



# XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO





# **XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

**Conselho Municipal de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde**

<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude>



**Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

**Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

**Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde**

David Salvador de Lima Filho

**Presidente do Conselho Municipal de Saúde****Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

**Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde**

David Salvador de Lima Filho (Coordenação Geral)

Maria de Fátima Gustavo Lopes

Maria Clara Migowski Pinto Barbosa

Adelton Gunzburger

Patrícia Albuquerque

Rogério Marques Gonçalves

Ângela Rocha de Lamare Leite

Sheila Marino

José Liporage Teixeira

Júlia Daniela de Castro

**Comissão de Infraestrutura**

Maria de Fátima Gustavo Lopes

Ângela Rocha de Lamare Leite

Rogério Marques Gonçalves

**Comissão de Comunicação**

José Liporage Teixeira

Sheila Marino

Claudia Ferrari

**Comissão de Relatoria e de Programação dos Trabalhos**

Patrícia Albuquerque (Coordenação Geral)

Adelton Gunzburger

Maria Clara Migowski Pinto Barbosa

**Relatores dos Grupos de Trabalho**

Milena Duarte

Ana Maria Costa Ferraz Borges

David Soeiro

Josuel Silva

Lorena Caran

Maria Inês Padula

Caroline Dias Ferreira

Tânia Maria de Souza Makluf

Monique Bloise

Marcos Rocha

Luciana de Almeida Ferreira

Ana Lúcia

**Facilitadores dos Grupos de Trabalho**

Ricardo Donato

Ana Castro

Helena Davi

Cesar Favoreto

Sérgio Aquino

Gabriela Costa Chaves

Ana Ramalho Farias

**Coordenadores dos Grupos de Trabalho**

Mariléa Lúcio Ormond

Waldir Francisco da Costa

Rodolfo Rêgo Rodrigues

Sonia Regina G. da Silva

Caroline Canedo

Rosana Silva Rosa

André Justino

**Secretaria Executiva**

Carmem Terezinha Gomes Sasaki

Marcelo Dionízio Gomes

Haroldo Antonio Marinho

Tereza Cristina Sampaio Fraga

Selma Maria Belchior Matos

Ana Lúcia Ferreira Ribeiro

Wagner Ubiratan Cândido Alves

**Coordenação Geral do Caderno**

Patrícia Albuquerque

**Arte e Diagramação**

Joanna Chigres

Eduardo Andrade



# SUMÁRIO

<b>Glosário de Siglas</b> .....	06
<b>Apresentação</b> .....	08
<b>Regimento</b> .....	09
<b>Regulamento</b> .....	19
<b>XII Conferência Municipal de Saúde</b> .....	29
Conferência de Abertura .....	39
Diretrizes e Propostas aprovadas .....	51
Moções aprovadas .....	71
Lista de Delegados .....	75
<b>ANEXOS</b> .....	101
Anexo I Fluxograma Orientador .....	101
Anexo II Documento Orientador .....	107
Anexo III Conferências Distritais de Saúde .....	153
Anexo IV Dados dos Conselhos .....	209
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	218

# GLOSSÁRIO DE SIGLAS

- AIDS** – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
- AIH** – Autorização para Internação Hospitalar
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária/MS
- AP** – Área de Planejamento
- APAC** – Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade
- BK** – Bacilo de Koch
- BPAI** – Boletim de Produção Ambulatorial Individual
- CAP** – Coordenadoria de Atenção Primária
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad** – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas
- CEDS-Rio** – Coodenadoria Especial da Diversidade Sexual
- CER** – Coordenação de Emergência Regional
- CIB** – Comissão Intergestora Bipartite
- CIEVS** – Coordenação de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
- CIR** – Comissão Intergestora Regional
- CIT** – Comissão Intergestora Tripartite
- CLT** – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CMS** – Conferência Municipal de Saúde
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNRAC** – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
- COAP** – Contrato Organizativo de Ação Pública
- COMS** – Conselho Municipal de Saúde
- CRO** – Centro de Referência em Obesidade
- DAR** – Doenças do Aparelho Respiratório
- DATASUS** – Departamento de Informática do SUS/MS
- DCNT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DCV** – Doenças Cardiovasculares
- DEM** – Doenças Endócrino-Metabólicas
- DIP** – Doenças Infeciosas Parasitárias
- DM** – Diabetes Mellitus
- DT** – Doenças Transmissíveis
- EAD** – Ensino à Distância
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- FMS** – Fundo Municipal de Saúde
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz/MS
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IAM** – Infarto Agudo do Miocárdio
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IDH-M** – Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal
- IMC** – Índice de Massa Corpórea
- INAD** – Instituto de Nutrição Annes Dias
- IPP** – Instituto Pereira Passos
- LDO** – Lei de Diretrizes Orçamentárias

**LGBT** – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis  
**LOA** – Lei Orçamentária Anual  
**MRJ** – Município do Rio de Janeiro  
**MS** – Ministério da Saúde  
**NAF** – Núcleo de Assistência Farmacêutica  
**NASF** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
**NOTIFICAREG** – Sistema de Notificação na Regulação utilizado pela Atenção Primária  
**PACAS** – Programa Academia Carioca de Saúde  
**PADI** – Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso  
**PCRJ** – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro  
**PEC** – Proposta de Emenda à Constituição  
**PENSE** – Pesquisa Nacional de Saúde Escolar  
**PIB** – Produto Interno Bruto  
**PNAM** – Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
**PNECTIS** – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde  
**PPA** – Plano Plurianual  
**PRMFC** – Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade  
**PSE** – Programa Saúde nas Escolas RA – Região Administrativa  
**RAP** – Rede de Adolescente e Jovens Promotores de Saúde  
**RCB** – Receita Corrente Bruta  
**RCL** – Receita Corrente Líquida  
**REMUME-RIO** – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais  
**RENAME** – Relação Nacional de Medicamentos  
**RENASES** – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde  
**RH** – Recursos Humanos  
**RUE** – Rede de Urgência e Emergência  
**SEDH** – Relatório Brasileiro de Violência Homofóbica  
**SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade  
**SIOPS** – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
**SISPACTO** – Sistema de Monitoramento dos Indicadores do Pacto pela Vida  
**SISREG** – Sistema de Regulação  
**SISVAN** – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde  
**SUBGER** – Subsecretaria de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde  
**SUBHUE** – Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgências e Emergências  
**SUBPAV** – Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde  
**SURCA** – Superintendência de Regulação, Controle e Auditoria  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TABNET** – Tabulador para Internet  
**TB** – Tuberculose  
**TEIAS** – Territórios Integrados de Atenção a Saúde  
**TIS** – Taxa de Inspeção Sanitária  
**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento  
**UTI** – Unidade de Tratamento Intensivo  
**VIGITEL** – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico  
**VIVA** – Vigilância de Violências e Acidentes

# APRESENTAÇÃO

No município do Rio de Janeiro, a Conferência Municipal de Saúde resulta de uma trajetória construída nos territórios, o que possibilita um olhar vivo sobre a situação da saúde, um olhar afetado pelas realidades locais e por diversos atores, em especial, por aqueles que falam do lugar de quem usa efetivamente o sistema. Esse olhar movimentava agendas estratégicas e coloca em trabalho temas e situações que precisam ser enfrentados conjuntamente, reafirmando a importância do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde.

As Conferências de Saúde representam um marco da participação social instituída e dos processos democráticos, crucial para a análise compartilhada das perspectivas que estão anunciadas para o sistema de saúde brasileiro, considerando-se os avanços alcançados nos últimos anos, as reformas necessárias e urgentes, as tomadas de posição em defesa dos princípios constitucionais de um SUS público, universal e equânime.

Para sustentar essa direção, cabe ressaltar que, não somente o controle social instituído, todas as formas de participação popular são fundamentais para ampliar os espaços de escuta e de diálogo em atenção ao direito legítimo de todo cidadão e de toda cidadã de falar sobre a saúde que deseja para si, para a sua comunidade, para a sua cidade, para o seu estado e para o seu país, o que motiva a expressão de coletivos com força crítica para defender a saúde como bem comum, dever do estado e direito de todos, como garante a Constituição Federal de 1988.

Além do Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ, a cidade do Rio de Janeiro tem a valiosa singularidade de contar com 10 (dez) Conselhos Distritais de Saúde, o que reflete um nível de participação que fez e faz toda a diferença para os alcances que foram possíveis nos últimos anos e do muito que há por fazer.

O Orgulho de Ser SUS, tema da XII Conferência Municipal de Saúde, busca expressar o desejo e o empenho dos brasileiros que acreditam e trabalham para um Sistema Único de Saúde que deve ser para todos e deve encontrar cada um no uso de sua tecnologia mais valiosa: cuidar de pessoas, e cuidar bem, com qualidade!

O que precisamos para isso? O que já temos e precisamos sustentar, qualificar, ampliar? O que não temos e precisamos construir, exigir, estabelecer? E o que não queremos para o SUS?

Chegamos aqui depois de 10 (dez) Conferências Distritais e 1 (uma) Conferência Municipal de Saúde com as diretrizes e as propostas aprovadas em cada eixo temático. Um produto que traz a reflexão de debates intensos, conduzidos em bases solidárias de discussão e de pactuação para a apresentação de proposições para o Sistema Único de Saúde nas esferas municipal, estadual e nacional; e que certamente serão orientadoras do Plano Municipal de Saúde.

**Daniel Soranz**

Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



# REGIMENTO

## XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Art. 1º - O presente Regimento, previsto pelo art. 24, § 2º, da Lei nº 5.104/2009, se destina a regulamentar à XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e definir os critérios que deverão ser seguidos pelas Comissões Organizadoras das suas etapas, as Conferências Distritais de Saúde do Rio de Janeiro, conforme previsão do art. 33, da lei já citada.

### Capítulo I DAS CONVOCAÇÕES

Art. 2º - As Conferências Distritais de Saúde, etapas da Conferência Municipal de Saúde - CMS/RJ, serão convocadas pela Coordenação da Área de Planejamento e pelo Conselho Distrital-CDS, respectivos, obedecendo aos seguintes períodos, conforme o acordado com cada CDS:

- I – CDS da Área de Planejamento 1.0 – 14 a 15 de maio de 2015;
- II - CDS da Área de Planejamento 2.1 – 18 de maio de 2015;
- III - CDS da Área de Planejamento 2.2 – 10 a 11 de junho de 2015;
- IV - CDS da Área de Planejamento 3.1 – 7 a 9 de maio de 2015;
- V – CDS da Área de Planejamento 3.2 – 20 a 21 de maio de 2015;
- VI – CDS da Área de Planejamento 3.3 – 30 a 31 de maio de 2015;
- VII - CDS da Área de Planejamento 4.0 – 23 de maio de 2015;
- VIII - CDS da Área de Planejamento 5.1 – 13 a 14 de junho de 2015;
- IX - CDS da Área de Planejamento 5.2 – 6 a 7 de junho de 2015;
- X - CDS da Área de Planejamento 5.3 – 11 a 12 de junho de 2015.

§ 1º. As Conferências citadas, no caput do presente artigo, deverão ser realizadas em no máximo 2 (dois) dias.

§ 2º. As Conferências citadas nos incisos IV e VI são exceções ao parágrafo anterior, sem que, no entanto, conte com qualquer tipo de auxílio obrigatório, ao terceiro dia, por parte do Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ.

§ 3º. A falta de qualquer das convocações previstas neste artigo será suprida pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-RJ, que as convocará.

Art. 3º - A XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro será convocada pela SMS e pelo Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para se realizar do dia 17 ao dia 19 de julho de 2015.

## Capítulo II

### DA FINALIDADE E DOS OBJETIVOS

Art. 4º - As Conferências Distritais, etapas da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e a XII Conferência Municipal de Saúde têm como finalidade reunir os diversos segmentos da sociedade para avaliar a situação da saúde, formular diretrizes e definir estratégias, visando alcançar a otimização dos serviços de saúde, mediante a integração das três esferas de governo entre si e destas com as redes universitárias, filantrópicas e privadas, dando continuidade à integração do SUS na cidade do Rio de Janeiro.

Art. 5º - As Conferências Distritais de Saúde e a Conferência Municipal, realizadas a cada quadriênio, devem propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde ao nível local, Municipal e encaminhar propostas políticas para as esferas Estadual e Nacional, através da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 6º - São objetivos das Conferências Distritais e da XII Conferência Municipal de Saúde:

I - mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade acerca do direito à saúde e em defesa do SUS, incluindo novos sujeitos e fortalecendo a participação dos que já atuam nas esferas públicas da saúde;

II - aprofundar o debate sobre as reformas necessárias à democratização do Estado e da sociedade, em especial as que incidem sobre o setor e a política de saúde;

III - Avaliar a situação de saúde da população brasileira, considerando a percepção dos cidadãos e as especificidades regionais, no contexto dos 25 anos do SUS;

IV - definir diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação do controle social na perspectiva, enquanto mecanismo de democracia participativa, da plena garantia da implementação do SUS;

V - aprovar os Regulamentos Internos das Conferências respectivas;

VI - avaliar a situação da saúde na área de planejamento respectiva e no Município do Rio de Janeiro, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde;

VII - eleger os membros do colegiado respectivo referente ao mandato de 2016 a 2019;

VIII - eleger delegados para etapa Municipal da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;

IX - eleger delegados para etapa Estadual da 15ª Conferência Nacional de Saúde.

## Capítulo III

### DOS TEMAS

Art. 7º - Fazem parte do Eixo Temático para subsidiar a discussão a ser mantida pelos delegados das Conferências Distritais de Saúde e da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:

I – tema municipal – Orgulho de Ser SUS - Saúde Pública de Qualidade na Cidade do Rio de Janeiro;

II – eixo municipal - Organização das Redes e Linhas de Cuidado Para a Integralidade e a Equidade da Atenção à Saúde;

III – Temário:

a) Redes de Atenção à Saúde: integração dos pontos de atenção e níveis de complexidade por linhas de cuidado, adequação dos perfis assistenciais, acesso ao cuidado especializado (regulação);

b) Qualificação da Atenção Primária;

c) Municipalização dos Hospitais Federais e /ou Estaduais;

d) Formação e Integração Ensino-Serviço: novas diretrizes curriculares, Programas de Residência, Especializações, PROVAB, Programa Mais Médicos, outras iniciativas;

e) Política de Financiamento e Gestão do SUS: fontes de financiamento para o Sistema Único de Saúde, fiscalização da aplicação correta de recursos, planos privados de saúde, abertura do capital internacional, saúde suplementar no Rio de Janeiro;

f) Participação Popular e Controle Social: novas formas participação da sociedade civil na saúde e fortalecimento do controle social;

g) Regulamentação das Iniciativas de Prevenção e Promoção da Saúde voltadas para: alimentação saudável, tabagismo, trânsito, controle da obesidade, valorização do parto normal;

h) Direitos e responsabilidades – individuais e coletivas – de gestores, profissionais e usuários para uma saúde pública de qualidade;

i) Avaliação dos Serviços e Formulação de Políticas Públicas: o papel das pesquisas;

j) Políticas e Estratégias de Atenção às Populações em Situação de Risco e/ou Vulnerabilidade: população em situação de rua; usuários de crack, álcool e outras drogas, população institucionalizada, atenção domiciliar;

k) Assistência Farmacêutica: definição das responsabilidades entre os entes federados;

l) Educação em saúde e desenvolvimento científico e tecnológico para o melhor desempenho do SUS;

m) Impactos da violência na saúde;

IV - tema nacional - "Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro."

V – eixo nacional – logo que definido pelo Conselho Nacional de Saúde será aplicado neste Regimento.

## **Capítulo IV**

### **DOS PARTICIPANTES**

Art. 8º - Os participantes das Conferências Distritais de Saúde e da XII Conferência Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro serão distribuídos em 03 categorias:

I – delegados e delegadas com direito a voz e voto;

II – convidados e convidadas com direito a voz;

III – observadores e observadoras.

Art. 9º - O quadro de delegados e delegadas para as Conferências Distritais de Saúde e da XII Conferência Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro será preenchido:

I - pelas entidades que componham os Conselhos à época da realização das Conferências e se encontrem regularizadas de acordo com a lei vigente;

II - pelas as entidades que se enquadrem na Lei 5.104/2009;

III - pelas entidades que se habilitem até trinta dias anteriores ao início de cada Conferência respectiva;

IV – pelos delegados e delegadas advindas de cada Conferência Distrital de Saúde, em número igual às representatividades de composição dos Conselhos Distritais, para a Conferência Municipal.

§ 1º. O número de delegados e delegadas para as Conferências Distritais de Saúde obedece ao mesmo critério para composição quantitativa dos representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde, que tem como referência máxima o número de unidades públicas de saúde da Área de Planejamento de Saúde, acrescido de um sexto, deste número, de representantes do setor privado contratado pelo SUS.

§ 2º. Os delegados representantes dos Gestores/Prestadores de Serviços Públicos de Saúde na XII Conferência Municipal de Saúde serão indicados pelo Secretário Municipal de Saúde.

§ 3º. Os membros da Comissão Organizadora de cada CDS são considerados delegados e delegadas natos, nas suas Conferências respectivas, assim como, os membros da Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde, serão nesta.

§ 4º. Os delegados e delegadas serão inscritos pelas Comissões Organizadoras das Conferências Distritais de Saúde e da XII Conferência Municipal de Saúde, em um prazo máximo de 20 dias anteriores à realização de cada Conferência, não sendo permitido nenhum tipo de substituição após este prazo.

§ 5º. Os convidados e convidadas poderão ser inscritos pelas Comissões Organizadoras, citadas no parágrafo anterior, até 15 (quinze) dias anteriores à realização de cada um dos eventos, não sendo permitida nenhuma substituição após este prazo.

§ 6º. Os delegados, delegadas, convidados e convidadas serão credenciados no local, onde se realizará cada Conferência, por um período não superior a 8 horas, distribuídas por todos os dias ou aplicadas em apenas um único dia.

§ 7º. Os observadores e observadoras serão credenciados no local onde se realizará cada Conferência, a partir de até 2 horas do encerramento do credenciamento previsto no parágrafo anterior e permanecerá aberto por 2 horas, observado como número limite às inscrições, o número de delegados e convidados credenciados e a capacidade estrutural da Conferência.

Art. 10 - A representação dos delegados e delegadas usuários inscritos nas Conferências Distritais de Saúde e na XII Conferência Municipal de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos representantes de prestadores de serviços públicos e privados conveniados e dos profissionais de saúde, guardada a seguinte proporção: 50% (cinquenta por cento) de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de profissionais de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de gestores/prestadores de serviços públicos e prestadores de serviços privados.

## **Capítulo V**

### **DA DOCUMENTAÇÃO**

Art. 11 - São critérios e requisitos para o credenciamento de Entidades que participarão das Conferências Distritais e da XII Conferência Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro:

- I - cópia de estatuto em vigor, devidamente registrado em cartório de pessoa jurídica, no qual deve constar:
  - a) desenvolvimento das atividades voltadas para defesa da cidadania e/ou da saúde;
  - b) inexistência de fins econômicos;
  - c) inexistência de vinculação político-partidária;
  - d) nenhum tipo de distribuição de lucros, nem remuneração dos membros de sua diretoria;
  - e) área de abrangência que permita sua atuação para todo o Município, caso haja pretensão de atuação no CMS/RJ;
  - f) área de abrangência que permita sua atuação na área correspondente ao exercício das atividades do Conselho Distrital que pretenda compor.
- II - registro ou protocolo do registro no Cartório Civil de Pessoas Jurídicas;
- III - cópia de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ - do Ministério da Fazenda atualizado;

IV – requerimento do presidente e/ou de representante legal da entidade solicitando o credenciamento da mesma e para participar do processo de escolha dos membros para composição dos Conselhos de Saúde, acompanhado de cópia do Registro de Identidade do seu representante.

§ 1º. O requerimento exigido no inciso IV deverá ser acompanhado com a qualificação de seu representante junto à Conferência, contendo:

- a) nome completo;
- b) número do Registro de Identidade;
- c) número no Cadastro de Pessoa Física;
- d) endereço completo.

