básica de terapias alternativas como: medicina tradicional chinesa – acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e do termalismo – crenoterapia, incluindo as práticas terapêuticas da matriz afro-indígena, de medicina preventiva natural e alimentação integral, a equoterapia, a cinoterapia e outras com comprovado embasamento científico e, de acordo com a realidade de cada região, valorizem e preservem as diversas culturas, contribuindo com o modelo de atenção à saúde e superando a visão hospitalocêntrica, medicamentosa e curativista.

195. Garantir a aquisição contínua dos medicamentos padronizados, dos fitoterápicos e dos medicamentos homeopáticos, revisando-os sistematicamente e incentivando a implantação de farmácias vivas, a utilização de plantas medicinais, a orientação de fitoterapeutas na rede básica e a oferta de cursos com linguagem acessível para

a comunidade interessada, além de fomentar a inclusão do tema referente aos fitoterápicos e plantas medicinais nos cursos de graduação da área da Saúde.

196. Implantar políticas de inclusão para as pessoas com deficiência, garantindo que os serviços públicos ampliem os atendimentos, priorizando a promoção de atenção integral aos portadores de diversas deficiências e que seja garantido pelas três esferas de governo o acesso à média e à alta complexidades, reduzindo a demora na realização de exame, na correção cirúrgica do lábio leporino, no acesso a órteses, a próteses e à reabilitação de pacientes politraumatizados, amputados e às pessoas que necessitam destes.

197. Destinação correta dos recursos garantidos pelos SUS junto a Apaes/Pestalozzi/Cernic e outras entidades que atendam pessoas com deficiências (física, mental, auditiva, visual e autismo), direcionando estes recursos à atenção de equipes multidisciplinar, à adaptação, à reabilitação e à manutenção de órtese/prótese e ao apoio às respectivas famílias.

198. Estabelecer gestão, nas três esferas de governo, objetivando a construção, a ampliação de áreas e núcleos para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, com a garantia de inserção de equipe multidisciplinar, de aquisição e reparo de equipamentos, de recursos da tecnologia assistida conforme as necessidades por área profissional, visando também potencializar os Centros de Reabilitação Física e Profissional, contemplando as cidades pólo com menos de cem mil habitantes.

199. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir o aumento do número de unidades transplantadoras de órgãos, tecidos, cordão umbilical dos partos normais e cesáreos, aumentando os bancos e sua respectiva força de trabalho no SUS, capacitando as equipes que transportam órgãos fomentando a especialização de trabalhadores de saúde que atuam nessa área e realizar convênios com os pesquisadores de células-tronco.

200. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem fomentar a campanha de doação de órgãos em casos

de morte encefálica, garantindo sua notificação em todos os estabelecimentos hospitalares de saúde, conforme legislação, além de capacitar os profissionais e realizar campanhas periódicas esclarecendo os procedimentos, ressaltando a importância da doação de órgãos.

201. Garantir pelas três esferas de governo agilidade no acesso do usuário à realização e ao resultado da biópsia para confirmação do diagnóstico oncológico, acompanhamento médico e medicação aos pacientes em tratamento e assistência ambulatorial por equipe multiprofissional, e que os recursos sejam garantidos nos três níveis de atenção para melhorar a qualidade da atenção ao paciente oncológico.

202. Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em todas as esferas de gestão por meio de sua estruturação, considerando as características epidemiológicas e demográficas, garantir o acesso à assistência farmacêutica para toda a população, a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e de protocolos clínicos que devem ser revisados periodicamente e disponibilizados em toda a rede de atendimento, quantidade necessária de tecnologias para atender a demanda e a integralidade na assistência, incluindo as práticas integrativas e complementares e a promoção do uso racional de medicamentos.

203. Definir uma política nacional que aponte para a transformação dos estabelecimentos farmacêuticos privados em estabelecimentos de promoção à saúde, integrando-os ao SUS.

204. Ampliar o Programa de Farmácia Popular, implantando este Programa, também, nos municípios de pequeno porte populacional.

205. Garantir, por meio de norma específica, que os esquemas terapêuticos mais freqüentes de pacientes multimedicalizados possam ter em suas formas farmacêuticas características farmacotécnicas que os diferenciem visualmente.

206. Fazer da farmacovigilância, do fracionamento e do controle de medicamentos psicotrópicos estratégias para o uso racional de medicamentos no Brasil, tendo como suporte o farmacêutico como o profissional do medicamento.

207. Ampliação da capacidade de produção dos laboratórios oficiais, como instrumento de atendimento de parte da demanda de medicamentos da atenção básica, bem como instrumento de regulação e internalização de tecnologias de ultima geração na área terapêutica.

208. Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde implantem/implementem a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e eqüidade, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao uso racional, envolvendo a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e descarte, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, garantindo a pactuação dos recursos financeiros necessários para a manutenção dessa política e de seus programas.

209. Que o Ministério da Saúde formule um processo para a aquisição de medicamentos, por meio da adesão dos municípios ao padrão e à modalidade de registro de preço, e que a esfera responsável pela prescrição arque com o fornecimento da medicação.

210. Implementar a Política Nacional de Saúde Bucal com a criação de rede de serviços que garanta o acesso à prevenção, à promoção, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação no âmbito da atenção básica, de média e de alta complexidade, permitindo a estruturação de linhas de cuidado na assistência odontológica e uma política específica para a infância, no que tange à prevenção de cáries e à ortodontia, além de outras especialidades.

211. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem desenvolver, dentro da respectiva competência, estratégias para implantar/implementar a Política Nacional de Atenção Básica, que é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da eqüidade e da participação social, articulada com os demais níveis de complexidade, por meio de centrais de regulação, com monitora-

mento e avaliação, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização, com a garantia de priorização dosseis eixos programáticos do Pacto Pela Vida.

212. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem fortalecer a atenção básica nos municípios com políticas de indução financeira, definindo o padrão de organização desses serviços no que diz respeito à estrutura física, aos insumos e ao processo de trabalho, e monitorar e avaliar as ações e serviços baseados em indicadores quali-quantitativos.

213. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem apoiar as secretarias municipais de saúde na implantação do processo de descentralização orçamentária, das ações e dos serviços de saúde, da promoção e proteção à saúde, da assistência e da gestão, de acordo com a legislação vigente, a partir dos serviços de saúde mais complexos, considerando o planejamento com estudo de viabilidade para a implementação de unidades na rede hierarquizada até o nível da atenção básica, de um sistema de apuração de custos e consumo (tipos de serviços) e de mecanismos e processos para coibir as ações clientelistas, corporativistas e de mercantilização da saúde.

214. Que o Ministério da Saúde descentralize para estados, regiões ou municípios o teto físico-financeiro, diferenciando o da região Norte em favor de suas peculiaridades geodemográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e culturais, considerando que os recursos financeiros destinados à farmácia básica possam ser gastos em medicamentos de acordo com a necessidade local, bem como a regionalização das farmácias de distribuição de medicamento de alto custo; a expedição de carteira contra a febre amarela (Anvisa); a habilitação dos recursos, dos padrões e dos critérios de análise e aprovação de projetos; e a implementação das ações de entomologia, nos municípios de alto risco (malária, dengue, leishmaniose, esquistossomose), resgatando, quando for o caso, as equipes e as estruturas existentes.

215. O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) devem: estimular a ampliação das equipes multiprofissionais, com a inclusão de outros profissionais necessários à abordagem dos problemas mais

relevantes de cada local, incluindo o profissional farmacêutico, o assistente social, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o nutricionista, o psicólogo, o professor de educação física, bem como o odontológo, nas equipes de apoio à Saúde da Família; promover mudanças nos protocolos clínicos, ampliando a autonomia dos profissionais da ESF para a indicação de exames, evitando a demanda excessiva de exames de alta complexidade e especialidades médicas, possibilitando aos generalistas a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos; implantar núcleo do programa de saúde integrativa com serviço médico em homeopatia, acupuntura, fitoterapia e serviço de farmácia homeopática e fitoterápica e garantir a informatização para o trabalho das ESF nos municípios.

216. O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) devem redefinir os critérios de cobertura e os mecanismos compensatórios para a implantação de equipes de Saúde da Família, considerando a extensão territorial dos municípios, as diferenças regionais, o índice de desenvolvimento humano (IDH), as especificidades dos municípios mais afastados da região metropolitana e as áreas de difícil acesso, respeitando as suas características econômicas, demográfica e geográfica, propiciando maior autonomia dos entes federados, inclusive, com incentivo do nível federal para os municípios com menos de 30 mil habitantes.

217. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem apoiar as secretarias municipais de saúde na ampliação da cobertura com equipes de Saúde da Família, como estratégia estruturante da atenção básica, para 100% no município, aumentando o incentivo federal e garantindo o estadual, implementando suas ações e efetivando a garantia dos direitos humanos e em particular os direitos reprodutivos e sexuais.

218. O Ministério da Saúde deve definir prazo de até 60 dias, sem desconto do incentivo, para a desabilitação da Equipe de Saúde da Família, nos casos de ausência de um profissional.

219. Assegurar que o Ministério da Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde, informe, oriente e fiscalize os municípios

em relação aos repasses financeiros destinados à Estratégia Saúde da Família, evitando desvios e cortes de recursos desnecessários, garantindo a destinação de recursos suficientes, com contrapartida dos estados e municípios para a ampliação das equipes, sempre que necessário, construindo novas unidades de saúde da família, para desativação de prédios alugados, bem como instituindo o terceiro turno de acordo com as necessidades municipais.

220. Garantir e fortalecer a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, pactuada nos colegiados de gestão, por meio de parceria interinstitucional, otimizando custos, viabilizando e formalizando núcleos de educação permanente, em nível regional; reformar e a adequar a rede hospitalar e de todas as instituições que prestam serviço ao SUS, atendendo a um padrão de ambiência (arquitetura, mobiliário, padrão de equipamentos), proporcionando conforto, privacidade e segurança ao usuário e ao trabalhador, com sinalização e acessibilidade no acolhimento ao usuário e no acompanhamento do processo de atendimento ao cidadão, com oferta de serviço , respeitando critérios de risco, priorizando a qualidade das ações e dos serviços, nos centros e hospitais da rede pública e credenciada, visando à resolutividade da demanda.

221. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem rever o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDR e PDI) e qualificar a gestão do planejamento, do gerenciamento e da avaliação do financiamento do SUS e da execução da Programação Pactuada e Integrada (PPI) quanto ao alcance de resultados sanitários, com a definição das responsabilidades e os recursos financeiros suficientes para realizar as ações preconizadas no Pacto, respeitando a EC nº 29 e a adoção de medidas punitivas para o gestor não cumpridor desses dispositivos.

222. Implementar o Pacto pela Saúde nas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, visando estabelecer prioridades sanitárias, a partir do perfil epidemiológico, e fortalecer a saúde pública no país, com a regionalização solidária, criando os colegiados regionais de gestão, com responsabilidade sanitária e cooperação técnica entre os níveis de governo pactuadas por meio dos termos de compromisso com controle social, consideran-

do o planejamento participativo, as tecnologias de informação e os indicadores para a promoção da saúde.

223. Que os governos federal, estaduais e municipais garantam a participação da Funasa/DSEIs, enquanto unidade gestora, com assento nas discussões da CIB, dos conselhos, das conferências e dos fóruns, nos âmbitos nacional, estadual e municipal, nas discussões de consolidação do Pacto pela Saúde e também fortaleçam a parceria entre a Funasa e as secretarias de saúde estaduais e municipais para garantir o atendimento de média e alta complexidade aos indígenas, visando o fim dos serviços terceirizados.

224. O Ministério da Saúde deve implantar a Política de Atenção à Saúde dos povos e comunidades tradicionais (indígenas, negros, quilombolas e ciganos), nos estados e municípios onde existirem essas populações, em co-gestão com a União, considerando o preconizado no Pacto pela Saúde.

225. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem: agilizar a adesão dos hospitais de pequeno porte (HPP) à contratualização; definir os papéis dos governo federal, estaduais e municipais nas ações de alta, média e baixa complexidade; ampliar o teto financeiro para média e alta complexidade, enfocando principalmente exames preventivos de doenças (mamografias, densitometria óssea, etc.) e financiar, com recursos das três esferas de governo, os serviços de assistência à saúde ambulatorial e hospitalar, cada um em sua instância de responsabilidade, em conformidade com a Noas até a adesão ao Pacto.

226. O Ministério da Saúde deve implementar políticas de gestão do trabalho compatíveis com os desafios propostos em cada área assistencial, bem como na gestão do SUS, com capacidade para reduzir a precarização do trabalho em saúde, buscar transparência nos contratos e na política de avaliação de desempenho.

227. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem criar e implementar uma rede informatizada de atendimento nas unidades e secretarias de saúde dos municípios, com integração às redes estadual e federal, permitindo o controle e a

avaliação de dados, indicadores e custos, unificando os sistemas de avaliação, com divulgação dos resultados para os serviços de saúde.

228. Os governos federal, estaduais e municipais devem garantir os direitos do idoso por meio do estabelecimento de política de atenção à saúde do idoso, do cumprimento rigoroso do Estatuto do Idoso, da criação e implementação do Conselho Municipal do Idoso, da Central de Atendimento ao Idoso, de centros de convivência para idosos e de residências para idosos que demandem cuidados diários mais intensos, garantindo a assistência com equipe multiprofissional, com permanente qualificação.

229. Ampliar o pacto pela vida incluindo como eixos prioritários a atenção à saúde da pessoa com deficiência, de vítimas de violências, prevenção do câncer de próstata, de pele, a saúde mental, as DST/HIV/aids entre as doenças emergentes, bem como indicadores de Vigilância Sanitária.

230. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem definir o papel das três esferas de governo nas políticas de Saúde Mental, quanto ao financiamento, à ampliação dos valores de repasse e referência, à definição do incentivo estadual (contrapartida estadual) para a implantação e a manutenção de ações de saúde mental nos municípios; garantir nos Termos de Compromisso os mecanismos de promoção, reavaliação, ampliação e flexibilização dos critérios para a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a revisão dos parâmetros populacionais para a liberação de recursos para a rede substitutiva de saúde mental(CAPS I, II, III, AD, I, Adolescente), ampliando a oferta de acesso aos CAPS em municípios de menor porte populacional, com a inclusão de municípios com menos de 20 mil habitantes e o atendimento em saúde mental em todos os níveis de complexidade, instituindo Comitês Regionais de Saúde Mental , a divulgação nos Conselhos de Saúde, das avaliações dos hospitais psiquiátricos pelo PNASS, o apoio técnico e financeiro para a implantação de equipes matriciais de apoio à atenção básica, reabilitação e saúde mental, a capacitação dos profissionais, a ampliação da oferta de medicamentos destinados à saúde mental, objetivando a qualificação da aten-

ção aos usuários portadores de transtornos mentais e seus familiares e contribuindo para a implantação da Reforma Psiquiátrica.

231. Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde ampliem a cobertura do Samu de acordo com a Política Nacional de Urgência e Emergência, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada Estado, com reestruturação e regionalização do serviço pré-hospitalar, conforme Portaria MS/GM nº 2.048, com o atendimento móvel de urgência nas regionais e/ou nas sedes de microrregiões de saúde, garantindo atendimento móvel de urgência para todos os municípios.

232. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, em conjunto com os municípios, devem reverter o modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção (atenção básica, de média e alta complexidade), substituindo-o pela organização em rede de atenção a saúde, além de organizar e regular uma rede de regionalização solidária, cooperativa e hierarquizada de atenção à saúde, contemplando municípios/microrregiões/regiões do Estado e implementar o tratamento fora do domicílio (TFD), implantando e mantendo um Sistema Integrado de Informações dos Usuários (Cartão SUS) em todos os municípios

233. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir a referência e a contra-referência (RCR) para a alta e a média complexidade, ampliando a oferta dos serviços, garantindo o acesso da população aos serviços, de acordo com o perfil epidemiológico dos estados e dos municípios, bem como fortalecer e monitorar a referência e a contra-referência da média e da alta-complexidade sob a responsabilidade de regulação do estado, otimizando os leitos dos hospitais regionais, serviços de ambulância e exames especializados, os investimentos em infra-estrutura para a implantação/implementação dos serviços de cardiologia, nefrologia, proctologia, centros de reabilitação, UTIs, terapia renal substitutiva (TRS), oncologia, transplantes, captação de órgãos, entre outros nas macrorregiões.

234. A Comissão Intergestores Bipartite deve, a partir de critérios técnicos, dados epidemiológicos e de revisões semestrais da

Programação Pactuada Integrada (PPI), definir a construção de hospitais regionais de média e alta complexidade (com recursos federais, estaduais e municipais) para garantir e ampliar referência hospitalar pública para todos os municípios, com maior flexibilidade quanto à permanência do número das AIHs no município, respeitando-se as necessidades e a capacidade instalada.

235. Que o Ministério da Saúde assuma a interlocução dos acordos, em parcerias com os estados, referentes às políticas de fronteiras, estabelecendo normas para a prestação de serviços de atenção à saúde, de maneira solidária e recíproca pelos países envolvidos, principalmente com os estados da região Norte, bem como fortaleça a assistência de média e alta complexidade com a implantação/implementação dos recursos por telemedicina, a partir do reconhecimento formal, pelo Governo Federal, da existência dos municípios-pólo: Tefé, Fonte Boa, Tabatinga, Manacapuru, Itacoatiara e demais municípios da Amazônia Legal.

236. O Ministério da Saúde deve apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde no fortalecimento dos processos de Regionalização da Saúde, com a implantação/implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), tendo como premissas o papel/competências das regionais de saúde, a regionalização dos serviços de referência de média e alta complexidade, com a garantia do acesso, a resolutividade e a integralidade da atenção à saúde, o repasse fundo a fundo para os estados e municípios, sob controle dos conselhos de saúde, a alocação de recursos para construção, ampliação/reforma e para equipar os serviços públicos de atenção básica e hospitais públicos, especialmente os serviços de urgência e emergência; a criação de espaços permanentes de negociação, nas micro e macrorregionais e a implementação de complexo regulador de sistema de informática e telefônico (0800).

237. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde, como incentivo ao desenvolvimento de consórcios intermunicipais, devem fortalecer os hospitais próprios, com contratação de trabalhadores de saúde; aquisição e manutenção de equipamentos, ampliação do número de leitos hospitalares nas macrorregiões,

incluindo leitos de UTI de adulto, recém-nascido e infantil, além de exames de média e alta complexidade a partir de dados epidemiológicos; favorecendo a organização de uma atenção em rede e o estabelecimento de referência e contra-referência no atendimento hospitalar aos usuários do SUS.

238. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deve revisar semestralmente a Programação Pactuada Integrada (PPI) com mediação das CIBs regionais, avaliando as metas pactuadas em nível regional e estadual, favorecendo articulação entre gestores municipais pactuados para aumento da oferta de procedimentos hospitalares e de média e alta complexidade, garantindo a implementação e a integralidade do cuidado em saúde, como forma de viabilizar o acesso aos serviços de saúde.

239. Reestruturar e ampliar o setor de cancerologia na rede hospitalar pública e filantrópica e revisar os parâmetros populacionais para a realização de ultra-som para o rastreio do câncer de mama em pacientes com menos de 45 anos, aumentando o número (cotas) de exames especializados pelo SUS, acompanhados de aumento do teto financeiro, em especial mamografia, antecipando sua realização para a faixa de 40 anos.

240. Instituir programas de atenção básica, de prevenção, de tratamento e reabilitação que visem à diminuição das internações hospitalares e ao remanejamento dos recursos financeiros para as ações básicas e preventivas, aumentando a capacidade instalada no estado e ampliando o acesso aos serviços de forma regionalizada e descentralizada.

241. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem participar e incentivar o desenvolvimento dos programas de saúde em âmbito regional e municipal, por meio de apoio ao planejamento loco-regional e do fortalecimento do papel estadual na oferta de serviços; no desenvolvimento de ações de saúde e na fiscalização por meio de auditorias, respeitando e fortalecendo a descentralização do sistema e as autonomias municipais; promovendo a ampliação de serviços, como laboratórios de análises clínicas, hospitais de urgência e emergência, oferta de leitos e de recursos humanos sufi-

cientes para atender a demanda dos municípios dos módulos assistenciais, garantindo o acesso aos usuários a partir de critérios técnicos, e que estes serviços não sejam repassados ao setor privado.

242. Viabilizar a construção de um serviço de pronto-atendimento nos municípios que não disponham de hospital.

243. Que o Ministério da Saúde resgate e implemente a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), transformando-a em Política Pública, com estímulo a parcerias entre Governo Federal, Estadual e Municipal, com promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, inclusive o atendimento odontológico de média e alta complexidade, com financiamento específico; revisando as portarias ministeriais que criaram os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), com a inclusão de outras especialidades afins, como ortodontia e ortopedia funcional.

244. Estabelecer que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde cumpram a lei que preceitua o atendimento de urgência e emergência ao apenado, encaminhando-o posteriormente para o hospital penitenciário.


CONASS






Saúde e Qualidade de Vida.








13ª






Saúde e Qualidade de Vida:













Eixo II – Inéditas

1. Fomentar a pesquisa para tratamento dos deficientes visuais e outros no Brasil e no exterior.

2. Que se cumpra e se faça cumprir a legislação pertinente às pessoas com deficiência do Brasil, enfatizando-se o disposto no Decreto nº 5.296/2004, que regulamenta a Lei nº 7.853/89, também no que tange à conceituação.

3. Que seja cumprida a Lei Federal que diz que o gestor de saúde (secretário de saúde) seja efetivamente o ordenador de despesas do Fundo de Saúde e que o mesmo seja indicado por critérios técnicos e aprovados pelos conselhos de saúde, para que estes não se tornem reféns das alterações políticas.

4. Que o Ministério da Saúde cumpra o artigo 35 da Lei nº 8.080, que trata das transferências de recursos, garantindo que 50% destes sejam destinados ao perfil demográfico (quantidade de habitantes) e que 50% estejam vinculados ao perfil epidemiológico; às características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; ao desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; aos níveis de participação do setor Saúde nos orçamentos; à previsão do plano de investimento da rede e ao ressarcimento de atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

5. Garantir para os diabéticos o acesso ao tratamento cirúrgico, para que estes deixem de ser dependentes de insulina e outros medicamentos, uma vez que tal procedimento promove a cura definitiva.

6. Considerando a necessidade de regulamentar os programas de residência multiprofissional, a 13ª Conferência Nacional de Saúde reafirma a necessidade de funcionamento pleno da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais como legítima reguladora de programas e cursos, devendo o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação atuarem conjuntamente na garantia de sua atuação.

7. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula os planos privados de saúde, deve ter suas ações e seu funcionamento custeados exclusivamente por recursos próprios oriundos de suas ações de fiscalização e da taxa de saúde suplementar considerados

planos de saúde. A ANS não deve mais utilizar recursos do SUS e do tesouro nacional.

8. Aperfeiçoar os marcos legais e regulatórios do SUS com ações para consolidação e revisão dos atos normativos, favorecendo a democratização do sistema.

9. Que a Tripartite aprove a reformulação da Portaria MS/GM nº 702 e da Portaria MS/SAS nº 249, que criam os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, compatibilizando-as com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em pendência para análise da Comissão desde abril de 2006.

10. Que o Ministério da Saúde estimule os estados e municípios a criar a Secretaria de Atendimento ao Idoso (554).

11. Garantia pública de acesso universal à água, à escova e ao creme dental fluoretados como insumos mínimos de cidadania e como estratégias imprescindíveis para a inclusão social de todos brasileiros nas práticas promocionais diárias de autocuidado bucal, independentemente de idade, ocupação, local de moradia e condição social.

12. Exigir de todas as Equipes de Saúde da Família a oferta de práticas preventivas e promocionais em saúde bucal, que devem ser realizadas nas visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, como parte indissociável e articulada ao conjunto das rotinas promocionais de saúde, fazendo deste trabalho o fundamento para a estruturação de toda a oferta municipal de "procedimentos de ação coletiva de escovação dental supervisionada", bem como fundamento para futuras transferências federais regulares de escova, creme e fio dental na cobertura de populações excluídas e de baixa renda.

13. Reorganizar a atenção básica em saúde bucal, de acordo com a Estratégia de Saúde da Família, cuidando para que a expansão da saúde bucal escolar e da assistência especializada via CEOs (Centro de Especialidades Odontológicas) não sejam predatórias, substitu-

tivas e desestruturantes da atenção em saúde bucal, mas sim complementares.

14. Garantir que o cirurgião dentista, o auxiliar de consultório dental e o técnico de higiene dental, membros da equipe de saúde bucal (ESB), sejam incorporados à equipe mínima dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família, superando a prática hoje prevalente que permite a implantação de uma ESF sem a participação dos profissionais da ESB, que são contratados paulatinamente, o que impede a atenção integral desses cuidados à população.

15. Instituir e garantir o vínculo empregatício na contratação do agente comunitário de saúde quilombola (ACSQ), respeitando todos os direitos trabalhistas.

16. Que o Governo Federal garanta autonomia administrativa e financeira aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e que o recurso do saneamento básico para áreas indígenas sejam introduzidos no teto orçamentário destes, bem como incluindo-os em todas as capacitações realizadas, contratando técnicos para os núcleos de vigilância em saúde, com formação na área de epidemiologia e controle de doenças e profissionalizando os agentes indígenas em diversos setores da Saúde.

17. Exigir, por norma legal adequada, a qualificação específica de gestores, especialmente em cargos de direção de hospitais, secretarias de saúde, coordenação de serviços ou programas de saúde da rede pública, definindo política de financiamento tripartite para a gestão do processo de trabalho e educação na Saúde, garantindo o aproveitamento de profissionais especializados com recursos do SUS e evitando que estes deixem o serviço público após as qualificações.

18. Encaminhar e garantir as regulamentações e o piso salarial nacional, no âmbito do SUS, para todos os profissionais e trabalhadores, em especial: auxiliares e técnicos de laboratório, instrumentação cirúrgica, agente redutor de riscos, auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário, desenvolvendo ações para a adoção de vínculos que garantam os direitos sociais e previdenciários a todas as categorias, objetivando a redução da iniqüidade e da desigualdade sociais, estabelecendo parcerias com entidades geradoras

de emprego e desenvolvimento profissional e eliminando discriminações de trabalhadores do SUS segundo suas atribuições no processo de trabalho (área meio e área fim).

19. Manter o princípio da "irredutibilidade do valor do benefício do aposentado em relação ao da ativa", a correção de todos os benefícios pelo mesmo índice do salário mínimo e o período de carência de 15 anos para as aposentadorias por idade.

20. Encaminhar ao Congresso Nacional projeto de lei estabelecendo piso nacional salarial aos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, em valor reajustado anualmente, que garanta a permanente valorização e qualificação profissional.

21. Garantir a equipe técnica permanente nas secretarias municipais de saúde.

22. Que o Ministério da Saúde e os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde desenvolvam e executem políticas editoriais de informação nas três esferas do SUS, com divulgação ampla em todo o território nacional, para efetivar a disseminação e a distribuição de produtos informacionais com eqüidade de acesso, mediante investimentos em tecnologia e *software* para o Sistema Nacional de Informação em Saúde, Datasus, garantindo maiores recursos financeiros para implementação das ações de comunicação e informação em saúde, para que sejam efetivos instrumentos de auxílio às ações do SUS e às previstas pelo Pacto da Saúde, objetivando a melhoria da formação de recursos humanos, a conscientização de usuários, a racionalização do desenvolvimento de sistemas, a qualidade de acesso aos dados produzidos, além de estabelecer periodicidade ou agendamento durante o ano para realizar atualizações ou implantação de novas versões dos sistemas.

23. Garantir a publicidade da Lei que pune a agressão ao funcionário público em exercício da sua atividade e encaminhar ao Ministério Público as denúncias de "trotes" aos serviços públicos de assistência à saúde – resgate SAMU 192 –, implementando e promovendo campanhas de divulgação das repercussões e conseqüencias legais destes atos.

24. Criar e garantir o funcionamento de casas de apoio nas cidades que são capitais para pacientes e seus acompanhantes que residam em locais distantes e estejam em tratamento, para não interromper o processo terapêutico.

25. Criar projeto de lei para inviabilizar a contratação de serviço terceirizado junto às UBS, aos pronto-socorros e aos serviços hospitalares municipais, estaduais e federais dos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e no que tange aos auxiliares de enfermagem, para que tenham tempo hábil de 3 anos, a fim de que sejam qualificados para técnicos de enfermagem.

26. Que na construção do Pacto pela Saúde seja incluído o componente da saúde na perspectiva da responsabilização em torno de ações intersetoriais que permitam a construção de estratégias para promoção da saúde e inclusão social, qualificação da gestão participativa, mobilização em defesa da saúde como espaço de concretização da cidadania e defesa da vida, viabilizando aporte de recursos conjunto das secretarias municipais e estaduais envolvidas nesta intersetorialidade para realização das ações de saúde, educação, lazer, etc., promovendo ainda a cultura da paz.

27. Estipular, via legislação federal, o mês de março como prazo final para que os gestores do Poder Executivo, nas três esferas de governo, que descumprirem as normas previstas pela EC nº 29 sejam punidos por meio de perda de mandato ou de seus direitos políticos por quatro anos, concedendo-se aos sucessores seis meses para a devida regularização, sob pena de sofrerem a mesma penalidade, garantindo que não ocorra parcelamento ou perdão por parte dos governos estaduais e municipais.

28. Exigir do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde prévia auditoria interna pelos sistemas estaduais de auditoria e receber em tempo hábil o seu parecer de conformidade e de não conformidade, as recomendações ou as conclusões apresentadas previamente às comissões dos conselhos de saúde e para posterior deliberação dos plenários dos conselhos de saúde estaduais sobre as prestações de contas e os relatórios de gestão da secretaria de estado da saúde e de todo o SUS do estado.

29. Garantir a desregionalização do SAMU, para direito de pactualização e garantia de ambulância nos municípios pequenos.

30. Garantir aos serviços de SAMU 192 estaduais ou de grandes cidades metropolitanas a disponibilização de unidade aérea (helicóptero), assim como iluminação e regularização de aeroportos localizados nos interiores dos estados brasileiros, para viabilizar o pouso e a decolagem de aeronaves, nos períodos noturnos, para remoção de pacientes em estado grave e que necessitam do atendimento urgente de alta complexidade.

31. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer e implementar critérios e ferramenta tecnológica de gestão e acompanhamento da regulação de vagas de serviços de média e alta complexidade (consultas, exames, procedimentos de especialidades, cirurgias, distribuição e ocupação de leitos hospitalares e UTI) e por intermédio da Cenrac (Central de Regulamentação em Alta Complexidade) garantir a agilidade de serviços eletivos solicitados pela Cerac (Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade) nos estados que não possuem tais procedimentos, com a participação do controle social, de gestores municipais como condicionantes para firmar termo de compromisso, contratos e convênios, com ampliação dos procedimentos de alta complexidade, apresentando prestação de contas com ampla auditoria, ouvindo todos os setores envolvidos e apresentação de relatório de gestão.

32. Garantir que os trabalhadores do SAMU sejam incluídos no PCCS do SUS, buscando a luta pela isonomia salarial nacional e a qualidade de vida. E que o acesso desses trabalhadores seja somente por meio de concurso público.

33. Implantar no âmbito do SUS a Cipesc (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva), como ferramenta de sistematização da Assistência de Enfermagem, aumentando a produtividade e a visibilidade do trabalho desta categoria nos serviços de saúde.

34. Inserir na PPI (Programação Pactuada Integrada) e no PDR (Plano Diretor de Regionalização) a realização de regulações interestadu-

ais e municipais, pelas Centrais de Regulação Médica de Urgência, considerando as especificidades geográficas regionais, implementadas conforme o Pacto pela Saúde, com rigoroso programa de investimento para ampliar o acesso e acabar com as lacunas assistenciais, garantindo universalização da saúde da família, assistência farmacêutica, Samu, CEO, Caps, além de acesso à atenção especializada e hospitalar.

35. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde determine que os prestadores de serviço do SUS, de forma direta ou indireta (contrato ou convênio), disponibilizem atendimentos em todos os níveis de complexidade (consultas, exames, de média e alta complexidade) com todas as equipes disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de forma a garantir a atenção integral ao usuário.

36. Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde implantem e/ou fortaleçam referenciais ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais em doenças tropicais, infecto-contagiosas e negligenciadas.

37. Reformular o Sistema de Informações da Atenção Básica para a melhoria da programação e avaliação do trabalho desenvolvido por instâncias das três esferas do governo, com envolvimento do controle social.

38. Que o Ministério da Saúde, por meio do Datasus, promova a retomada da discussão da Política Nacional de Informação e Informática (PNIIS), com o objetivo de adequá-la à realidade atual, enfatizando os interesses do controle social e de estados e municípios.

39. Retomar e ampliar o Projeto RNIS (Rede Nacional de Informações em Saúde), sob coordenação executiva do Datasus, para reforçar a política de inclusão digital do setor Saúde, a capacitação a distância em informação em saúde e o compartilhamento de projetos e soluções de informática entre as três esferas do SUS com participação do controle social.

40. Garantir a distribuição de filtro solar profissional (fator 30-45) aos trabalhadores ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e aos ACE

(Agentes de Controle de Endemias). E que o filtro solar seja considerado EPI (Equipamento de Proteção Individual), com sua distribuição a cargo do gestor.

41. Que o Ministério de Saúde insira uma qualificação do agente comunitário de saúde e curso de Libras (Língua Brasileira de Sinais).

42. Que seja garantida a isonomia do piso salarial mínimo de R$ 835,00 aos Agentes Comunitários Indígenas, Agentes Ambientais e Agentes Comunitários, conforme orientação existente no Portal do Ministério da Saúde, e que os recursos sejam garantidos pelo Governo Federal, pelos governos estaduais e municipais.

43. Garantir integralidade na assistência e reabilitação dos(as) portadores(as) de doenças ocupacionais desde exames de média e alta complexidade, como ultra-som, tomografia, ressonância magnética, eletrocardiograma, entre outros, até o acompanhamento multiprofissional por médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nos Cerest e nas Unidades Sentinelas.

44. Garantir que seja incorporada a previsão do SAT para trabalhadoras domésticas e autônomas, de forma que os acidentes dessa categoria tenham a cobertura garantida pelo INSS.

45. Garantir que todos os recursos advindos de multas aplicadas pela área da Saúde do Trabalhador sejam destinados a um fundo específico para financiar projetos da área da Saúde do Trabalhador, com controle social.

46. Implantação da Comissão Permanente de Investigação das condições de trabalho e meio-ambiente nos estados, composta pelo Ministério Público, pela Delegacia Regional do Trabalho, pelas entidades sindicais e demais entidades e instituições que integram o controle social.

47. O Ministério da Saúde deve com urgência mapear os empreendimentos previstos pelo PAC nos territórios de intervenção e indicar situações de risco e vulnerabilidades sociais, ambientais, institucionais e de conhecimento, promovendo estratégias e ações para sua superação, garantindo a estrutura, nos três níveis de governo,

para atender integralmente a saúde dos trabalhadores e das populações que sofram o impacto desses empreendimentos produtivos ou dessas obras de infra-estrutura.

48. Que a estrutura do Cerest (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) utilize funcionários públicos efetivos e que sejam compatibilizados cargos efetivos dentro do quadro já existente. Isso facilita sobremaneira a isenção, a imparcialidade e a proteção de profissional na tomada de decisão. De outro modo, os contratados podem beneficiar as empresas fiscalizadas por intenção ou coação.

49. Que o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (Sisosp), instituído no âmbito do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (Sipec), pelo Decreto n‘ 5.961, de 13 de novembro de 2006, do Ministério do Planejamento, seja implantado.

50. Aprimorar a legislação e os mecanismos de fiscalização das atividades exercidas por estudantes, residentes e estagiários em serviços de saúde, para evitar que atuem sem a devida supervisão e que sejam submetidos a condições degradantes de trabalho, com a jornada semanal muitas vezes superior a 60 horas de trabalho, além de coibir seu uso como “mão-de-obra barata” ou não remunerada de maneira desvinculada do caráter pedagógico.

51. Considerando-se que o Pró-Saúde não contempla as complexidades necessárias ao processo de mudança de formação dos trabalhadores em saúde, bem como desconsidera as especificidades loco-regionais e restringe a participação e o efetivo controle social, para garantir a ampla e democrática participação e coerente com a Política Nacional de Educação Permanente, os recursos destinados ao Pró-Saúde devem ser disponibilizados para negociação nas Comissões de Integração de Ensino e Serviço (instituídas pela Portaria MS nº 1.996/07). Dessa forma, permeabiliza a construção de mudanças na formação com participação de gestores, instituições formadoras e controle social.

52. Criar e implementar massivamente programas (com bolsas) de especialização e de residência em Atenção Básica e em Saúde Coletiva, estabelecendo critérios para as áreas, profissões, vagas e cenários de aprendizagem, com ênfase nas regiões urbanas de periferia e re-

giões rurais, integradas ao trabalho das equipes e articuladas aos sistemas municipais de saúde (o financiamento deve ter caráter regulador).

53. Criar novas residências integradas, com garantia de uma comissão nacional de residências multiprofissionais ampliada para reconhecer e valorizar as mesmas, as especializações em saúde na pontuação de processos seletivos, concursos e carreira em reconhecimento aos aperfeiçoamentos especializados feitos pelo próprio SUS.

54. Criar políticas públicas para atenção especializada em saúde que atendam às necessidades da população brasileira e que sejam norteadoras do ordenamento dos programas de residência médica, assim como promover mudanças nesse modelo de formação, preservando o ensino baseado na prática dos serviços de saúde e visando ao desenvolvimento ético, político, humano e profissional.

55. Fortalecer as instituições formadoras do SUS, as Escolas Técnicas do SUS, como instâncias prioritárias de formação profissional de nível técnico e educação permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, garantindo atendimento à totalidade dos trabalhadores da rede SUS das três esferas com amplo processo de controle social.

56. Garantir financiamento público para a universalização da Residência em Saúde da Família.

57. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação devem garantir a implantação de hospitais de ensino em todas as cidades que abrigam instituições federais de ensino superior em saúde.

58. Que os Ministérios da Saúde e da Educação, em articulação com as secretarias municipais de saúde e o controle social, definam e implementem uma política pública de incentivo à mudança, em todos os níveis de formação de profissionais de saúde, que contemple estratégias e ações intersetoriais para efetivar práticas multiprofissionais e a produção de conhecimento interdisciplinar para o fortalecimento do trabalho em equipe, a qualificação de professores para metodologias ativas de ensino-aprendizagem e para a ativação de processos de mudança, a parceria entre instituições de

ensino, serviços de saúde e as organizações comunitárias, buscando a construção de novas tecnologias do saber/fazer em saúde que rompam com a lógica de fragmentação do conhecimento, em consonância com o princípio da integralidade, garantindo a formação de um profissional de saúde comprometido com o SUS, com a qualidade da atenção à saúde, com o usuário e com o controle social, e que esta política não fique apenas como incentivo financeiro.

59. Reafirmar a iniciativa do projeto VER-SUS/Brasil (Vivência e Estágios na Realidade do SUS no Brasil), oportunizando o contato direto dos estudantes com as realidades sociais, os movimentos sociais, os serviços e a gestão do sistema de saúde e com os conselhos de saúde, garantindo ao aluno da graduação práticas educativas, com vivências/estágios em todos os níveis de atenção à saúde, na gestão e no controle social.

60. Regulamentar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde em consonância com o processo histórico e político do debate sobre a formação do trabalhador da saúde, que considera o conceito ampliado de saúde e os princípios do SUS.

61. Que a 13ª Conferência aponte a necessidade do fortalecimento do Conselho Nacional de Seguridade Social e incentive a convocação da Conferência Nacional de Seguridade Nacional, com a realização das conferências prévias municipais e estaduais para o final de 2008 e/ou início de 2009, com a finalidade de garantir a intersetorialidade e o fortalecimento do modelo de proteção social inscrito na Constituição Federal de 1988, garantindo o financiamento próprio de cada componente da Seguridade Social.

62. Criar uma câmara intersetorial sobre qualidade de vida, saúde e desenvolvimento, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República, para formular e articular uma política intersetorial de Estado com objetivos estratégicos para territórios, grupos populacionais e indivíduos, devendo esta política envolver a promoção da saúde e a intervenção dos poderes executivos sobre os determinantes sociais da saúde, incluindo revisão de legislação no sentido da redução de danos decorrentes de produtos nocivos à saúde.

63. Criar uma Rede Nacional Integrada e Coordenada de Residências e Especializações Multiprofissionais em Saúde Coletiva e ampliar a oferta de programas de pós-graduação, inclusive com abertura de novos programas.

64. Imediato funcionamento dos Conselhos de Previdência Social, além de todas as esferas de sua organização, tendo como parâmetros os Conselhos do SUS e SUAS, com representação paritária e de caráter deliberativo, alterando-se o Decreto Lei n.º 4.874/2003.

65. Incentivar a instituição dos conselhos nacional, estaduais e municipais de seguridade social de caráter deliberativo, com 50% de representação da sociedade civil organizada e com a representação do SUAS, no sentido de definir as políticas sociais que assegurem a qualidade de vida digna e igualitária ao conjunto da população.

66. Apoiar e contribuir para a aprovação do PL 122/06, que criminaliza a homofobia e a lesbofobia, considerando que essa prática de discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais pode levar ao adoecimento de milhares de pessoas vítimas dessa discriminação motivada por orientação sexual.

67. Determinar que o INSS, mediante seus técnicos, quando solicitar exames complementares de média e alta complexidade para conceder ou negar auxílio doença, os garanta com recursos próprios do INSS, pois cabe a este o ônus da prova para conceder ou negar o auxílio, e não ao SUS, que já mantém o usuário em tratamento ou recuperação sem necessidade dos procedimentos solicitados pelos técnicos.

68. Garantir o direito de greve aos servidores públicos da saúde.

69. Que o Ministério da Saúde, de forma articulada com o Ministério Público, os consulados, o Ministério de Relações Exteriores e órgãos afins, busque de forma ativa o combate ao tráfico de seres humanos no interior do país e no exterior, a exploração sexual, a venda de órgãos e o trabalho escravo, criando mecanismos de informação e orientação aos cidadãos.

70. Que o Ministério da Saúde proponha ao Ministério da Previdência que os portadores de patologias hereditárias e/ou crônicas tenham direito ao benefício da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social).

71. Garantir cobertura de 100% dos recém-nascidos pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) em todas as suas fases (I, II e III), considerando a importância da triagem (teste do pezinho) para detectar diversas doenças (anemia falciforme, fenilcetonúria, hipotiroidismo congênito, entre outras) em recém-nascidos, garantindo-lhes acesso ao diagnóstico precoce, pois estes necessitam de tratamento logo nos primeiros meses de vida. Uma vez que tais doenças atingem 1 em cada 1000 nascidos vivos, o Ministério da Saúde deve implantar em todos os estados todas as fases de diagnóstico, com participação do controle social e integralidade da atenção.

72. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir que todos os hospitais com UTI neonatal possuam obrigatoriamente Banco de Leite Humano e que em todas as unidades materno-infantis do país seja oferecido o curso sobre aleitamento materno da iniciativa Hospital Amigo da Criança (carga horária 18h/aula), contribuindo para reduzir a morbi-mortalidade neonatal.

73. Assegurar o cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças da Primeira Infância, bem como a comercialização e o uso de bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL), pelas ações das vigilâncias sanitárias, com apoio dos conselhos de classe e sindicatos de profissionais envolvidos.

74. Desenvolver políticas de atenção/vigilância do desenvolvimento infantil na rede básica de saúde pela criação de protocolos de avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, coordenadas por equipe multiprofissional, objetivando a promoção de saúde.

75. Estender a campanha de vacinação contra a *influenza* para os idosos e para todas as crianças na idade escolar.

76. Instituir campanha nacional para fiscalização de instituições asilares (abrigos penitenciários, hospitais psiquiátricos), encaminhan-

do as denúncias ao Ministério Público e aos demais órgãos competentes.

77. Garantir atenção qualificada (clínica, cirúrgica e psicológica) às vítimas de escalpelamento, incluindo tratamento fora do domicílio (TFD).

78. O MS deve reconhecer a violência no trânsito como grave problema de saúde pública, desenvolvendo atividades educativas, preventivas e punitivas relacionadas ao uso de bicicleta e de equipamentos de proteção aos pedestres definidas por grupo técnico interministerial, garantindo atendimento especializado às vítimas da violência no trânsito, que vitimou 35 mil pedestres, ciclistas e motociclistas e ocasionou uma perda econômica de 30% do SUS em 2006.

79. Garantir que 5% dos orçamentos da saúde das três esferas de governo sejam destinados às ações de saúde mental, conforme indicação da Organização Mundial da Saúde.

80. Garantir que o Ministério da Saúde destine recursos para a reestruturação da atenção básica e libere para estados e municípios, por intermédio dos programas específicos, recursos para realização de todos os exames, especialmente os histopatológicos e as biópsias necessárias para o diagnóstico e o tratamento de todos os tipos de patologias, oncológicas ou não.

81. Garantir que o Ministério da Saúde e as secretarias de estado da saúde ampliem os recursos financeiros para os municípios que abrigam unidades prisionais de forma proporcional aos valores estabelecidos para a atenção básica, de média e alta complexidade e as internações hospitalares, mantendo os compromissos contidos na Portaria Interministerial nº 1.777/03, priorizando a saúde dos internos na discussão de soluções para os chamados "vazios institucionais do SUS".

82. Garantir que o Ministério da Saúde mantenha o financiamento para a continuação e a conclusão das etapas restantes do curso de formação técnica dos agentes comunitários de saúde.

83. O Ministério da Saúde deve repassar de forma integral e efetiva para os fundos de saúde das secretarias municipais sob gestão ple-

na do sistema os recursos que foram definidos no plano operativo anual (POA) e os convênios elaborados de forma conjunta pelas secretarias e hospitais filantrópicos no ano de 2007, tendo em vista o papel indutor que o Ministério da Saúde vem exercendo desde 2005, mediante portarias, estimulando a contratualização entre as secretarias e os hospitais filantrópicos.