§ 2º. As Entidades Sindicais e Associações de Funcionários, desde que representadas por profissionais de saúde eleitos em assembleia, comprovada através de ata e lista de presença, são consideradas Entidades com capacidade de representar os profissionais de saúde, nas respectivas áreas de abrangências.

§ 3º. Serão considerados aptos quaisquer dos trabalhadores que se encontrem lotados nas unidades prestadoras de serviço de saúde do SUS e que se enquadrem no elenco de profissionais da Lei nº 953/87.

§ 4º. A indicação do profissional de saúde para delegado à Conferência Distrital deverá sempre ocorrer através de reunião geral, específica para esse fim, pela Associação de Funcionários, Núcleo Sindical ou Delegacia Sindical legalmente constituídos, ou na sua ausência, pela representação dos trabalhadores no Conselho Distrital de Saúde.

§ 5º. Para garantir a participação ampla dos trabalhadores de saúde nas Conferências Distritais e Municipal de Saúde, onde não houver uma estrutura legal de representação dos trabalhadores, caberá às entidades dos representantes dos trabalhadores, no Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ, organizar assembleia para eleger o delegado ou delegada, em caráter especial para as Conferências Distritais.

§ 6º. A indicação do prestador de serviço público e/ou gestor será através de expediente em papel timbrado, assinado e carimbado pelo representante legal da unidade de saúde.

§ 7º. O credenciamento de Entidades de representatividade dos prestadores de serviço de saúde privado contratados do SUS e/ou dos prestadores de serviço de saúde filantrópicos conveniados ao SUS, que participarão das Conferências Distritais e Municipal de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro, seguem os mesmos critérios já citados neste artigo, acrescidos de:

- a) exemplar da ata em que aprovou o estatuto e a sua diretoria;
- b) alvará de localização;
- c) declaração da SMS indicando a existência de contrato e/ou convênio na qualidade de serviços complementares do SUS.

§ 8º. Ninguém poderá representar mais de uma Entidade, nem qualquer Entidade poderá ter representante em mais de uma Conferência de Saúde, ressalvados os casos previstos em Lei e neste Regimento.

Art. 12 - Será indeferido o pedido da entidade que deixar de apresentar qualquer um dos documentos ou condições solicitadas nos artigos deste capítulo.

## **Capítulo VI**

### **DA ORGANIZAÇÃO**

Art. 13 - As Conferências Distritais de Saúde e a XII Conferência Municipal de Saúde contarão, cada uma, com uma Comissão Organizadora, composta por membros do Colegiado de cada Conselho respectivo e convidados.

Art. 14 - Os trabalhos das Conferências Distritais de Saúde e da XII Conferência Municipal de Saúde serão presididos pelos membros dos Colegiados e suas Comissões Organizadoras respectivas.

Parágrafo único. Os trabalhos aludidos no caput do presente artigo serão desenvolvidos através de painéis ou mesas, grupos de trabalho e plenárias.

Art. 15 – São atribuições das Comissões Organizadoras, nas respectivas Conferências, além das demais determinadas neste Regimento:

- I - acompanhar e tomar as providências necessárias à organização da Conferência;
- II – garantir condições de acessibilidade nos locais onde serão realizadas as conferências;
- III - elaborar o projeto do Regulamento da Conferência;
- IV - aprovar os documentos técnicos necessários que subsidiarão as discussões dos delegados;
- V - credenciar os delegados, convidados e observadores;
- VI – decidir sobre a direção dos trabalhos de mesa diretora das reuniões plenárias;
- VII – definir a composição dos grupos de trabalho;
- VIII – decidir sobre os casos de penalidades;
- IX – decidir sobre os casos omissos deste Regimento;
- X - expedir o Relatório Final da Conferência.

Art. 16 – Os trabalhos de cada Comissão Organizadora só se extinguem após a publicação do relatório final da referida conferência.

## **Capítulo VII**

### **DOS GRUPOS DE TRABALHO**

Art. 17 – Os delegados das Conferências Distritais de Saúde do Rio de Janeiro serão divididos em grupos de trabalho, paritariamente constituídos para discutir os temas e formular propostas.

Art. 18 – Os delegados da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro serão divididos em grupos de trabalho, paritariamente constituídos para discutir os temas, adequar e aprovar as propostas oriundas das Conferências Distritais de Saúde, para a plenária final.

Art. 19 – As Comissões Organizadoras das Conferências Distritais e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro indicarão um facilitador para cada grupo.

## **Capítulo VIII**

### **DO PLENÁRIO**

Art. 20 – O plenário é o órgão soberano em cada uma das Conferências Distritais e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, competente para aprovar as propostas apresentadas e encaminhar as decisões para produção do Relatório Final da Conferência respectiva.

Art. 21 – A reunião plenária será dirigida por componentes indicados pela Comissão Organizadora respectiva.

## **Capítulo IX**

### **DA METODOLOGIA**

Art. 22 – As comissões de relatoria das Conferências Distritais e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro apresentarão, nas suas etapas, texto condensado, a partir dos relatórios dos grupos de trabalho, para discussão e aprovação na plenária final.

Art. 23 – Em atenção à orientação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de que às Conferências devem mobilizar e estabelecer diálogo com a sociedade civil acerca do direito à saúde e em defesa do SUS, incluindo novos sujeitos e fortalecendo a participação dos que já atuam nas esferas públicas de saúde, estabelece-se:

I - todas as propostas oriundas dos diferentes segmentos da sociedade civil deverão ser encaminhadas, para a Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde respectiva, no prazo máximo de até 10 dias anteriores à data de sua realização;

II - caberá à Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde organizar as propostas, referidas no inciso I, no eixo temático e na diretriz que melhor corresponda à proposição;

III - As propostas aprovadas pela plenária final farão parte do relatório da conferência distrital respectiva;



IV - as propostas aprovadas deverão estar organizadas no relatório final da conferência distrital, respeitando-se a esfera: distrital, municipal, estadual ou nacional;

V – apenas as propostas aplicáveis às esferas municipal, estadual e nacional deverão ser encaminhadas para o exame e deliberação na XII Conferência Municipal de Saúde, etapa da 15ª Conferência Nacional de Saúde;

VI – em atenção à recomendação do Conselho Nacional de Saúde contemplada no Regimento Interno: Capítulo II - Dos Objetivos e das Finalidades -, Art.6º, inciso I, o Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ poderá receber propostas de instituições e segmentos da sociedade que não tenham interface direta com as esferas públicas locais até o dia 23 de Abril de 2015;

VII – caso ocorra o referido no inciso VI, deste artigo, caberá ao Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ encaminhar as propostas para a Comissão Organizadora da Conferência Distrital referente, para inclusão, respeitando o seguinte critério:

a) as propostas de âmbito local serão encaminhadas ao Conselho Distrital da Área de Planejamento correspondente;

b) as propostas de âmbito municipal serão encaminhadas para todos os Conselhos Distritais de Saúde.

## **Capítulo X**

### **DAS ELEIÇÕES**

Art. 24 – Os Regulamentos das Conferências Distritais e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro definirão o momento em que cada Conferência respectiva elegerá e homologará os delegados que participarão das etapas Municipal e Estadual da 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único. As Conferências Distritais elegem os seus delegados para a etapa Municipal e a Conferência Municipal escolhe os que participarão da etapa Estadual.

Art. 25 – Os Regulamentos das Conferências Distritais e Municipal de Saúde do Rio do Janeiro definirão o momento em que cada Conferência respectiva reunirá seus delegados, das representações dos usuários, prestadores/gestores de serviço e profissionais de saúde, por segmento, em separado, em local previamente determinado por cada Comissão organizadora e por elas acompanhadas, para elegerem as entidades que constituirão o Conselho Distrital de Saúde respectivo e o Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ para o quadriênio 2016/2019, de acordo com os critérios estabelecidos por este Regimento.

Parágrafo único. Cada Conferência Distrital de Saúde elege apenas as entidades que irão compor o Conselho Distrital respectivo e a XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro elege apenas as entidades que irão compor o Conselho Municipal de Saúde – CMS/RJ.

## **Capítulo XI**

### **PENALIDADES**

Art. 26 - A manutenção dos princípios e valores básicos, como a responsabilidade, a cooperação, o respeito, a justiça, a transparência, a imparcialidade, a representatividade, o compromisso social, o cumprimento da vontade da maioria, o respeito às minorias, devem reger a conduta dos delegados, delegadas, convidados, convidadas, observadores e observadoras durante os Trabalhos nas Conferências.

Art. 27 - São condutas passíveis de expulsão dos locais onde estejam sendo realizadas as Conferências Distritais e a XII Conferência Municipal de Saúde:

I - ter condutas desviadas da cordialidade e do respeito quanto ao local em que esteja sendo realizada a Conferência, aos demais delegados ou qualquer outra pessoa;

II - o uso de linguajar e/ou gestos obscenos;

III - a utilização de atitudes que agridam moralmente às pessoas ou às Entidades, ou que transpareçam alguma forma de violência.

Parágrafo único. Todos os casos previstos neste artigo serão submetidos à apreciação da Comissão Organizadora da respectiva Conferência, a quem caberá decidir sobre a expulsão.

## **Capítulo XII**

### **DOS RECURSOS**

Art. 28 - As despesas necessárias à realização das Conferências Distritais e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro correrão por conta de dotação orçamentária consignada da SMS-RJ, do CMS/RJ e de recursos de outras fontes.

Rio de Janeiro, 10 de fevereiro de 2015.

Vigésimo quarto ano da Constituição do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Colegiado do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

# REGULAMENTO

## Capítulo I

### DA FINALIDADE E DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Dar cumprimento aos Arts. 6º, I e 15, II do Regimento da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, previsto na Lei nº 5.104 de 3 de novembro de 2009, em seu art. 24, § 2º, aprovado através da deliberação do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nº 219, de 12 de fevereiro de 2015.

Art. 2º - Normatizar o funcionamento da XII Conferência Municipal de Saúde, convocada pela Resolução SMS Nº 2536 de 26 de fevereiro de 2015, em conformidade com as diretrizes traçadas pelo Regimento da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e às leis vigentes.

Art. 3º - Escolher e encaminhar até 8 (oito) diretrizes, das diretrizes aprovadas e encaminhadas pelas Conferências Distritais, etapas da Conferência Municipal, para a 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, etapa 15ª Conferência Nacional de Saúde, conforme as determinações do Documento Orientador Temático da 15ª Conferência Nacional de Saúde.

§ 1º. Cada uma das 8 (oito) diretrizes citadas neste artigo, deverá conter até 5 (cinco) propostas de âmbito estadual e até 3 (três) nacionais, não havendo limite para as propostas municipais.

§ 2º. As diretrizes e propostas correspondente citadas neste artigo, deverão se ater aos eixos temáticos.

Art. 4º - Eleger os delegados para as etapas estadual e nacional da 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 5º - Eleger os membros do Colegiado do Conselho Municipal de Saúde – CMS/RJ, para gestão referente aos anos de 2016 a 2019.

Art. 6º - Para a escolha das diretrizes citadas no art. 3º constará no caderno do delegado o conjunto das diretrizes e propostas aprovadas pelas Conferências Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

## Capítulo II

### DA REALIZAÇÃO E DO TEMA CENTRAL

Art. 7º - A XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro será realizada no Centro de Convenções Sul América, localizado na Av. Paulo de Frontin, nº 1, Cidade Nova, no período de 17 a 19 de julho de 2015, conforme Resolução SMS Nº 2536 de 26 de fevereiro de 2015.

Art. 8º - A XII Conferência Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro terá como tema local "Orgulho de Ser SUS - Saúde Pública de Qualidade na Cidade do Rio de Janeiro" e, como tema nacional "Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro", conforme as determinações do art. 7º do Regimento da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Parágrafo único. O tema local e cada eixo temático proposto pelo Conselho Nacional de Saúde serão discutidos pelos Grupos de Trabalho (GT).

## **Capítulo III**

### **DOS PARTICIPANTES**

Art. 9º - Os participantes da XII Conferência Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro serão distribuídos em 03 categorias e nas seguintes condições, conforme as determinações do art. 8º do Regimento Municipal:

I. Delegados e Delegadas, com direito a voz e voto, podendo ser votados;

II. Convidados e Convidadas com direito a voz, podendo ser votados;

III. Observadores e Observadoras.

§ 1º. São considerados Delegados natos os representantes titulares das Entidades que compõem o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e os membros da Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme prescrito no art. 9º do regimento municipal.

§ 2º. São considerados Delegados os escolhidos nas Conferências Distritais de Saúde do Rio de Janeiro, na forma do art. 9º do regimento municipal.

§ 3º. As vagas de Convidados, prevista pelo parágrafo 5º do regimento municipal, são destinadas a representantes de Instituições que se enquadrem na Lei 5.104/2009, com intenção de disputar vaga no Colegiado do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a autoridades convidadas pela Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

## **Capítulo IV**

### **DO CREDENCIAMENTO**

Art. 10 - Os Delegados e Convidados serão credenciados no local da realização da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no dia 17/07/2015, das 08 às 14 horas.

Art. 11 - Os Observadores, em obediência ao parágrafo 7º do art. 9º do regimento municipal, serão credenciados no dia 17/07/2015, a partir de até duas horas após o encerramento do credenciamento previsto no art. 10 deste regulamento, e finalizará depois de duas horas de seu início.

Art. 12 - Os Observadores da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro deverão se dirigir ao local definido pela Comissão Organizadora para o credenciamento.

Parágrafo único. Para o credenciamento aludido no presente artigo será observado, como número limite, o equivalente a 1/3 (um terço) do número de delegados e convidados credenciados e a capacidade estrutural da conferência.

Art. 13 - A representação dos Delegados representantes dos usuários inscritos na XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro será paritária em relação ao conjunto dos representantes de prestadores de serviços públicos e privados conveniados e dos profissionais de saúde, guardada a seguinte proporção: 50% (cinquenta por cento) de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de profissionais de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de gestores prestadores de serviços públicos e privados.

## **Capítulo V**

### **DA ORGANIZAÇÃO**

Art. 14 - A XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro contará com uma Comissão Organizadora, cujas atribuições estão determinadas pelo art. 15 do regimento municipal, composta por membros do Conselho Municipal de Saúde – CMS/RJ e convidados, coordenados pelo Secretário Executivo do CMS/RJ, conforme dispõe o art. 27, XII, da Lei nº 5.104/2009.

Art. 15 - Os trabalhos da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro serão desenvolvidos através de grupos temáticos e reuniões plenárias, distribuídos ao longo dos dias destinados à conferência, por um programa de trabalho, elaborado pela Comissão Organizadora.

## **Seção I**

### **Dos Grupos de Trabalho**

Art. 16 - Os Delegados serão divididos em Grupos de Trabalho (GT) para discutir e escolher 1 (uma) diretriz, até 5 (cinco) propostas de âmbito estadual, até 3 (três) propostas de âmbito nacional que o Grupo defina como prioritárias para encaminhar à Plenária. Não há limite para propostas municipais.

§ 1º. Cada Grupo de Trabalho (GT) receberá o conjunto de diretrizes e propostas correspondente ao tema, que foram formuladas e aprovadas nas conferências distritais de saúde.

§ 2º. Caberá ao Grupo de Trabalho, ler atentamente o conjunto de diretrizes e propostas, analisar, discutir, aprovar ou reprovar.

§ 3º. O Grupo (GT) poderá manter o texto ou aprimorá-lo com algum detalhamento ou adequação que julgue relevante, desde que não mude o sentido originalmente proposto, o que será acompanhado pelos Relatores.

§ 4º. O Grupo (GT) poderá, também, juntar propostas ou diretrizes que sejam complementares, trabalhando sempre a partir do conteúdo já definido, uma vez que não há formulação de propostas novas, em conteúdo, na Conferência Municipal de Saúde.

Art. 17 - Cada grupo de trabalho deverá escolher 1 (um) Coordenador e 1 (um) Relator para apoiar o desenvolvimento das atividades.

§ 1º. São atribuições do Coordenador do Grupo de Trabalho:

- a) fazer ordenadamente as inscrições para intervenção;
- b) controlar o tempo de intervenção de cada participante, garantindo o direito de expressão de todos (as) os (as) Delegados (as) e Convidados (as);
- c) conduzir todo o processo de votação, quando não houver consenso;
- d) colaborar com o Relator na elaboração do relatório do Grupo de Trabalho.

§ 2º. São atribuições do relator do Grupo de Trabalho:

- a) organizar a lista de presença;
- b) elaborar relatório contendo as propostas aprovadas e reprovadas pelo GT, especificando as de âmbito municipal, estadual e nacional;
- c) encaminhar o relatório, citado na alínea anterior, para a Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 18 - A Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro contará com um Relator e um Facilitador para cada um dos grupos de trabalho.

§ 1º. São atribuições do Facilitador do Grupo de Trabalho:

- a) orientar o Grupo sobre a dinâmica e as atribuições previstas para Trabalho;
- b) apresentar os subtemas que compõem o eixo temático que será abordado no Grupo de Trabalho;
- c) acompanhar o trabalho de Grupo podendo esclarecer possíveis dúvidas e auxiliar na discussão, se necessário.

Art. 19 - São consideradas atividades pertinentes aos membros dos grupos de trabalho:

- a) debater os assuntos encaminhados pela Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, escolher a diretriz e propostas correspondentes;
- b) orientar e auxiliar o Relator do GT no registro claro e objetivo das diretrizes e propostas escolhidas, especificando as de abrangência municipal, estadual e nacional;
- c) apresentar um relatório, contendo as propostas aprovadas.

Parágrafo único. Para que sejam consideradas aprovadas pelo grupo, todas as propostas apresentadas deverão alcançar um mínimo de 50% + 1 (cinquenta por cento mais um) dos votos apurados entre os seus membros Delegados.

Art. 20 - Uma lista contendo o nome de todos os membros inscritos no grupo de trabalho, dividida pelas representações dos segmentos, deverá ser passada no grupo para que seja assinada na linha correspondente ao nome do participante, pelo próprio, objetivando a legitimidade da participação.

## Seção II

### Do Plenário

Art. 21 - O Plenário é a reunião dos Delegados que, dentro dos limites das normas pertinentes exerce, enquanto órgão, a soberania da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, competente para aprovar e encaminhar tais decisões à produção do relatório final da conferência.

Art. 22 - O Plenário será dirigido por componentes indicados pela Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 23 - Compete ao Plenário:

I. apreciar e aprovar os encaminhamentos dos grupos de trabalho e demais discussões no próprio recinto, condizentes com a matéria atribuída à Conferência;

II. discutir e aprovar propostas, decisões, moções e demais documentos apresentados na Conferência e a ele submetidos;

III. apreciar e aprovar as moções que obtiverem o mínimo de 50% + 1 de assinaturas do número de participantes no Grupo de Trabalho no qual o proponente esteja inserido;

IV. referendar a escolha dos representantes da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para a etapa estadual da 15ª Conferência Nacional de Saúde;

V. referendar a escolha dos representantes dos segmentos para compor o Conselho Municipal de Saúde – CMS/RJ em sua gestão do quadriênio 2016/2019.

Parágrafo único. Não serão apreciadas pela Plenária proposições ou assuntos pertinentes aos grupos de trabalho que estes não tenham discutido e aprovado.

Art. 24 - A Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro apresentará texto condensado, a partir dos relatórios dos grupos de trabalho, para discussão e aprovação na reunião plenária do dia 19/07/2015.

§ 1º. Os pontos que forem objeto de destaque, durante a leitura dos relatórios, serão votados pelos delegados após a defesa dos argumentos contrários e favoráveis, nesta ordem, quando não se identificar que se configurou consenso sobre qualquer um deles;

§ 2º. Qualquer intervenção não deve exceder ao tempo máximo de 2 (dois) minutos.

Art. 25 - As propostas modificadoras, dos pontos em destaque, deverão ser apresentadas por escrito à mesa coordenadora, sendo que, se forem portadoras notórias do mesmo objetivo, deverão sofrer composição com vistas à unificação.

Parágrafo único. As propostas que não sofrerem destaques serão consideradas aprovadas.

Art. 26 - Adotar-se-á o critério de maioria simples nas votações da plenária para as deliberações, utilizando-se exclusivamente o crachá de delegado.

Parágrafo único. A contagem dos votos se dará em primeira verificação por amostragem visual comparativa. Restando dúvida sobre o resultado apurado, nova aferição deverá ser imediatamente procedida com a contagem dos votos realizada pela coordenação da mesa diretora da reunião plenária, com o auxílio que julgar necessário.

## **Capítulo VI**

### **DOS TEMAS**

Art. 27 - A XII Conferência Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro terá como tema local "Orgulho de Ser SUS - Saúde Pública de Qualidade na Cidade do Rio de Janeiro" conforme as determinações do art. 7º do Regimento da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, aprovado por meio da deliberação nº 219 do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em 12 de fevereiro de 2015.

Art. 28 - De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 501, de 7 de maio de 2015 fica determinado como tema nacional - Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro.

Art. 29 - Fazem parte do eixo temático para subsidiar a discussão a ser mantida pelos delegados da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:

I. Participação e Controle Social;

II. Financiamento e Relação Público x Privado;

III. Direito à Saúde, Acesso e Qualidade da Atenção;

IV. Modelo de Atenção e Gestão do SUS;

V. Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde;

VI. Ciência, Tecnologia e Inovação, Informação e Política de Comunicação no SUS;

VII. Eixo transversal: Reformas Democráticas e Populares do Estado.

## **Capítulo VII**

### **DAS ELEIÇÕES**

#### **Seção I**

#### **Da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro**

Art. 30 - No dia 19 de julho de 2015, em momento a ser designado pela Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, serão eleitos 200 (duzentos) Delegados, distribuídos paritariamente, para 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, de acordo com o art. 22, § 2º, do Regimento Interno da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.



§ 1º. A realização da 7ª Conferência Estadual de Saúde, Etapa Estadual, da 15ª Conferência Nacional de Saúde, será realizada no Ginásio Gilberto Cardoso - Maracanãzinho – Rua Professor Eurico Rabelo, s/nº. De 01 a 04 de outubro de 2015, de acordo com o parágrafo único do art. 4º do Regimento Interno da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

§ 2º. Os delegados previstos neste artigo serão eleitos obedecendo à seguinte distribuição:

I. representantes do segmento dos Usuários – 100 Delegados:

a) destes, 10 (dez) serão representantes e candidatos a representantes das entidades de usuários do Colegiado do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;

b) destes, 10 (dez) serão os presidentes ou representantes dos Conselhos Distritais do Rio de Janeiro no Colegiado do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;

c) destes, 80 (oitenta) serão distribuídos de forma equitativa entre os usuários advindos das conferências distritais, perfazendo 8 (oito) por Conselho Distrital de Saúde.

II. representantes do segmento dos Profissionais de Saúde – 50 Delegados:

a) destes, 10 (dez) serão representantes e candidatos a representantes das entidades de profissionais de saúde do Colegiado do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;

b) destes, 40 (quarenta) serão distribuídos de forma equitativa entre os profissionais de saúde advindos das conferências distritais, perfazendo 4 (quatro) por Conselho Distrital de Saúde;

III. representantes do segmento dos Gestores/Prestadores de serviços de Saúde – 50 Delegados:

a) destes, 6 (seis) serão os representantes e candidatos a representantes das entidades de Gestores/Prestadores de serviços de Saúde do Colegiado do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;

b) Destes, 44 (quarenta e quatro) serão de livre escolha do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme a lógica do critério estabelecido no art. 9º, § 2º do Regimento da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

§ 3º. De acordo com o art. 25, do Regimento Interno da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, as Comissões Organizadoras das Conferências Municipais de Saúde terão até o dia 14 de agosto de 2015 para credenciar os Delegados eleitos nas referidas Conferências.

§ 4º. As Comissões Organizadoras das Conferências Municipais de Saúde terão até o dia 18 de setembro de 2015 para credenciar os suplentes eleitos nas referidas Conferências, conforme parágrafo 2º do art. 25, do Regimento Interno da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

§ 5º. De acordo com o art. 26 do Regimento Interno da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, o Suplente de Delegado à conferência só participará na ausência do seu titular, comprovado através de ofício devidamente assinado pelo presidente do respectivo Conselho de Saúde.

§ 6º. Com o propósito de promover ampla participação dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores, o parágrafo 1º do art. 23 do Regimento Interno da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, recomenda que a eleição dos delegados municipais e estaduais considere os critérios demográficos, de equidade aos critérios de Gênero, étnico Racial, geracional, representatividade rural e urbana e pessoas com deficiência, bem como, a legitimidade das entidades e movimentos sociais, garantindo assim, a diversidades de sujeitos.

Art. 31 - A Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro indicará 1 (um) convidado do município para a 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, conforme o parágrafo 3º do art. 23, do Regimento Interno da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 32 - De acordo com o parágrafo 5º do Regimento Interno da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, não haverá observador (a) na 7ª Conferência Estadual de Saúde.

## **Seção II**

### **Da 15ª Conferência Nacional de Saúde**

Art. 33 - Na 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em momento a ser designado pela Comissão Organizadora Estadual, serão eleitos 24 (vinte e quatro) Delegados dos 200 (duzentos) Delegados, eleitos para a 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, e 16 (dezesesseis) Suplentes, para participar da 15ª Conferência Nacional de Saúde, de acordo com o art. 7º, § 3º, "a" do Regimento Interno da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, distribuídos paritariamente.

I. representantes do segmento dos Usuários – 12 Delegados e 8 Suplentes;

II. representantes do segmento dos Profissionais de Saúde – 6 Delegados e 4 Suplentes;

III. representantes do segmento dos Gestores/Prestadores de serviços de Saúde – 6 Delegados e 4 Suplentes, de livre escolha do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme a lógica do critério estabelecido no art. 9º, § 2º do Regimento da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Parágrafo único. Conforme art. 27 do Regimento da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, a suplência para a 15ª Conferência Nacional de Saúde terá como data limite para substituição dos titulares pelos suplentes o dia 20 de outubro de 2015.

## **Seção III**

### **Das Eleições do Colegiado do CMS/RJ**

Art. 34 - No dia 19 de julho de 2015, os Delegados das representações dos usuários, gestores/prestadores de serviço de saúde e profissionais de saúde, reunir-se-ão em separado, por segmento, em local previamente determinado pela Comissão Organizadora e por ela acompanhados, para elegerem as Entidades que constituirão o Conselho Municipal de Saúde – CMS/RJ no quadriênio 2016/2019, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 25 do Regimento da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Parágrafo único. As Entidades eleitas terão seus nomes apresentados na plenária do dia 19/07/2015.

## **Capítulo VIII**

### **DOS RECURSOS**

Art. 35 - Os casos omissos do presente Regulamento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 36 - As despesas necessárias à realização da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro correrão por conta de dotação orçamentária consignada da SMS, do CMS/RJ e de recursos de outras fontes.

Rio de Janeiro, 17 de julho de 2015

Vigésimo quarto ano da Constituição do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Plenário da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.





XII Conferência  
Municipal de Saúde  
do Rio de Janeiro

## LEITURA E APROVAÇÃO DO REGULAMENTO

Efetuada leitura do Regulamento pelo Sr. David Salvador de Lima Filho, Coordenador Geral da Conferência, Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ.

## DESTAQUES APRESENTADOS

### No Art. 23. III

**Qualidade do destaque:** alteração do texto

**Onde se leu:** apreciar e aprovar as moções encaminhadas que obtiveram o mínimo de 20% de assinaturas do número de credenciados como delegados participantes.

**Foi alterado para:** apreciar e aprovar as moções que obtiverem o mínimo de 50% + 1 de assinaturas do número de participantes no Grupo de Trabalho no qual o proponente esteja inserido.

Destaque aprovado pela maioria dos Delegados.

### Destaque no Art. 23. IV

**Qualidade do destaque:** correção do texto

Foi observado que não caberia à Conferência Municipal de Saúde referendar a escolha de Delegados para a etapa nacional.

**Onde se leu:** referendar a escolha dos representantes da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para as etapas estadual e nacional da 15ª Conferência Nacional de Saúde;

**Foi alterado para:** referendar a escolha dos representantes da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para a etapa estadual da 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Destaque aprovado pela maioria dos Delegados.

Não havendo mais destaques, o Regulamento foi aprovado pelos Delegados presentes.

## ABERTURA DA CONFERÊNCIA

### Apresentação do Coral Atrás da Nota

Coral de Servidores da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro  
Maestro Mário Assef

## EXECUÇÃO DO HINO NACIONAL

### David Salvador de Lima Filho

Coordenador Geral da XII Conferência Municipal de Saúde; Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Iniciou cumprimentando a todos os presentes, em especial aos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde do município do Rio de Janeiro, e às autoridades, citando-as:

**Alba dos Santos Ferreira** – Auditoria do DENASUS; **Ana Clara Viola** – Promotora do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro; **Ana Rocha** - Secretária de Políticas de Mulheres da Cidade do Rio de Janeiro; **Betina Durovni** - Subsecretária de Atenção, Promoção e Vigilância em Saúde da SMS/RIO; **Carina Teixeira** - Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; **Carlos Maciel** - Diretor do Instituto Fernandez Figueiras – IFF/MS; **Deise Barbosa Ribeiro** – Promotora do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro; **Denise Resende** - Vice-presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro; **Enfermeira Rejane** - Deputada Estadual PCdoB - Rio de Janeiro; **Felipe Peixoto** - Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; **Flávio Alcoforado** - Subsecretário de Gestão da SMS/RJ; **Giliate Coelho** - Secretário de Saúde do município de Angra dos Reis; **José Gomes Temporão** – Ministro da Saúde (2007 – 2010); Diretor Executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), Órgão Permanente do Conselho de Saúde Sul-Americano da UNASUL. É membro titular da Academia Nacional de Medicina; **José Carlos de Moraes** – Departamento de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde DEGEST/MS; **Mirian Andrade** - Presidente do Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Rio de Janeiro; **Márcia Regina Cardoso Torres** - Chefe de Gabinete do Secretário da SMS/RIO; **Mario Celso da Gama Lima Júnior** - Subsecretário de Atenção Hospitalar, Urgências e Emergências da SMS/RIO; **Paulo Murilo de Paiva** – Conselho Regional de Enfermagem - COREN RJ; **Rodrigo Oliveira** - Vice-presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - COSEMS- RJ; **Roberto Moreira** - Auditoria do DENASUS; Walcler Rangel – Vice-presidente da FIOCRUZ/MS.

Em continuidade, colocou que estava vivendo a realização de um sonho, resultado da luta dos Conselheiros de Saúde e do Secretário Municipal Daniel Soranz, que não mediram esforços para realizar a Conferência em um local digno de sua importância.

Destacou a relevância do Controle Social e de como se constrói essa participação, a qual requer uma boa organização, posto que os resultados não são imediatos, razão pela qual sinalizou que cabe investir cada vez mais na organização da participação social instituída.

Concluiu chamando atenção para a responsabilidade do Controle Social, uma vez que não existe autorepresentação, e expressou o desejo de ver outras cidades do Brasil com a saúde organizada a exemplo da Cidade do Rio de Janeiro que, na sua avaliação, ainda precisa de aperfeiçoamento, mas encontra-se num patamar bem avançado de organização.

Convocou a composição da Mesa de Abertura.

## MESA DE ABERTURA

### **Giliate Coelho**

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (representando o Ministro da Saúde: Ademar Artur Chioro dos Reis).

### **Walcler Rangel**

Vice-presidente da Fiocruz/Ministério da Saúde (representando o seu Presidente, Paulo Gadelha).

### **Rodrigo Oliveira**

Vice-presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMES-RJ) E Secretário Municipal de Saúde de Angra dos Reis.

### **Maria de Fátima Gustavo Lopes**

Presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1 (substituta do Presidente do Conselho Municipal do Rio de Janeiro).

### **Betina Durovni**

Subsecretária de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

### **Mario Celso da Gama Lima Júnior**

Subsecretário de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

### **Felipe Peixoto**

Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

### **Daniel Soranz**

Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

## **GILIANE COELHO**

Saudou a todos os presentes em nome do Ministro da Saúde, Arthur Chioro.

Destacou o momento especial vivido na área da saúde, com a celebração dos dois anos do Programa Mais Médicos, considerado pelo Ministério da Saúde um programa consolidado e que vai ao encontro de tudo o que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro vem realizando nos últimos anos com seu grande investimento na atenção básica.

A seu ver, esse momento especial se deve também ao fato de o Ministro Arthur Chioro ter lançado no Brasil a produção de aceleradores lineares, utilizados na realização de radioterapia para o tratamento do câncer.

Ressaltou que, como médico de saúde da família, cuja carreira se iniciou em um posto de saúde na periferia da cidade do Recife, e como militante do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecia haver ainda muito a avançar no SUS, mas que as conquistas alcançadas nos últimos anos foram expressivas.



Assim, reforçou que o espírito de uma Conferência de Saúde deve ser o da construção coletiva de propostas para os anos seguintes, e que esta era a mensagem enviada pelo Ministro Arthur Chioro aos participantes.

Concluiu com um até breve e uma menção à Conferência Nacional de Saúde a realizar-se em Brasília.

### **WALCLER RANGEL**

Cumprimentou a todos os presentes e falou da satisfação de estar presente em um evento como a Conferência Municipal de Saúde, da alegria não apenas de reencontrar antigos militantes do SUS, como também seus novos defensores, o que também ocorrera quando participou da Conferência Distrital da AP 5.1.

Referiu-se à importância de perceber que a Conferência Municipal e a 15ª Conferência Nacional de Saúde representam um grande avanço da democracia no país, a qual, na sua percepção, estaria em risco. Assim, avaliou a necessidade de aproveitar as Conferências para mobilizar a sociedade brasileira em torno de um SUS público e para o alcance de melhorias para a área da saúde no Brasil.

De acordo com ele, o SUS é uma conquista popular que envolve a atuação da academia, dos estudantes, dos movimentos sociais, dos trabalhadores, dos gestores, e de tantas outras representações.

Em seguida, parabenizou a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro por organizar a Conferência Municipal desde as Conferências Distritais, embasadas na realidade de cada distrito, e enfatizou que o desafio posto a cada nova Conferência é o de aprofundar o modelo do SUS, evidenciando a necessidade de reformas importantes, sobretudo no que se refere ao seu financiamento e à sua sustentabilidade. No momento em que se propõe, por exemplo, taxar grandes fortunas para criar novas formas de financiamento para esse modelo, é preciso estar unificado, o que pode ser fortalecido nas Conferências. A Fiocruz, que é parceira das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e obviamente do Ministério da Saúde, bem como dos movimentos sociais de todo o Brasil, tem um conjunto de projetos consonantes com as pautas encaminhadas pelo Conselho Nacional de Saúde à Conferência Nacional de Saúde, uma vez que põem em discussão avanços para o SUS.

Por fim, concluiu parabenizando todos os presentes pela dedicação de trabalharem três dias em prol da democracia, da consolidação e das conquistas de um SUS unificado que atenda à população brasileira com qualidade. A Fiocruz, assim, apoia e confirma o seu compromisso com todas as lutas em prol de um SUS público, universal e equânime.

### **RODRIGO OLIVEIRA**

Iniciou dizendo que, na condição de Secretário Municipal de Saúde de Angra dos Reis e de vice-presidente do COSEMS - RJ cumprimentava a todos os presentes e parabenizava a organização da 15ª Conferência Nacional de Saúde pela organização do Documento Orientador, cujo conteúdo, a despeito de todas as dificuldades provocadas pela multiplicidade e a fragmentação características do século XXI, expressava uma pauta política concreta para o conjunto de militantes do SUS.

Em seguida, ressaltou que a 8ª e a 9ª Conferências de Saúde foram de suma importância, pois alcançaram diversos avanços que permitiram o belíssimo sistema de saúde defendido pelos presentes, e que a principal tarefa da Conferência Municipal era potencializar, a partir do documento síntese, uma defesa irrestrita desse sistema, sem dar nenhum um passo para trás no que diz respeito ao direito a saúde, tratando-se, em face do difícil momento atravessado pelo país, de organizar um processo de ampliação e aprofundamento dos obstáculos enfrentados no dia a dia. Desse modo, chamou a atenção para um conjunto de pautas discutidas no Congresso Nacional, contrárias à universalidade e à essência do SUS. Em seu entender, a Conferência Estadual, a Conferência Nacional e as Conferências Municipais de Saúde precisam, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, mobilizar agendas e proposições que promovam uma defesa irrestrita do direito a saúde, sendo esse o convite que fazia em suas ações no Estado e voltava a fazer na Conferência Municipal de Saúde de que estava participando.

Após afirmar “Nenhum passo atrás e muitos passos à frente!”, encerrou desejando a todos uma ótima jornada de trabalho.

### **MARIA DE FÁTIMA GUSTAVO LOPES**

Iniciou dando boas-vindas aos presentes e agradecendo à Comissão Organizadora das Conferências Distritais e aos colegas da Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Expressou seu grande alívio de chegar à XII Conferência de Saúde do Município do Rio de Janeiro depois de ter o dever cumprido em dez Conferências Distritais.

Por fim, agradeceu o apoio prestado aos Delegados, aos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde e ao Secretário Municipal de Saúde, Daniel Soranz.

### **BETINA DUROVNI**

Principiou sua fala cumprimentando os presentes e referindo-se à alegria de ver o auditório lotado e a enorme energia investida na discussão de políticas públicas de saúde.

Após dizer que todos os presentes conheciam a história do SUS na cidade do Rio de Janeiro e sabiam o quanto se havia avançado com muito esforço e determinação nos últimos anos, em especial na atenção primária, fez um convite para que não se deixasse de visitar a Feira Aqui Tem SUS, com a representação de todas as Áreas de Planejamento e a exposição de alguns trabalhos desenvolvidos no âmbito da atenção, da promoção e da vigilância em saúde que davam uma pequena mostra da qualidade e dos ganhos obtidos.

Ao mencionar que participaria dos três dias de trabalho da Conferência, afirmou ter clareza de que os pontos abordados e debatidos seriam centrais para o SUS defendido pelos gestores, igualmente militantes dessa política pública, e que todo país que busca ser desenvolvido e equânime deve garantir a saúde como um direito universal.

Por fim, desejou muito sucesso nos trabalhos e agradeceu a participação de todos, reafirmando a importância de, no difícil momento atravessado pelo país, manter-se o alinhamento com os pensamentos e os princípios caros e relevantes ao SUS.

## **MÁRIO CELSO DA GAMA LIMA JUNIOR**

Cumprimentou todos os presentes e disse que tivera a oportunidade de participar de algumas Conferências Distritais, com discussões maduras e bastante interessantes, o que aumentava suas expectativas em relação à Conferência Municipal de Saúde que se realizava. Em seu entender, essa Conferência refletia uma celebração democrática.

Encerrou dando boas-vindas a todos e desejando que o trabalho fosse muito produtivo e ajudasse na consolidação do SUS almejado por todos.

## **FELIPE PEIXOTO**

Após cumprimentar os presentes, disse trazer a todos os participantes um abraço do governador do Estado do Rio de Janeiro.

Afirmou acreditar na participação popular e nas Conferências de Saúde, observando a realização futura da 7ª Conferência Estadual de Saúde, que seria uma oportunidade de contar com a presença dos Delegados eleitos na Conferência Municipal.

Em seguida, ressaltou a relevância e os desafios das políticas públicas de saúde no país, em especial no Rio de Janeiro.

Assim, referindo-se à crise financeira vivida no Brasil, declarou ter certeza de que o SUS, em virtude da forma como foi construído, da capacidade de mobilização da sociedade e da participação efetiva de todos os seus segmentos, conseguiria ultrapassar as dificuldades e superar o momento desfavorável.

Destacou a parceria desenvolvida com o município do Rio de Janeiro, o COSEMS e o Ministério da Saúde para a unificação da Regulação na área da saúde, lembrando que o grande número de hospitais federais, estaduais e municipais existentes nesse município representa um grande desafio para a gestão da saúde. Afirmou ser fundamental que as esferas estadual, municipal e federal se mantenham unidas para oferecer à população carioca uma saúde pública de qualidade, e que, para tanto, criara-se, após seis meses de diálogo e participação efetiva dessas três esferas, a Central Unificada de Regulação.