84. As três esferas de gestão do SUS, para garantir o acesso da população usuária às ações e aos serviços de saúde municipal, intermunicipal, micro e macrorregional e de referência estadual, deverá pactuar critérios e recursos para implantação de sistema de transporte sanitário público e gratuito para os usuários do SUS, articulando-o com as centrais de marcação de consultas e outros instrumentos de regulação municipal, regional ou estadual.

85. Repudiar a utilização e exigir a imediata suspensão do uso de receitas destinadas ao financiamento de ações da seguridade social para induzir o superávit primário do País.

86. Viabilizar por intermédio dos fundos de saúde das três esferas de gestão do SUS o financiamento de planos, programas e projetos de informação, educação e comunicação em saúde, para estruturar atividades e serviços qualificados de atendimento aos usuários.

87. Lutar pela construção ascendente e estratégica dos planos de saúde, com envolvimento e participação efetiva de servidores públicos e lideranças locais no processo de programação e avaliação do alcance de metas e garantir o modelo de atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, baseado nas linhas de cuidado, com referência e contra-referência e com centrais de Regulação; garantia de acesso a leitos hospitalares regionalizados, hospitais equipados e atenção multiprofissional, fortalecendo os órgãos controladores e reguladores de saúde e a valorização dos servidores e usuários.

88. Regulamentar imediatamente o art° 35 da Lei n° 8.080/90 (critérios que estabelecem os valores de transferências para estados e municípios), assegurando critérios diferenciados de financiamento para unidades da Federação que possuam mais de 90% da população exclusivamente atendida pela rede pública de serviços de saú-

de, garantindo repasse adicional de 5% do teto financeiro dos municípios que possuem população flutuante, entre outros.

89. Garantir no orçamento geral da União recursos destinados à ampliação da rede do SUS, sendo que o MS deverá estudar outras formas de financiamento para instituições hospitalares públicas, observando a complexidade tecnológica e a sua importância como referência na assistência à saúde loco-regional, garantindo um *per capita* por leitos para contribuir na reforma da infra-estrutura hospitalar, na aquisição de novas tecnologias, manutenção de equipamentos, assim como recursos para investimento em novas unidades hospitalares nos municípios pólos dos estados, garantindo a aquisição de equipamentos e a contratação de pessoal por meio de concurso público pelo Regime Jurídico Único (RJU).

90. Que o Ministério da Saúde revise os valores dos procedimentos dos bancos de sangue que estão abaixo do custo de mercado.

91. Exigir que a Secretaria da Receita Federal (SRF) estabeleça teto para os gastos com saúde por dependente/ano nas declarações do IRPF, similar ao já praticado quanto aos gastos com a educação.

92. Garantir que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) faça o pagamento do PAB variável devido aos estados e municípios até o quinto dia útil subseqüente ao mês trabalhado.

93. Garantir que os recursos disponibilizados para a saúde por meio da CPMF tenham distribuição eqüitativa (percentual diferenciado) para os estados e municípios da região amazônica e da região do semi-árido, viabilizando a sustentabilidade financeira para cobertura das ações.

94. Garantir, nas três esferas de governo, a recuperação do conceito da unicidade do Orçamento da Seguridade Social (OSS), com financiamento solidário das áreas de assistência social, previdência social e saúde, destinando-se 30% do OSS para as ações de saúde.

95. Garantir que as bases de dados que contenham registros nominais (identificação individualizada contendo o nome do cidadão ou da cidadã) sejam geridas exclusivamente por instituições públicas que integrem o SUS.

96. Buscar a conformidade da infra-estrutura tecnológica do setor Saúde com os padrões de interoperabilidade de governo eletrônico e promover a plena acessibilidade à informação de interesse público no campo da Saúde.

97. Participação do Conselho Nacional de Saúde no Conselho Gestor da Televisão Estatal (iniciativa governamental já em curso) com vistas a garantir na programação desta emissora pública a veiculação de temas relativos à prevenção e à promoção da saúde e da qualidade de vida, bem como a divulgação do SUS e de seus princípios fundamentais, avanços e desafios.

98. Publicação na grande imprensa, pelo Governo Federal, dos nomes das empresas sonegadoras da previdência e da seguridade social com os valores acumulados correspondentes.

99. Que o Ministério da Saúde desenvolva e execute políticas de divulgação ampla em território nacional, nos canais de maior abrangência, de informações para fins de valorização dos ACS e demais profissionais da saúde importantes para a efetivação da atenção básica e que sofrem resistências e preconceitos no desenvolvimento de suas ações.

100. Que o Ministério da Saúde, por meio do Datasus e com a participação das três esferas do SUS, atue para racionalizar o desenvolvimento de sistemas para a saúde, evitando o financiamento de soluções incompatíveis para a gestão hospitalar, a regulação e a captura de dados nos estabelecimentos de saúde, entre outras providências.

101. Que o CNS e os conselhos estaduais e municipais garantam mais recursos financeiros para a implementação das ações de comunicação e informação em saúde, para a melhoria da formação de recursos humanos e da conscientização dos usuários, e sejam efetivos instrumentos de auxílio às ações do SUS, em especial as previstas pelo Pacto pela Saúde.

102. Que os hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde e as secretarias de saúde divulguem em local visível os serviços contratualizados, tais como atendimento ambulatorial, exames e número de leitos por especialidades.

103. Que os materiais de trabalho da Conferência Nacional de Saúde sejam disponibilizados também em Braille e para intérpretes em Libras (Língua Brasileira de Sinais) em todos os grupos de trabalho.

104. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve garantir, por meio de regulamentação, que os planos de assistência à saúde ofereçam serviços na lógica da linha de cuidados dos SUS e não referenciem seus clientes para complementar seus procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação no Sistema Único de Saúde.

105. O Ministério da Saúde deve ampliar os recursos financeiros para o cumprimento do Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV).

106. Criar no Ministério da Saúde e nas secretarias de saúde planos de cargos, carreiras e salários específicos para servidores da área da Saúde Pública, respeitando-se inclusive os cargos obrigatórios de dedicação exclusiva, como fiscais de vigilância sanitária, auditores e outros.

107. A efetividade da política de redução de danos deve ser garantida com apoio financeiro das três esferas de governo, com o reconhecimento das pessoas que atuam nessa área, como trabalhadores da saúde.

108. Que o Ministério da Saúde implante de imediato o CIEVS/URR (Centro de Informação Epidemiológica de Vigilância Sanitária – Unidades de Respostas Rápidas) em todos os estados, para diagnósticos de surtos e eventos inusitados de saúde, e monitore a exigência de equipe técnica mínima na coordenação da vigilância sanitária nos estados e municípios.

109. Implementar a Política Nacional de Redução da Mobimortalidade por Acidentes e Violências, realizando oficinas de sensibilização que articulem: secretarias estaduais e municipais de saúde, MJ, ME, Miac, MC, MAS, organizações nacionais, iniciativas locais, redes antiviolência e o Conselho Nacional de Saúde, objetivando a redução dessas causas, que são as principais causas de morte entre a população de 15 a 39 anos e que responde por uma parte significativa das urgências e emergências nos centros urbanos.

110. Instituir o Prêmio Qualidade de Vida, no âmbito das três esferas de governo, para premiar entidades da sociedade, inclusive as associações de moradores que mais contribuam para a melhoria de vida da população.

111. Formulação e implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, definindo as diretrizes terapêuticas e os procedimentos técnico-administrativos para disponibilização de fórmulas infantis especiais, organização da rede de serviços e a responsabilidade de compartilhar das 3 esferas de governo na aquisição e garantia do acesso universal aos usuários de fórmulas infantis especiais.

112. Que o governo regulamente a propaganda e publicidade de alimentos com vistas à promoção da alimentação saudável e adequada, priorizando a defesa da criança, proibindo a publicidade de alimentos e bebidas com baixo valor nutricional (ou com alto teor de açúcares, sal ou gorduras) direcionada ao público infantil em qualquer meio de comunicação.

113. Garantir a criação imediata dos Distritos Sanitários Especiais para as populações tradicionais remanescentes de quilombos, de comunidades negras rurais e comunidades ciganas, com controle social destas populações, respeitando suas especificidades.

114. Divulgar legislação que pune a discriminação racial, entre outros temas correlatos, nas salas de recepção de todos os serviços públicos e privados de saúde contratados pelo SUS em todos os municípios.

115. Que o Ministério da Saúde, os estados e os municípios garantam o cumprimento da Política Nacional de Saúde Mental, com ênfase nas questões de prevenção ao suicídio e de criação e manutenção de Comissões de Reforma Psiquiátrica vinculadas aos respectivos conselhos de saúde.

116. Que sejam realizadas campanhas preventivas para o câncer de próstata, inclusive com a realização de exame de próstata.

117. Garantir a participação do controle social na fiscalização, na normatização e no funcionamento dos estabelecimentos farmacêuticos públicos e privados, criando colegiados macrorregionais para discussão das necessidades da assistência farmacêutica e garan-

tindo a existência e o funcionamento de forma regulamentada das unidades de farmácia nos serviços de saúde e hospitais, com profissionais capacitados e devidamente habilitados, conforme preconiza a Lei nº 5.991/73, incentivando-os pela educação permanente, pelo ensino e pela pesquisa, objetivando qualidade, efetividade e segurança da Assistência Farmacêutica.

118. Garantir que os laboratórios farmacêuticos possam utilizar-se do recurso da anuência prévia para fomentar a produção de genéricos com bioequivalência e biossegurança, não permitindo a aprovação do PL 29/06, que estabelece o "*linkage*" e reduz a utilização da licença de patente.

119. O Governo Federal deve decretar a quebra de patentes e investir na produção local de genéricos, como estratégia de ampliação de acesso e redução de preços de medicamentos, implementando políticas públicas, com base nas leis vigentes, que fortaleçam o acesso a medicamentos especiais e excepcionais, impedindo a comercialização da saúde.

120. Amparar, por intermédio da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), as pessoas atingidas por desastres ambientais causados por exposição a agentes químicos, radioativos, metais pesados e outros, cujos efeitos resultem em seqüelas parciais e/ou incapacitantes, cabendo ao Estado, nas três esferas de governo, capacitar seus técnicos para o reconhecimento e a identificação dos riscos e dos causadores, para o estabelecimento do nexo causal, para possível ressarcimento ao poder público, inclusive com ações regressivas. Exemplos: Césio 137 em Goiânia (GO), chumbo em Santo Amaro da Purificação (BA) e a contaminação do lençol freático no estado de São Paulo, entre outros.

121. Que haja providência e pressa na solução do problema de cegueira de etiologia desconhecida no Rio Araguaia, fato que fragilizou o turismo na região norte do Tocantins.

122. Que o Ministério da Saúde, articulando-se intersetorialmente, garanta saúde e qualidade de vida aos moradores de municípios que ainda se encontram desprovidos de acesso aos recursos hídricos por meio de água encanada, destinando recursos específicos para

a reativação dos dessalinizadores já existentes e ativação de novos dessalinizadores.

123. Que o Ministério da Saúde pactue, com os municípios endêmicos da doença de Chagas, políticas públicas para promoção, prevenção, assistência, monitoramento e avaliação das pessoas infectadas com a doença, promovendo melhoria nas habitações e capacitação profissional na área.

124. Garantir a implantação da Hemobrás em 2008, para atender a população quanto ao acesso aos hemoderivados com garantia de melhor qualidade de vida, diminuindo o gasto com medicamentos adquiridos no exterior e aumento da oferta de produtos desenvolvidos na Hemobrás aos usuários do SUS.

125. Instituir na tabela do SUS procedimentos específicos para subsidiar atividades de captação de doadores de sangue, como campanhas de sensibilização na mídia, materiais educativos e outras atividades específicas.

126. Que o Ministério da Saúde fomente a implantação de bancos de sangue em municípios, regionais ou cidades com população de mais de 80 mil habitantes.

127. Em defesa de um sistema público de qualidade e humanizado, favorecer a humanização do atendimento e recomendar a colocação do ponto eletrônico em todos os serviços públicos, exigindo o cumprimento do horário de todos os servidores públicos, incluindo os médicos e dentistas.

128. Criar e regulamentar um fundo específico de defesa dos direitos das pessoas idosas, com fontes definidas em todos os níveis de governo, para financiar as ações, cujas doações efetuadas para os fundos nacional, estadual, municipal e do distrito federal sejam deduzidas do imposto de renda.

129. Recomenda-se a adoção da expressão “pessoa com deficiência”, aprovada internacionalmente e ratificada pelas leis brasileiras (5.296/04 e 7.853/89), estendendo o conceito relativo a esta expressão às pessoas com necessidades especiais, por meio da altera-

ção do parágrafo 2º do art. 20 da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – 8.742/93).

130. Criar políticas de atenção, com financiamento, para elaboração de Protocolos Clínicos no SUS, tratamentos e medicamentos de alto custo das doenças metabólicas hereditárias (Gaucher, Pompe, Mucopolissacaridoses e Fabry) e outras doenças genéticas, como a doença de Huntington.

131. Criar mecanismos de referência e contra, por intermédio do PSF, com as instituições especializadas em deficiências para identificação de pacientes, melhorando sua qualidade de vida.

132. Garantir aos usuários do SUS o acesso aos tratamentos das deficiências visuais que não são realizadas no Brasil.

133. Promover debate e acordo nacional sobre a nomenclatura da anemia falciforme, de modo a impedir que seja confundida com anemia ferropriva, evitando-se erros de abordagem e tratamento.

134. Que o Ministério da Saúde estimule as secretarias estaduais, por intermédio do setor de atenção à saúde das pessoas com deficiência, a efetivar um banco de dados das crianças nascidas vivas com deficiências, inclusive com Síndrome de Down.

135. Que o Ministério da Saúde oriente os estados e municípios para que viabilizem a transformação dos atuais hospitais colônias que tratam hanseníase em centros de referência para a educação e atendimento em dermatologia sanitária, com vistas ao atendimento geral, ao controle e à eliminação da hanseníase.

136. Que o Ministério e as secretarias estaduais e municipais de saúde estruturem e ampliem a oferta na assistência básica, na média e alta complexidade para pacientes transplantados no sentido de garantir atendimento especializado, priorizando assim a seguridade dos medicamentos a estes clientes.

137. Que o MS estabeleça protocolo em epilepsia, revisão da portaria 756/06, que restringe a cirurgia aos centros universitários, causando gastos desnecessários ao SUS pelos deslocamentos de pacientes; atenção à questão da neurocisticercose e respectivo trabalho

da prevenção, já que é uma das principais causas da epilepsia; fomento à educação permanente e capacitação efetiva de profissionais multidisciplinares no âmbito das UBS para atendimento qualificado ao portador.

138. Que seja garantido em toda a rede pública de ensino fundamental o atendimento oftalmológico em crianças de 6 a 14 anos, como forma de prevenção e correção de problemas oftalmológicos, garantindo lentes e óculos.

139. Recomendar ao Ministério da Saúde agilizar o processo de reconhecimento da aplicação do método diagnóstico desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) sobre as alterações moleculares e enzimáticas (mecanismos de defesa e antioxidantes) existentes nos pacientes com esquistossomose.

140. Reduzir a idade de obtenção do benefício de prestação continuada (BPC/LOAS) para 60 anos.

141. Ter assegurada pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde a inclusão da terapia familiar e de casal na atenção básica, como recurso terapêutico para as famílias na convivência com: pessoas com deficiência, idosos, patologias crônicas, usuários de drogas lícitas e ilícitas, entre outras.

142. Assegurar a existência de equipe de reabilitação nos hospitais (com fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais), objetivando diminuir seqüelas, melhorar a recuperação funcional e diminuir o tempo de internação.

143. Constituir redes de atenção para controle do câncer em conformidade com a Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria MS/GM n.º 2.439/2005), organizada em linhas de cuidados que perpassem os três níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade) e todas as modalidades de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).

144. Elaboração e implantação da Política Nacional de Saúde Funcional, transversal a todas as políticas de saúde em seus diversos níveis e, em especial, nas áreas que envolvem a saúde do trabalhador, da

pessoa idosa, da pessoa com deficiência, do escolar, da mulher, do homem e nos demais ciclos de vida, garantindo a interdisciplinaridade e a atuação multiprofissional.

145. Fortalecer o processo de gestão e monitoramento da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra, tendo como base o Comitê Técnico de Saúde da População Negra/MS, a interlocução permanente com os movimentos sociais organizados e a Coordenação da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

146. Garantir a inserção dos trabalhadores da saúde dos ex-territórios (Amapá, Acre, Rondônia e Roraima) no Plano de Cargos, Carreira e Remuneração do SUS (PCCR-SUS).

147. Garantir a pactuação da Política Nacional de Saúde da População Negra na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

148. Garantir a prevenção, promoção e habilitação da saúde mental na Atenção Básica/PSF, responsabilizando as três esferas de governo pela educação permanente destas equipes.

149. Garantir que as unidades de saúde que possuem atendimento 24h cumpram a Resolução n.º 4.836/03 da Presidência, que determina 30h semanais para os trabalhadores que fazem turno ininterrupto de revezamento, principalmente nos hospitais das forças armadas e hospitais universitários.

150. Que as alterações de voz (disfonias) sejam reconhecidas como doenças ocupacionais e sua avaliação integre os protocolos de saúde do trabalhador, estabelecendo uma Política de Saúde Vocal para o trabalhador que contemple ações de promoção, prevenção e recuperação vocal.

151. Que o Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios façam cumprir a acessibilidade no SUS, garantida pelo Decreto nº 5.296/2004 (aparelhos de aferição de saúde, estrutura física, humanização, capacitação de profissionais para atendimento e acolhimento, sinais identificadores nas unidades de saúde, publicações), de forma que atenda às necessidades específicas das pessoas com deficiência.

152. Que o modelo de gestão da saúde indígena seja urgentemente avaliado e seja reformulado com base nas deliberações da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

153. Que os governos de todas as esferas não criem planos de saúde aos servidores públicos, nem que seja com o apoio dos sindicatos, em nome da defesa incondicional do SUS.

154. Recomendar que as entidades do segmento de trabalhadores da saúde e centrais sindicais que atuam nos conselhos de saúde desenvolvam, junto às suas respectivas bases, debates sobre a defesa intransigente do SUS e para avançar no sentido da vinculação exclusiva ao SUS de todas estas categorias profissionais, retirando das pautas sindicais o provimento patronal de seguros privados de saúde, visando ao aumento da força de pressão que estas categorias têm para a melhoria e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

155. Realização sistemática de auditoria nos gastos com alimentação e nutrição dos pacientes internados pelo SUS.

156. Regulamentar a profissão de auxiliar e técnico laboratorial (banco de sangue, hemoterapia, etc.) de acordo com anteprojeto de lei encaminhado ao Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado Federal).

157. Transformar a Coordenação Nacional e as Coordenações Estaduais e Municipais de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nos moldes do Programa de DST/HIV/Aids, considerando a urgência e a aplicabilidade da Lei Federal nº 11.347/06 (que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração de glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos) e criando também os mesmos mecanismos de controle social e aplicação de recursos.

158. Implementar, no âmbito nacional, uma política de transparência da gestão do SUS envolvendo os três níveis de governo. Para tanto, que todo gestor seja obrigado a disponibilizar, via *internet*, a prestação de contas de forma detalhada, contemplando, no mínimo, os seguintes itens: (i) identificação da fonte do recurso; (ii) identifica-

ção dos prestadores/fornecedores que receberam os pagamentos; (iii) identificação do objeto do pagamento.

159. Criar e implementar políticas de saúde em nível nacional para os portadores de doença celíaca no SUS, buscando promoção à saúde e ações intersetoriais de atenção à saúde, objetivando uma melhor qualidade de vida e assegurando o direito humano.

160. Que a instrumentação cirúrgica seja regulamentada e normatizada.

161. Garantir a todos os idosos, em todos os níveis de governo, tratamento odontológico, próteses dentárias e exames de prevenção do câncer de boca.

162. Implantar um sistema de informação para acompanhamento das decisões da 13ª Conferência Nacional de Saúde, detalhando os processos de encaminhamento, regulamentação, previsão e execução orçamentária e a implantação de cada uma das decisões.




13


Saúde e
Políticas
e Desenv




de Vida:



stado
nento
13a
CONFE
NACION
CUBA



Eixo III

A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde

1. Que os conselhos de saúde acompanhem a regularização dos vínculos dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias e de todos os trabalhadores em regimes precários de trabalho.

2. Que os conselhos de saúde articulem com os órgãos competentes, de forma contínua e permanente, a fiscalização do repasse de verbas aos hospitais universitários, contribuindo para a integração pesquisa/ensino/extensão e assistência.

3. Que o Ministério da Saúde garanta a participação de todas as instituições hospitalares da rede SUS no planejamento e na execução das campanhas públicas de saúde.

4. Assegurar que as resoluções dos conselhos de saúde sejam homologadas pelo respectivo gestor no prazo máximo de quinze dias a contar da data de seu encaminhamento e, quando do não-cumprimento desse prazo, que os conselhos encaminhem representação formal ao Ministério Público, para as providências cabíveis.

5. Os conselhos de saúde devem se articular com os ministérios públicos para a implementação de ações relativas à garantia do cumprimento de suas deliberações e o apoio aos usuários quanto aos seus direitos.

6. Fortalecer o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) nas três esferas de governo, com financiamento federal, para programar ações integradas de fiscalização às gestões municipais, estaduais e federal, em parceria com o Ministério Público, Tribunais de Contas dos Estados e da União e demais órgãos de controle.

7. Garantir que a Comissão de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde trabalhe e exerça suas atividades de forma a favorecer a intersetorialidade, ampliando a interação e articulação entre os demais conselhos de direitos e de políticas setoriais.

8. Criar e implementar comissões de comunicação, informação e informática em saúde nos conselhos estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de subsidiá-las na divulgação de suas atividades, em defesa do SUS e para mobilização da sociedade e o fortalecimento

do controle social, estimulando a criação de uma rede de comunicação entre os conselhos de saúde.

9. Que os conselhos e as secretarias de saúde divulguem a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, viabilizando mecanismos de acesso a toda sociedade pelos vários meios de comunicação, contemplando as pessoas com deficiência visual.

10. Divulgar amplamente e cumprir os Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, da Lei Maria da Penha e do artigo nº 331 do Código Penal, que dispõe sobre o respeito ao funcionário público no exercício de suas funções.

11. Apoiar e incentivar a participação social no movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, com a criação de entidades que incorporem usuários, familiares e profissionais de saúde, para garantir a extinção de qualquer tratamento violento e invasivo em saúde mental.

12. Exigir transparência das decisões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), incluindo instância de controle social no âmbito da direção da Agência.

13. Que os cargos de direção dos serviços de saúde sejam preenchidos por meio de eleições diretas com a participação de trabalhadores e usuários.

14. Que a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) contemple no seu orçamento recursos específicos para a realização de oficinas de trabalho que abranjam temas como controle social, SUS, políticas de Saúde Indígena e Segurança Alimentar, respeitando as organizações próprias de cada comunidade indígena.