Informou que, antes de dirigir-se até ali, passara na Central Unificada de Regulação e tivera o prazer de ver linhas de cuidado sendo implementadas no sistema, chamando a atenção para o fato de que os pacientes não querem saber se estão sendo atendidos em um hospital municipal, estadual ou federal. O que eles precisam saber é como serão atendidos. A partir do momento em que a Regulação se unifica, torna-se possível acabar com as filas nas portas dos hospitais e oferecer de fato atendimento à população. Em outras palavras, é preciso juntar os esforços de todos os serviços de saúde para que se consiga oferecer a atenção à saúde desejada pelos pacientes.

Em seguida, desejou que a Conferência fosse muito produtiva, manifestando a certeza de que a cidade do Rio de Janeiro fizera o dever de casa na realização de uma bela Conferência Municipal, do mesmo modo que o fizera em todas as Conferências prévias realizadas em cada regional, com discussões de ponta, atentas às demandas da sociedade. Além disso, observou que já participara da abertura de diversas Conferências de Saúde, e que estava muito feliz em ver um auditório tão cheio e participativo.

Em seu entender, é preciso acreditar que é por meio da democracia que se pode avançar, ou seja, que se foi o tempo em que não se podiam realizar Conferências, em que pessoas queriam falar e não podiam, e em que, se falassem, não eram ouvidas. Hoje, vivemos num Estado democrático de direito, onde todos temos o direito de expressar nossas opiniões.

Concluiu afirmando que é a partir da democracia e do diálogo com os Conselhos Municipais e Estaduais, e com os Conselhos Distritais, no caso do Rio de Janeiro, que haverá um caminho sólido para o SUS.

Que possamos construir, de forma conjunta e para todas as pessoas, um sistema de saúde de qualidade.

## **DANIEL SORANZ**

Depois de cumprimentar os integrantes da mesa e agradecer a presença das autoridades e de todos participantes, falou da imensa alegria de recebê-los na XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Observou, a princípio, que tanto ele quanto os demais membros da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro lutavam contra a privatização da saúde, ressaltando que a Conferência é um dos espaços legítimos mais importantes para a expressão de ideias, de consensos e de divergências, razão pela qual a responsabilidade de todos os participantes se torna decisiva para o encaminhamento das questões discutidas.

Em seguida, referiu-se ao princípio de paridade respeitado em todas as onze Conferências de Saúde realizadas na cidade do Rio de Janeiro, mencionando que 25% de seus participantes são gestores, outros 25%, profissionais de saúde, e 50%, usuários do SUS. Chamou atenção para o fato de que os Delegados presentes eram, em sua maioria, Conselheiros de Saúde ou Delegados eleitos nas Conferências Distritais de Saúde, o que expressava a força da população, e que contava com a força dessa participação na realização dos trabalhos.

Referiu-se ao fato de que tivera a oportunidade de fazer a conferência de abertura da Conferência Municipal de Saúde anterior, na qual foi intensamente debatida a integração entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e todos os municípios fluminenses, em especial o município do Rio de Janeiro, ressaltando que avanços importantes ocorreram, e que ainda há muito por fazer.

Registrou que 80% do que foi aprovado na Conferência Municipal de Saúde de 2011 em relação às discussões fundamentais foi cumprido, sendo preciso agradecer, também, à Secretaria de Estado.

Entre os temas polêmicos discutidos na última Conferência, destacou o IASERJ, lembrando que as Unidades da Penha e de Madureira estavam praticamente fechadas, pois atendiam a um grupo limitado de pessoas, e hoje atende toda população residente nos dois bairros.

Na sequência de sua fala, afirmou que a luta iniciada na Conferência permitira inserir efetivamente o IASERJ no SUS e que, assim, conseguira ampliar a oferta de seus serviços para a população. Dirigindo-se ao Secretário Estadual de Saúde, Felipe Peixoto, disse que tratar-se de uma conquista da população.

Em seu entender, numa Conferência de Saúde, todos podem se manifestar, podem falar o que pensam, devendo-se respeitar o que é conquistado pelo voto, expressão do legado democrático. Chamou a atenção da promotora

Madalena Junqueira e dos demais membros do Ministério Público presentes, dizendo da importância da presença e solicitando que acompanhassem todos os momentos da Conferência.

Na condição de Presidente eleito do Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ, lembrou a todos que as proposições das Conferências de Saúde são respeitadas, e que ali ninguém estava orientado a nada mais do que escutar e construir coletivamente proposições, haja vista a valiosa singularidade do processo democrático basear-se na construção feita pelo maior número de pessoas possível.

Em seguida ressaltou que, no Caderno do Delegado, constavam, de forma clara e muito bem organizada, todas as diretrizes e propostas votadas e aprovadas nas Conferências Distritais de Saúde, além das referências cabíveis em cada um dos eixos temáticos, em consonância com as orientações do Conselho Nacional de Saúde, encerrando sua fala com um agradecimento especial à Comissão Organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde; a sua substituta no Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ, Maria de Fátima Gustavo Lopes, representando os usuários; e ainda a Maria Clara, Júlia, Adelson, Sheila, José Liporage, Ângela de Lamare, Rogério, à Patrícia Albuquerque e ao David Lima. Agradeceu ainda à equipe de apoio: Carmem Terezinha, Marcelo, Haroldo, Tereza, Selma, Ana Lúcia, Wagner Ubiratan.

Conclui agradecendo a presença de todos os participantes, desejando a todos uma ótima Conferência.

Que possamos ajudar a construir um SUS ainda melhor, que seja um SUS cada vez mais público, de mais qualidade, e que seja não só um modelo de saúde, mas um modelo de sociedade.



# **XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

CONFERÊNCIA  
DE ABERTURA

# ORGULHO DE SER SUS: SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO<sup>1</sup>

**José Gomes Temporão<sup>2</sup>**

Gostaria de cumprimentar todos os presentes e agradecer ao convite que me foi feito pelo secretário municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Daniel Soranz. Tenho certeza de que todos os participantes viverão nestes dias um misto de responsabilidade, desafio e orgulho de serem Delegados num momento tão especial para o Sistema Único de Saúde (SUS). Meu envolvimento na luta política de construção do SUS se iniciou nos anos 1970, como estudante de medicina.

Creio ser fundamental que cada um de nós tenha clareza da preciosidade do momento que se vive numa Conferência de Saúde e da importância das contribuições; não apenas da contribuição de cada um, mas principalmente da contribuição coletiva em prol da construção do SUS que todos nós queremos. O que se vê hoje é resultado de décadas de lutas políticas de sanitaristas, profissionais de saúde, usuários, trabalhadores, partidos políticos e movimentos sociais, cuja atuação conjunta permitiu que chegássemos à representação instituída da participação social: a Conferência.

## LUTA POLÍTICA

A marca fundamental do SUS sempre foi a luta política. Todos aqui sabem que ele começou a ser concebido durante a ditadura militar. Suas raízes se encontram nos anos 1950, com a atuação de sanitaristas desenvolvimentistas que foram calados com o golpe militar e, depois, foram exilados.

Após a retomada da democracia no país, a construção do SUS se deveu ao trabalho de uma rede de instituições do campo da saúde pública como os departamentos de saúde pública de algumas faculdades, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, a Uerj, a Usp; e de vários municípios, universidades, centros de pesquisas, movimentos sociais, associações de bairros e igrejas, entre outros atores. Tratou-se de um grande movimento, cujo motor era a construção de uma consciência política coletiva que tornasse a saúde um bem público, ou seja, que a saúde não fosse encarada como uma mercadoria. Ainda estamos no processo de construção dessa consciência coletiva e não podemos dizer que já conseguimos alcançá-la. Há alguns anos, o Canadá fez uma pesquisa para que sua população escolhesse quem tinha sido a pessoa mais importante na história do país. Seus habitantes escolheram a pessoa que concebera e lutara pelo seu sistema de saúde, ou seja, a população percebeu que o seu sistema de saúde era uma conquista histórica e que deveria ser preservada por todos. Aqui, estamos no curso de um processo de luta para que isso se dê de forma plena.

1 - Conferência de abertura da XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, proferida em 17 de julho de 2015 no Rio de Janeiro. Preparação dos originais: Patrícia Albuquerque.

2 - Médico, graduado em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde Pública e Doutor em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro titular da Academia Nacional de Medicina. Foi professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública; secretário nacional de Planejamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); diretor do Instituto Nacional do Câncer (Inca); secretário nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; e ministro da Saúde do governo Lula entre 2007 e 2010. Desde 2011, ocupa o cargo de diretor executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), órgão permanente do Conselho de Saúde Sul-Americano da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL).



Nesse contexto, uma questão fundamental a ser lembrada é que saúde não é assistência à saúde, nem deve ser confundida com medicina e hospital. Saúde tem a ver com profundas mudanças na estrutura da sociedade e envolve diversos fatores como a radicalização da democracia, as reformas tributária e fiscal, o aumento da renda, a diminuição da desigualdade, a política habitacional, o saneamento básico e o impedimento de que alimentos contaminados e pesticidas cheguem às nossas mesas.

## PRODUZIR SAÚDE

Produzir saúde: é disso que se trata. Não se pode mexer nos princípios da saúde: unificação, democratização, integralidade, equidade, acesso universal e humanização. Lutamos por isso! São esses os princípios a que devemos ficar atentos, repudiando todas as iniciativas contrárias a eles.

Se alguém pensa que isso é novidade, engana-se. Os reformistas do século XIX defendiam o que defendemos hoje aqui. Eles diziam que a saúde das pessoas era um assunto da sociedade, ou seja, alertavam que as condições sociais tinham impacto direto sobre ela e que há a obrigação de zelar pela saúde das pessoas. Isso foi afirmado em 1850 e vem sendo reafirmado nas últimas décadas.

Há duas frases memoráveis de Ernst Neumann e Rudolf Virchow. O primeiro disse: “A ciência médica em seu núcleo mais interno e essencial é uma ciência social”, e o segundo radicalizou: “A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala”.

O SUS brasileiro é, indubitavelmente, um componente fundamental da luta pela igualdade e pela melhoria das condições de vida da população brasileira. Com a Constituição de 1988, saímos, após grande luta, de um sistema de saúde em que havia três tipos de brasileiros: os muito ricos, que pagavam para ter acesso a saúde; os trabalhadores protegidos pela Previdência Social; e a grande maioria da população, que era apenas objeto de caridade ou filantropia, ou seja, morria sem receber assistência médica adequada.

A Constituição brasileira de 1988 mudou radicalmente esse cenário, ao considerar a saúde um direito de todo cidadão e um dever do Estado. De acordo com essa visão, o acesso a saúde deve permanecer descentralizado nos estados e municípios da Federação, e contar com a participação dos setores público e privado (sob critérios) e da participação social em todos os seus níveis.

### OS ÚLTIMOS 25 ANOS

Conseguimos construir, desde então, um sistema universal que atenda a todos igualmente? Não.

Hoje, sete em cada dez brasileiros (70%) dependem exclusivamente do sistema público de saúde, desde as suas ações de promoção até o transplante de órgãos. Os outros trinta (30%), todavia, possuem seguro privado e, ao mesmo tempo, utilizam o SUS seja para transplantes e drogas de alto custo, seja para atendimentos de emergência, políticas de vacinação e tratamento da Aids, entre outros exemplos.

Ora, isso quer dizer que o SUS é um patrimônio do país e é utilizado por todos!

## ALGUNS PROBLEMAS NA TRAJETÓRIA DO SUS

O SUS nasceu subfinanciado. Quando a Lei do Sistema Único de Saúde foi aprovada em 1990, os recursos do antigo INAMPS, em vez de serem somados aos recursos da União, foram retirados do financiamento do novo sistema.

Ao longo de décadas, não conseguimos avançar nessa questão, pois se trata, na verdade, de uma questão relacionada à estrutura fiscal e tributária do país. Enquanto não avançarmos de fato nas reformas fiscal e tributária, continuaremos a dizer em nossas Conferências de Saúde que o SUS é subfinanciado.

O federalismo existente no Brasil exige um gigantesco trabalho de pactuação. Inventamos no SUS algo muito interessante, as Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites, mas todos aqui presentes, assim como aqueles que não estão, mas vivem o dia a dia da saúde, sabem que os municípios com até 20 mil habitantes são frágeis em sua capacidade organizacional. Não por acaso, um dos temas centrais da 15ª Conferência Nacional de Saúde é a revisão da municipalização, que fragmenta as ações, e a retomada da questão regional.

Os setores mais organizados dos trabalhadores apoiam o SUS, mas na prática sentam com seus patrões e acertam planos e seguros de saúde para eles e suas famílias. Aliás, não apenas os setores mais organizados; nós, trabalhadores do SUS, temos atendimento privado subsidiado e financiado por toda a sociedade brasileira, o que é, no mínimo, um disparate. Creio que os servidores do Executivo, do Legislativo e do Judiciário, incluindo a presidência da República, deveriam obrigatoriamente utilizar o SUS ou, se quisessem ter um plano de saúde privado, pagá-lo com recursos próprios, sem nenhum tipo de subsídio.

Todos os partidos políticos, da extrema-direita à extrema-esquerda, amam o SUS. Para eles, o SUS é maravilhoso, sensacional. Hoje, todavia, temos uma série de projetos de lei tramitando no Congresso Nacional que são altamente prejudiciais ao seu funcionamento. De certa forma, o Parlamento, ao se debruçar em questões que são essencialmente responsabilidades normativas do Poder Executivo, está perdendo o seu papel institucional. A área da saúde desperta muito interesse do ponto de vista da acumulação de capital. As novas tecnologias e a dinâmica de inovação nela envolvidas geram interesses capitalistas muito fortes, e isso tem impacto efetivo sobre o sistema de saúde, não apenas no Brasil, como em todo o mundo.

A toda hora, lemos na imprensa que é preciso defender o SUS principalmente porque ele atende à população mais pobre. Nós, no entanto, não construímos o SUS para atender aos mais pobres. Construímos o SUS para atender a todos, sem estabelecer nenhum tipo de diferença entre as pessoas.

Ao longo de décadas, vários governos criaram, direta ou indiretamente, subsídios que estimularam o crescimento do setor privado na área de saúde, mas ainda assim o sistema conseguiu avançar, o que deve ser um motivo de orgulho de estarmos aqui hoje nesta Conferência. Avançamos muito em muitas coisas! Hoje, o programa Estratégia Saúde da Família, que atende a mais de 100 milhões de brasileiros, é o maior sistema de atenção primária do mundo. Nenhum país o tem, e seu impacto positivo sobre as condições de vida da população é importantíssimo!

Pude vivenciar uma situação bastante exótica, quando fui Subsecretário de Atenção à Saúde na gestão do grande Sérgio Arouca à frente da Secretaria Municipal de Saúde no governo César Maia. Não duramos quatro meses no cargo, porque apresentamos ao prefeito uma proposta radical de universalização da Estratégia Saúde da Família para o município do Rio de Janeiro, que evidentemente foi para a gaveta, de onde não saiu.

Fico feliz, portanto, ao saber que o município do Rio de Janeiro alcança hoje com a Estratégia Saúde da Família mais de 50% de sua população.

## REALIZAÇÕES DO SUS

O Programa Nacional de Imunizações brasileiro não é apenas o melhor do mundo. Além disso, hoje, 95% das vacinas nele utilizadas são produzidas no Brasil, com tecnologia brasileira. Enquanto os demais países da América Latina fechavam suas plantas públicas de produção de vacinas, o Brasil investiu nisso, fortalecendo o Bio-Manguinhos, o Butantã e outros laboratórios produtores de vacinas.

Nosso programa público de prevenção e tratamento da Aids, citado no relatório da Organização das Nações Unidas que acaba de ser publicado, reafirma que o Brasil mantém a posição de protagonista e líder mundial nesse tipo de iniciativa.

Em relação ao transplante de órgãos, somente os Estados Unidos fazem mais transplantes do que o Brasil. Somos o segundo país do mundo em número de transplantes de órgãos e obtivemos uma gigantesca ampliação do acesso e da cobertura em sua realização.

Por sua vez, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), criado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, representa um importante avanço no atendimento de urgências e emergências.

É preciso lembrar também que fechamos os manicômios e fizemos uma Reforma psiquiátrica mundialmente reconhecida. Hoje, dispomos de uma rede de base territorial, comunitária, equipada com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residências Terapêuticos (SRT), entre outros dispositivos, que representa um grande avanço e cumpre, no SUS, a política de direitos humanos para as pessoas portadoras de transtornos mentais.

O Brasil, além disso, é o único país do mundo com uma política de atenção integral à saúde bucal. Poucos países no mundo tiveram queda tão grande do hábito de fumar entre os maiores de 18 anos, que representam 15% da população. Há vinte anos, o número de fumantes era de 34%.

Por fim, implantamos uma política voltada para a criação de novas tecnologias, envolvendo a produção de genéricos, a vigilância epidemiológica e sanitária, e a ampliação de assistência farmacêutica.

Mas atenção! O aumento da expectativa de vida é um dado importante. Assim, é preciso discutir garantias relacionadas à qualidade de vida, pois os números, às vezes, não dizem tudo.

A mortalidade infantil vem caindo de maneira expressiva, assim como a mortalidade materna devida a doenças crônicas e as doenças imunopreveníveis. O SUS é extremamente importante para a melhoria das condições de vida da população, contudo os sistemas de saúde são estruturas hipercomplexas, amplamente baseadas no trabalho humano. Bancos se valem de computadores e reduzem o número de empregos; fábricas automotivas usam robôs e fazem o mesmo. Na área da saúde, quanto mais se incorpora a tecnologia, mais trabalhadores são necessários. Por isso, são as pessoas o ponto central das discussões sobre o SUS.

O ex-ministro Agenor publicou nesta semana um artigo no jornal O Globo, cujo título é: "O que importa são as pessoas". As condições de vida da população brasileira precisam ser melhoradas.

## PENSAR O FUTURO

Para pensar o futuro, temos de pensar nas assim chamadas transições modernas. A primeira delas é a epidemiológica.

No Brasil, os brasileiros morrem, basicamente, das mesmas causas que os americanos, os ingleses e os canadenses, ou seja, de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, e de câncer com fatores agravantes. Além disso, há um conjunto de doenças infectocontagiosas, como a Aids, a tuberculose, a malária e, principalmente, a dengue, que continuam sendo expressivas, bem como o elevado número de homicídios: 50 mil por ano, principalmente de jovens negros do sexo masculino. Trata-se de uma guerra. Aliás, nenhuma guerra no mundo mata tanto quanto se mata no Brasil. Mais um dado alarmante: 40 mil óbitos são causados por acidentes de trânsito. Em resumo, além das doenças crônicas, temos os graves problemas da violência, dos acidentes de trânsito e das doenças infectocontagiosas.

A Organização Mundial da Saúde indica que, em 2030, o câncer será a principal causa de morte. Especialistas estimam que o número de mortes causadas pelos diferentes tipos de câncer ultrapassará o de mortes causadas por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Precisamos estar preparados para isso!

O Brasil também está envelhecendo muito rapidamente. Em 2025, haverá mais de 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Haverá mais brasileiros acima de 60 anos do que entre zero e 19 anos. A taxa de fecundidade já está em 1,7 filho por mulher em idade fértil, ou seja, despencou. Ora, o rápido envelhecimento da população brasileira certamente terá impacto sobre o SUS, tanto em seu custo quanto em sua organização.

## A VIDA MODERNA E O DILEMA ALIMENTAR

Na vida moderna, ninguém mais tem tempo para comer em casa. As pessoas passam no supermercado, compram um empadão e usam aquela maquininha que deixa tudo quentinho rapidamente. Só que esse empadão é uma bomba de sódio, gordura e açúcar. Hoje, 50% da população brasileira está acima do peso, e 15% pode ser considerada obesa, segundo o Ministério da Saúde.

Esse contexto constrói as bases de uma nova epidemia. Estamos em plena construção de uma epidemia de diabetes tipo 2 e hipertensão arterial, doenças que levam a problemas de saúde gravíssimos. Temos aqui, portanto, uma questão relacionada à promoção de saúde extremamente complexa, uma vez que a indústria de alimentos usa inúmeras estratégias, algumas das quais voltadas para as crianças, que visam criar, desde a mais tenra idade, um consumidor obediente aos modismos do mercado.

Adicionalmente, não dispomos de uma política de rotulagem dos alimentos que diga, com clareza, o que iremos consumir. O Equador aprovou uma lei muito simples: alimentos com muito sódio, açúcar ou gordura têm uma gigantesca tarja vermelha em seu rótulo. Basta ver o vermelho no rótulo de um alimento para saber que ele não é saudável. Para níveis intermediários, há uma tarja amarela e, para níveis baixos, uma tarja verde. Vocês sabem o que aconteceu? Seis meses após a aprovação dessa lei, o consumo de alimentos com tarja vermelha sofreu uma queda de 30%. Na prática, obrigou-se a indústria a rever suas posições.

No Brasil, você tem de andar com uma lupa para conseguir ler o que está escrito no rótulo dos alimentos. Aliás, notei que um camelô próximo ao local onde trabalho vende lupas. Não sabia que existia um mercado para lupas. Agora, já sei que servem para ler as letrinhas dos rótulos dos alimentos que ninguém consegue enxergar.

## TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA E CULTURAL

A atual transição tecnológica é outro ponto relevante em nossas discussões. O que ela tem a ver com a sustentabilidade do SUS? Ora, se o Brasil não tem condições de garantir a oferta de novas tecnologias em saúde – refiro-me tanto a medicamentos quanto a equipamentos de diagnósticos terapêuticos, tecnologias duras -, teremos de construir políticas para garantir o acesso de toda a população brasileira a elas.

Toda sociedade constrói uma visão sobre a saúde, e não apenas sobre a saúde como um bem em si, mas também sobre a saúde como um direito que deve ser garantido. O sanitarista italiano Giovanni Berlinguer, recentemente falecido, e o psicanalista inglês Donald W. Winnicott, cujo trabalho com crianças órfãs é um marco, são dois autores que podem nos ajudar no desafio de dar um SUS de qualidade a toda a população brasileira.

Berlinguer e Winnicott nos ajudam a pensar o conceito de consciência sanitária e produção da saúde, ou seja, o fato de que as pessoas têm sua estrutura genética e interagem com o ambiente físico, mas contam também com uma estrutura emocional, com determinantes sociais e com padrões de adoecer e de morrer. Winnicott nos ensina sobre a questão da democracia: “Tudo começa em casa, nos primórdios da vida”. Um filho desejado, uma gravidez cuidada, uma família com estrutura, um parto normal, um bebê que seja amado e acompanhado durante os primeiros anos de vida são fatores que constituem a base da saúde futura. Berlinguer, por sua vez, afirma: “Por consciência sanitária entendo a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade”. Mas como esse direito é sufocado e esse interesse, descuidado, a consciência sanitária deve corresponder a uma ação, a um só tempo, individual e coletiva.

Isso é justamente o que estamos fazendo aqui, ao construir uma consciência política acerca da consciência sanitária. Na sociedade, há uma série de coisas que induzem uma percepção negativa da saúde, entre as quais o foco na doença e na medicalização, ou seja, a medicina incorpora nos espaços de cuidado o complexo médico-industrial, impulsionado pela propaganda tanto de medicamentos quanto de planos de saúde.

Todo mundo vê as propagandas de planos de saúde que passam na TV com CTIs maravilhosos, enfermeiras lindas e aviões a jato levando os pacientes de um lado para outro. Pois é, eles estão vendendo uma imagem de saúde que não é a nossa. Hoje, em todos os jornais e revistas, veem-se propagandas e artigos sobre a promoção de saúde e hábitos saudáveis, mas também sobre medicina estética e novas tecnologias. Diversas revistas semanais trazem em suas capas matérias sobre o alto interesse social de novas tecnologias inventadas pela indústria. Como dizia nosso querido Marx ao escrever *O capital*, trata-se aqui tão somente de uma ideologia do consumo, ou seja, de como inculcar nas pessoas necessidades produzidas pela indústria. Nas palavras de Marx: “Você produz não somente o objeto para o sujeito, mas também sujeitos para o objeto”. É a essa construção de sujeitos alienados que temos de contrapor a construção de um sujeito coletivo consciente da importância da saúde universal e igual para todos.

O brilhante Henfil, de quem todos nós lembramos, sintetizou numa tirinha algo que está no mesmo nível de uma grande tese de doutorado. Nela, veem-se, sentado, o dono de uma indústria farmacêutica e, em pé, um jovem pesquisador que acabou de descobrir um novo remédio. O primeiro então diz: “Parabéns, o remédio que o senhor descobriu foi aprovado, agora só falta o nosso departamento de marketing criar a doença”. Henfil, assim, conseguiu sintetizar a essência do processo de deseducação continuada que transmite uma visão de saúde e assistência alienante que se volta para o consumo e gera “o homem medicalizado”.

Recentemente, além da Ritalina para controlar crianças inquietas, inventou-se a síndrome da perna que não consegue ficar parada. Observou-se que tem gente que não consegue ficar com a perna parada, e assim já inventaram a doença e o remédio para que ela deixe de sacudir.

## QUATRO QUESTÕES FUNDAMENTAIS

Em via de concluir, gostaria de ressaltar quatro questões fundamentais para o futuro do SUS: a econômica, a tecnológica, a sustentabilidade do cuidado e a sustentabilidade política.

Na questão econômica, o Brasil gasta em saúde pouco mais de 8% do PIB, mas há um detalhe nesse montante que precisa ser lembrado. Enquanto na Inglaterra, cujo sistema de saúde é de fato universal (85% dos gastos com saúde são públicos), no Brasil esse percentual é de apenas 48%, ou seja, a maior parte dos gastos com saúde é privado e, vale dizer, também é desembolsado diretamente pelas famílias, principalmente com medicamentos, mas também com assistência.

Existe uma política muito perversa que retira do SUS R\$ 15 bilhões por ano, por meio de subsídios e renúncia fiscal para o setor privado. Dito de outro modo, a população brasileira financia, por meio dos impostos que paga, o plano de saúde dos servidores dos três Poderes da República. Em homenagem ao ex-ministro Adib Jatene, que sempre falava sobre a famosa pizza distributiva, cabe esta pergunta aqui: por que não há dinheiro para a saúde? É simples, vou explicar por quê. Em 2010, do orçamento de 1 trilhão e 400 bilhões da União, 45% foram usados para pagar juros, amortizações e o refinanciamento da dívida pública, 4% seguiu para a saúde, 0,05% para a segurança pública, 0,04% para o saneamento, 2,89% para a educação, 0,38% para a tecnologia, 0,09% para a cultura e 0,06% para direitos ligados à cidadania. A pizza, portanto, mostra que praticamente metade de todo o esforço do trabalho dos brasileiros e das brasileiras vai para a mão de alguns milhares de credores da dívida pública, razão pela qual não há dinheiro para a saúde.

É indispensável que façamos uma reforma fiscal e tributária, e que aprovemos o imposto sobre as grandes fortunas para que a saúde tenha recursos financeiros. Os R\$ 15 bilhões que deixam de entrar no SUS a cada ano correspondem ao que os economistas chamam de gastos tributários, isto é, quando o Estado deixa de arrecadar parte do imposto devido, ele age como se estivesse realizando um pagamento implícito.

Esse gasto tributário tem dois níveis: as famílias podem abater gastos com saúde do Imposto de Renda, como internações, planos de saúde, médicos, psicólogos e dentistas; inclusive, se alguém está insatisfeito com a estética de seu nariz, pode fazer uma cirurgia estética e botar na conta do Fisco. É absurdo! De sua parte, empregadores podem abater gastos com a assistência médica de seus empregados do lucro tributável de suas empresas. Além disso, a indústria de medicamentos tem renúncia de PIS e COFINS, e os hospitais filantrópicos têm isenção de Imposto de Renda, Contribuição Social e COFINS.

Quanto isso significou em recursos financeiros no ano de 2011? Nesse ano, deixaram de entrar no sistema público em razão de renúncias e subsídios, que, na prática, fortalecem o setor privado, R\$ 15,8 bilhões.

A sustentabilidade tecnológica é uma segunda questão muito importante para entender o futuro do SUS, pois mostra que a indústria da saúde é o outro lado da saúde propriamente dita. Ora, o acesso a saúde é uma política fundamental para a melhoria das condições de vida e a conquista de cidadania, mas também uma das áreas mais dinâmicas do capitalismo. Assim, devemos tentar impedir que a lógica da indústria caminhe sozinha.

Para que articular e mesmo submeter a dinâmica da indústria médico-farmacêutica aos princípios do SUS? Para que todos os brasileiros possam ter acesso a todas as tecnologias disponíveis.

Por exemplo, uma empresa americana descobriu uma droga que cura a hepatite C, só que o custo do tratamento nos Estados Unidos por paciente era de US\$ 100 mil e foi esse o preço oferecido pelo laboratório ao governo brasileiro. Acabou sendo de US\$ 7,5 mil. No período em que fui ministro, quebrou-se a patente do Efavirenz. Foi a primeira vez que o Brasil licenciou compulsoriamente uma droga.

Assim, creio estar na hora de discutir de que modo se pode garantir o acesso de todos às novas tecnologias sem que estejamos necessariamente presos a preços impostos pelo setor privado. Há forte interdependência entre a saúde como um bem e a oferta de tecnologias.

Hoje no Brasil a saúde em toda a sua dimensão econômica representa cerca de 10% do PIB. O mesmo percentual de trabalhadores brasileiros qualificados trabalha na saúde. São 12 milhões de empregos diretos e indiretos relacionados a ela. Além disso, a saúde funciona como plataforma crítica para diversas tecnologias do futuro, como a biotecnologia, a química fina, a telemedicina e a nanotecnologia. É imperativo, portanto, construir uma política que reduza a dependência pública nesse campo.

A terceira questão fundamental a ser enfrentada pelo SUS diz respeito à sustentabilidade do cuidado, apropriado na área de saúde como intervenção técnica. Na verdade, trata-se de uma questão inerente à defesa da vida, isto é, de uma mudança de mentalidade relacionada a um modo específico de viver em comunidade e de cuidar. Todos os dias, recebo telefonemas de pessoas desesperadas que foram a um serviço de saúde, conseguiram fazer alguns exames, mas não todos, precisam fazer mais um exame muito complicado, sofisticado, e o serviço lhes diz: "Você precisa fazer este procedimento. Vire-se!" Isso não é uma caricatura, é real, acontece todos os dias, quando, na verdade, a partir do momento em que uma pessoa entra num serviço de saúde, este se torna responsável tanto por seu acolhimento quanto por seu tratamento até que ela receba alta médica.

Refiro-me a cuidado aqui de acordo com uma visão ontológica, isto é, como cuidado essencial. Temos que cuidar de nossos pacientes e não queremos nos livrar deles, como muitas vezes ocorre. Hoje, no dia a dia de um serviço de saúde, na produção de saúde, cuidado e sustentabilidade são fundamentais. Como dizia nosso querido Sérgio Arouca, o SUS é parte do processo civilizatório no Brasil.

Mas como se pode criar um ambiente facilitador num país que, ano após ano, mata 50 mil jovens negros e pobres? O que é o cuidado essencial nesse contexto? Quero dizer que nós estamos muito longe de uma Pátria e de uma sociedade justas. Avançamos muito na redução da desigualdade, mas ainda temos um gigantesco caminho a percorrer.

Como fazer isso? Primeiro ponto, cuidar de quem cuida. Sem cuidar dos cuidadores, não há como enfrentar essa questão. Para isso, temos que romper com o senso comum que diz: "Alta complexidade é máquina, ressonância, tomógrafo, cirurgia cardíaca, neurocirurgia etc.".

Não há nada mais complexo do que o trabalho de uma enfermeira, médica ou assistente social na periferia de uma grande cidade no Brasil. As tecnologias relacionais, o trabalho em grupo, em equipe, a sintonia entre equipes, gestão, paciente e sua família são fundamentais, razão pela qual temos de conhecer o território em que trabalhamos, bem como ter uma estratégia para a equipe de cuidado, os usuários e seus familiares.

Como frisei, a missão do SUS é avançar na construção desse tipo de consciência. O futuro das gerações, o futuro do Brasil, está ligado a um sistema universal financiado com recursos públicos e que seja o mesmo para todos os cidadãos. As elites brasileiras veem o SUS como um sistema para os pobres e acham que ter um plano privado de saúde lhes dá status. Embora não creia que a atual composição do Congresso Nacional vá aprovar algo que signifique um avanço real para o sistema de saúde, temos a obrigação de pensar como construir nossa hegemonia no atual contexto brasileiro.

A filosofia humanista e generosa do SUS ainda toca o coração das massas? O que é preciso fazer para que essa filosofia humanista e generosa cale fundo no coração das massas e se transforme, de fato, numa força hegemônica?

Bem, temos alguns desafios. Por exemplo, o que representa o ato médico, quando as melhores práticas se voltam para a multiprofissionalidade na saúde? Devemos priorizar a formação de equipes com o uso de tecnologias relacionais e cuidar tanto de quem cuida quanto do que se transmite aos pacientes e suas famílias. Além disso, é preciso tratar da reforma do Estado e da gestão na área de saúde, rediscutir o papel do setor privado no SUS e aperfeiçoar a participação dos Conselhos e Conferências. De fato, não acredito que o Brasil avance sem tecer uma estrutura que interligue saúde, educação, ciência e tecnologia.

Chegamos, assim, à quarta questão decisiva para o futuro do SUS, a sua sustentabilidade política. Por que não se inicia um movimento para aprovar uma lei obrigando a Estratégia Saúde da Família a atender a 100% da população brasileira, ou seja, obrigando todos, inclusive quem tem plano de saúde privado, a ter acesso à porta de entrada propiciada pela Estratégia Saúde da Família? Pode parecer uma proposta inusitada, mas esse é um fator importantíssimo em prol da racionalidade e da qualidade na saúde.

Não acredito, contudo, em grandes mudanças, pois a mudança se constitui na base do sistema. A mudança se constituirá, assim, na universalização da visão de uma Estratégia Saúde da Família. O grande sanitarista e professor Gastão Wagner, de Campinas, tem defendido que devemos superar a fragmentação do sistema e repensar a questão das redes com foco na regionalização. Ele propõe a criação de uma nova institucionalidade, isto é, de um modelo jurídico institucional público que articule o conjunto de municípios de uma determinada região.

Seja como for, o fato é que precisamos não apenas de uma reforma fiscal e tributária, mas também de uma nova etapa de radicalização na construção do SUS e da democracia brasileira. Em outras palavras, de um retorno às raízes da Reforma sanitária, porque o SUS foi criado para mudar a sociedade. Nossa tarefa não é apenas construir um sistema bom e de qualidade. Trata-se também de mudar a sociedade, a fim de que consigamos, reafirmo, construir uma consciência política em defesa da saúde como direito, como responsabilidade do Estado, destinada a todos e sem quaisquer tipos de distinção.

É verdade que existe uma racionalidade econômica que nos impede de ter acesso a mais recursos. Não por acaso, sempre se escutam políticos dizendo que "os recursos são escassos". O curioso dessa afirmação é que os recursos são escassos para os outros, mas não para eles. Para os políticos, os recursos não são escassos, pois têm acesso a um plano, bem como condições de serem atendidos. É para a maioria da população brasileira que os recursos são sempre escassos.

Existem, pois, dois projetos em confronto no Brasil. O primeiro deles é o nosso projeto, o de um SUS universal, integral e equânime, financiado com recursos públicos, que tem englobado duas polêmicas: a gestão das unidades de atendimento e o papel do setor privado. O segundo modelo corresponde ao fortalecimento progressivo do setor privado de seguros de saúde, sustentado na renúncia fiscal e no discurso de que o Estado não tem condições de financiar um sistema de saúde universal e integral.



Estamos hoje, repito, no calor dessa luta política. Ao preparar esta conferência de abertura, consultei o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, na qual fui delegado. O que está escrito lá? Primeiro, que as mudanças necessárias não se limitavam a uma reforma administrativo-financeira, que tínhamos de reformular profundamente o próprio conceito de saúde. De acordo com os resultados da 8ª Conferência, não apenas temos de fortalecer gradualmente o setor público, como o setor privado deve participar da área da saúde sob a forma de um serviço público concedido. Até o momento, todavia, não conseguimos avançar nessa direção.

Para concluir, recorro a mais duas contribuições que julgo muito importantes para as nossas reflexões. A primeira delas é do sociólogo James Holston, que disse: “A cidadania é sempre um projeto em construção, o que dá a cada geração a confiança de poder reconstruí-la, porque todas as cidadanias são incompletas, todas têm seus paradoxos e disjunções”. A segunda vem do já citado Winnicott: “Nós podemos curar o nosso paciente e nada saber sobre o que lhe permite continuar vivendo”.

Para nós, profissionais de saúde, é de suma importância reconhecer abertamente que a ausência de doença pode ser saúde, mas não é vida.

Muito obrigado!



# XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

DIRETRIZES  
E PROPOSTAS

# I - FINANCIAMENTO E RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO

## DIRETRIZ:

Fortalecimento da assistência pública de saúde e do respectivo financiamento com ampliação, otimização e maior fiscalização dos recursos destinados ao SUS.

## PROPOSTAS NACIONAIS:

1. Revisão da EC 86-2015 que instituiu o piso escalonado de 15% da Receita Corrente Líquida federal para o financiamento do SUS e apoio incondicional ao Saúde+10 que defende o investimento de 10% da Receita Corrente Bruta da União em ações e serviços públicos de saúde. Além da garantia de um aumento dos recursos federais, é necessário investir no SUS por meio de receitas não integradas ao piso obrigatório de repasses governamentais, instituindo:

- a) desvinculação dos recursos provenientes dos Royalties do Pré-Sal dos pisos de investimento constitucionais em saúde;
- b) aumento de 10% do percentual do repasse do IPVA, já existente, para o financiamento da saúde;
- c) extinção da DRU (Desvinculação das Receitas da União) para o orçamento da Seguridade Social;
- d) tributação sobre as grandes fortunas com direcionamento de no mínimo 10% para o SUS, com prioridade para Atenção Primária.

2. Garantir que os recursos do SUS sejam dirigidos aos serviços públicos, sem financiamento estrangeiro, privatização ou atividades-fim executadas por Organizações Sociais - O.S., Organizações Não-Governamentais (ONGS), etc.

3. Garantir o ressarcimento ao SUS pelo planos privados de saúde, instituído pelo Art. 32 da Lei Nº 9.656 / 1998 por meio da ampliação dos mecanismos de fiscalização, direcionando-os para o Fundo Nacional de Saúde do município que prestou o serviço e não para o Fundo Nacional de Saúde.

## PROPOSTAS ESTADUAIS:

1. Garantir o repasse dos recursos financeiros dos procedimentos executados, do estado ao município, conforme a configuração das Regiões de Saúde, por meio da fiscalização da sociedade civil, dos Conselhos Distritais e Municipais de Saúde, e da transparência das transferências dos recursos realizadas.

2. Maior transparência nas relações de financiamento da OSS, por meio da prestação de contas com a devida publicidade e punição para aquelas que não cumprirem suas responsabilidades.

3. Repactuar na CIB (Comissão Intergestora Bipartite) o financiamento do teto da Média e Alta Complexidade (MAC) na proporcionalidade da população do município.

4. Acessar os dados e informações da prestação de contas do município que devem ser disponibilizados em linguagem simplificada e por meio de canal eletrônico.

5. Fortalecer o aumento da qualificação dos Conselheiros de Saúde por meio de Educação Permanente (EP), criando-se redes de informação e troca de experiências, a fim de que o controle da distribuição e o emprego dos recursos sejam exercidos de forma mais efetiva e garantam ampla publicidade da aplicação dos recursos, com demonstrativos que assegurem transparência, visibilidade, legibilidade e integralidade, por meio de ferramentas da web (Portal de Transparência) de todos os entes federativos.

## PROPOSTAS MUNICIPAIS:

1. Apoiar o Movimento Nacional Saúde + 10, em relação à tributação de grandes fortunas e à garantia de aplicação do mínimo de 10% da Receita Corrente Bruta do Governo Federal.