15. Que os conselhos de saúde, meio ambiente, segurança alimentar e nutricional estabeleçam mecanismo de supervisão e controle do uso de agrotóxicos na produção de alimentos com vistas ao equilíbrio ambiental sustentável e que o Ministério da Saúde faça campanhas de conscientização da população, em especial dos agricultores, sobre a utilização de agrotóxicos e produtos químicos em razão dos grandes prejuízos que trazem à saúde da população.

16. Criar programa de educação patrimonial para reversão dos quadros de depredação do patrimônio público.

17. Que o Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais convoquem periodicamente as conferências, preferencialmente no primeiro ano dos mandatos de governo, para que suas deliberações se constituam diretrizes para as políticas de saúde, utilizando metodologias que possibilitem ampla participação, incluindo em sua programação a avaliação da implementação das propostas deliberadas em conferências anteriores e mobilizando todos os meios de comunicação para a divulgação de sua realização para toda a população.

18. Que as conferências de saúde sejam um espaço efetivo de inclusão social de todos os atores envolvidos com o SUS, em especial os usuários e os trabalhadores, incluindo todas as raças, gêneros e etnias e estimulando a participação de observadores em todas as suas etapas, além da recomendação de que as vagas de delegados do segmento dos usuários e profissionais de saúde não sejam ocupadas por pessoas com cargo de coordenação e chefia na gestão.

19. O Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais devem se responsabilizar pela ampla divulgação dos relatórios finais das conferências de saúde para a população e para os ministérios públicos, utilizando vários meios de comunicação, para que as propostas deliberadas possam ser acompanhadas em sua implementação e revisitadas a cada nova conferência.

20. O Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais, em parceria com os entes federados em suas respectivas esferas, devem criar uma comissão permanente composta por delegados e conselheiros de saúde para monitorar a implementação das propostas deliberadas pelas conferências gerais e temáticas, realizando plenárias permanentes de avaliação com ampla participação popular e divulgação das informações pelos vários meios de comunicação.

21. Que o Conselho Nacional de Saúde solicite aos conselhos estaduais a relação de municípios que não participaram da etapa municipal da 13ª Conferência Nacional de Saúde, a fim de encaminhar uma

indicação de auditoria ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) do Ministério da Saúde, em razão da flagrante falta de controle social.

22. Que o Conselho Nacional de Saúde convoque conferências temáticas e intersetoriais, em especial as de Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, DST/Aids, Saúde Ambiental, Comunicação, Informação e Informática e Saúde da Pessoa com Deficiência, com maior participação de movimentos populares, associações de usuários e organizações não-governamentais (ONGs) que atuam nas áreas específicas.

23. Fortalecer os conselhos de saúde como instâncias deliberativas e fiscalizadoras dos serviços de saúde e suas pactuações, garantindo sua autonomia perante os poderes Executivo e Legislativo.

24. Assegurar que os gestores em sua esfera correspondente garantam infra-estrutura necessária para a reorganização e o pleno funcionamento dos conselhos de saúde, dotando-os de espaço físico adequado, recursos orçamentários, equipamentos, veículo e pessoal, além de condições para criar e manter meios e instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso às informações sobre indicadores sociais de saúde, temas, questões, resoluções e outras atividades, objetivando a transparência e a visibilidade de suas ações, em cumprimento à Lei n.º 8.142/90, melhorando o sistema nacional de apoio, suporte e avaliação dos conselhos para o efetivo controle social no SUS.

25. Os conselhos de saúde devem criar comissões temáticas intersetoriais para aprofundar discussões sobre assuntos específicos de acordo com suas necessidades locais e regionais, no sentido de garantir a qualidade da atenção aos usuários e o fortalecimento do controle social.

26. Assegurar a participação efetiva dos gestores nas reuniões dos conselhos de saúde, para esclarecimentos relevantes sobre a situação de saúde de sua esfera correspondente.

27. Incentivar a criação por lei, em todo o país, de conselhos locais e distritais de saúde, com apoio e supervisão das três esferas de go-

verno, como instâncias de controle social, recomendando a participação efetiva de usuários e trabalhadores no seu processo de implantação e desenvolvimento.

28. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem realizar ampla divulgação do Pacto pela Saúde à população, aos trabalhadores e aos conselhos de saúde, para discussão aprofundada sobre metas de atenção integral à saúde, além da elaboração de materiais informativos com linguagem acessível e disponível à população e às pessoas com deficiências.

29. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem elaborar e aplicar pesquisas periódicas de satisfação dos usuários sobre os serviços de saúde do SUS e rede conveniada, discutindo seus resultados com a sociedade, para promover a qualidade de serviços prestados e a melhoria constante e permanente das políticas de saúde.

30. Ampliar a compreensão sobre a saúde a partir de uma abordagem intersetorial para assegurar a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e do Plano Plurianual da Saúde (PPA), com a participação dos conselhos de saúde e da população, com base nos planos de saúde aprovados pelos conselhos, no Pacto pela Saúde e nos relatórios finais das conferências, garantindo que o repasse fundo a fundo seja transparente e equânime, tendo em vista as diferenças regionais e estabelecendo instrumentos de responsabilização da gestão em saúde que assegurem a execução das ações previstas nestes documentos.

31. Assegurar aos conselhos de saúde autonomia e participação em todas as mesas de negociação e debates relacionados à gestão do trabalho em saúde.

32. Que o Conselho Nacional de Saúde regule a criação e a ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área da Saúde.

33. Assegurar a participação da população nos espaços de formação em saúde em todos os níveis, a fim de garantir uma formação para o SUS comprometida com as necessidades sociais e de saúde da população.

34. Aumentar a interface dos estudantes das profissões de saúde e afins com usuários, profissionais e gestores, com foco na promoção da saúde, possibilitando a formação de profissionais que se considerem formados pelo SUS para o SUS.

35. Os conselhos de saúde devem estabelecer parcerias com o sistema educacional nos três níveis de ensino, para possibilitar a inserção de temáticas referentes ao controle social e ao SUS nos currículos escolares.

36. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde, considerando a educação como elemento principal no processo de desenvolvimento social, devem implementar políticas e processos que possibilitem a formação de multiplicadores para a educação popular e a educação em saúde, contemplando temas relevantes para a qualidade de vida, os direitos humanos e a cidadania, de modo a fortalecer a participação direta da sociedade na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde.

37. Incluir a educação popular em saúde nas propostas pedagógicas da educação formal em todos os níveis de ensino.

38. Inserir a educação em saúde e cidadania nos currículos escolares em nível nacional, incluindo formação profissional de nível técnico e superior, educação permanente e nas atividades das equipes de saúde da família, com subsídio para financiamento de material didático com relação à educação anti-racista e anti-discriminatória em todos os sentidos, capacitando os professores como multiplicadores desse tema, em conjunto com os profissionais de saúde.

39. Implantar escolas promotoras de saúde e promover debate sobre direito à saúde nas escolas brasileiras, incorporando a temática da educação em saúde nos currículos do ensino de nível médio e fundamental, com o objetivo de promover mudanças nas práticas e nos valores sobre saúde, estimulando também a expansão de escolas técnicas federais de ensino médio profissionalizante, incluindo cursos da saúde nos municípios-pólo.

40. Exigir dos gestores a apresentação da prestação de contas e do relatório de gestão em audiências públicas, remetendo-os aos con-

selhos de saúde e divulgando-os amplamente em meio impresso e eletrônico.

41. Que os conselhos de saúde, por meio de uma comissão permanente formada por representantes das secretarias de saúde, do Judiciário, dos conselhos e de prestadores de serviços, reiterem ao Judiciário o desenvolvimento de protocolos para análise das solicitações dos usuários dirigidas ao SUS, levando em consideração aspectos técnicos, jurídicos e sociais.

42. Que o Conselho Nacional de Saúde promova estratégias para a integração setorial e intersetorial das instâncias de controle social nas três esferas de governo, incluindo Ministérios Públicos Estaduais e Federal, Tribunal de Contas e a sociedade civil organizada nos diferentes segmentos, a fim de garantir a legitimidade ao controle social, permitir o compartilhamento de informações sobre a saúde do país, a adoção de um modelo de desenvolvimento humano sustentável, uma agenda única de enfrentamento dos problemas sociais e a gestão participativa.

43. Realizar audiências públicas para discussão de temas prioritários em saúde, contemplando a participação dos Conselhos de Saúde e da sociedade.

44. Que os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde organizem, com ampla divulgação, suas reuniões em locais públicos e itinerantes, permitindo maior participação da sociedade e o exercício da cidadania.

45. Que o Conselho Nacional de Saúde reorganize a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, garantindo seu funcionamento permanente, com representação proporcional dos estados a partir do critério populacional e o custeio dos participantes pela esfera de governo correspondente, realizando pesquisa sobre o consenso dos Conselhos Estaduais.

46. Democratizar, por meio de lei federal, a gestão dos serviços de saúde incentivando a implantação de Conselhos Gestores de caráter paritário e deliberativo em todas as unidades e serviços do SUS e conveniados, garantindo a participação de profissionais de saúde e

sociedade civil organizada e promovendo a sua articulação permanente com os Conselhos de Saúde, com vistas a trabalhar o processo saúde-doença e o planejamento das ações com base nas necessidades de saúde da população.

47. Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde promovam maior integração com os Conselhos Tutelares, os Conselhos Gestores, os Conselhos de Saúde e outras entidades das três esferas de governo e Promotorias Públicas, para a garantia dos direitos da criança e do adolescente e para proporcionar ambiente social propício para o desenvolvimento sadio dos adolescentes e dos jovens.

48. Implantar e implementar o programa de inclusão digital para todos os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, nos moldes do programa do Conselho Nacional de Saúde, com disponibilização de microcomputadores, conectividade, formação para a busca e análise de dados e informações, condicionando essa ação ao cumprimento da Resolução CNS nº 333/2003.

49. Assegurar espaços nas rádios comunitárias para a divulgação de informações e de programas e ações de promoção da saúde, utilizando a educação em saúde como ferramenta para apropriação de informações sobre as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, para a melhoria da qualidade de vida da população.

50. Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde, em parceria com as secretarias de educação e a sociedade civil organizada, divulguem, utilizando diversificados meios e instrumentos de comunicação, incluindo a divulgação em Braile, o papel e as atividades dos Conselhos de Saúde, a importância do controle social e do SUS.

51. O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem promover e assegurar dotação orçamentária para a implantação e a implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada pela Resolução CNS nº 363/2006, em parceria com instituições de ensino superior e com a criação de núcleos de educação permanente, para promover a in-

clusão social qualificada para o controle social, formar e qualificar as ações de conselheiros de saúde e todos os atores envolvidos com o SUS, contemplando temas relevantes acerca das políticas públicas de saúde e relacionadas, com o intuito de proporcionar maior conscientização sobre direitos e deveres, universalização das informações, autonomia para atuação no controle social, formação de representações legítimas, aumento da capacidade propositiva e de fiscalização efetiva das ações e serviços de saúde e o exercício da gestão participativa, fazendo uso de diversificados formatos, meios de comunicação, metodologias e linguagens adequadas à cultura e à realidade local, em caráter permanente.

52. O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem criar mecanismos intersetoriais para estimular a mobilização, a organização e a participação da população nos espaços de controle social, em especial os movimentos estudantil e social, com a implementação de programas de educação em saúde e mobilização social voltados para a concretização de agenda de luta em defesa do SUS, dos direitos humanos, da saúde e da cidadania.

53. Que o Ministério da Saúde, os estados e municípios definam estratégias de comunicação para o modelo social na saúde, em parceria com as instituições de ensino superior, preferencialmente públicas, ou filantrópicas e privadas, no desenvolvimento de atividades que apresentem e estimulem o exercício da democracia e da participação social em diversos espaços.

54. Que o Governo Federal estruture política de informação e comunicação direcionada às comunidades rurais, aos assentamentos, aos ribeirinhos, aos acampamentos, aos quilombolas, aos indígenas, entre outras, e que garanta o acesso às ações e aos serviços de saúde e às demais políticas públicas.

55. O Ministério da Saúde deve articular-se com o Ministério da Educação para a criação de uma linha de financiamento permanente para subsidiar técnica e operacionalmente os processos de educação popular em saúde, com o intuito de formar e qualificar a população para a participação e o controle social no SUS, buscando o

fortalecimento de experiências de protagonismo popular, a troca de saberes, a interiorização e a descentralização dos mesmos.

56. Que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde criem espaços de discussão interdisciplinar e intersetorial e realizem fóruns permanentes de debates sobre políticas de saúde e programas prioritários do governo, esclarecendo a população sobre seus direitos e deveres, as ações de prevenção e promoção de saúde, oportunizando a participação de todas as raças, gêneros e etnias, favorecendo a proximidade entre os serviços e a comunidade, para o fortalecimento da participação social no SUS e maior qualidade da atenção à saúde.

57. O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os conselhos de saúde devem cobrar e incentivar a participação mais efetiva dos conselhos profissionais no acompanhamento e na avaliação do exercício profissional nas equipes de saúde da família, nas unidades hospitalares e em outros serviços de saúde, com vistas à efetivação dos princípios e das diretrizes do SUS.

58. Que o Ministério da Saúde implante uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, envolvendo as três esferas de governo, para criação de ouvidorias que sejam autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde, incluindo ouvidorias populares, implantando sistema de avaliação pelo usuário do atendimento em todos os serviços públicos de saúde e rede conveniada, com apresentação sistemática de relatórios periódicos aos conselhos, informando o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas, tratando também de assuntos referentes ao cumprimento do Pacto pela Saúde.

59. Tornar lei a Resolução CNS nº 333/2003.

60. Estabelecer que a escolha do presidente e de todos os membros da Mesa Diretora dos Conselhos de Saúde seja realizada por meio de eleição livre e democrática e votação direta e aberta entre seus membros.

61. Regulamentar a proibição da participação, na condição de conselheiros representantes de usuários e trabalhadores, das pessoas em

exercício de cargos de confiança e comissionados de qualquer natureza nas administrações públicas nas três esferas de governo.

62. Que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde garantam no seu regulamento interno a livre participação de entidades representativas, sem assento cativo para entidades específicas.

63. Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem fazer reuniões com as entidades que possuem representação assegurada no seu Regimento Interno, estabelecendo que a escolha dos representantes destas seja realizada, a princípio, pelas mesmas, por meio de eleições democráticas e independentes, a partir de diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Saúde.

64. Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem discutir a adequação do número de conselheiros e a sua composição paritária entre os segmentos, delimitando o período de representação dos conselheiros para garantir a renovação do seu pleno e limitando a participação da mesma pessoa em várias comissões temáticas, para ampliar o número de participantes nos diferentes espaços de controle social.

65. Regulamentar, por lei federal, a concessão de dispensa de atividades laborais aos conselheiros, em especial usuários e trabalhadores, quando da sua participação em atividades dos Conselhos de Saúde e eventos relacionados, assegurando o seu livre exercício, garantindo proteção legal e estabilidade no emprego durante e até doze meses após o término do seu mandato, considerando a função de conselheiro como atividade de relevância pública.

66. Os Conselhos de Saúde devem implantar medidas que visem a coibir o nepotismo, a participação de prestadores como representantes dos trabalhadores ou usuários que, num mesmo conselho, tenham assento juntamente com pessoas com as quais possuam grau de parentesco de primeiro e segundo graus, das quais sejam cônjuges, com as quais tenham relações de união estável e/ou união civil, a escolha de representantes dos usuários que tenham vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho.

67. Estabelecer prazo máximo de quinze dias para a nomeação, pelo chefe do poder executivo da esfera de governo correspondente, de presidente, mesa diretora e conselheiros de saúde, a contar da data do recebimento do pedido de nomeação, sob pena de encaminhamento de denúncia ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, para que sejam tomadas as providências cabíveis.

68. Que o Conselho Nacional de Saúde reveja a Resolução n.º 240/97, referente à participação de usuários nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), de modo a torná-la objetiva e efetiva, exigindo a criação de Comissão de Ética e a implantação de CEPs em toda e qualquer instituição pública ou privada que desenvolva pesquisa com seres humanos, fortalecendo o controle social com a participação de representantes da sociedade civil.

69. Que os governos federal, estaduais e municipais promovam o desenvolvimento de uma política nacional para o controle social na saúde indígena, recomendando aos Conselhos de Saúde que viabilizem assento de representação indígena em sua composição, conscientizando esta comunidade sobre a importância do controle social.

70. Que o Conselho Nacional de Saúde implante a comissão de defesa da saúde integral da população negra.

71. Assegurar a autonomia administrativa e financeira aos Conselhos de Saúde nas três esferas do governo, transformando-os em unidades orçamentárias, com repasse fundo a fundo, para custear as ações do controle social aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde, incluindo a realização de conferências, plenárias, seminários, fóruns e outros eventos que tratem de assuntos pertinentes ao controle social.

72. Que os Conselhos de Saúde criem comissões permanentes de orçamento e finanças, com acesso às contas dos Fundos de Saúde correspondentes, para acompanhar e fiscalizar a aplicabilidade dos recursos financeiros destinados às ações e aos serviços de saúde.

73. Instituir as Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde, com dotação orçamentária para participação dos conselheiros eleitos, além de apoio para os coordenadores estaduais e municipais.

74. Formular a Política de Saúde do Trabalhador com a participação dos Conselhos de Saúde.

75. Que os governos federal, estaduais e municipais implantem Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos conselhos de saúde em suas esferas correspondentes.

76. Incentivar políticas públicas que garantam recursos financeiros para ações de saúde de quilombolas e populações tradicionais (ribeirinhos e pantaneiros).

77. Instituir a data de 5 de outubro como o Dia Nacional do SUS.

78. Que o Ministério da Saúde, os estados, os municípios, o Ministério Público, os órgãos de controle, como os Tribunais de Contas dos Estados e da União, e os Conselhos de Saúde das três esferas de governo garantam rapidez e eficiência na apuração e punição de fraudes e má versação de recursos financeiros e materiais na saúde.


NATAL
PAZ
E NÃO
VIOLÊNCIA




LÉSBICA PELO DIREITO AO ABORTO
LEGAL E SEGURO!
COLETIVO DE VÊNUS


DELEGAÇÃO
DO




PAZ











Eixo III – Inéditas

1. Promover um debate nacional pela repolitização da discussão sobre o direito à saúde e a defesa do SUS, debate esse que deve ser amplo, incluindo todos os usuários, profissionais e gestores do SUS e outros atores da sociedade, e criar o Fórum Nacional para discussão do controle social nos estados e municípios, para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

2. Garantir que os gestores repassem mensalmente para os Conselhos Municipais de Saúde os percentuais de 0,5%, nos municípios com mais de 100.000 (cem mil) habitantes, e 1,0%, nos municípios com menos de 100.00 (cem mil) habitantes, do repasse dos 15% destinados à saúde, para sua manutenção e demais demandas, sem prejuízo do que estabelece a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

3. Criar mecanismos para punir os gestores que não cumprem a Resolução CNS nº 333/2003 no tocante ao estabelecimento de dotação orçamentária na respectiva LDO, à estruturação do espaço físico e dos recursos humanos, inviabilizando a funcionalidade do Conselho de Saúde.

4. Os governos estaduais, municipais e federal devem incentivar e apoiar a criação das casas dos conselhos, garantindo o financiamento de uma sede própria, assim como para seus equipamentos e sua manutenção, visando à atuação integrada dos colegiados.

5. Garantir a reestruturação dos órgãos públicos, com a criação de quadro efetivo de recursos humanos que seja compatível com a necessidade de gestão e atenção à saúde do SUS, e a realização de concurso público imediato nas três esferas de governo.

6. Que os conselhos de saúde tenham no seu orçamento rubricas com o quadro de detalhamento de despesas efetuadas pelos conselheiros de saúde.

7. Garantir que, para participar na conferência nacional, os delegados tenham sido eleitos nas conferências municipais e estadual e não indicados por segmentos ou gestores.

8. Responsabilizar o Conselho Municipal de Saúde pela votação de delegados compromissados com as causas do SUS nas Conferências

Nacionais e garantir que o CNS monitore, por intermédio de lista de presença, a participação efetiva dos delegados nas plenárias, com exceção das faltas justificadas, sendo que no caso da não-participação do delegado caberá ao Conselho Nacional de Saúde solicitar o ressarcimento das despesas ao município.

9. Divulgar amplamente o direito dos usuários do SUS de requerer processo administrativo contra funcionários e servidores públicos que pratiquem o uso arbitrário das próprias razões, o que distorce o artigo 331 do Código Penal, de modo a equilibrar o relacionamento entre os agentes do Poder Público e o contribuinte.

10. Promover uma ampla avaliação do processo de participação e controle social do SUS, em todas as esferas de gestão, de forma a aperfeiçoar a participação social na gestão do sistema, inovando estratégias e práticas e consolidando a relação entre Estado, Governo e sociedade civil na co-responsabilização pela produção de saúde coletiva. Tal avaliação deve incluir as conquistas, dificuldades, distorções e os desafios de conselhos, conferências e outras modalidades de participação e deve ter como perspectiva a consolidação da Gestão Participativa do SUS.

11. Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem promover a articulação de diversos conselhos, com vistas à elaboração de uma agenda intersetorial pactuada que oriente ações conjuntas para promoção da participação e do controle social, estabelecendo estratégias e mecanismos de ação, tais como: plenárias e fóruns intersetoriais de debates, palestras, seminários e encontros que possibilitem a interlocução permanente entre os diversos conselhos.

12. Em função da enorme dúvida que historicamente se acumulou e ainda hoje persiste na sociedade brasileira em relação à saúde bucal, apesar dos esforços que atualmente vêm sendo desenvolvidos em função de uma política de rede por essa área, faz-se necessária a realização da 4ª Conferência Nacional Saúde Bucal ainda em 2008.

13. Objetivando-se o fomento do processo de inclusão digital para todos, que o Ministério da Saúde disponibilize *softwares* similares ao que está sendo adotado nesta 13ª Conferência Nacional de Saúde, viabilizando dessa forma a necessária agilização na execução de

fóruns e Conferências Estaduais e Municipais, devendo ainda o Ministério da Saúde promover a necessária capacitação para utilização desses *softwares*, desde que estes sejam compatíveis com os leitores de telas utilizados pelos trabalhadores do SUS que convivem com deficiência visual.

14. Que os conselhos estaduais e municipais de saúde, à semelhança do CNS, constituam câmaras técnicas de assessoramento referentes às políticas e aos temas relacionados à saúde bucal.

15. O Conselho Nacional de Saúde deve encaminhar projeto de lei requerendo que o não-cumprimento das resoluções dos conselhos seja caracterizado como improbidade administrativa do gestor.

16. Garantir aos delegados eleitos em quaisquer conferências nacionais na área da Saúde o recebimento antecipado dos relatórios consolidados, objetivando ampliar e enriquecer o debate nas plenárias.

17. Apoiar e ampliar as estratégias de organização e mobilização dos movimentos sociais e populares voltadas para a concretização de suas agendas de luta na defesa dos direitos humanos, da saúde e da cidadania.

18. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) deve criar um fórum permanente de discussão, direcionado à acessibilidade das pessoas com deficiência no SUS.

19. Que o Conselho Nacional de Saúde constitua uma comissão especial para diagnosticar os valores pagos pelos procedimentos laboratoriais, considerando os custos efetivos para a sua realização, de modo a garantir que esses procedimentos possam ser executados com a qualidade necessária.

20. As secretarias estaduais e os conselhos estaduais de saúde devem promover intersetorialmente, com as secretarias estaduais de educação, a formalização de estratégias e ações que viabilizem a ação educativa em saúde como eixo estruturante do controle público em cada município.

21. Que o MS e o CNS encaminhem às escolas do Ministério Público e de magistrados solicitação para inserção, em suas grades curricula-

res, conteúdo relacionado com o controle social no SUS e sua legislação a partir das Leis nº 8.080 e 8.142/90 e das demais.

22. Que todos os hospitais credenciados ao SUS coloquem todos os seus serviços disponíveis aos usuários do SUS, inclusive serviços de anestesista.

23. Instituir conselhos de saúde correspondentes à região dos conselhos de gestão regional (instituída pelo pacto de gestão), assegurando efetivo controle social dessa instância.

24. Que o orçamento dos Conselhos de Saúde seja respeitado pelo gestor da respectiva esfera de governo.

25. Que os conselhos de saúde proponham às três esferas de governo a garantia de orçamentos auto-executáveis, evitando-se quaisquer bloqueios, inclusive reserva de contingências, com recursos do setor Saúde.

26. Que os conselhos de saúde proponham ao Ministério Público a ampliação dos quadros de promotores da saúde para que estes possam estar presentes em todos os municípios, com o objetivo de fortalecer a atuação dos conselhos no cumprimento de seus papéis.

27. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem realizar ampla divulgação do pacto pela saúde à população, como forma de estimular a participação popular no SUS, além de estimular e acompanhar a participação da população na construção do pacto de gestão nos municípios.

28. Que o Ministério da Saúde e os municípios definam estratégias de comunicação para o modelo social na saúde por meio das escolas de saúde públicas e escolas técnicas de saúde do SUS, no desenvolvimento de atividades que apresentem e estimulem o exercício da democracia e da participação social em diversos espaços.

29. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem divulgar, de forma permanente, nos principais meios de comunicação, as políticas, as diretrizes de atuação do SUS e os direitos dos usuários do SUS, instituídos no pacto em defesa do SUS, e que estes sejam afixados nas unidades de saúde, divulgan-

do, entre outros dados, os números dos telefones dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, bem como o número da ouvidoria e da promotoria de defesa da saúde, efetivando assim o exercício do direito à participação da sociedade e o direito humano à saúde.

30. Criar e institucionalizar a Rede Nacional de Laboratórios de Entomologia Médica para dar suporte aos programas de doenças transmitidas por vetores e animais peçonhentos.

31. Que os Conselhos Municipais de Saúde recebam regularmente relatórios dos Conselhos Estadual e Nacional para que seus conselheiros permaneçam efetivamente engajados com os contextos estadual e nacional das políticas e ações do SUS.

32. Que sejam criados critérios para a entrega de certificados aos delegados nas conferências nacionais, para que só os recebam aqueles que efetivamente participaram da conferência.

33. Que os governos das três esferas e o Conselho Nacional de Saúde garantam recursos para deslocamento, alimentação e hospedagem para os delegados das conferências de saúde, inclusive passagens aéreas para delegados de todos os segmentos de municípios acima de 8 horas de viagem, adequando e priorizando todos os portadores de deficiência.

34. Que a Hemobrás (Indústria Brasileira de Hemoderivados) tenha a representação dos usuários dentro do seu conselho gestor.

35. Que os conselhos de saúde fiscalizem os convênios estabelecidos pelo SUS com os hospitais, para que os mesmos prestem rigorosamente os serviços pactuados nos respectivos contratos.

36. A 13ª CNS recomenda a todos os conselhos estaduais que se articulem com os conselhos municipais para discutirem e identificarem estratégias de criação de estruturas regionalizadas de controle social, com paridade na Lei nº 8.142/90, vislumbrando nova organização e estruturação regional, garantindo a participação dos municípios nestas instâncias regionalizadas.

37. Garantir a participação da sociedade civil organizada, das associações de bairros e outros no efetivo acompanhamento e na fiscalização dos programas de governo assistenciais, como: Programa Luz para Todos, Bolsa Família e outros benefícios de cunho assistencial. Fazer valer a lei no município, estado ou na federação nacional, com acompanhamento do Ministério da Saúde, da Segurança Alimentar e do Ministério Público.

38. Que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais criem mecanismos de sustentação financeira para viabilizar o funcionamento da CAST (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador) nos três níveis de representação.

39. Que as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) elaborem e distribuam aos Conselhos Municipais de Saúde um catálogo da programação pactuada integrada referente ao município, além de divulgar seu conteúdo na *internet*.

40. Garantir que o Poder Municipal de Assistência Psicoterapêutica dos Trabalhadores de Saúde (PSF) em grupos ou individual de acordo com as necessidades dos mesmos.

41. Que o Conselho de Saúde nos estados cobre dos gestores a instalação das mesas do SUS e mesas setoriais de saúde.

42. Que as propostas validadas nesta conferência para atendimento às especificidades de determinados documentos e/ou segmentos venham a ser expandidas a outros movimentos/segmentos que apresentarem a mesma especificidade, de forma individual e/ou coletiva, garantindo-se o direito humano à saúde para todos.

43. Garantir que o município que tiver qualquer atendimento estadual ou federal (exemplo: hospitais ou ambulatório de saúde mental) só façam a municipalização destes serviços com acompanhamento do Conselho Nacional e vistas do Ministério Público para que os usuários não sejam afetados.

44. Os Conselhos de Saúde dos três níveis de gestão devem instituir, por intermédio da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), e estabelecer relação, comunicação e articulação com a comissão nacional e os comitês estaduais, regionais e municipais

de estudos e prevenção da mortalidade materna, para fortalecê-los como organismos de consulta para formulação e controle social da Política de Atenção Integral de Saúde da Mulher dos estados e municípios e ações implementadas para o controle e a redução da mortalidade materna.

45. Recomendar ao Ministério Público instituição de promotorias de saúde nos municípios-pólo a fim de fortalecer o controle social no interior dos estados.

46. Que as resoluções da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador sejam incorporadas às da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

47. Os Conselhos de Saúde em todos os níveis devem buscar subsídios e promover amplos debates com o controle social, os técnicos da saúde, a academia, os profissionais do meio ambiente e outros sobre os riscos sociais, físicos, ambientais e econômicos envolvidos com o uso das nanotecnologias.

48. Que os conselhos e sindicatos venham a garantir a transparência aos concursos públicos das três esferas de governo em suas cidades, fazendo respeitar: o número de vagas, o prazo determinado e a classificação, fazendo assim a moralidade do serviço público e garantindo a não-privatização do serviço público.

49. Que os conselhos municipais, nas cidades onde houver conselhos distritais e comissões locais de saúde, sejam também obrigados a estender os mesmos direitos aprovados nesse eixo temático III em todas as propostas em que haja recomendação, implantação, promoção e organização pertinentes, no âmbito legal, para a efetiva participação de toda a sociedade no pacto do SUS com a inteira participação e efetivação do direito humano à saúde.

50. A comissão responsável pela avaliação dos processos de habilitação de hospitais e laboratórios para realizar transplantes de órgãos, tecidos e exames de HLA (histocompatibilidade) deve ser aprovada pelo CNS e funcionar como uma comissão técnica, que deve prestar contas, trimestralmente, e apresentar relatórios desta habilitação ao Conselho Nacional de Saúde.

51. Que os Conselhos Estaduais de Saúde realizem encontro anual com mesas diretoras ou a coordenação dos Conselhos Municipais de Saúde para avaliação e nivelamento sobre seu funcionamento.

52. Que o Conselho Nacional implante, juntamente com os Conselhos Estaduais, os colegiados microrregionais de Conselhos Municipais de Saúde, tendo como exemplo os colegiados implantados pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, como estratégia de fortalecimento do controle social e do SUS.

53. Tendo em vista que o Distrito Federal não tem municípios, equiparar os seus Conselhos Regionais de Saúde aos Conselhos Municipais de Saúde, fortalecendo-os como instâncias deliberativas e fiscalizadoras dos serviços de saúde e suas pactuações, garantindo-lhes autonomia perante o Poder Executivo.

54. Que os Conselhos de Saúde criem e mantenham instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso à informação sobre assuntos tratados pelos Conselhos e suas resoluções, objetivando a transparência das suas ações e o fortalecimento do mandato dos Conselheiros, adotando uma estratégia permanente para dar visibilidade à atuação dos Conselhos, aproximando-os da população.

55. Que a Comissão de Comunicação, Informação e Informática do CNS estabeleça estratégias permanentes de fiscalização dos conselhos estaduais e municipais que não estão cumprindo com o programa de inclusão digital (desvio de materiais para outros fins) e comunique periodicamente no *site* quais são os conselhos que realizam irregularidades.

56. Exigir que as três esferas de governo, para o real fortalecimento e perpétua implantação do SUS com a efetiva participação social e garanta em todas as emissoras de televisão cinco minutos diários em horário nobre, incluindo o rádio, matérias em jornais, revistas e outros meios de comunicação em todo território nacional no sentido de informar e difundir o SUS e os direitos dos cidadãos brasileiros.

57. garantam em todas as emissoras de televisão cinco minutos diários em horário nobre, incluindo rádio, matérias em jornais, revistas e outros meios de comunicação, em todo o Território Nacional,

no sentido de informar e difundir o SUS e os direitos dos cidadãos brasileiros;

58. divulguem em suas páginas oficiais (na *internet*) os seus planos de saúde, a composição do Conselho com os contatos, as pautas, as atas, os locais e os horários das reuniões, bem como suas resoluções, de modo a garantir maior transparência e participação no controle social;

59. distribuam obrigatória e amplamente a Cartilha dos Usuários do SUS, para conscientizá-los dos seus direitos nas unidades de saúde, até março de 2008, incluindo questões de prevenção em saúde, gênero e educação sexual;

60. divulguem amplamente o art. 196 da Constituição Federal, que dispõe sobre o direito à saúde, afixando-o nos lugares estratégicos das unidades de saúde;

61. garantam o cruzamento de dados oficiais entre as três esferas de governo e assegurem a comunicação entre os conselhos de saúde;

62. e apoiem projetos que viabilizem a disponibilização de materiais educativos que estimulem a participação popular, para utilização em atividades coletivas de educação em saúde.

63. Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem incentivar a regulamentação das rádios comunitárias, para melhor divulgação das ações, dos serviços, dos direitos e deveres do SUS em cada região e nos municípios.

64. Aprimorar a participação popular por meio de revisão da metodologia da realização das Conferências de Saúde de forma a estipular um número mínimo de propostas estruturantes por eixo temático que deverão ser acatadas por todos os municípios, estados e pela Federação e possibilitar a efetiva fiscalização, o acompanhamento e a avaliação pelos respectivos Conselhos de Saúde.

65. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem viabilizar a implantação e implementação das ouvidorias com disque-saúde e estabelecer integração destas aos respectivos Conselhos de Saúde, instituindo com sua atribuição a apresentação

sistemática de relatórios periódicos aos Conselhos, informando o número (quantidade), as características e a resolutividade das denúncias recebidas para fortalecer a gestão participativa do SUS, garantindo melhor fiscalização e encaminhamento dos casos, quando necessário, ao Ministério Público.

66. Considerando-se o que dispõe a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2007, que define que os consórcios públicos e os de direito privado vinculados ao SUS devem obedecer aos princípios, às diretrizes e às normas das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde deverão ter convênios, contratos, projetos e prestações de contas dos respectivos consórcios, aprovados nos Conselhos de Saúde, bem como só poderão apresentar projetos que estejam contemplados nos planos de saúde dos estados e dos municípios.

67. Incluir as temáticas violência, criminalidade e dependência química, com participação do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, da Secretaria Nacional Antidrogas e da Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a ser realizada em 2009 .

68. Que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde solicitem ao Ministério do Meio Ambiente a inclusão da temática saúde ambiental na 3ª Conferência Nacional de Meio Ambiente. Que as diretrizes da Política Nacional de Saúde Ambiental sejam definidas na I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, a ser realizada em 2009 e construída pelas instâncias de controle social dos Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente, com o apoio destes Ministérios, e que estes se articulem para integrar políticas e ações relativas à saúde ambiental, contemplando o SUS e o Sisnama e ampliando o diálogo entre os Conselhos Nacionais de Saúde e do Meio Ambiente.

69. Que o Conselho Nacional de Saúde convoque as seguintes conferências temáticas: V Conferência Nacional de Saúde Indígena, para 2010; II Conferência Nacional de Vigilância Sanitária; I Conferência de Alimentação e Nutrição no SUS; I Conferência Nacional de Saúde para os Povos do Campo e das Florestas; I Conferência Nacional de

Saúde da População Negra; III Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia.

70. Que seja realizada a I Conferência Nacional de Saúde Ambiental em 2009, construída pelas instâncias de controle social da Saúde e do Meio Ambiente, para definir a Política Nacional de Saúde Ambiental, culminando em amplo e democrático processo de debate no país, a ser desencadeado desde já, com o apoio destes Ministérios, devendo estes se articularem para integrar políticas e ações relativas à saúde ambiental, contemplando o SUS e o Sisnama e ampliando o diálogo entre os Conselhos Nacionais de Saúde e do Meio Ambiente.

71. Que o Conselho Nacional de Saúde, articulado com os Conselhos da Assistência Social e Previdência Social, realize em 2008 a 1ª Conferência da Assistência Social e Direitos Previdenciários, como produto do debate das últimas conferências de saúde e assistência social, com representantes das três esferas da saúde, assistência social e previdência, com as etapas estaduais e municipais, com vistas a operacionalizar de fato o orçamento da seguridade, sua programação e ação conjunta, retomando a lógica do sistema.

72. Que o Conselho Nacional de Saúde avalie o atual modelo de gestão do sistema de saúde indígena, considerando as recomendações da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, e para melhor desempenho do controle social indígena, por intermédio de fórum de presidentes dos Condisis, em nível nacional, e dos conselhos distritais de saúde indígena, em nível distrital, o Governo Federal deve definir um órgão específico para questionar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, garantindo a autonomia orçamentária, financeira, administrativa e política dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

73. Que o Ministério da Saúde realize uma força tarefa de saúde, no Vale do Javari, estado do Amazonas, aos povos Corumbo, Marumbo, Kolinas, Kanamari e Matis, tendo em vista que estes povos vêm sofrendo agravos à sua saúde e que estes problemas são de âmbito nacional, pois estão na fronteira de três países (Brasil, Peru e Colômbia).

74. Assegurar que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde criem a Casa de Parto nas ilhas do território nacional.

75. Que o Ministério da Saúde implemente o Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias como política pública de Estado e garanta o abastecimento de fatores coagulação de alta pureza, bem como dos coagulantes para hemofílicos com inibidores de alto título, tais como: complexo protrombínico ativado (CCPA) e fator VII recombinante, mantendo o programa de dose domiciliar estabelecido desde o ano 2000, produtos imprescindíveis à vida do hemofílico e que, em conjunto com o CNS e a Anvisa, promovam conferências e seminários sobre doenças hemoderivadas em parceria com as associações do mesmo segmento.

76. Que o Ministério da Saúde fiscalize a distribuição de órteses e próteses para que haja melhor qualidade no material de fabricação e que, em conjunto com os estados e os municípios, promova a descentralização de sua distribuição com a contribuição e a participação efetiva do controle social.

77. Que o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde fomentem, junto ao IBGE, que este faça uma pesquisa sobre a mortalidade de crianças e adolescentes portadores de doenças falciformes e que estes dados sejam repassados à Anvisa, para que sejam divulgados em todas as mídias.

78. Que os governos federal, estaduais e municipais desenvolvam campanhas educativas e alertas sobre os possíveis problemas de uma má alimentação, com dicas de uma alimentação saudável, e desenvolvam políticas de saúde para prevenir e combater a obesidade da população, garantindo o seu tratamento por completo independentemente do número de profissionais necessários para sua recuperação total.

79. Que o Conselho Nacional de Saúde aprove a resolução que estabelece que o termo 'pessoas com deficiência' seja adotado em todo o território nacional, recomendado pela Conferência Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiências Física, aprovado pela ONU e ratificado pelo Decreto nº 5.296/2004, que regulamenta a Lei nº 7.853/89.

80. Que o Ministério da Saúde indique a revisão da Portaria MS nº 1.101, objetivando a readequação de parâmetros que hoje já se encontram defasados, indicando comissão técnica multidisciplinar intergestores para sua efetivação.

81. Que o Conselho Nacional de Saúde proponha ao Governo Federal que promova articulação entre o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho, o Ministério Público e o Ministério da Agricultura, entre outros, para o estabelecimento de política para coibir pagamento por produção aos cortadores de cana, por ser uma das formas de trabalho mais desumanas e perversas, pois os trabalhadores têm seus ganhos atrelados à sua força de trabalho, o que os está levando à morte por exaustão nesse setor produtivo, a fim de garantir a dignidade desses trabalhadores.

82. Que o Conselho Nacional de Saúde cobre mais do Ministério da Saúde e dos Conselhos Estaduais explicações sobre a demora do atendimento por especialistas, inclusive oftalmologistas, emitindo informes sobre a demora para cirurgias de catarata.

83. Que os conselhos municipais de saúde (CMS), em conjunto com os conselhos de segurança alimentar e nutricional (CSAN) e os conselhos de alimentação escolar, discutam mecanismos de orientação e divulgação sobre doenças causadas por intolerância a determinados alimentos (lactose, glúten, etc.), bem como seus respectivos tratamentos/acompanhamentos.

84. Que os mandatos dos conselheiros nacionais, estaduais e municipais sejam de dois anos, prorrogáveis por mais um mandato, respeitando a rotatividade da participação social, evitando vícios e a defesa de interesses próprios.

85. Assegurar a reestruturação dos Conselhos de Saúde com criação de lei, garantindo que as entidades e os representantes que os compõem sejam eleitos em plenárias dos segmentos de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços ao SUS, com ampla divulgação de todo o processo.

86. Que o mandato de conselheiro seja reconhecido como função pública e lhe seja concedida a tutela atribuída ao servidor público (art. 332 do Código Penal, desacato) no exercício da função.

87. Os tribunais de contas devem assegurar aos Conselheiros de Saúde que os mesmos sejam autorizados a fiscalizar, por meio de cadastramento, o processo de tramitação das prestações de contas dos municípios nas inspetorias dos órgãos de fiscalização competentes.

88. Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem implementar, apoiar ou instituir plenárias de conselheiros, criando um espaço permanente para a discussão da participação e do controle social na política de saúde, garantindo a presença dos Conselheiros do interior e de regiões distantes, o financiamento da participação dos representantes do estado na plenária nacional, promovendo eleições de representantes macrorregionais para a plenária estadual, que terá o seu funcionamento regulamentado pelo Conselho Estadual de Saúde.

89. Recomendar aos Conselheiros Estaduais e Municipais a ampliação de vagas para que contemplem o movimento estudantil em saúde na efetivação do controle social, tendo em vista que os princípios que regem a formação profissional são determinantes para a promoção da humanização em saúde, atendendo ao que preconiza a Resolução nº 3.331/2003.

90. Que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais fiscalizem a efetivação das comissões temáticas obrigatórias e da Comissão Temática de Combate às Endemias e Doenças Emergentes.

91. Que o profissional de saúde tenha um estatuto próprio, nas três esferas do governo, para que com isso haja a integração de todos os profissionais (direitos e deveres; plano de cargos, carreiras e salários).








Saúde e Qualidade de Vida:




de Vida:
13ª
CONFERÊNCIA




Seguridade Social
Um bem Público


stado
nento












13ª
Saúde e Qualidade de Vida
Políticas de Estado
e Desenvolvimento
SUS
Seja bem-vindo.
O Brasil conta com você
para garantir a saúde
como direito fundamental
de todos.
EXPO Brasília



Moções Aprovadas

Moção nº 001
Apoio pela assinatura de Portaria do Ministério da Saúde para atendimento às pessoas ostomizadas em todo o território nacional. Tabela1.

Cândida Carvalheira – RJ

Apoiamos a regulamentação, pelo Ministério da Saúde, da implantação da política de saúde, já aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 13 de fevereiro de 2007, destinada às pessoas ostomizadas, a qual beneficiará cerca de 80.000 usuários em todo Brasil.

Moção nº 002
Apoio à defesa dos direitos das pessoas portadoras de doenças de Chagas.

Amélia Bispo Nascimento dos Santos – SP

Apoio às pessoas acometidas com doença de Chagas e suas famílias, bem como às ações de prevenção da doença por intermédio das seguintes ações: distribuição gratuita e regular, em todo o território nacional, dos medicamentos indicados, bem como de próteses e outros recursos terapêuticos e dedetização em todas as regiões do Brasil. Apoio ao Ministério da Saúde em suas campanhas educativas focadas nos direitos dos cidadãos.

Moção nº 003
Apoio à criação da Política Nacional de Atenção à Pessoa Portadora de Doenças Reumáticas.

Fábio dos Reis – GO

Apoiamos o Ministério da Saúde para a criação da Política Nacional de Atenção à Pessoa Portadora de Doenças Reumáticas. Que esta moção, ao ser aprovada, seja juntada ao Processo MS/Sipar nº. 2500.203130/2007-16.

Moção nº 004
Apoio à qualificação e à formação técnica dos profissionais da área da Saúde de nível superior.

Maria das Mercês Fonseca Queiroz – MG

Apoiamos os gestores federais, estaduais e municipais pelo financiamento da Educação Permanente, abrangendo a qualificação e a formação técnica dos auxiliares de enfermagem, dos agentes comunitários e agentes

de endemias, para o contínuo aprimoramento em suas atividades, primando pela qualidade, humanização e dedicação aos usuários do SUS.

Moção nº 005
Apoio para implementar e executar política de atenção em genética clínica no SUS.

Vita Aguiar de Oliveira – SP

Apoio à implementação e à execução da política de atenção em genética clínica às pessoas com anomalias congênitas e doenças genéticas e hereditárias, como doença de Huntington, Gaucher, mucopolissacaridose, Fabry, anemia falciforme e outras. Para tanto, que se providencie:

1) a criação de programas institucionais para informação e divulgação sobre incidência e prevalência das anomalias congênitas e doenças genéticas e hereditárias;

2) a implementação de centro de referência e contra-referência no SUS;

3) a aquisição de equipamentos necessários ao tratamento contra hemangiomas pelo SUS;

4) a disponibilização, pelo SUS, de todos os medicamentos devidos aos casos em tratamento.

Moção nº 006
Apoio à formulação e à implementação de políticas públicas de saúde em atenção a pessoas com autismo no SUS.

Entidades da Área de Autismo

Nós, delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde, apoiamos a formulação de política pública de saúde em atenção às pessoas com autismo, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Moção nº 007
Moção de repúdio pela construção da usina nuclear Angra III e pela indefinição da localização do depósito de rejeitos nucleares no território nacional.