2. Rever o projeto da Lei de Responsabilidade Fiscal e o investimento do Governo Federal na Saúde para estados e municípios, uma vez que houve descentralização das ações e serviços de saúde, mas não se fez o acompanhamento proporcional de investimentos financeiros para esses dois entes, especialmente direcionados para as ações e os serviços de saúde.

3. Revogar a Lei 13.019/2015 que permite a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e imediata Auditoria Cidadã da Dívida Pública com repúdio e anulação dessa dívida ilegítima e insustentável; bem como eliminar os subsídios públicos e a renúncia fiscal permitida aos planos privados de saúde, eliminar o limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal à despesa com pessoal na saúde, e cancelar a desvinculação das Receitas da União (DRU) com a criação do Imposto sobre as Grandes Fortunas.

4. Repasse de recursos do Ministério da Saúde com destinação exclusiva para os Conselhos de Saúde a fim de garantir a autonomia dos mesmos.

5. Garantir aos Conselheiros de Saúde maior poder de fiscalização na execução dos contratos firmados com Organizações Sociais - O.S., com acesso amplo e prévio a toda documentação necessária, incluindo o acesso ao Painel de Gestão para acompanhamento dos recursos públicos empregados e assento na Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA).

6. Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para que os governos possam promover concursos públicos para a área da saúde.

7. Ressarcimento ao SUS pelas indústrias do tabaco e outras que lucram com a venda e promoção de produtos nocivos a saúde e de contaminação no meio ambiente.

8. Revisão dos valores da tabela SUS e padronização dos Centros de Custos das unidades assistenciais, visando garantir a transparência dos processos de trabalho.

9. Garantir financiamento para a implantação de transporte sanitário, a fim de atender situações específicas de atenção à saúde, com parâmetros e critérios definidos nos moldes da Regulação, incluindo a rede CAPS, e conforme protocolos a serem elaborados.

10. Garantir a aplicação do financiamento para ações, equipes e equipamentos de Atenção Psicossocial, incluindo CAPSad, UA, UAI, CAPSI, CAPS e Consultório na Rua, de acordo com o planejamento das Áreas Programáticas (AP), trabalhando na lógica da redução de danos e de acordo com os princípios do SUS, em detrimento do investimento financeiro público nas comunidades terapêuticas.

11. Criar e/ou ampliar as medidas necessárias ao fiel cumprimento da Lei de Compensação (Lei 9656/1998) que garante ressarcimento ao SUS pelo atendimento a portadores de planos privados de saúde pelas unidades prestadoras de serviços do SUS.

12. Defender todas as propostas referentes à ampliação da captação de recursos, tais como: 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde, taxação das grandes fortunas com direcionamento de, no mínimo, 10% para o SUS, fim das renúncias fiscais e de outras medidas que reforcem o orçamento da União para o SUS, e a destinação de parte dos royalties do Petróleo para a saúde.

13. Lutar contra a privatização das atividades na saúde pública, assim como a entrada de capital estrangeiro na exploração das atividades assistenciais e financeiras da saúde.

14. Administração e defesa de um SUS público e de qualidade: não priorizar as Organizações Sociais - O.S. e a adoção de quaisquer outros modelos privatizantes de gestão, tais como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

15. Não à privatização da Assistência Farmacêutica e pelo fim imediato do copagamento no Programa Farmácia Popular do Brasil, além da redução progressiva dos recursos destinados ao Programa com vistas a encerrá-lo em médio prazo, com reinvestimento obrigatório desses recursos quer na qualificação, no fortalecimento e na expansão da Assistência Farmacêutica Básica, quer na ampliação do acesso aos medicamentos exclusivamente por esse meio.

## II - VALORIZAÇÃO DO TRABALHO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

### DIRETRIZ:

Consolidar o SUS com o desenvolvimento e implantação de políticas que contemplem uma formação em saúde integrada às políticas públicas de saúde, com qualificação da Atenção Primária, incluindo a educação permanente, a educação em saúde, a integração ensino-serviço aliadas a uma política de comunicação e de valorização da formação, do trabalho e do trabalhador, comprometida com a garantia dos direitos sociais, com fortalecimento da participação social e envolvendo o maior número de atores da sociedade civil.

### PROPOSTAS NACIONAIS:

1. Garantir a regulação das vagas de residência médica, de acordo com as necessidades de saúde da população, com base em dimensionamento de Recursos Humanos, com ênfase na necessidade de especialistas da atenção primária em saúde, especificamente Medicina de Família e Comunidade que deve ter um percentual mínimo de 40%.
2. Criar políticas de valorização dos profissionais de saúde, através do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) com desenvolvimento profissional contínuo, garantindo a realização de concursos públicos por regime estatutário e outras ações de valorização do trabalho, além da convocação, lotação e reposição de Recursos Humanos (RH), com aproveitamento do Banco de Concursados existente para sanar o desfalque de todas as categorias funcionais.
3. Garantir a revisão e a execução da política de formação dos profissionais da saúde com reorientação dos projetos político-pedagógicos das instituições de ensino para atender às necessidades do SUS no âmbito da gestão, da formação e da assistência à saúde dos três níveis de atenção, sob a lógica do conceito ampliado de saúde e de acordo com as políticas públicas voltadas para a formação em serviço no SUS, levando em consideração o debate entre as instituições formadoras, gestores de saúde, os Conselhos de Classe, os profissionais e Conselheiros de Saúde, com foco na Atenção Primária.

### PROPOSTAS ESTADUAIS:

1. Garantir a fiscalização pelos órgãos competentes da inserção do/a residente no campo prático e do projeto político pedagógico a fim de que ele não seja mão de obra substitutiva durante o processo de formação uniprofissional ou multiprofissional.
2. Garantir e ampliar a inclusão de todas as categorias profissionais da área da saúde contempladas por cursos de residência.
3. Ampliar as parcerias com Escolas Técnicas, Universidades e afins, para aumento do número de vagas garantindo cursos de formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde, priorizando os ambientes acadêmicos do próprio território, aumentando o investimento na qualificação dos mesmos com abertura de vagas por meio de convênios com instituições reconhecidamente habilitadas.
4. Garantir a valorização e o fomento da preceptoria, incluindo a remuneração dos preceptores de todas as categorias profissionais.

5. Estimular e investir na formação de preceptores e matriciadores nas Unidades Básicas de Saúde, fortalecendo a estrutura física e organizacional das Unidades, distribuindo de forma equânime os residentes e acadêmicos em Unidades qualificadas de Atenção Primária à Saúde, aperfeiçoando os espaços de educação permanente (reuniões gerais e técnicas), na área (Fóruns, oficinas e reuniões), e em Comissões de Óbito, Comissões de Revisão de Prontuário, Telessaúde.

### PROPOSTAS MUNICIPAIS:

1. Garantir a implementação da política de educação permanente dos Conselheiros de Saúde, na esfera municipal, realizando atividades educativas para os mesmos, e demais sujeitos sociais de acordo com a realidade local, garantindo carga horária e turno que possibilitem ampla participação e discussão dos temas, utilizando técnicas pedagógicas inovadoras que propiciem a troca de experiências e a construção de conteúdos teóricos voltados para o controle social e domínio das políticas sociais no Brasil.

2. Garantir a valorização e o fomento da preceptoria, incluindo a remuneração dos preceptores de todas as categorias profissionais.

3. Estimular e investir na formação de preceptores e matriciadores nas Unidades Básicas de Saúde, fortalecendo a estrutura física e organizacional das Unidades, distribuindo de forma equânime os residentes e acadêmicos nas Unidades qualificadas de Atenção Primária à Saúde, qualificando os espaços de educação permanente (reuniões gerais e técnicas) e na área (Fóruns, oficinas e reuniões), Comissões de Óbito, Comissões de Revisão de Prontuário, Telessaúde.

4. Garantir a fiscalização pelos órgãos competentes da inserção do/a residente no campo prático e do projeto político pedagógico a fim de que ele não seja mão de obra substitutiva durante o processo de formação uniprofissional ou multiprofissional.

5. Garantir e ampliar a inclusão de todas as categorias profissionais da área da saúde contempladas por cursos de residência.

6. Criar políticas de valorização dos profissionais de saúde, através do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) com desenvolvimento profissional contínuo, garantindo a realização de concursos públicos por regime estatutário, outras ações de valorização do trabalho e a convocação, a lotação e reposição de Recursos Humanos (RH), assim como o aproveitamento expressivo do Banco de Concursados existente para sanar o desfalque de todas as categorias funcionais.

7. Garantir a revisão e a execução da política de formação dos profissionais da saúde com reorientação dos projetos político-pedagógicos das instituições de ensino para atender às necessidades do SUS de gestão, de formação e de assistência à saúde dos três níveis de atenção, sob a lógica do conceito ampliado de saúde e de acordo com as políticas públicas voltadas para a formação em serviço no SUS, levando em consideração o debate entre as instituições formadoras, gestores de saúde, os Conselhos de Classe, os profissionais e Conselheiros de Saúde, com foco na atenção primária.

8. Formação e implementação de estratégias curriculares para a educação em políticas públicas de saúde no ensino básico.



9. Fundar a Faculdade Municipal Pública de Medicina do Rio de Janeiro na região AP 5.3, gerida pelo governo municipal, que conta com uma rede de atenção à saúde estruturada nos três níveis de complexidade, de modo a superar a concentração dos centros formadores no eixo centro-sul e ampliar a possibilidade de ter a Zona Oeste como campo para novas gerações de médicos formados para o SUS.

10. Garantir a oferta de Equipes NASF para atingir a proporção de 1 (um) NASF para 9 (nove) equipes, como preconizado na Portaria do Ministério da Saúde, preferencialmente garantindo 1 Profissional de Saúde Mental, 1 (um) sanitarista e 1 (um) assistente social na equipe mínima do NASF.

11. Ampliar a discussão sobre saúde mental na formação dos profissionais de saúde por meio das seguintes estratégias:

a) Educação a Distância (EAD); sensibilização, capacitação e qualificação dos profissionais atuantes;

b) discussão sobre a Reforma Psiquiátrica;

c) afirmação da lógica de redução de danos para a população; e

d) esclarecimento sobre os Equipamentos de Saúde Mental.

12. Criar uma Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES) municipal com representação paritária como dispositivo para discussão e pactuação dos processos formativos na rede municipal de saúde do município do Rio de Janeiro.

13. Garantir a aprovação e a implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos Servidores em 2015, implantando-o (PCCS) por meio da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS.

14. Criar a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Escolas Técnicas ISABEL DOS SANTOS, Joaquim Venâncio e FAETEC, para a realização de Cursos Técnicos de Agentes Comunitários de Saúde, buscando qualificar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

15. Instituir políticas de incentivo à formação de especialistas e a fixação das especialidades estratégicas na atenção primária em saúde, incluindo a complementação de bolsas de residência.

16. Os indicadores constantes no pagamento por desempenho - Variáveis 2 dos Contratos de Gestão - e suas respectivas metas podem sofrer ajustes de acordo com as particularidades locais, com metodologia adequada, baseando-se em dados epidemiológicos locais, encaminhados pelo Colegiado Gestor e pactuados com a Gerência Técnica, cabendo destacar que a Educação Permanente (EP) é um importante instrumento de construção de metas e indicadores.

## III - DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE

### DIRETRIZ:

Qualificar o modelo de assistência à saúde e garantir o acesso à rede de atenção com regulação adequada e transparente, em conformidade com: a. o perfil epidemiológico; b. a expansão da atenção primária à saúde e de dispositivos de saúde mental de base territorial; c. da regulamentação das políticas e estratégias de prevenção, promoção da saúde e proteção da vida voltadas para alimentação saudável, tabagismo, controle da obesidade, valorização do parto normal, populações em situação de risco e/ou vulnerabilidade (população em situação de rua, usuários de álcool, crack e outras drogas, população institucionalizada e atenção domiciliar) e abordagem às situações de violência no território.

### PROPOSTAS NACIONAIS:

1. Garantir a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Consultórios na Rua de acordo com as Portarias Ministeriais 336/2002; 615/2013; 122/2012 e 123/2012, considerando o diagnóstico de vulnerabilidade do território, de modo que os casos graves de transtorno mental e de álcool e outras drogas que estão na atenção básica possam ser acompanhados conjuntamente.

2. Reestruturar o Complexo Regulador e qualificar o sistema de regulação (ambulatorial e hospitalar) cumprindo-se as seguintes exigências:

- a) disponibilizar a capacidade de oferta de vagas hospitalares e ambulatoriais das Unidades de Saúde municipais, estaduais e federais (incluindo Universitários e Institutos) de forma compatível à carga horária contratada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), definindo-se parâmetros como: tempo de consulta;
- b) definir parâmetros de tempo de espera adequados aos critérios clínicos para todos os tipos de procedimentos, consultas e exames;

c) informatizar os serviços municipais de saúde a fim de fortalecer o complexo regulador e as ações de monitoramento e avaliação;

d) criar um mecanismo de Consulte Aqui, de modo que os usuários, valendo-se do número do cartão SUS ou CPF ou do Código de Solicitação, possam acompanhar a oferta de vagas e o agendamento.

3. Que a Estratégia de Saúde da Família seja mantida como Política de Estado independente do governo que assuma e mantenha o objetivo de alcançar a cobertura de 100% da população conforme adequações abaixo:

- a) Adequar o número de usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) já implantadas para no máximo 3 (três) mil usuários com cadastro definitivo por equipe;
- b) Cada Equipe de Saúde Bucal ofereça cobertura para até 2 (duas) Equipes de Saúde da Família;

c) Que a implantação das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atendendo a Portaria Ministerial 3124/2012 mantenha a expansão na proporção de 1 (uma) equipe NASF para de 5 (cinco) a 9 (nove) Equipes da Estratégia de Saúde da Família, com o compromisso de matricular, qualificar o processo de trabalho, a assistência e fortalecer a vigilância em saúde, em especial nos cuidados paliativos, na prevenção da mortalidade materno-infantil, na reabilitação e no cuidado de doenças crônicas não-transmissíveis;

d) Que cada Equipe NASF com 6 (seis) ou mais Equipes da Estratégia de Saúde da Família de referência conte com 1 (uma) Equipe Mínima de Saúde Mental constituída por três profissionais com o compromisso de matricular, qualificar o processo de trabalho, dar suporte ao atendimento das demandas de assistência em saúde mental, fortalecer a vigilância dos casos de usuários vítimas de violência inclusão familiar, social ou institucional, bem como de lesões autoprovocadas, articulando ações intersetoriais voltadas para a inclusão social e de combate ao estigma.

## PROPOSTAS ESTADUAIS:

1. Ampliar Centros de Atenção Psicossocial em todas as suas modalidades, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Projetos de Geração de Renda e Serviços Residenciais Terapêuticos no estado do Rio de Janeiro com implantação de novas Unidades e incremento das equipes já existente, a fim de garantir as coberturas adequadas previstas nas Portarias Ministeriais: 336/ 2002; 615/2013; 3124/2012; 106/2002; e 3090/2011.

2. Garantir o acesso do usuário aos serviços dos Hospitais Estaduais e Hospitais Federais, ainda, efetivar e fiscalizar a Portaria S/SUBGERAL 05, D.O de 06/05/2015 que garante a disponibilidade de todas as vagas dos hospitais municipais, estaduais e federais no SISREG.

3. Ampliar o acesso aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com investimento nos CAPS existentes em termos de equipe e infraestrutura, e implementação de novos serviços considerando o dimensionamento da oferta dos serviços de saúde previstos nas políticas nacionais (Portaria 336/2002 e 615/2013) que inclui a adequação do número de CAPS para a relação de 1 (um) CAPS por 100.000 habitantes.

4. Elaborar uma política municipal voltada para atenção às pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo e/ou prejudicial de álcool, crack e outras drogas envolvendo as Secretarias de saúde, Desenvolvimento Social, Educação, Trabalho e Renda, Cultura, Habitação, Esportes e Lazer segundo a lógica de redução de danos, oferecendo uma rede de serviços de saúde, com oferta diversificada (Consultório na Rua, CAPSad III, UAA, UAI, leitos de saúde mental em hospital geral) e dispositivo de Secretaria de Desenvolvimento Social com oferta de moradia transitória, pontos de acolhimento, capacitação para o trabalho e geração de renda na perspectiva da inclusão social e da economia solidária.

5. Exigir que o município em articulação com estado do Rio de Janeiro elabore e implante um programa interseccional, envolvendo as Secretarias de Saúde, Segurança Pública, Educação, Desenvolvimento Social, Secretaria de habitação, Secretaria de Trabalho e Renda voltado para a prevenção, proteção (segurança) e atenção a todos os tipos de violência, considerando:

a) a ampliação da metodologia do Acesso Seguro a todas as Unidades de Saúde e Escolas localizadas em áreas de conflito armado, garantindo a discussão com as comunidades, de modo que o território conheça e participe do processo;

b) o envolvimento do Controle Social instituído e sociedade (cidadãos, associação de moradores) no planejamento, acompanhamento e avaliação do Programa;

c) Priorizar os territórios vulneráveis na expansão das equipes de saúde da família, considerando a dinâmica do território ao definir o mapa da área de abrangência da Unidade de Saúde de modo que a implantação de novas Unidades de Saúde e as que já estão em funcionamento localizadas em áreas de conflito armado tenham garantidas condições de funcionamento e de proteção aos trabalhadores e usuários considerando a possibilidade de realocação sem que a acessibilidade e a continuidade da atenção sejam afetadas, criando de forma complementar espaços de cuidado aos trabalhadores de áreas violentas;

d) instituir uma política de informação no SUS sob a lógica da educação em saúde, de modo que a informação seja ampla, veiculada em diferentes mídias, com linguagem baseada em situações e problemas reais do cotidiano do cuidado, considerando o tema da violência e temas gerais da saúde.

### PROPOSTAS MUNICIPAIS:

1. Aumentar a oferta de consultas em especialidades e exames disponíveis no SISREG, com vagas regionalizadas que garantam a contrarreferência em formulário padrão.

2. Promover e garantir a Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências e a política de promoção da cidadania e da cultura da paz, nas Unidades Básicas de Saúde e nas escolas do município do Rio de Janeiro.

3. Ampliar a integração de familiares e usuários nas políticas públicas de saúde por meio de ações tais como: o estímulo a criação de Associações de Familiares, Usuários e Profissionais de Serviços de Saúde, a criação de espaços de comunicação direta entre usuários, familiares e profissionais de CAPS, CAPSad, Consultório na Rua e demais serviços de saúde, e o fortalecimento dos espaços de participação social já existentes nos serviços de saúde (Conselho Gestor, Assembléias).

4. Ampliar o número de Equipes de Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro garantindo financiamento necessário para suas ações por meio de estabelecimento de flexibilização do uso da verba do Fundo Municipal de Saúde.

5. Fiscalizar e responsabilizar o prestador de saúde no cumprimento da Portaria SUBGERAL Nº 06 de 05 de Maio de 2015 D.O do Município do dia 06 de Maio de 2015 na sua totalidade em especial quanto a comunicar com antecedência, ao usuário e à Unidade de Saúde a impossibilidade de realização de consulta ou procedimento que esteja agendado no sistema, bem como esclarecer o motivo e informar a data do reagendamento. Não havendo comunicação prévia, a consulta ou procedimento deverá ser realizado no dia marcado, ainda que por outro profissional disponível da mesma especialidade. Não havendo outro profissional disponível, o usuário deverá sair da Unidade com uma nova data já agendada. Cabe ao prestador monitorar as licenças e os períodos de férias dos seus profissionais, de modo a viabilizar, quando necessário, substituições, não prejudicando, assim, o atendimento ao usuário.

6. Garantir o acesso da população à atenção primária ampliando a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, com prioridade para as áreas de maior vulnerabilidade social, conforme a análise da situação de saúde da gestão local. Nas áreas ainda não cobertas pela Estratégia Saúde da Família, criar mecanismos, como privilegiar o número suficiente de profissionais de saúde para assegurar o acesso e a assistência integral.

7. Garantir que as linhas de cuidado estejam sensíveis à atenção voltada às populações em situações de risco e/ou de extrema vulnerabilidade respeitando as singularidades dos usuários e o projeto de cuidado em articulação intersetorial,

especialmente a Secretaria de Desenvolvimento Social com ampliação da oferta de abrigos que respeitem os vínculos familiares, incluídas a permanência dos bebês com suas mães usuárias de álcool e outras drogas.

8. Ampliar a rede de saúde mental de atenção psicossocial, em todas as Áreas de Planejamento e construir CAPSad III (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas III) nas Áreas de Planejamento que ainda não possuam.

9. Ampliar a estratégia dos Consultórios na Rua a fim de cobrir as áreas ainda não atendidas, que seguindo princípio de equidade, deve ser priorizado no processo de expansão da ESF no município, de acordo com a geografia e a densidade populacional.

10. Implantar transporte sanitário de forma a possibilitar um efetivo atendimento a pacientes que necessitam de acessibilidade aos serviços de saúde, definindo-se os seguintes critérios para esse uso: pacientes portadores de necessidades especiais, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, além da ampliação da oferta de veículos para garantir a realização de visita domiciliar e hospitalar aos casos prioritários do território, em especial aos portadores de transtorno mental e aos restritos ao leito.

11. Garantir a implementação de leitos de saúde mental em hospital geral em toda a rede do Rio de Janeiro, respeitando os princípios da lei 10.216 e os parâmetros da portaria 3.088/2011 que prevêem enfermarias de atenção a urgência/pronto socorro com a concomitante extinção dos hospitais psiquiátricos.

12. Criar o Centro de Emergência Regionalizado (CER) do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF), expandir o CTI do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF) e construir as Clínicas de Saúde da Família já publicadas no Diário Oficial do município para a AP 3.2.

13. Garantir o acesso a medicamentos da relação Municipal de Medicamentos – REMUME e medicamentos especiais, como por exemplo, analgésicos opióides, fitoterápicos, antipsicóticos atípicos, bem como a simplificação do acesso aos usuários aos medicamentos de alto custo ou relacionados a tratamentos de maior complexidade nas Unidades, segundo a responsabilidade dos três entes federativos (Municipal, Estadual e Federal).

14. Independente do governo que assuma o município, garantir que o modelo de saúde implantado - Redes de Atenção à Saúde (RAS) -, seja mantido. Que a Estratégia de Saúde da Família seja mantida como política de Estado, com o objetivo de alcançar a cobertura de 100% da população carioca.

15. Ampliar o investimento, incluindo a manutenção dos equipamentos das Unidades de Saúde de média e alta complexidade.

16. Garantir a disponibilização no SISREG de 100% da capacidade de oferta de todos os equipamentos de saúde dos diversos níveis de complexidade, em conformidade com a carga horária e especialidades registradas no CNES.

17. Garantir o compromisso de qualificar o Sistema de Regulação em todas as suas etapas, desde a inserção das solicitações, perpassando a regulação dos procedimentos e especialidades, regionalização das especialidades de acordo com a importância epidemiológica dos agravos até a entrega em tempo hábil dos agendamentos.

18. Garantir acessibilidade para as pessoas com deficiência em todas as Unidades de Saúde do Rio de Janeiro e a execução do Programa Saúde Auditiva já existente no município.

19. Incorporar profissionais à equipe mínima do Consultório na Rua, por meio da contratação de Odontólogos e Terapeutas Ocupacionais, em cumprimento às Portarias 122 e 123 do Ministério da Saúde, e instrumentalizá-los.

20. Fortalecer, garantir e instrumentalizar o Colegiado de Gestão com o tema violência por meio da Educação Permanente e Popular, com a participação da representatividade legalmente instituída.
21. Priorizar os territórios vulneráveis à violência armada na expansão das Equipes de Saúde da Família, considerando a dinâmica da violência no território ao definir o mapa da área de abrangência da Unidade de Saúde no momento de sua implantação.
22. Fortalecer os espaços de discussão com a rede intersetorial nas ações de cuidado à criança e ao adolescente que vivem em áreas vulneráveis à violência armada, e priorizar a implantação do RAP da Saúde e de outras ações que promovam o Protagonismo Juvenil nesses territórios.
23. Fortalecer os espaços de discussão com o Rio Mais Social e outras Secretarias sobre os problemas em territórios vulneráveis à violência armada e propor uma pauta para discutir o comportamento da polícia na relação com as Unidades Básicas de Saúde, a fim de fortalecer o trabalho de base comunitária com as lideranças locais formais e informais, e com os usuários, por meio de espaços de educação popular em saúde para promover maior participação social e fortalecer a discussão com as lideranças comunitárias.
24. Criar formas de ampliar a oferta de vagas no mercado de trabalho para populações em situação de vulnerabilidade.
25. Que a saúde esteja mais presente nos espaços de discussão intersetoriais com a Segurança Pública e o Judiciário, de modo a criar mecanismos de maior participação da Justiça nesses espaços de discussão.
26. Abertura de espaços de discussão acerca da descriminalização/legalização das drogas ilícitas.
27. Criar, implementar e avaliar políticas públicas e ações que contemplem o enfrentamento mais efetivo dos processos de determinação social da saúde, incluindo a utilização de estratégias nos campos da arte, da cultura e da educação.
28. Fortalecer os programas existentes de prevenção e promoção da saúde qualificando profissionais por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), articulando entre políticas públicas.
29. Realizar, ao menos duas vezes por ano, Fóruns de Promoção da Saúde intersetoriais que se desdobrem em ações efetivas em cada território, seja na dimensão da Unidade de Saúde em territórios compartilhados, contando com a participação efetiva da sociedade civil com representantes de todos os segmentos, especialmente Saúde, Educação e Segurança, garantindo a presença dos usuários, movimentos comunitários, monitorando o impacto dessa ação.
30. Garantir a implementação das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todas as Equipes de Saúde da Família, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde, a fim de fortalecer as parcerias públicas com outros setores sociais, com incorporação de profissionais da arte, da cultura e da educação.
31. Transformar os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) II em CAPS III e estruturar os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) do município do Rio de Janeiro, finalizando o processo de habilitação dos CAPSi ainda pendentes, de modo a garantir que estes serviços sejam localizados em espaços públicos municipais.
32. Que as informações do SISREG sejam de domínio público, por meio de uma ferramenta que mantenha os princípios de privacidade, permitindo que o usuário possa acompanhar suas solicitações utilizando o Cartão Nacional do SUS.
33. Organizar a oferta de serviços e os processos de trabalho a partir da análise das necessidades sanitárias e sociais de cada território, com plano de investimento orientado pelas linhas de cuidado e níveis de complexidade,

exigindo adequação do número de usuários por Equipe de Saúde da Família de acordo com a vulnerabilidade e a realidade epidemiológica e social de cada território.

34. Garantir a participação social na definição do território adscrito das Unidades de Atenção Primária (UAP) em saúde, de forma a considerar a dinâmica sociocultural e estruturar todos os equipamentos de saúde de modo que garantam acessibilidade (para pessoas com necessidades especiais e dificuldades de locomoção) e espaço para o cumprimento integral das ações definidas na Carteira de Serviços.

35. Implementar assistência farmacêutica nas Unidades de Saúde, com a inclusão de práticas integrativas e complementares, assim como o direito à reabilitação oral com ênfase na prótese dentária.

36. Regulamentar e estimular a agricultura familiar no Rio de Janeiro, garantindo que o município não compre e não ofereça alimentos transgênicos e com agrotóxicos, criando a Política Municipal de Alimentação Saudável, de modo a prevenir doenças crônicas não transmissíveis.

37. Implementar políticas de prevenção e de promoção da saúde voltadas para a segurança e a violência de todos os tipos (urbana, do Estado, institucional, contra o idoso, a criança e populações vulneráveis, como morador de rua, negros, LGBT), com participação social em todos os níveis.

38. Garantir o acesso às especialidades conforme o perfil epidemiológico da área, em quantidade, qualidade e no tempo adequado, nos diversos níveis de atenção, como odontologia em todos os serviços de urgência e emergência, modificando a classificação do porte da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), conforme a necessidade da área de planejamento.

39. Ampliar a oferta de serviços, a fim de garantir recursos humanos proporcionais à população adscrita, com tecnologia adequada ao tipo de assistência para não haver a ampliação da oferta de serviços com precarização da assistência, levando em consideração planejamento baseado em levantamento epidemiológico e no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

40. Garantir que as terapias que têm necessidade de acompanhamento continuado tenham regulação regionalizada.

41. Otimizar os processos regulatórios por meio da regionalização da oferta dos serviços de média e alta complexidade, das diferentes esferas de governo, adequando as vagas disponíveis às necessidades da Atenção Primária em Saúde (APS), a fim de garantir uma oferta proporcional em todos os territórios.

42. Ampliar a estratégia dos Consultórios na Rua a fim de cobrir as áreas ainda não atendidas.

43. Ampliar a cobertura da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro, por meio da Estratégia de saúde da Família, atingindo a cobertura de 100% (mantendo as equipes completas), e reestruturar a rede de apoio secundário à saúde (Policlínicas, Unidades de Atenção Secundária, Centros de Reabilitação, Centros de Especialidade Odontológica, Laboratório Regional de Prótese Dentária) e a rede de urgência e emergência, contemplando reformas, manutenção e implantação de novas unidades quando necessário para atender as necessidades de saúde da população.

44. Ampliar o número de Equipes de Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro garantindo financiamento necessário para suas ações por meio de estabelecimento de flexibilização do uso da verba do Fundo Municipal de Saúde.

45. Garantir a permanência da qualidade da atenção em saúde mental como uma das metas estratégicas da Secretaria Municipal de Saúde, e destinar recursos necessários para ações e incentivos aos profissionais.

46. Criar o Centro de Emergência Regionalizado (CER) do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF), expandir o CTI do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF), construir as Clínicas de Saúde da Família já publicadas no Diário Oficial do município para a AP 3.2 e garantir a permanência do Serviço de Ginecologia no HMSF

47. Garantir a obrigatoriedade da oferta de vagas das especialidades não municipais para o sistema de Regulação, para melhorar a oferta de acesso.



## IV - GESTÃO DO SUS E MODELO DE ATENÇÃO

### DIRETRIZ:

Defender o Sistema Único de Saúde público, universal e equânime, como previsto na Lei 8.080, consolidando, assim, o modelo de atenção à saúde ampliado, inovador, com a atenção primária estruturante do sistema, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, orientado pelos pilares da regionalização das redes e da hierarquização.

### PROPOSTAS NACIONAIS:

1. Implantação efetiva de uma Carteira de Serviços da Atenção Primária em todo território nacional como ferramenta de gestão e controle social.
2. Fortalecer e qualificar a gestão TEIAS tendo a ESF como política de estado, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, consolidando o modelo de redes de atenção por linhas de cuidado, com dispositivos que garantam a comunicação entre os serviços municipais, estaduais e federais para a pactuação de fluxos, alinhamento de protocolos, de orientações técnicas e administrativas, orientando a adequação de perfis assistenciais de modo a sustentar o melhor desempenho da assistência, a qualidade do acesso e dos processos de trabalho.
3. Em atenção à assistência farmacêutica, pactuar e garantir a responsabilidade dos entes federados quanto a oferta dos medicamentos padronizados e estratégicos, articulando com Secretaria Estadual de Saúde e com o Ministério da Saúde o dimensionamento dos medicamentos da atenção básica com base na listagem da REMUME/RENAME em todos os municípios.

### PROPOSTAS ESTADUAIS:

1. Efetivar a gestão plena no município do Rio de Janeiro, destinando os recursos financeiros federais e estaduais ao Fundo Municipal de Saúde, adequando perfil assistencial das unidades municipais, estaduais e federais com base na análise da situação de saúde da população, permitindo a regulação do acesso a atenção secundária e terciária no âmbito do município com a participação e avaliação conjunta do controle social.
2. Garantir a pactuação entre os entes federados das vagas disponíveis nos equipamentos da atenção secundária e terciária, fortalecendo a rede municipal de saúde, de forma a assegurar que o município do Rio de Janeiro tenha acesso às vagas pactuadas via Sistema de Regulação (SISREG), e garantir a transparência à população, pelo Município, sobre o número de vagas ofertadas no SISREG e propiciar ao usuário o acompanhamento do status de sua regulação pela internet, por meio do Cartão Nacional do SUS (CNS) e/ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF).
3. Garantir o cumprimento da orientação do Ministério da Saúde no que tange ao número máximo de usuários por equipes de Saúde da Família, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.
4. Fortalecer a atenção secundária com foco nas Policlínicas reorganizando a rede de atenção à saúde a partir das necessidades do território, adequando os perfis assistenciais das Unidades favorecendo o atendimento regionalizado.

5. Ampliar a Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para todo Estado do Rio de Janeiro.

## PROPOSTAS MUNICIPAIS:

1. Retornar à gestão dos Centros de Apoio Psicossocial para a Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância à Saúde, ampliando a rede de serviços de saúde mental no município do Rio de Janeiro, mediante implantação de CAPS III, CAPSad, CAPSi e assistência ambulatorial em saúde mental fortalecendo o modelo de atenção psicossocial de base territorial, respeitando a demanda do perfil populacional dos territórios.

2. Implantação efetiva de uma Carteira de Serviços da Atenção Primária como ferramenta de gestão e controle social.

3. Fortalecer e qualificar a gestão TEIAS no município do Rio de Janeiro tendo a ESF como política de estado, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, consolidando o modelo de redes de atenção por linhas de cuidado, com dispositivos que garantam a comunicação entre os serviços municipais, estaduais e federais para a pactuação de fluxos, alinhamento de protocolos, de orientações técnicas e administrativas, orientando a adequação de perfis assistenciais de modo a sustentar o melhor desempenho da assistência, a qualidade do acesso e dos processos de trabalho.

4. Em atenção à assistência farmacêutica, pactuar e garantir a responsabilidade dos entes federados quanto à oferta dos medicamentos padronizados e estratégicos, articulando com Secretaria Estadual de Saúde o dimensionamento dos medicamentos da atenção básica com base na listagem da REMUME em todos os municípios da Região Metropolitana.

5. Efetivar a gestão plena no município do Rio de Janeiro, destinando os recursos financeiros federais e estaduais ao fundo municipal de saúde, adequando perfil assistencial das unidades municipais, estaduais e federais com base na análise da situação de saúde da população, permitindo a regulação do acesso a atenção secundária e terciária no âmbito do município com a participação e avaliação conjunta do controle social.

6. Garantir a pactuação entre os entes federados das vagas disponíveis nos equipamentos da atenção secundária e terciária, fortalecendo a rede municipal de saúde, de forma a assegurar que o município do Rio de Janeiro tenha acesso às vagas pactuadas via Sistema de Regulação (SISREG/SER), e garantir a transparência à população, pelo Município, sobre o número de vagas ofertadas no SISREG/SER e propiciar ao usuário o acompanhamento do status de sua regulação pela internet, por meio do Cartão Nacional do SUS (CNS) e/ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF).

7. Fortalecer a atenção secundária com foco nas Policlínicas, de modo a reorganizar a rede de atenção à saúde a partir das necessidades do território, adequando os perfis assistenciais das Unidades de modo a garantir pelo menos 1 (uma) Policlínica por Área Programática favorecendo o atendimento regionalizado.

8. Ampliar a Rede de Atendimento Psicossocial - RAPS conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para todo município do Rio de Janeiro.

9. Garantir o cumprimento do número máximo de usuários por Equipes de Saúde da Família, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

## V - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

### DIRETRIZ:

Garantir o direito à participação social com novas formas de discussão, implementação e avaliação das ações, programas e estratégias que regulam os serviços, a fim de padronizar a carteira de saúde.

### PROPOSTAS NACIONAIS:

1. Promover cursos de capacitação, descentralizados, por meio de Educação Permanente (EP) para Conselheiros de Saúde e representantes dos Colegiados de Gestão das Unidades de Saúde, visando à formação destes quanto às suas atribuições e aos seus direitos em defesa do exercício de cidadania, bem como ao fortalecimento dos Colegiados de Gestão locais.
2. Institucionalizar a participação do controle social por meio da inclusão da representação dos usuários dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e Conselhos Distritais de Saúde (CDS) em todo processo de fiscalização e controle dos gastos públicos com as Organizações Sociais - O.S., Fundações, ou qualquer outro tipo de parceria público-privado, criando mecanismos de circulação (canal de mídia) e divulgação das informações entre trabalhadores e usuários do SUS, garantindo maior transparência dos gastos aplicados na saúde em cada território, bem como exigir a presença dos gestores da saúde para prestar contas, fazendo com que eles respeitem as deliberações das Conferências de Saúde nas três esferas de governo. Os Planos de Saúde e os Planos Plurianuais devem ser aprovados pelos Conselhos de Saúde com base nas diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.
3. Fortalecer os Colegiados de Gestão e ampliar outras formas de participação social, direta e indireta, por meio da internet, de caixa de sugestões, de rádios comunitárias, entre outras opções; realizando movimentos para atrair a população local, utilizando atividades sociais, de modo que o Colegiado de Gestão interaja nas ações coletivas, festividades e nos grupos das Unidades de Saúde, e amplie a participação social por meio de sua articulação com os diferentes parceiros presentes em seu território, como: CRAS, Conselhos, Escolas, Comunidades, entre outros.

### PROPOSTAS ESTADUAIS

1. Ampliar a divulgação do controle social por meio da imprensa escrita, falada e outras, no intuito de garantir a participação do controle social nas atividades.
2. Desburocratizar a participação social nos Conselhos de Saúde e Conferências, a fim de provocar mudanças na legislação (federal, estadual e municipal), entre as quais: ampliar a participação dos usuários e dar visibilidade e legitimidade da representação das categorias dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Vigilância de Saúde (AVS), entre outros, desde que sejam aprovadas pelos Conselhos de Saúde.
3. Criar uma Comissão de Trabalho Intersetorial de caráter permanente que envolva as Secretárias de Saúde, Assistência Social, Educação, Meio Ambiente, Segurança Pública e Trabalho para a discussão, pactuações e planejamento estratégico de políticas públicas.

4. Divulgar as fontes de reclamações e sugestões encaminhadas à ouvidoria e criar um canal entre as ouvidorias e os Conselhos de Saúde, no intuito de estimular a corresponsabilidade dos usuários e gestores nas decisões pertinentes às Unidades de Saúde.
5. Cobrar das instâncias apropriadas o cumprimento das propostas advindas das Conferências de Saúde.

## PROPOSTAS MUNICIPAIS

1. Investir em espaços na mídia para divulgação das reuniões do Conselho Distrital de Saúde em dispositivos locais, como Rádio Comunitária, Jornais locais e redes sócias.
2. Promover mudanças (emendas) na Lei Municipal 5104, de 03 de novembro de 2009, com o objetivo de fomentar o melhor desenvolvimento do controle social, em conformidade com a Lei 141 de 12 de janeiro de 2012, desde que aprovadas pelos Conselhos de Saúde.
3. Implantar, fortalecer, ampliar e garantir o funcionamento do Colegiado de Gestão em todas as Unidades do município do Rio de Janeiro, assim como institucionalizar a divulgação das informações referentes às atividades desses Colegiados.
4. Formalizar a participação de Conselheiros Distritais e Municipais em todas as Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) dos contratos estabelecidos referentes às parcerias público-privado, com acesso prévio às documentações e poder deliberativo, com voz e voto.
5. Criação de um espaço na mídia para os Conselhos de Saúde para debates entre as autoridades e a população, nos moldes da MULTIRIO.

## VI - CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE INFORMAÇÃO EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO NO SUS

### DIRETRIZ:

Incentivar o desenvolvimento científico e tecnológico nos serviços, assim como estabelecer parcerias entre a esfera acadêmica e os serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde da população.

### PROPOSTAS NACIONAIS:

1. Fortalecer a produção pública de medicamentos e insumos farmacêuticos com recursos oriundos da redução gradativa dos subsídios e empréstimos à juros diferenciados às indústrias farmacêuticas privadas nacionais e multinacionais.
2. Investimento tecnológico baseado nas necessidades da população.

3. Implantação do Sistema de Informação Eletrônica em todos os níveis de atenção à saúde, integrando as três esferas de governo com vistas à unificação do Sistema, propiciando a sistematização dos dados da prática assistencial para subsidiar a formulação de políticas públicas.