Diogo Reis Correira

As duas usinas nucleares (Angra I e II), construídas na época do regime militar, causaram graves danos ambientais e sociais na região. O depósito provisório do lixo nuclear já existe há mais de 20 anos sem definição de critérios sobre sua segurança e localização. Hoje, o Governo Federal, em nome do DESENVOLVIMENTO, de forma truculenta e antidemocrática, anuncia a retomada da construção de Angra III, sem consultar a população da região e, pior, sem nenhuma responsabilidade social com os sistemas de saúde, saneamento, educação, meio-ambiente e com a migração de mais de 20.000 pessoas por causa da referida construção.

Moção nº 008
Aplauso às obras de saneamento.

Jane Blanco Teixeira – RJ

Aplauso a todas as obras de saneamento básico realizadas no Brasil, proporcionando "melhor qualidade de vida" a todos os brasileiros, a exemplo da realizada em Rio das Ostras, no estado do Rio de Janeiro.

Moção nº 009
Altas Programadas pelo INSS.

Marly Gonçalves Justino Fais – MG

Repudiamos: a) as "altas programadas" dos segurados dos INSS, sem a devida avaliação, ao término do auxílio-doença, para conclusão sobre as condições de retorno ao trabalho; b) a "alta" programada" criada pelo Governo Federal, que reduz os custos, não considerando a vida humana; c) o desrespeito dos profissionais e gestores do INSS no atendimento aos seguros.

Moção nº 010
Apoiamos a concretização do protocolo clínico e das diretrizes da doença celíaca.

Paulo Roberto Ferreira – DF

Apoiamos o Ministério as Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), para que concretize o protocolo clínico e as diretrizes da doença celíaca e implemente a capacitação dos profissionais que atendem no SUS, prioritariamente os que atendem na atenção básica e no Programa Saúde da Família em todos os municípios.

Moção nº 011
Repúdio ao programa do leite em todo território nacional.

Marcelo Melo da Silva – PB

Os delegados presentes na 13ª CNS repudiam o descaso pela distribuição do leite no estado da Paraíba, em virtude da ausência da FAC (Fundação de Ação Comunitária) no cumprimento do papel fiscalizador e de cobrança às empresas/instituições para a correta entrega, o armazenamento e a distribuição diária (inclusive aos sábados, domingos e feriados), conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social, e repudiam também a falta de fiscalização e cumprimento do convênio, por parte do MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome), de forma mais eficaz em todo o território nacional.

Moção nº 012
Realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Iracema Vieira Polidoro – RJ

Apoiamos a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, buscando novos horizontes de luta para a reforma psiquiátrica brasileira.

Moção nº 013
Os servidores da Fundação Nacional de Saúde repudiam a sua extinção.

José Augusto da Silva – RJ

Repúdio à extinção da Funasa e de qualquer órgão que se encontre em situação de extinção.

Moção nº 015
Repúdio à terceirização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Edson Gonçalves de Souza – SP

Nós, usuários do SUS, repudiamos a terceirização do Sistema Único de Saúde, que vem causando muitas perdas à população brasileira, tendo como grande problema o distanciamento entre a necessidade real da atenção dos serviços de saúde que o usuário recebe e do que efetivamente precisa. Repudiamos também a falta de leitos que, com a privatização, diminuem.

Moção nº 016
Resgate do Conselho de Seguridade Social e do fórum para convocação da Conferência Nacional de Seguridade Social.

Cláudio Pinto – RJ

Apoiamos a composição e a implantação da Comissão Internacional da Saúde da População Negra, juntamente com a eleição do novo presidente do Conselho Nacional de Saúde, que ocorrerá em dezembro de 2007.

Moção nº 017
Que o Congresso Nacional aprove a licença-maternidade de obrigatoriamente 6 meses para todas as mulheres no território nacional e 15 dias para licença-paternidade.

Maria da Conceição F. Cabral Barbosa – SP

Apoiamos o Conselho Nacional quanto à deliberação de que a concessão da licença-maternidade seja de 6 meses e a licença-paternidade seja de 15 dias.

Moção nº 019
Apoio ao atendimento integral aos portadores de hidragirismo (intoxicação por mercúrio metálico).

Valdivino dos Santos Rocha – SP

Nós, delegados da 13ª CNS, solicitamos ao MS atenção prioritária às pessoas com intoxicação por mercúrio; melhores condições de atendimento clínico, medicamento, criação e implementação de protocolos relativos aos efeitos neurológicos e neurotóxicos dos agentes, tais como: mercúrio, pesticidas e os organohalogenados, entre outros; a criação de programa de informação e divulgação clínico-epidemiológico-toxicológica em mercurialismo; capacitação da equipe multidisciplinar da atenção básica, de média e alta complexidade; capacitação de médicos com formação em saúde ocupacional; médicos psiquiatras para tratamento de deficiências mentais e cognitivas; neurologistas, ortopedistas e psicólogos (com formação em neurociências) para condução de psicoterapia individual e grupal; integração do PAM/HC com outras instituições públicas; intercâmbio do SUS com CRST, Renast, MS, Ministério do Trabalho, Ministério Público e Universidade.

Moção nº 020
Apoio à seguridade social.

Valdivino dos Santos Rocha – SP

Apoiar:

a criação de um Ministério para integração das ações do SUS, da Previdência Social e do Sistema Único da Assistência Social/SUAS;

a reinstalação dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais da Seguridade Social de caráter deliberativo, constituídos por 50% da representação da sociedade civil organizada;

a garantia da transparência sobre a atuação da seguridade social, em especial sobre o superávit de cerca de 40 bilhões anuais, cujo destino não é esclarecido pelo Governo Federal.

Moção nº 021
Repúdio à Portaria do Ministério da Saúde/GM n° 2.656.

Nelson Mutzie – RO

Nós, delegados indígenas presentes na 13ª Conferência Nacional de Saúde, repudiamos o teor da Portaria MS/GM n° 2.656, que trata da descentralização e da contratação de recursos humanos para executar as ações de atenção básica em área indígena, por comprometer aspectos como os apresentados a seguir.

1) Tornar obrigatória a contratação de recursos humanos e a execução das ações de saúde da atenção básica aos povos indígenas pelos municípios, que atualmente são de responsabilidade do Governo Federal via Funasa (Decreto PR n° 3.156/99).

2) Perda de autonomia dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisis), que também perdem a responsabilidade sanitária, o que gera conflitos com os Conselhos Municipais de Saúde. Dessa forma, nós – que vivemos o dia-a-dia do subsistema de saúde indígena – repudiamos essas mudanças sem a apreciação de todos os Condisis e sem o devido respeito às nossas especificidades.

Moção nº 022
Falta de uma Política Nacional de Saúde Vocal. "O trabalhador não pode se calar." "Garantindo a voz do trabalhador."

Sandra Maria Almeida – RJ

Os profissionais que têm na voz seu instrumento de trabalho (tais como professores, operadores de *telemarketing*, advogados, jornalistas, repórteres, entre outros) necessitam de atenção e cuidados específicos. Dados estatísticos apontam que 70% dos professores apresentam alterações vocais, mais de 50% têm carga horária de mais de 8 horas diária de trabalho (o que significa mais de 8 horas falando) e 90% trabalham em ambiente ruidoso. Tudo isso significa, por vezes, o afastamento da sala de aula e a readaptação funcional. Por essa razão, repudiamos a falta de uma Política Nacional de Saúde Vocal para o trabalhador que contemple ações de identificação da disfonia como doença ocupacional (conforme deliberação da 3ª CNST), de saúde vocal, assistência preventiva, reabilitação profissional e redução.

Moção nº 023
Modelo de atenção à saúde do homem com foco no câncer de próstata.

José Souto – RJ

Nós, delegados(as) da 13ª Conferência Nacional de Saúde, apoiamos o Ministério da Saúde na realização de ações voltadas para a atenção à saúde do homem e aos programas de prevenção de tratamento focados no câncer de próstata e nas campanhas de sensibilização contra o preconceito.

Moção nº 024
Proibição de Programa de Medicamentos.

Rilke Novato Publio – MG

Moção de apoio pela proibição de propaganda de medicamentos em todos os meios de comunicação de massa, uma vez constatados os malefícios causados pela indução ao uso abusivo dos remédios.

Moção nº 025
Farmácia: estabelecimento de saúde.

Rilke Novato Publio – MG

Considerando os inúmeros problemas provocados pelo uso irracional de medicamentos, destacando-se as intoxicações e a resistência bacteriana aos antibióticos, o segmento de trabalhadores/MG apóia e conclama os delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde a apoiar a aprovação do substitutivo ao Projeto de Lei nº 348/94, que tramita na Câmara Federal e estabelece uma nova lógica de prestação de serviços para as farmácias, pois é de interesse público instituir uma política que altere os conceitos e as práticas das farmácias.

Moção nº 026
Apoio ao Projeto PLC nº 122/06, que criminaliza a homofobia.

Eduardo José de Souza – PE

Tendo em vista o alto índice de homofobia praticado no Brasil, em que a cada 2 (dois) dias um cidadão ou uma cidadã homossexuais (*gays*, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis/GLBTT) são violentados e assassinados com requintes de crueldade – conforme pesquisa apresentada pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) – nós, delegados da 13ª Conferência Nacional da Saúde, apoiamos a aprovação do texto integral do PLC nº 122/06, que criminaliza a homofobia.

Moção nº 027
Moção de repúdio aos senhores senadores contrários à aprovação da CPMF.

Ricardo Pereira do Nascimento – PB

Moção de repúdio aos senhores senadores da República que são contrários à aprovação da CPMF, uma vez que prejudicará o financiamento do SUS, acarretando desemprego e desassistência aos usuários.

Moção nº 028
Moção de repúdio à Fundação Estatal do Direito Privado.

Geiza P. Quaresma – ES

Nós, delegados(as) da 13ª Conferência Nacional de Saúde, nos posicionamos de forma contrária, repudiamos e exigimos a retirada do PL nº 92/07, em tramitação no Congresso Nacional, que cria as Fundações Estatais do Direito Privado, e todo o modelo de terceirização e privatização da saúde pública.

Moção nº 029
Dedução de imposto de renda das despesas com medicamentos sem isentar o governo da responsabilidade do fornecimento.

Marcelo de Nascimento Almeida – DF

O segmento de usuários do DF apóia o Governo Federal na edição de Decreto, determinando que as despesas com medicamentos de alto custo e/ou não fornecido regularmente sejam deduzidos integralmente no valor de imposto de renda de pessoa física, sem isentar o governo do fornecimento dos mesmos.

Moção nº 030
Usina nuclear.

Antônio Galvão Soares – SP

O segmento de usuários/SP repudia a falta de um plano de evacuação emergencial nas cidades próximas aos produtores de energia nuclear como, por exemplo, nos municípios de Iperó (SP) e Angra dos Reis (RJ).

Moção nº 031
Apoio às famílias despejadas de terras produtivas.

Elizabeth Fátima Sona –SP

A concepção historicamente construída pelas Conferências Nacionais de Saúde afirma que as questões do trabalho, as condições de alimentação, ambiente, educação, lazer, transporte, saneamento, moradia, modo de organização social, posse e acesso à terra estão ligadas às garantias do direito à saúde. O crescimento sem controle da extração mi-

neral no Brasil vem causando transtornos de forma irreparável, lesando o solo e não respeitando os estudos de impacto ambiental, a exemplo do que vem ocorrendo no distrito de Judiapeba, em Mogi das Cruzes (SP), mesmo com os decretos federais que exigem a recuperação dos solos por parte das empresas de extração mineral, que em sua maioria estão inadimplentes e lesam a União. Existem hoje, somente no distrito de Jundiapeba, em torno de 2.500 famílias de produtores rurais que vivem e produzem no local há mais de 50 anos e estão sendo expulsas das terras para posterior exploração mineral.

Solicitamos o encaminhamento desta moção aos órgãos de gestão e fiscalização relacionados a seguir, solicitando também: (i) a confirmação do recebimento desta moção; (ii) a apuração da legalidade da transação comercial que vem sendo realizada pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e a Itaquaréia, Indústria Extrativa Mineral Ltda., com conhecimento da Prefeitura de Mogi das Cruzes; e (iii) a apuração dos impostos em débito das empresas extrativistas com os cofres públicos, para que sejam revertidos para a saúde do povo brasileiro:

- Incra;
- Ministério da Saúde;
- Ministério das Cidades;
- Ministério de Minas e Energia;
- Ministério do Desenvolvimento Agrário;
- Ministério do Meio Ambiente;
- Receita Federal.

Moção nº 032

Moção contra a construção dos PCHs (Pequenos Centros Hidroelétricos) no entorno do Parque Indígena do Xingu.

Kanayuri Leandro Marcelo Kaiurá – MT

Nós, delegados da 13ª CNS, repudiamos a conclusão da obra PCH Paranatinga II do rio Kuluense e outros projetos de PCH previstos nos principais afluentes do Xingu (rio Ronuro, rio Batovi, rio Steinen e rio Kurisevo) no Parque Indígena do Xingu.

Moção nº 034
Em defesa dos hospitais universitários vinculados às universidades contra a PL nº 92/2007, que cria a Fundação Estatal.

Priscila Gomes de Santana Silva e Nereu Lopes – GO – RS

Repudiamos a implementação do ente jurídico que cria a Fundação Estatal de Direito Privado para gerir os Hospitais Universitários (HUS) nas Universidades Federais Brasileiras, bem como em qualquer outro setor do serviço público federal, estadual e municipal, com a compreensão de que todas as funções do serviço público são típicas de Estado, especialmente a educação, saúde, previdência e assistência social, por tratarem de direitos básicos universais e garantidos na Constituição.

Moção nº 035
Doe medula, promova a vida.

Antonio Francisco da Silva – MG

Apoiamos a iniciativa da Central Única dos Trabalhadores que institui a campanha "Doe medula, promova a vida", pois entendemos que cada um de nós deve ser "doador de vida que salva vida".

Moção nº 036
Moção de Repúdio ao Conasems.

Silvana da Silva Lira – PI

Repudiamos as atitudes do Conasems com relação aos agentes comunitários de saúde, pois estão encaminhando documento para os gestores municipais dando parecer contrário à Portaria nº 176/07 do Ministério da Saúde, com enfrentamento à Lei nº 11.350.

Moção nº 039
Repúdio contra a infra-estrutura da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Rosa do Nascimento – SP

Repúdio à infra-estrutura da 13ª Conferência Nacional de Saúde pelas seguintes questões:

1º) a qualidade do espaço no que tange ao galpão e à água espalhada para se beber, que está quente;

2º) os banheiros estão em má condição de uso (a porta não fecha normalmente) e com mau cheiro;

3º) falta de espaço para cadeirantes na frente do palco no dia 15 para participarem do debate e da aprovação do regulamento;

4º) os delegados de São Paulo estão instalados longe da Conferência;

5º) os delegados do Paraná ficaram sem traslado do aeroporto para os hotéis;

6º) hotéis com excesso de camas, o que ocasionou que os delegados não pudessem circular pelo quarto.

Moção nº 040
Criação das Varas Especiais da Saúde e dos Juizados Especiais da Saúde.

Mauricio Mendes – RJ

Apoiamos a criação, em todo o território, junto ao Poder Judiciário, das Varas Especiais da Saúde e os Juizados Especiais da Saúde, para que agilizem os processos judiciais e para que centenas de pessoas não morram prematuramente ou sofram de seqüelas irreversíveis por causa da demora na solução das contendas e do descumprimento dos Princípios Fundamentais do SUS pelos maus agentes.

Moção nº 041
Regulamentação das profissões: auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental – Projeto de Lei da Câmara nº 00003/2007.

Amadeu Alves de Oliveira Filho – PR

Apoiamos os trabalhadores de nível médio que atuam na saúde bucal na luta pela aprovação do PLC nº 0003/2007 (Projeto de Lei nº 1.140/2003 original), que regulamenta as profissões ACD (Auxiliar de Consultório Dentário) e THD (Técnico em Higiene Dental), bem como inscrição nos Conselhos Regionais de Odontologia.

Moção nº 042
Resgate do Conselho de Seguridade Social e do Fórum para Convocação da Conferência Nacional de Seguridade Social.

Antonio Carlos da Cruz Junior – SP

Apoiamos a implementação e o funcionamento do Conselho de Seguridade Social, além da convocação de uma Conferência Nacional de Seguridade Social para a constituição e o fortalecimento das políticas públicas do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Moção nº 043
Ausência de acompanhamento e avaliação dos resultados, junto aos programas criados pelo Ministério da Saúde, executados por gestores municipais e estaduais.

Beatriz de Souza Dias – SP

Repudiamos a ausência de acompanhamento, pelo Ministério da Saúde, do uso indevido dos recursos das entidades por parte de alguns gestores municipais e estaduais, que deixam de fazer os devidos repasses aos hospitais filantrópicos, que são hoje os maiores parceiros do Sistema Único de Saúde na assistência.

Moção nº 044
Chega de ver crianças morrendo por falta de UTIs neonatais.

Benedita Fátima S. Oliveira

Apoio à implantação e à aquisição de equipamentos para instalação de UTIs neonatais nas cidades onde o perfil epidemiológico indique altos índices de mortalidade infantil, como, por exemplo, o município de Mogi Mirim e região, que apresenta o segundo maior índice (27%).

Moção nº 045
Formulação da Política Nacional de Atenção em Genética Clínica, com foco na linha de cuidado e no diagnóstico da DMRI (doença macular da retina relacionada à idade).

Janete Barboza Hung – SP

Apoiamos as pessoas portadoras da DMRI (doença macular de retina relacionada à idade) para formulação da Política Nacional de Atenção em Genética Clínica com foco na linha de cuidado e diagnóstico da DMRI (doença macular de retina relacionada à idade).

Moção nº 046
Moção de apoio à implantação de programa de acompanhamento do desenvolvimento de bebês de alto risco.

Franciele de Almeida Innig – SC

Apoiamos a implantação de programas de acompanhamento do desenvolvimento infantil de bebês de alto risco, realizado por equipe multidisciplinar na atenção básica de saúde, com recursos das três esferas do governo, com o propósito de promoção de saúde e prevenção de deficiências.

Moção nº 048
Moção de apoio aos agentes comunitários de saúde e aos agentes de combate às endemias.

Helenildes Gomes de Santana – SE

Apoiamos os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias na luta por melhores condições de trabalho. Efetivação para os contratos terceirizados. Desprecarização dos vínculos trabalhistas. Piso salarial digno. Prazo para os gestores municipais regulamentarem a profissionalização, observando a Emenda nº 51 e a Lei Federal nº 11.350.

Moção nº 049
Moção de repúdio à doação de patrimônio público relacionado às águas termais de propriedades medicinais.

Claúdia José Picholari

Nós, delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde, repudiamos a doação de bem público de uso comum do povo para tratamento de hidroterapia e termalismo pelo SUS, para que a população brasileira não seja privada de usufruir dos benefícios das águas termais medicinais existentes no território brasileiro. Esses espaços não devem ser entregues (doados) à iniciativa privada para sua exploração. Que todos os locais pioneiros em hidroterapia e termalismo sejam reconhecidos, por intermédio do SUS, como centros de referência, como núcleos de pesquisa, com recursos financeiros específicos e pré-estabelecidos em todo país.

Moção nº 050
Apoio à aprovação de Emenda Complementar (EC) à Lei nº 9.055/95, sobre "amianto branco".

Ana Lúcia de Matos Flores – SP

Apoio à elaboração e à aprovação de Emenda Complementar (EC) à Lei Federal nº 9.055/95, adicionando-lhe a proibição de extração, fiscalização, comercialização e utilização de qualquer tipo de amianto, o tipo não incluso, que é o "amianto branco".

Moção nº 051
Apoio à obrigatoriedade de cumprimento da Portaria MS/GM nº 1.318, de 5 de junho de 2005.

Ana Lúcia de Mattos Flores – SP

Apoiamos que sejam determinados a obrigatoriedade e o prazo de máximo de 1 (um) ano para que seja instituído ou reformulado em todos os municípios, estados, DF e em toda a União, no Brasil, o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) no SUS, conforme as diretrizes nacionais da Portaria MS/GM nº 1.318, de 5 de junho de 2007.

Moção nº 052
Moção de apoio à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 no Senado, com garantia mínima de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde.

Rita de Cássia Faria Berpo – SP

Apoiamos a regulamentação, no Senado, da EC nº 29, garantindo no mínimo 10% da receita corrente bruta da União para a saúde, com a possibilidade de escalonamento previsto para 2008 (8,5%), 2009 (9%), 2010 (9,5%) e 2011 (10%), que remarcará um novo movimento de centralização do SUS no território nacional.

Moção nº 053
Profilaxia primária para hemofílicas como política pública nacional.

Tânia Maria Onzi Peitrobelli – RS

Apoiamos a profilaxia primária recomendada pela Organização Mundial da Saúde para prevenir as deformidades físicas permanentes e incapaci-

tantes, evitando também a morte por hemorragia cerebral, permitindo uma vida com qualidade comparada à de qualquer cidadão.

Moção nº 054
Participação do profissional da educação física na equipe multiprofissional para atuar no Sistema Único de Saúde.

Fernando Izac Soares

Apoiamos a ampliação das equipes multiprofissionais do SUS, permitindo a inclusão do profissional de educação física para atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

Moção nº 055
Repúdio aos peritos do INSS.

Artur Custódio Moreira de Souza – RJ

Repudiamos os peritos do INSS, que não reconhecem o atestado do portador de hanseníase e, conseqüentemente, não registram o código das seqüelas constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), o que causa, assim, progressivos constrangimentos e problemas psicossociais aos portadores.

Moção nº 056
Moção de repúdio à Rede Globo de Televisão pelas mensagens pejorativas ao SUS.

Jussiara Barros – BA

Repudiamos a Rede Globo pelas mensagens pejorativas ao SUS, veiculadas em sua programação, que fortalecem a despolitização e o descrédito aos princípios norteadores do SUS.

Moção nº 061
Controle do uso de mercúrio pelas empresas.

Valdivino dos Santos – SP

Apoiamos a adoção, pelo Ministério da Saúde, de uma política de controle e banimento do uso do amianto e do mercúrio em nível nacional.

Moção nº 063
Pelo pagamento da cláusula 4ª da convenção coletiva de 1988 aos trabalhadores do pólo petroquímico de Camaçari (BA).

Ajax Tavares – BA

Apoiamos a luta dos químicos e petroquímicos da Bahia pelo pagamento na cláusula 4ª da convenção coletiva assinada pelos sindicatos patronais e pelo Sindiquim/BA. Essa situação arrasta-se há 17 anos e hoje está no STF, em Brasília. O pagamento é devido a mais de 15.000 trabalhadores, muitos já aposentados, afastados ou mortos, vítimas de doenças ocupacionais e outros agravos à saúde.

Moção nº 064
Moção de apoio.

Artur Custódio M. de Sousa – RJ

Apoiamos os mutirões regionais de cirurgias reparadoras nos pacientes portadores de seqüelas causadas pelo diagnóstico tardio de hanseníase.

Moção nº 065
Apoio à educação permanente para o controle social (de usuários e trabalhadores) de conselheiros.

Elizabeth Pinto Almeida Costa – BA

Apoiamos os programas de educação permanente do CNS para o controle social, envolvendo alguns trabalhadores (como os agentes comunitários de saúde e os agentes de endemias), associações de bairros atuantes em cada município escolhidos entre os pares dos ACS e AE e participação de sindicatos, capacitando-os e fortalecendo-os para que exerçam de fato o controle social.

Moção nº 066
Apoio à contratação de funcionários pelo Regime Jurídico Único como servidores estatutários.

Antonio Carlos de Almeida da Rocha – SP

Apoio à unificação da forma de contratação de todos os servidores públicos do país pelo Regime Jurídico Único, fazendo com que, dessa forma,

sejam todos estatutários e transformando em estatutários aqueles que estão hoje contratados pelo Regime CLT, possibilitando assim superar a fragmentação dos direitos e deveres dos servidores públicos, respeitando os princípios do SUS, com reflexos reais na prestação de serviços de saúde à população.

Moção nº 067
Apoio à inclusão do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional nas equipes de saúde da família.

Ana Cristina de Sousa Meira – BA

Apoiamos a inclusão do fisioterapeuta e do terapeuta na equipe da estratégia saúde da família, reforçando as ações intersetoriais, promovendo o acesso das pessoas portadoras de necessidades especiais e idosas a estes serviços da atenção básica.

Moção nº 068
Criação do Conselho Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho.

Magda Soraia Delfino – RJ

Apoio à criação do Conselho Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, de acordo com a Lei Federal nº 8.080/90 e a Resolução CNS nº 333/2003, visando à implantação efetiva de política pública para a saúde e a qualidade de vida como seguridade social, realizando assim a formulação, a elaboração e a execução das estratégias de prevenção integral de acidentes de trabalho para o setor privado e demais segmentos.

Moção nº 069
Apoio à divulgação das deliberações aprovadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Magda Soraia Delfino – RJ

Apoiamos a divulgação das 362 deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 27 de novembro de 2005, e que, até o momento, não foram divulgadas, para ciência da população e do Governo, para que possa executá-las.

Moção nº 070
Reconhecimento do técnico em farmácia, nível médio, como profissional de saúde.

Rosimary Barbosa dos Santos – SE

Apoio ao reconhecimento do profissional de saúde "técnico de farmácia", permitindo dessa forma seu reconhecimento e sua inscrição no Conselho Federal de Farmácia.

Moção nº 071
Implantação da informatização da saúde em nível nacional, por intermédio do prontuário eletrônico.

Monalisa Gueni B. de Morais – SP

Apoio à implantação de um sistema único de dados para atendimento às três esferas de governo, evitando a duplicidade de fornecimento de materiais, tais como medicamentos e insumos, reduzindo assim gastos desnecessários e agilizando o atendimento de forma qualitativa.

Moção nº 072
Aprovação da PEC 54/99.

Mirian Oliveira Andrade – PA

Apoio à aprovação, pelo Congresso Nacional, do Projeto de Emenda Constitucional 54/99, que garante o emprego de 600 mil servidores públicos temporários, em todos os estados, com mais de dez anos de efetivo exercício, considerados estáveis e que contribuem regularmente para o regime previdenciário geral ou próprio e com inscrição no PIS/Pasep.

Moção nº 074
Apoio à categoria dos agentes de endemia.

Marcos de Brito Gomes – CE

Apoio à categoria dos agentes de combate de endemias, por meio da Federação dos Agentes de Endemias do Estado do Ceará, com vistas à efetivação e à revisão do financiamento para as endemias por parte do Governo Federal, para melhor atender à realidade das ações da categoria para com o povo brasileiro.

Moção nº 075
Moção de repúdio pelo não cumprimento da EC-29.

Carmen T. L. Argiles – RS

Repudiamos os gestores públicos estaduais de saúde, da grande maioria dos estados brasileiros, que não cumprem a EC-29, que não honram o financiamento de programas de suas responsabilidades, como farmácia básica, por exemplo, e por considerarem, no orçamento da saúde, gastos não relacionados ao SUS, como despesas com inativos, com institutos de previdência, etc.

Moção nº 076
Moção de apoio ao PL 7.586/06, que proíbe o registro de produtos que contenham o Carbonato Aldicarbe

Paulo César Facin – PR

Apoiamos a aprovação do PL 7.586/06, de iniciativa do deputado federal Hernando Coruja (SC), que tem como proposição acrescentar inciso ao § 6º do artigo 3º da Lei n.º 7.802, de 11 de julho de 1989, que proíbe a comercialização do aldicarbe, agrotóxico de alta nocividade, uma vez que a contaminação por este veneno, seja pela manipulação regular como agrotóxico, seja em uso ilegal como raticida, causa a morte de milhares de crianças, lavradores, animais domésticos e silvestres, além contaminação do solo e de lençóis freáticos.

Moção nº 077
Apoio à prestação de contas, por parte do Governo Federal, da materialização das resoluções aprovadas na Conferência Nacional de Saúde.

Francisco Arimatéia de Lima

Apoiamos a ação governamental de publicação, em canais de comunicação falada, televisionada e escrita, das resoluções aprovadas na Conferência Nacional de Saúde, materializadas no consolidado do caderno dessas conferências.

Moção nº 079
Apoio ao aumento do repasse de recursos às Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, no Norte e Nordeste do Brasil.

Francisco Alves de Araújo

Apoiamos o aumento dos valores dos recursos repassados para as Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde dos municípios das regiões Norte e Nordeste do Brasil, em função da diversidade regional, dos indicadores de saúde desfavoráveis e da falta de profissionais de saúde em carga horária adequada às necessidades da população.

Moção nº 080
Apoio ao SUS.

José Carlos Valença Correa – GO

Apoiamos a fiscalização da vigilância sanitária nos produtos de leite, para o surto de doenças de Chagas por intermédio do açaí, para o uso indiscriminado de agrotóxicos nas lavouras e do incentivo ao plantio de soja e milho transgênicos com análise de risco à saúde e ao meio ambiente, em função da ineficiência do Ministério da Agricultura em realizar essas ações.

Moção nº 081
Repúdio à ausência de política pública à população negra.

Maria Elizabete G. Brandão – BA

Repudiamos a ausência de pesquisas financiadas pelo Estado brasileiro que buscam a adequação dos medicamentos às necessidades da população negra, com ênfase para o controle da hipertensão arterial, anemia falciforme, diabetes e outras doenças, compreendendo que mais de 50% da população brasileira não possui políticas públicas implementadas, garantindo a boa qualidade de vida dessa população.

Moção nº 082
Prevenção e combate ao alcoolismo, às drogas, ao trabalho e à prostituição infantil nas rodovias federais e promoção da saúde do trabalhador nas áreas de extração mineral em todo o país.

Lieser Carlos M. Siqueira – TO

Apoio às três esferas de governo para a realização de um ato de prevenção e combate ao alcoolismo, às drogas, ao trabalho e à prostituição infantil

nas rodovias federais, tendo como pontos estratégicos postos de gasolina e outras localidades, contando com a participação de associações e cooperativas de pequenas mineradoras, bem como a promoção da saúde do trabalhador nas áreas de mineração.

Moção nº 083
Banir o amianto do território nacional.

Sonia Aparecida Fernandes – SP

Apoiamos a exclusão através do projeto de Lei do uso de produtos à base de amianto ainda hoje empregado no país causando prejuízos à saúde dos trabalhadores.

Moção nº 084
Elaboração e implantação da Política Nacional de Saúde Funcional.

Ingrid Faria – DF

Os delegados e as delegadas da 13ª CNS apóiam a elaboração e a implantação da Política Nacional de Saúde Funcional como política transversal em seus aspectos de prevenção e recuperação da saúde cinética, especialmente no tocante à saúde da pessoa idosa, da pessoa com deficiência, da mulher e do homem e dos demais ciclos de vida.

Moção nº 085
Falta de medicamentos – psoríase/vitiligo.

Maria da Conceição Silva Amaral

O Centro Brasileiro de Psoríase, por intermédio de seus representantes e familiares, repudia a indisponibilização de medicamentos de uso tópico indicados para o tratamento dos portadores de psoríase e vitiligo na rede pública de saúde.

Moção nº 086
Apoio à melhoria das condições de vida e trabalho do trabalhador rural.

Diante das desigualdades injustas e do sofrimento vividos pelos(as) trabalhadores(as) rurais, especialmente do corte de cana, a sociedade organizou-se como "Fórum da Cidadania, Justiça e Cultura de Paz", nos 26 municípios da DR5-X Piracicaba, no estado de São Paulo, com a partici-

pação das visas municipais, dos programas de saúde do trabalhador municipais dos CERESTs de Piracicaba e Rio Claro e também do Ministério Público de Campinas e da subdelegacia do Ministério do Trabalho e Emprego de Piracicaba. Este fórum objetiva regularizar, padronizar e dignificar as condições de moradia, transporte, trabalho, assistência e promoção da saúde dos(as) trabalhadores(as) rurais, especialmente no corte de cana, posteriormente extensivo a outras culturas agrícolas. Que as deliberações do fórum sejam acatadas e implantadas, inclusive a criação da carteira de saúde do(a) trabalhador(a) rural e do alvará de funcionamento de alojamentos, o mais rápido possível, como forma de expressão e respeito aos direitos humanos, à cidadania, à justiça e à cultura de paz da população em todo o território nacional.

Moção nº 087
Contra as guerras do Iraque e do Afeganistão.

João Batista de Souza e Silva – MA

Repudiamos as guerras do Iraque e do Afeganistão, capitaneadas por um genocida (George W. Bush) representante do neoliberalismo global.

Moção nº 088
Criação de câmara setorial de saúde bucal no Ministério da Saúde, nos estados e municípios.

Norberto Francisco Lubiana – ES

Apoio à criação, nas três esferas de governo, de instâncias para a gestão das políticas de saúde bucal, com orçamento apropriado para garantir a consecução permanente dessas ações.

Moção nº 089
Inclusão de profissionais da área de saúde bucal no PSF.

Norberto Francisco Lubiana – ES

Que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde incorporem os cirurgiões dentistas, os técnicos de higiene dental e os auxiliares de consultório dentário em todas as equipes de saúde da família.

Moção nº 090
Contra a Fundação Estatal de Direito Privado.

Queremos um hospital universitário com qualidade 100% e sempre na defesa do servidor público. Em anexo, moção da carreira de vereadores de Uberaba (MG).

Moção nº 091
Subfinanciamento do SUS X dificuldades das regiões Norte/Nordeste.

Patrícia Ludmila Barbosa Melo

Repúdio ao Ministério da Saúde pelo contingenciamento de recursos financeiros para o Sistema Único de Saúde, não reajustando a tabela de procedimentos do SUS e não recompondo o teto dos repasses financeiros para estados e municípios de forma equânime, considerando como critérios as condições loco-regionais.

Moção nº 092
Apoio à implementação da homeopatia no SUS.

Ângela Schachter Guidoreni – RJ

Nós, homeopatas presentes na 13ª CNS, participantes do movimento homeopático nacional, apoiamos a formulação de normas operacionais para execução do atendimento médico, odontológico e farmacêutico.

Moção nº 093
Apoio ao cumprimento do Estatuto do Idoso. Direito à saúde.

Olga Luiza Leon de Quiroga – SP

Apoiamos a atenção integral à saúde dos idosos, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços, para a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Moção nº 094
Acompanhamento permanente às pessoas com necessidades especiais nas Conferências.

Maria Inês Ferreira Cavaleiro – PR

Apoiamos a definição de locais para a realização das Conferências que sejam adequados às pessoas com necessidades especiais.

Moção nº 095
Ato médico. Projeto de Lei nº 7.703.

Janete Fernandes

Repúdio às iniciativas da corporação médica com o que pretende com a aprovação do Ato Médico (PL nº 7.703).

Moção nº 096
Lei Maria da Penha.

Maria Inês Carvalho – MS

Louvamos os participantes deste conclave e apoiamos "Maria da Penha", uma vez que os direitos contra as desigualdades, garantidos na Constituição brasileira de 1988, não são absolutos, posto que ainda são evidentes as desigualdades. Logo, devemos tratar os desiguais como desiguais, para garantir o pleno acesso à justiça social.

Moção nº 099
Repúdio ao Diretor do Desai/Funasa e ao Ministro da Saúde.

João Batista de Vasconcelos – PA

Repudiamos as declarações mentirosas do Sr. Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, de que as comunidades indígenas estão sob influência de interesses particulares, contra a Portaria nº 2.656. Sabemos o que queremos e não precisamos ser instigados por terceiros. Somos contra entregar nossa saúde para quem não está acostumado a lidar com as nossas especificidades. Isso demonstra a total falta de compromisso com a saúde indígena, de pessoas que, isto sim, visam ao interesse e às vaidades pessoais, querendo implantar um novo modelo sem saber dos impactos sanitários que poderão ocorrer.

Moção nº 100
Descumprimento do Estatuto do Idoso pelas 3 esferas de governo e pelos Conselhos dos Direitos da Pessoa Idosa.

Maria Betania Gomes da Costa

Repudiamos o descumprimento da Lei nº 10.741, de 1º de dezembro de 2003, que enfoca o Estatuto do Idoso, pelas três esferas de governo e pelos Conselhos dos Direitos da Pessoa Idosa, entendendo a necessidade de cumprimento e efetivação dos programas destinados à saúde do idoso pelos entes envolvidos, o que preconiza o Pacto pela Saúde.

Moção nº 101
Apoio à inclusão da população em situação de rua no Sistema Único de Saúde (SUS).

Eulange de Sousa – GO

Diante da constatação da vulnerabilidade social vivida pela população em situação de rua e das dificuldades que ela enfrenta para sobreviver nos centros urbanos do País, reconhece-se que o acesso ao sistema de saúde configura-se como um dos principais desafios presentes na sua realidade. Entre os problemas encontrados, podemos citar: procedimentos de atendimentos excludentes (exigência de documentação e comprovação de domicílio); exclusão da população em situação de rua da estratégia de saúde da família; falta de reconhecimento da população na política de saúde mental, DST, HIV e saúde bucal; não-atendimento pelas equipes de urgência; falta de capacitação das equipes; falta de continuidade do tratamento; ausência das ações intersetoriais; processo de busca ineficaz/insuficiente dos moradores em situação de rua nos seus locais de fixação; falta de atendimento diferenciado que contemple as especificidades dessa população e falta de equipamento público de atendimento na pós-alta hospitalar do SUS. Tendo em vista essa situação, considera-se de suma importância e urgência garantir a inclusão destas pessoas no SUS, para que superem a situação de invisibilidade em que se encontram, e tornar efetivo um plano de ação em saúde específico.

Moção nº 102
Manutenção da Área de Reserva da Amazônia Legal.

Maria Alice de Araújo – TO

Apoiamos a manutenção dos estados integrantes da Amazônia Legal, entre eles o Tocantins, com garantia dos direitos à saúde e fator amazônico, ao tempo em que nos colocamos contrários ao aumento do desmatamento proposto pelos grandes agropecuaristas.

Moção nº 105
Projeto "Reciclar Brasil", início em Paranaguá, Paraná, mediante o processo "Anhaia Vive", 7ª fase.

Elizabete A. dos Santos – PR

Apoiamos os projetos cujos objetivos são a recuperação, a conservação e a preservação do nosso tesouro, focalizados a seguir: as águas, os rios, os manguezais, os lençóis freáticos, os aqüíferos e os mananciais das matas atlânticas e ciliares; os compromissos assumidos pelo governo brasileiro e as "Agências Internacionais" na Agenda 21 – Rio de Janeiro/2002, conforme preconiza a Lei nº 8.080/1990; e o importante trabalho realizado pela "ACA! – Associação Ambientalista dos Amigos do Canal do Anhaia, Paranaguá (PR).

Moção nº 106
Repúdio ao PL nº 1.135/91 (Projeto de Lei) que legaliza o aborto até o nono mês de gravidez.

Marta Gama da Silva – SP

Repudiamos o Projeto de Lei 1.135/91, que está tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, porque, embora o texto limite a interrupção da gravidez até a 12ª semana, na realidade, eliminando os artigos 124, 126, 127 e 128 do Código Penal, este Projeto de Lei legaliza o aborto até o 9º (nono) mês de gestação.

Moção nº 107
Repúdio aos desmandos dos peritos do INSS contra os portadores de doenças profissionais.

Pérsio Dutra – SP

Repudiamos as atitudes dos peritos médicos do INSS pelos desmandos cometidos, pelo desrespeito com os trabalhadores portadores de doenças relacionadas ao trabalho, bem como pela sabotagem à implantação e à implementação do nexo técnico epidemiológico entre doença e trabalho.

Moção nº 108
Moção de repúdio aos poderes públicos que desrespeitam os direitos conquistados, como: PCCS, NOB/RH e CF (Constituição Federal).

Helio Teixeira Souza – PE

Repudiamos o desrespeito que os Poderes Executivo e Legislativo, das três esferas de governo, vêm demonstrando pelos trabalhadores, principalmente da área de saúde, descumprindo, discriminando e menosprezando os direitos conquistados com muitas lutas e sacrifícios. Direitos esses como: PCCS, NOB/RH e aqueles estabelecidos na Constituição Federal, diferenciando as classes trabalhadoras. Diante disso, exigimos respeito e uma qualidade de vida digna para continuarmos vivendo.

Moção nº 109
Apoio da saúde pública e da qualidade de vida e pelo fim de todas as termoelétricas a carvão mineral no território nacional.

Gilmar Bonifácio – SC

Apoiamos o fim das termoelétricas a carvão mineral no território nacional e a elaboração de políticas públicas que objetivem, a curto e médio prazo, a migração gradativa da mão-de-obra desse setor para outros setores de produção e a migração das gerações de energia "suja" para um sistema sustentável, uma vez que as populações circunvizinhas das minas e termoelétricas a carvão mineral possuem um índice (174) elevado de doenças causadas pela exploração, pelo beneficiamento e pela queima do mesmo, além de doenças respiratórias, circulatórias e alta incidência de câncer.

Moção nº 110
A regulamentação do exercício profissional qualificado do instrumentador cirúrgico.

Vânia Gloria Alves de Oliveira – RJ

Apoiamos a regulamentação da profissão do instrumentador cirúrgico, tendo em vista a importância desta profissão para a assistência de qualidade ao paciente.

Moção nº 112
Profissional de podologia na saúde pública.

João Divino Ribeiro – GO

Apoiamos a inclusão, na Política de Atenção Básica de Saúde, a atuação do profissional de podologia (Decreto de Lei de Rendimento nº 41.904,

de 29 julho de 1957), tendo em vista a prevenção nas complicações dos diabéticos, evitando por muitas vezes até a amputação dos membros inferiores.

Moção nº 113
Optometria no Sistema Único de Saúde.

Ticiana Alão Salvagni dos Santos – SC

Apoiamos a inclusão da optometria no Sistema Único de Saúde, assim como sua respectiva regulamentação profissional, Projeto de Lei nº 1791/07, para assistência visual e prevenção da cegueira, segundo defende a Organização Mundial da Saúde.

Moção nº 114
Saúde-alimentação.

Levi Ezequiel de Oliveira – SP

Apoiamos os municípios que adotam o Manual para os Agentes Comunitários de Saúde, Alimentação e Nutrição.

Moção nº 115
Intersetorialidade: saúde – esporte.

Luís Ezequiel de Oliveira – SP

Apoiamos as secretarias municipais de saúde que incentivam a prática de esportes como alternativa para prevenção de enfermidades cardiovasculares, por meio de cartazes ou panfletos distribuídos nas unidades básicas de saúde ou distribuídos pelos agentes comunitários de saúde, com informações dos vários esportes que, eventualmente, as secretarias de esporte municipais disponibilizem.

Moção nº 116
Repúdio ao Projeto de Lei nº 4.199/2001.

Fernando Pierette Ferrari – DF

Repudiamos o Projeto de Lei nº 4.199/2001, que cria a profissão de quiropraxia, passando a ser privativo desse profissional o tratamento da coluna vertebral, prejudicando a assistência prestada à população pelo fi-

sioterapeuta, e que o terapeuta possa continuar a utilizar a quiropraxia como especialidade.

Moção nº 117
A demora pela entrega de órteses, próteses e cadeiras de rodas pelas Secretarias de Estado da Saúde.

Levi Ezequiel de Oliveira – SP

Repudiamos a demora excessiva entre a solicitação e a efetiva entrega de órteses, próteses e cadeiras de rodas às pessoas com deficiência pelas Secretarias de Saúde Estaduais.

Moção nº 119
Tratamento diferenciado aos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família/ESF e Saúde Bucal/ESBF.

Manoel Vieira Lopes Neto – PB

Repudiamos o tratamento diferenciado feito aos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Saúde Bucal.

Moção nº 120
Pelo reconhecimento e pela valorização do profissional da saúde.

Nilci Dias da Silva – RS

Apoiamos o trabalho desenvolvido pelos administradores em serviço de saúde, reconhecendo o importante papel que exercem na efetivação e na consolidação do SUS, com ações estratégicas e, em especial, nas atividades de planejamento, organização e gestão.

Moção nº 121
Apoio à intervenção imediata no sistema Cofen/Coren.

Maria Goretti Lopes – RS

Apoiamos a intervenção no sistema Cofen/Coren, considerando as irregularidades denunciadas no ano de 1997 em relação à gestão do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais (Cofen/Coren) e investigadas pela Polícia Federal com a denominação "Operação Predador", que determina a condenação do ex-presidente Gilberto Linhares Teixeira e outros quatro, entre conselheiros e assessores da autarquia, por crime

de peculato, lavagem de dinheiro, interpretação clandestina de conversa telefônica e formação de quadrilha. Em repúdio a esses fatos, solicitamos às autoridades competentes a intervenção mediata na autarquia.

Moção nº 122
Moção de repudio ao financiamento de campanhas de deputados e senadores por planos de saúde privados.

Wanoeles Ramos Ribeiro – SP

Repudiamos o financiamento das candidaturas de deputados e senadores pelas empresas de planos de saúde, pois entendemos que esse dinheiro deveria ser utilizado para pagar o tratamento dos pacientes dos planos que são transferidos para o atendimento na rede pública (SUS).

Moção nº 123
Contra a ausência das representações do Poder Judiciário e do Ministério Público nos municípios.

Silene Kunrath – AM

Repudiamos a costumeira ausência do Poder Judiciário e do Ministério Público, nas pessoas do juiz de direito e do promotor público nas comarcas dos municípios do interior do país, impedindo o funcionamento adequado de instituições, como os conselhos tutelares e de saúde, que contribuem para a efetivação dos direitos do cidadão, e solicitamos que os citados fixem residência, imediatamente, nas comarcas onde estão designados e permaneçam nesses locais.

Moção nº 124
Saneamento básico em áreas indígenas.

João Batista Vasconcelos – PA

Apoiamos a retirada dos recursos financeiros do saneamento básico que devem ser desenvolvidos nas áreas indígenas e que atualmente se encontram no Departamento de Engenharia nas Coordenações Regionais da Funasa, para que sejam transferidos para o teto orçamentários dos Distritos Especiais Indígenas quanto à responsabilidade da gestão e da execução. Ressaltamos ao Ministério da Saúde que esta mudança seja revista já nos próximos anos, a partir de 2008, considerando a falta de as-

sistência e a burocracia no desenvolvimento desse trabalho junto às comunidades indígenas.

Moção nº 125
Criação de programas de atenção a pacientes com necessidades alimentares especiais.

Janete Barbosa Hung – SP

Apoiamos a criação de programas de atenção a pacientes renais crônicos, portadores de doenças metabólicas hereditárias, hipertensão, diabetes, deonças hepáticas e outras, garantindo o fornecimento de dietas integrais e suprimentos especiais.

Moção nº 126
Repúdio contra emendas parlamentares.

Nelson Cazanara de Araújo – PB

Repudiamos o processo de transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde para estados e municípios por intermédio de emendas parlamentares, que criam um espaço aberto para corrupção entre gestores, parlamentares e empresários.

Moção nº 127
Adicional de periculosidade aos carteiros.

José William O. Silva – SP

Apoiamos o adicional de periculosidade aos mais de 50 mil carteiros, contemplados na Lei nº 7.362/2006, a fim de corrigir as injustiças e compensar os perigos sofridos pela categoria.

Moção nº 128
Regulamentação já!

Mauricélia Marques da Costa – PB

Repúdio aos prefeitos que não estão cumprindo a Lei Federal n° 11.350, prejudicando os ACE, ACS, índios, homossexuais, negros, brancos e todos os que desempenham seu trabalho com responsabilidade. Portanto, regulamentação já para os atuais ACS e ACE, em cumprimento à lei.

Moção nº 129
Inclusão do terapeuta ocupacional no Programa Saúde da Família (PSF) para fisioterapia.

O Programa Saúde da Família necessita ampliar suas ações de forma interdisciplinar, intensificando seu atendimento às demandas da população, em especial aos usuários com deficiência, idosos, crianças, entre outros. O terapeuta ocupacional, em conjunto com os demais profissionais, contribuirá nessas ações, trabalhando a autonomia e a independência dos indivíduos, melhorando sua auto-estima e sua qualidade de vida, assim como o fisioterapeuta.

Moção nº 130
Moção de apoio à população do município de Mesquita, localizado na Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro.

José Augusto – RJ

Apoiamos a construção de um hospital público no município de Mesquita, localizado na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, devido à carência de atendimento no setor básico, no setor de emergência e de outros atendimentos.

Moção nº 131
Inclusão no teste do pezinho (triagem neonatal) de tirosinemia, homocistinúria e leucinose, em território nacional.

Janete Barbosa Hung – SP

Apoiamos o teste do pezinho com inclusão de tirosinemia, homocistinúria e leucinose, com abrangência nacional, pois entendemos os graves problemas que essas doenças acarretam às crianças.

Moção nº 132
Moção contra a transposição das águas do Rio São Francisco.

Maria Gorete da Silva – BA

Repudiamos a transposição das águas do Rio São Francisco e exigimos a interrupção definitivas das obras, porque ela não se destina a matar a sede das pessoas e dos animais do semi-árido nordestino, mas sim alimentar os empreendimentos do agronegócio, da fruticultura, do camarão, das siderúrgicas, da exportação e do grande lucro para as transnacio-

nais. Este empreendimento está expulsando comunidades com agrotóxicos, destruindo a segurança alimentar nas comunidades ribeirinhas do Vale do São Francisco e destruindo vidas de trabalhadores com acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Moção nº 134
Doenças e vacinas no SUS.

Sonia Fortuna – SP

Apoiamos a realização de campanhas para informação e educação popular sobre a incidência de meningite meningocócica e a inclusão de vacina para imunização dessa doença no calendário vacinal infantil do SUS.

Moção nº 135
Pela 1° Conferência Nacional de Comunicação.

Denize Ornelas Fontes Pereira – RJ

Apoiamos a realização da 1° Conferência Nacional de Comunicação, constituída num processo amplo, democrático e participativo, que resulte num espaço qualificado, tendo como objetivo a efetivação da comunicação como direito de todos os segmentos da sociedade brasileira.

Moção nº 136
Apoio à regulamentação das residências multiprofissionais na área profissional da Saúde.

Juliana Santino – RJ

Apoiamos a regulamentação dos Programas de Residência Multiprofissional, que contemplam as diferentes profissões da Saúde e áreas afins, como uma das alternativas para mudanças na formação do trabalhador da Saúde, afinada com as necessidades loco-regionais, integrando ensino, serviço e comunidade.

Moção nº 138
Implantação e efetivação de profissionais.

Iracema Silvano – MG

Apoiamos a implantação, a efetivação de equipes profissionais especializadas, a infra-estrutura adequada e os materiais de apoio para o aten-

dimento e tratamento de portadores de deficiências especiais nas ONGs que prestam serviços ao SUS.

Moção nº 139
"Urgente" – Socorro aos povos indígenas do Vale Javari – AM.

Bonifácio José – AM

Para evitar que este país assista ao extermínio dos povos indígenas em pleno século XXI, solicitamos que o Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, faça uma intervenção na situação da saúde indígena dos povos do Vale do Javari, que estão em estado de abandono, com 70% da população infectada com hepatite e malária. Solicitamos que a Funasa seja responsabilizada pelo estado crítico de saúde em que se encontram os povos indígenas: Mayusuna, Manibu, Kanamoi, Kulinas e Matis.

Moção nº 140
Pedido de apoio para melhorar os salários dos outros profissionais de saúde da família, tais como os auxiliares de enfermagem, os técnicos de enfermagem e os ACD e THD do estado Pernambuco, bem como de outros estados da Federação.

Eliseu Batista Barbosa

Gostaria que as remunerações de outros profissionais do estado de Pernambuco e de municípios como Paulista (PE), que se dedicam em sua jornada de trabalho de 40h, tivessem um aumento, com a contrapartida do Ministério. Gostaria também que a jornada de trabalho desses profissionais dispusesse de folga uma vez por semana, a exemplo do que ocorre com os médicos e os enfermeiros, que já conseguiram esse benefício. Hoje, os outros profissionais têm rendimentos menores que os relativos aos ACS. Todos têm seu valor e devem ter direitos iguais e universais. Às equipes do PSF e da atenção básica, solicitamos o apoio desse incentivo, em conjunto para essas categorias da saúde, com equiparação salarial.

Moção nº 141
Moção de repúdio contra a falta de medicamentos de alto custo para os portadores do Lupus Eritematoso Sistêmico (LES).

Paulo Henrique do Nascimento – São Paulo

Apoiamos o fornecimento de medicamentos de alto custo aos portadores de Lupus Eritematoso Sistêmico entendendo sua importância na melhoria das condições de vida desses pacientes.

Moção nº 142
Moção de apoio aos médicos brasileiros graduados em Cuba.

Paulina Henriques Moutinho – RJ

Apoiamos a luta dos médicos brasileiros graduados em Cuba pelo reconhecimento de seus respectivos diplomas, liberando-os assim para trabalhar em nosso país em prol daquilo que mais aprenderam na Escola Latino-Americana de Medicina em Cuba: praticar a medicina comunitária, social e preventiva, em qualquer município, bairro ou região do país que esteja carente de atenção na área de saúde.

Apoiamos também a aprovação do Projeto de Decreto Legislativo n° 346/2007, que tramita no Congresso Nacional e versa sobre o ajuste complementar ao acordo de cooperação cultural e educacional entre Brasil e Cuba.

Moção nº 143
Elaboração de protocolo clínico para o tratamento da doença de Huntington no SUS.

Vita Aguiar Oliveira – SP

Apoiamos a elaboração de protocolo clínico e tratamento da doença de Huntington no SUS, doença genética degenerativa de gene dominante cuja incidência é de 50 a 70 por um milhão de habitantes.

Moção nº 145
Aprovação do Projeto de Lei nº 2.295/00, que regulamenta a jornada de trabalho para a enfermagem.

Edialeda Maria de L. Almeida – BA

Apoiamos o Congresso Nacional na votação em caráter de urgência do PL nº 2.295/00, que regulamenta a jornada de trabalho do pessoal de enfermagem no país.

Moção nº 146
Moção contra o desrespeito à equiparação salarial entre médicos e cirurgiões dentistas.

Paulo Augusto Dalcine – SP

Haja vista a existência de uma Lei Federal (nº 3.999/61) que trata da equiparação salarial entre médicos e cirurgiões-dentistas e por entender que a mesma deve se estender aos demais profissionais de nível superior na área da Saúde e que ela não é respeitada pela maioria das prefeituras municipais e pelo estado, vimos por intermédio desta apresentar o nosso repúdio e exigimos o cumprimento da referida lei.

Moção nº 147
Ampliação do Profae (Projeto de Profissionalização da Enfermagem).

Patrícia Ludmila Barbosa de Melo – RO

Apoiamos a gestão do Ministério da Saúde e do Governo Federal na imediata ampliação do projeto de profissionalização da enfermagem, Profae, para outras categorias profissionais de nível técnico.

Moção nº 148
Repúdio ao gestor.

Maria Izabel da Silva – SP

Repudiamos o gestor federal que marcou a data de lançamento do PAC da Saúde sem apresentação e apreciação, por parte do Conselho Nacional de Saúde, das ações, das metas e dos respectivos orçamentos, em flagrante desrespeito ao controle social, descumprindo compromisso firmado pelo Ministério da Saúde, em reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em outubro de 2007.

Moção nº 149
Fortalecimento das conferências de saúde.

José Enio Servilha Duarte – DF

Apoiamos a promoção, de forma democrática e participativa, de uma avaliação pelo Conselho Nacional de Saúde das metodologias utilizadas nas últimas conferências, propondo uma readequação ao atual estágio do SUS, proporcionando nestas a priorização dos momentos de debate e

construção coletiva nos grupos e nas plenárias, para uma discussão mais integrada das propostas.

Moção nº 150
Moção de apoio ao financiamento adequado do SUS e pela regulamentação da EC nº 29, de acordo com o que preceitua a CF/88.

Neilton Araújo de Oliveira e outros – Nacional

Considerando a responsabilidade de representar milhões de brasileiros e brasileiras e primando pelo empenho de aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS), defende-se o adequado financiamento do setor Saúde, desafio importante e urgente a ser enfrentado, no sentido de assegurar o SUS como política universal e inclusiva da sociedade brasileira, destacando: a importância do projeto de regulamentação da EC nº 29 aprovado na Câmara dos Deputados; a reorientação do modelo de atenção, priorizando o cuidado às pessoas e a relação interativa e solidária entre trabalhadores, gestores e usuários; o aprimoramento do modelo de gestão e a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde com qualidade e humanizado; a reivindicação que na regulamentação pelo Senado Federal, seja assegurado aporte de recursos financeiros superior ao aprovado na Câmara; e a consolidação do Sistema Único de Saúde como política de Estado.

Moção nº 152
Garantir a inserção dos trabalhadores da saúde dos ex-territórios no PCCR-SUS.

Hoje são inúmeros os trabalhadores e os profissionais de saúde dos territórios que não possuem planos de cargo, carreira e remuneração e que estão com seus salários defasados, o que se faz necessário que esses servidores sejam contemplados no PCCR-SUS, uma vez que os mesmos se encontram à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS), para o qual desempenham suas atividades profissionais. Vale ressaltar que esses servidores fazem parte do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, ou seja, não serão beneficiados nunca por esse Ministério no que tange ao PCCR, pois são cargos em extinção.

Moção nº 153
1ª Conferência Nacional de Seguridade Social.

Elizabeth Pinto Almeida Costa – BA

Apoiamos a realização da Conferência Nacional de Seguridade Social, entendendo que a mesma já foi aprovada na 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Moção nº 154
Em defesa da Anvisa e da ANS e do controle social da legislação.

Marília Coelho Cunha – DF

Apoiamos o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) com controle social preparado para proteger a saúde do cidadão.

Moção nº 155
Resgate do Conselho de Seguridade Social e do Fórum para cConvocação da Conferência Nacional de Seguridade Social.

Antonio Carlos da Cruz Junior – SP

Reativação do Conselho de Seguridade Social e mobilização nacional pela convocação da Conferência Nacional de Seguridade Social, para o fortalecimento das políticas do INSS, do SUS e do SUAS.

Moção nº 156
Contra as decisões dos médicos peritos do INSS.

Paulo Henrique do Nascimento – MG

Repudiamos as decisões dos médicos peritos do INSS que desconsideram os trabalhadores portadores de lesões por esforços repetitivos (LER/Dort), antecipam as altas dos referidos profissionais e os encaminham ao trabalho, principalmente os trabalhadores rurais.

Moção nº 157
Contra a Comissão Nacional de Avaliação dos Processos de Habilitação para realizar transplantes de órgãos e tecidos.

Áurea Emília – RN

Repudiamos a morosidade, os descasos e o verdadeiro engavetamento dos processos, solicitados pelas unidades públicas, praticados pela Comissão Nacional de Avaliação, que é uma comissão privada que vem priorizando a agilização e a habilitação dos serviços privados, em detrimento dos serviços públicos.


e Qualidade de Vida:
as de Estado
nvolvimento
SUS
13ª
SUS
Comissão
Organizadora


DIREITO AO ABORTO




CONAM






SUS







Expediente

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenador Geral
Francisco Batista Júnior

Secretário Geral
Clóvis Boufleur

Comissão Organizadora
Alessandra da Costa Lunas
Armando Martinho B. Raggio
Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Alceu José Peixoto Pimentel
Carmen Lúcia Luiz
Flávio Heleno Poppe de Figueiredo
Francisca Valda da Silva
Graciara Matos de Azevedo
José Cláudio Barriguelli
José Eri de Medeiros
José Marcos de Oliveira
José Teófilo Cavalcanti
Lígia Bahia
Maria Betânia Serrano
Nildes de Oliveira Andrade
Neilton Araujo de Oliveira
Osvaldo Algusto B. Esteves Sant`Anna
Sonia Maria Demeda Groisman Piardi
Valdenir Andrade França
Valdevir Both

COMISSÃO DE RELATORIA

Relatoria Geral
Armando B. Raggio
Gysélle Saddi Tannous
Ronald Ferreira dos Santos

Coordenação de Relatoria
Alexandre Magno
Ana Cristhina de Oliveira Brasil

Francisca Valda da Silva
Jurema Pinto Werneck
Lígia Bahia
Luciana Alves Pereira
Maria Betânia Serrano
Maria do Socorro Sousa

Relatores Convidados
Adalgiza Balsemão
Arnaldo Marcolino
Carlos Henrique Lima e Silva
Celia Chaves
Fernando Antonio da Silveira
Flávio Magajewski
Francisca Alves de Sousa
Francisco Chagas Teixeira
Francisco F. C. Ribeiro
Gilca Starling
Jurema Rodrigues Vieira Utinga
Lizaldo Andrade Maia
Luiz Cláudio Barreto Soares
Magda Gonçalves
Maria Dalva Horácio da Costa
Matia Francisca Abritta Moro
Maria Gorete F. da Silva
Maria Maruza Carlesso
Maria Nila Filgueiras de Azevedo
Marília Fontoura
Marília Reis Raidan
Mário Jânio da Silva
Neide Fernandes Pereira
Nilma da Silva Pureza
Rosália Pereira M. dos Santos
Sônia Maria Anselmo
Tanea Maria de Lucena Santos
erezinha Faria da Costa
Valéria S. Paranaguá
Waldiléia Santos da Silva

Coordenação de Comunicação e Informação
Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Carmen Lucia Luiz
Francisca Valda da Silva
Graciara Matos Azevedo
Valdenir Andrade França

Coordenação de Articulação e Mobilização
Alceu José Peixoto Pimentel
Eri Medeiros
José Claudio Barriguelli
José Marcos de Oliveira
José Teófilo Cavalcanti
Jose Veloso Souto Junior
Valdevir Both
Wilson Valério

Coordenação de Infra-Estrutura
Antônio Alves
Nildes de Oliveira

COMITÊ EXECUTIVO DA 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Coordenação
Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana

Gabinete do Ministro
Crescêncio Antunes da Silveira Neto

Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro - ASCOM/GM
Juliana Vieira

Coordenação do Setor de Eventos/ASCOM
Raimundo Nonato de Melo Filho

Secretaria Executiva do MS
Aladim Tadeu Ferreira

Subsecretaria de Assuntos Administrativos – SAA
Márcia Helena Gonçalves Rollemberg

Coordenação Geral de Recursos Humanos – CGRH
Elzira Maria do Espírito Santo

Coordenação Geral de Recursos Logístico/SAA/SE
Bruno Monteiro da Rocha Pitta

Departamento de Informática do SUS – DATASUS
Denise Contiere Taube Fagundes

SEC. Executiva do Conselho Nacional de Saúde – CNS
Eliane Aparecida da Cruz

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES
Maria Helena Machado

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP
Jacinta de Fátima Senna da Silva

Secretaria de Vigilância em Saúde – SAA
Gessyanie Paulino

Secretaria de Atenção a Saúde
Gisele Onete Marani Bahia

Secretaria de Ciência e Tecnologia – CTIE
Suzanne Jacob Serruya

ANVISA
Pedro Ivo Sebba Ramalho

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Silvana Souza da Silva Pereira

Fundação Oswaldo Cruz
Fabiola Aguiar Nunes

Fundação Nacional de Saúde – FUNASA
Wanderley Guenka

GRUPOS DE TRABALHO DO COMITÊ EXECUTIVO

Equipamento de Informática e Apoio
Denise Cantiere Taube Fagundes
Patrícia Pol Costa

Material Gráfico
Márcia Helena Gonçalves Rollemberg
Raquelina Maria Aguiar
Verbena Lúcia Melo Gonçalves

Transporte
Ademar Paulo Gregório

Hospedagem
Ana Olivia Rayol Souza
Cristiane Vasconcelos Cruz
Karine Tavares Morais
Luzinete Maria dos Santos
Maria Jaqueline Santos
Vilma Gomes de Medeiros Sobral
Zenite da Graça Bogea Freitas

Alimentação
Maria Batista de Medeiros

Recursos Humanos
Maria Goreti de Lima
Fidélia Vasconcelos de Lima

Estande
Eisenhwer Bonfim Pereira
Fernando Rodrigues Cunha
Simione de Fátima Cersar

Credenciamento
Patrícia Pol Costa

Cultural
Dário Frederico Pasche
Maria Edna Moura
Nara Fagundes Correia
Osvaldo Peralta Bonetti
Raquel Turci Pedroso

Passagem
Alexandre Santiago Garcia

Equipamentos de Sonorização, Projeção e Filmagem, Serviço de Especialização de Gravação e Transmissão
Verbena Lúcia Melo Gonçalves

Material de Escritório e de Apoio
José Adauto de Carvalho
Wilson Donizete da Silva

Mobiliário e Utensílios
Maria de Jesus Pereira Mendes
Rosemary Araújo Guimarães
Regina Célia Paz Ramos
Sandra Matias de Paula
Elizabeth Golembiouski
Estrutura Física
Fátima Cristina Cunha Maia Silva
Cristiane Vale de Souza
Aline de Oliveira Martins
Ana Kátia Melo Aguiar
Rosimary Araújo Guimarães

Segurança e Limpeza
Valter Teixeira de Araújo

Saúde
Maria de Lourdes Silva Pereira
Ivanda M Cardoso
Gilmara Santos
Nelita de Souza Matos
Walkiria Carvalho
Maria Vilma Bonifácio de Almeida

Infra Estrutura
Aladim Tadeu Ferreira
Vagner Ferraz de Lacerda
Isabel dos Reis Silva Oliveira
Fernando Rodrigues da Rocha
Isa Maria Bezerra de Queiroz

Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde
Alessandra Ximenes da Silva
Alessandro Saturno
Ana Gabriela Nascimento Sena
Daniel Victor de Oliveira
Denise de Paula Cardoso
Edsonia Soares Silveira
Eliane Aparecida da Cruz
Eliane Aparecida Siproni
Gleisse de Castro de Oliveira
Jaci de Jesus Santos Silva
Jannayna M Salles
Jomilton Costa Souza Júnior
José Maria Amaral Sobreira Filho
Leandro Lima Mendes
Lúcia Maria Costa Figueiredo
Manuela Novais de Almeida
Maria Camila Borges Faccenda
Maria Rita Rodrigues da Silva
Marimi Melo
Marionita Queiroz
Maycon Vinicius de Camargo
Myrian Luiz Alves
Neide Rodrigues dos Santos
Patricia Helen Rafael da Costa
Pauliny Duarte Santana
Pérola de Jesus Santos Silva
Rosa Amélia Pereira Dias
Soraia Oliveira de Morais
Verônica Guedes Araujo
Wagner de Almeida Muniz
Willian de Lima Barreto

Projeto Cultural
Ministério das Comunicações
Ministro da Cultura
Ministério da Saúde – Coletivo HumanizaSUS/MS

Grupos
ANEPS – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
APAED – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais e Deficientes de Taguatinga e Ceilândia, DF
ArteHumanização, CE
Boi do Seu Teodoro, DF
CAAC – Diário de um Carroceiro, SP
Geração Saúde – Ministério da Saúde
Hao no Beko, DF
Harmonia Enlouquece, RJ
Programa GESAC – Governo Eletrônico Serviço de Atendimento ao Cidadão - Ministério das Comunicações
Rede de Educação Popular e Saúde
Seu Estrelo e o Fuá de Terreiro, DF
Talentos do Ministério da Saúde
Terapeutas do Riso, BA
Unipaz – Universidade da Paz – e Programa Gente que Faz a Paz

Convidados da Roda de Prosa
Articum – Boi Jatobá, DF
Boi D'Água, DF
Cais do Parto, PE
Cooperativa Brasiliense de Teatro
Eduardo Navarro Stotz
Elizabeth de Leone Monteiro Smeke
Evangelista Bezerra Paes
Grãos de Luz e Griô, BA
Hilário Kadweu
Invenção Brasileira, DF
Jose Carlos Silva
José Eri Medeiros
Josely Rimoli
Julio Alberto Wong Um

Kairós, MG
Lindomar José de Almeida Silva
Mamulengo Roupa de Ensaio, DF
Marcus Vinicius Campos
Menino de Ceilândia, DF
Pontos de Cultura
Sabrina Tukano
Tambores do Tocantins, TO
Vanderléia Pulga Daron
Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Apoio Técnico
Denise Fagundes
Ezequiel Pinto Dias
Gustavo Rios
Haroldo Lopes
Juliana Pires de Abreu Batista
Lucas Santiago Gonçalves dos Anjos
Mª do Carmo G. Kell
Marcelo Couto
Marcia Cristina M. Pinheiro
Náidia Mª J. da C. Alves
Neide Rodrigues Santos
Patrícia Pol Costa
Renato Fernandes
Tatiana Morais de Souza

Fotos
Alejandro Zambrana
Karina Zambrana

Jornalistas
Andréa Cordeiro
Carlos Dias Lopes
Roberto Studart Filho
Sócrates Bastos
Verbena Melo