### PROPOSTAS ESTADUAIS:

1. Garantir o compromisso de qualificar o Sistema de Regulação, considerando todas as suas etapas: a inserção das solicitações, a regulação dos procedimentos e especialidades, a regionalização das especialidades de acordo com a importância epidemiológica dos agravos e a entrega em tempo hábil dos agendamentos.
2. Convocação da 2ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica com o objetivo de se rediscutir e atualizar as diretrizes das Políticas Públicas de Assistência Farmacêutica.
3. Implantação do ponto biométrico para todo o funcionalismo público, independente do regime trabalhista.
4. Investir no incremento tecnológico e logístico a fim de qualificar o sistema de informação em saúde e de otimizar o processo de trabalho.
5. Integrar as bases de dados dos sistemas de informação em saúde, consolidando a utilização do CPF e /ou CNS como fonte de cadastro, a fim de fortalecer a rede de atenção à saúde.

### PROPOSTAS MUNICIPAIS:

1. Ampliação pela ASCOM (Assessoria de Comunicação) de um espaço na mídia televisiva, nos moldes da MULTIRIO, rádios e jornais locais, impressos informativos nas Unidades de Saúde, garantindo a comunicação com o usuário, considerando a cultura local, discutindo os problemas, divulgando informações de saúde e ações do Conselho Distrital.
2. Informatização e acesso a internet em 100% das Unidades de Saúde municipais (de atenção primária, secundária e terciária), bem como integração dessa rede de informação.
3. Estabelecer parcerias entre as esferas acadêmicas e os serviços de saúde, incentivar, apoiar e fomentar a realização e a publicização de trabalhos científicos pelos profissionais, priorizando desafios e problemas de saúde locais, com estratégias de divulgação para os usuários e para os Conselhos Distritais.
4. Unificação das bases de informação geradas pelos Prontuários Eletrônicos de forma a comunicar todos os níveis de atenção municipal (primário, secundário e terciário) por meio do acesso que se daria através do Cartão Nacional SUS e/ou CPF do usuário.
5. Prontuário eletrônico único integrado.
6. Criar um canal na mídia (MULTIRIO) para a saúde na promoção e na educação em saúde, e realizar debates públicos com a participação de Conselhos de Saúde, gestores, profissionais e usuários. Que a MULTIRIO cumpra sua função junto a todas as secretarias de governo e não somente junto à Secretaria de Educação.



# XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

MOÇÕES  
APROVADAS

## MOÇÕES APROVADAS PELA PLENÁRIA FINAL

### MOÇÃO DE APOIO EM DEFESA DO SUS

Os Delegados presentes na XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO decidem por manifestar publicamente seu apoio a presente moção:

Em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como direito Constitucional, 100% estatal e qualidade;

Pelo fim da Desvinculação das Receitas da União e dos Estados (DRU e DRE);

Contra as alternativas de gestão que precarizam o trabalho, como Organizações Sociais - O.S., Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP'S), Parcerias Público-Privadas (PPPs), Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH);

Pela Valorização dos Trabalhadores do SUS: Concurso Público RJU, Carreira única de estado, salários condizentes;

E respeito ao caráter deliberativo do controle social.

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2015.

XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

### MOÇÃO DE REPÚDIO DEFENSORES DO PLANETA

Moção de repúdio ao Governo brasileiro pelo uso, transporte, estoque, incentivo e exportação de substâncias tóxicas ou chamados agrotóxicos que vêm contaminando nosso solo, alimentos, saúde, meio ambiente e os agricultores brasileiros.

Que o Governo brasileiro cumpra todos os acordos, protocolos, convenções e tratados das Nações Unidas (ONU) no sentido da proteção do Brasil, cumprindo as Convenções de Basiléia, Roterdã e Estocolmo.

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2015.

XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

### MOÇÃO DE REPÚDIO À REVOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO CONJUNTA SMS/CEDS Nº 60 DE 30/06/2015

A XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - CMS/RJ apoia a luta da população de pessoas trans, mulheres transexuais, homens transexuais e travestis, e vem por meio desta repudiar a revogação da resolução conjunta SMS/CEDS nº 60 de 30/06/2015 que assegurava nas Unidades de Atenção Básica e de Atenção Especializada da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o respeito à identidade de gênero das pessoas travestis e transexuais que, em caso de internação hospitalar, se assim o requerer, ou se esta não estiver em condições de se manifestar, de sua família e/ou companheiro, a travesti ou o (a) transexual seria internado (a) na enfermaria em conformidade ao sexo com o qual se identifica socialmente, a despeito do nome que conste no registro civil.



Cabe salientar que, o acesso à saúde básica por pessoas transexuais já é de extrema dificuldade, visto que não há noção alguma sobre transexualidade nos locais onde estes serviços são oferecidos como, por exemplo, o não respeito ao nome social e a identidade de gênero, além do mau atendimento quando este é executado. Portanto, ressaltamos que é de suma importância uma resolução que garanta o tratamento adequado a estas pessoas, legitimando suas identidades de gênero, assim, garantindo o acesso a saúde e promovendo respaldo em casos de negação e desrespeito no atendimento destas.

A XII Conferência Municipal repudia a revogação da Resolução, e reivindica seu imediato restabelecimento em defesa da inclusão social, contra o preconceito, pelo SUS Público sem discriminação, exclusão e Homofobia e Transfobia!

Rio de Janeiro, 18 de julho 2015.

XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



# XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

## LISTA DE DELEGADOS

## LISTA DE DELEGADOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Júlia Daniela de Castro	Usuário	CMS
Maria Clara Migowski Pinto Barbosa	Usuário	CMS
Valdemira de Souza Santiago Duarte	Usuário	CMS
Rene Monteiro de Almeida Junior	Usuário	CMS
Wilson Nilson da Rocha	Usuário	CMS
Márcia Vera Vasconcellos	Usuário	CMS
Olimpio Barroso de Sá	Usuário	CMS
Victor Yuri de Oliveira	Usuário	CMS
Sonia Maria do Nascimento	Usuário	CMS
Maria José dos Santos Peixoto	Profissionais De Saúde	CMS
Miriam Andrade de Souza Lopes	Profissionais De Saúde	CMS
Vivian Peixoto Nogueira	Profissionais De Saúde	CMS
José Liporage Teixeira	Profissionais De Saúde	CMS
Sheila Marino	Profissionais De Saúde	CMS
José Antônio Alexandre Romano	Profissionais De Saúde	CMS
Marinaldo Silva Santos	Profissionais De Saúde	CMS
David Salvador de Lima Filho	Gestores/ Prestadore De Saúde	CMS
Patrícia de Albuquerque Ferreira	Gestores/ Prestadore De Saúde	CMS
Rogério Marques Gonçalves	Gestores/ Prestadore De Saúde	CMS
Vanessa Maciel F. Teles	Prestadore De Saúde	CMS
Cristina Veneu	Prestadore De Saúde	CMS

## LISTA DE DELEGADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
André Justino	Gestores/ Prestadore De Saúde	SMS
Arnaldo Levy Lassance Cunha	Gestores/ Prestadore De Saúde	SMS
Betina Durovni	Gestores/ Prestadore De Saúde	SMS
Guilherme Wagner	Gestores/ Prestadore De Saúde	SMS
Hugo Marques Fagundes Junior	Gestores/ Prestadore De Saúde	SMS
Marco Antonio de Carvalho Esser	Gestores/ Prestadore De Saúde	SMS
Mário Celso da Gama Lima Junior	Gestores/ Prestadore De Saúde	SMS

## XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DELEGADOS PARA A ETAPA MUNICIPAL

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Áureo Efigênio	Usuário	CDS AP 1.0
Carlos Henrique Alves	Usuário	CDS AP 1.0
Cleide Nascimento de Almeida	Usuário	CDS AP 1.0
Daniella Milene Teixeira Dias	Usuário	CDS AP 1.0
Dari Miranda	Usuário	CDS AP 1.0
Elsó de Oliveira	Usuário	CDS AP 1.0
Henrique Monteiro da Silva	Usuário	CDS AP 1.0
Jéferson Luiz Barbosa	Usuário	CDS AP 1.0
José Janduy Borges Alves	Usuário	CDS AP 1.0
Juliana Gomes Reiche	Usuário	CDS AP 1.0
Laura Alves Leite	Usuário	CDS AP 1.0
Lia Márcia dos Santos	Usuário	CDS AP 1.0
Marcelle Cristiane Esteves	Usuário	CDS AP 1.0
Maria da Glória Silva	Usuário	CDS AP 1.0
Maria de Fátima Lopes	Usuário	CDS AP 1.0
Miguel Macel de França	Usuário	CDS AP 1.0
Paulo Muniz Santos	Usuário	CDS AP 1.0
Pedro Paulo Ferreira da Costa	Usuário	CDS AP 1.0
René de Almeida Junior	Usuário	CDS AP 1.0
Sergio Ribeiro	Usuário	CDS AP 1.0
Solange Gomes de Oliveira	Usuário	CDS AP 1.0
Thiago Santana Peçanha	Usuário	CDS AP 1.0
Vera Lúcia Soares de Oliveira Silva	Usuário	CDS AP 1.0
Zoraide Francisca Gomes	Usuário	CDS AP 1.0
Ana Maria Bezerra	Profissional	CDS AP 1.0
Deise Marques dos Santos	Profissional	CDS AP 1.0
Luiz Felipe Cozzolino	Profissional	CDS AP 1.0
Maria de Fátima Monteiro Fernandes	Profissional	CDS AP 1.0
Maria Eliana Gomes dos Santos	Profissional	CDS AP 1.0
Mariléa Lúcio Ormond	Profissional	CDS AP 1.0
Paula Sandra	Profissional	CDS AP 1.0
Robson Nobre	Profissional	CDS AP 1.0

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Shirley Ribeiro Rodrigues	Profissional	CDS AP 1.0
Solange Gonçalves Belchior	Profissional	CDS AP 1.0
Sueli Werneck dos Santos	Profissional	CDS AP 1.0
Taiana Barros de Souza	Profissional	CDS AP 1.0
Alexander L. Esperança da Rocha	Gestor	CDS AP 1.0
Antônio Araújo da Costa	Gestor	CDS AP 1.0
Brigitte Bonguardo	Gestor	CDS AP 1.0
Carolina Cruz da Silva	Gestor	CDS AP 1.0
Diego Willer	Gestor	CDS AP 1.0
Giuseppe F. A. Donato Junior	Gestor	CDS AP 1.0
Isabel dos Santos Ribeiro	Gestor	CDS AP 1.0
Lucia Helena Loques Rocha	Gestor	CDS AP 1.0
Pablo de Mello Rodrigues Guedes	Gestor	CDS AP 1.0
Richière dos Santos Pereira Salvador	Gestor	CDS AP 1.0
Roberto José Leal	Gestor	CDS AP 1.0
Blass Segundo Astudillo Pena	Usuário	CDS AP 2.1
Dayse Martinelli Lazzarini	Usuário	CDS AP 2.1
Eliana dos Santos Souza	Usuário	CDS AP 2.1
Geni Pereira da Silva	Usuário	CDS AP 2.1
Gilberto Ferreira de Araújo	Usuário	CDS AP 2.1
Haydée Montes de Oliveira	Usuário	CDS AP 2.1
Jeannine Sester	Usuário	CDS AP 2.1
Jose Ricardo Duarte Ferreira	Usuário	CDS AP 2.1
Magnalda Rodrigues	Usuário	CDS AP 2.1
Maria Edileusa Braga Freire	Usuário	CDS AP 2.1
Maria Iracilda Gomes	Usuário	CDS AP 2.1
Maria José dos Santos Peixoto	Usuário	CDS AP 2.1
Milton Lima	Usuário	CDS AP 2.1
Norma da Fonseca Castex	Usuário	CDS AP 2.1
Sandra da Silva Monteiro	Usuário	CDS AP 2.1
Silas Pereira da Silva	Usuário	CDS AP 2.1
Tania Maria Loureiro Marguardt	Usuário	CDS AP 2.1
Vera Lucia da Conceição Caldeiras	Usuário	CDS AP 2.1
Vera Lucia da Silva	Usuário	CDS AP 2.1
Vera Pedro dos Santos	Usuário	CDS AP 2.1
Denise Rezende Sanches	Profissional	CDS AP 2.1

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Elia de Mello Esteves Lima	Profissional	CDS AP 2.1
Lenir Rodrigues de Araújo	Profissional	CDS AP 2.1
Lizomar Fructuozo de Brito	Profissional	CDS AP 2.1
Marco Antonio Tinoco de Carvalho	Profissional	CDS AP 2.1
Marinete Almeida Nunes Moraes	Profissional	CDS AP 2.1
Ramona Cristina Chagas de Souza	Profissional	CDS AP 2.1
Rita Luziete da Silva	Profissional	CDS AP 2.1
Vanessa Andrade Martins Pinto	Profissional	CDS AP 2.1
William Santos Cunha	Profissional	CDS AP 2.1
Adriana Burláklajman	Gestor	CDS AP 2.1
Maria Celene Rendeiro Bezerra	Gestor	CDS AP 2.1
Iracema Tavares Mourão Rangel	Gestor	CDS AP 2.1
Jane Gonçalves Torgano	Gestor	CDS AP 2.1
Maria Helena Carneiro de Carvalho	Gestor	CDS AP 2.1
Paula Travassos	Gestor	CDS AP 2.1
Roberli Bicharra Pinto	Gestor	CDS AP 2.1
Simone Campos Annes	Gestor	CDS AP 2.1
Tania Maria de Souza Pires Makluf	Gestor	CDS AP 2.1
Vera Lucia Andrade Monteiro da Silva	Gestor	CDS AP 2.1
Alessandra de Carvalho	Usuário	CDS AP 2.2
Ana Maria de Carvalho Rangel	Usuário	CDS AP 2.2
Arminda Coutinho	Usuário	CDS AP 2.2
Carlos Alberto Oliveira Coutinho	Usuário	CDS AP 2.2
Carlos Dantas	Usuário	CDS AP 2.2
Edson Dias Costa	Usuário	CDS AP 2.2
Eduardo Pereira Barboza	Usuário	CDS AP 2.2
Felipe Vieira dos Santos	Usuário	CDS AP 2.2
Inês Ferreira de Abreu Deodoro	Usuário	CDS AP 2.2
Janaína Maria da Silva	Usuário	CDS AP 2.2
Jorge Alves Costa	Usuário	CDS AP 2.2
Jorge Mathias de Souza	Usuário	CDS AP 2.2
José Linz Filho	Usuário	CDS AP 2.2
Leila Maria da Silva dos Santos	Usuário	CDS AP 2.2
Letícia Rodrigues de Barros	Usuário	CDS AP 2.2
Luiz Rodrigues Fernandes	Usuário	CDS AP 2.2
Marcia Helena de Souza	Usuário	CDS AP 2.2

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Marília Tavares	Usuário	CDS AP 3.1
Nemese da Silva do Nascimento	Usuário	CDS AP 3.1
Neuma dos Santos Fernandes	Usuário	CDS AP 3.1
Norma Maria de Souza	Usuário	CDS AP 3.1
Priscila Brenda Souto	Usuário	CDS AP 3.1
Rene Santos Silva	Usuário	CDS AP 3.1
Sérgio Clemente da Silva	Usuário	CDS AP 3.1
Sérgio Murilo da Silva	Usuário	CDS AP 3.1
Severino Lino de Oliveira	Usuário	CDS AP 3.1
Sonia Mara Garcia Nazaré	Usuário	CDS AP 3.1
Sonia Maria F. da Silva	Usuário	CDS AP 3.1
Waldir Francisco da Costa	Usuário	CDS AP 3.1
Aisar Santana Matos	Profissional	CDS AP 3.1
Ana Cristina Gomes Erngstron	Profissional	CDS AP 3.1
Ana Paula Marinho Barbosa Rezende	Profissional	CDS AP 3.1
Antonio Luiz Novaes Saraiva	Profissional	CDS AP 3.1
Cristina Tavares dos Santos	Profissional	CDS AP 3.1
Deyse Cristina Gomes Borges	Profissional	CDS AP 3.1
Fábio Eduardo da Silva Malvar de Santanna	Profissional	CDS AP 3.1
Gilberto de Oliveira Reis	Profissional	CDS AP 3.1
Gisele Gomes de Freitas	Profissional	CDS AP 3.1
Iracema Gomes da Silva	Profissional	CDS AP 3.1
Jorge Alfredo de Souza	Profissional	CDS AP 3.1
Kátia Maria Ferreira de Araújo	Profissional	CDS AP 3.1
Luiz Zamagna	Profissional	CDS AP 3.1
Márcia Cristina Veloso Thiago	Profissional	CDS AP 3.1
Marcílio Lourenço de Araújo	Profissional	CDS AP 3.1
Maria Elizabete Serejo de Sousa	Profissional	CDS AP 3.1
Maurissandro Rodrigues de Carvalho	Profissional	CDS AP 3.1
Rozeni Quaresma da Silva	Profissional	CDS AP 3.1
Andréa Carbone de Andrade	Gestor	CDS AP 3.1
Alexandre de Carvalho Lara	Gestor	CDS AP 3.1
Carla Cristina Cavalcante Paes Leme	Gestor	CDS AP 3.1
Edmilson Migowisky	Gestor	CDS AP 3.1
Emília Maria de Andrade Correia	Gestor	CDS AP 3.1
Érika Encarnação Arent	Gestor	CDS AP 3.1



DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Marcos Antônio Penna	Usuário	CDS AP 2.2
Marcus Vinicius de Araújo Belizário	Usuário	CDS AP 2.2
Maria Alice Gunzburger Costa Lima	Usuário	CDS AP 2.2
Maria Cristina Lopes	Usuário	CDS AP 2.2
Maria do Céu Moreira Schweimer	Usuário	CDS AP 2.2
Maria Olinda de Jesus Nascimento	Usuário	CDS AP 2.2
Marlene Costa dos Santos	Usuário	CDS AP 2.2
Miriam dos Santos Jacinto Thomas	Usuário	CDS AP 2.2
Nilza Alves Ferreira	Usuário	CDS AP 2.2
Nilza Rosa dos Santos	Usuário	CDS AP 2.2
Ozeas Lopes Farias	Usuário	CDS AP 2.2
Paulo Gomes Soares	Usuário	CDS AP 2.2
Paulo Sergio da Silva Barbosa	Usuário	CDS AP 2.2
Renata Jardim da Costa Barreto	Usuário	CDS AP 2.2
Renato Rosa Cardoso	Usuário	CDS AP 2.2
Rosilane Marinz dos Santos	Usuário	CDS AP 2.2
Sebastião Pinto Gonçalves	Usuário	CDS AP 2.2
Ana Maria Costa	Profissional	CDS AP 2.2
Ângela Torres	Profissional	CDS AP 2.2
Bernado Lago Alves	Profissional	CDS AP 2.2
Edna Corrêa Moreira	Profissional	CDS AP 2.2
Erildo Wolfgram	Profissional	CDS AP 2.2
Lorraine Santiago Rego	Profissional	CDS AP 2.2
Luís Eduardo Granato Raulino	Profissional	CDS AP 2.2
Margarete Paes Barreto	Profissional	CDS AP 2.2
Marise Leão Ramôa	Profissional	CDS AP 2.2
Raphael Arna	Profissional	CDS AP 2.2
Renata Valle Cantisano	Profissional	CDS AP 2.2
Rodolfo Rêgo Deusdará Rodrigues	Profissional	CDS AP 2.2
Rosimere Maria da Silva	Profissional	CDS AP 2.2
Sonia Borges Machado	Profissional	CDS AP 2.2
Telma Elisa Tavares Muniz	Profissional	CDS AP 2.2
Thiago Vieites	Profissional	CDS AP 2.2
Vilma Torres de Azevedo	Profissional	CDS AP 2.2
Alexandre Alves Modesto	Gestor	CDS AP 2.2
Ana Paula dos Santos Guimarães	Gestor	CDS AP 2.2

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Carlos Felipe Risso Machado	Gestor	CDS AP 2.2
Fernando Ferry	Gestor	CDS AP 2.2
Germana Hermes Grass Gomes Victor	Gestor	CDS AP 2.2
Ilmara Maciel Ribeiro	Gestor	CDS AP 2.2
João Paulo de Almeida Cardoso	Gestor	CDS AP 2.2
Luciana Carine Brandão Dias	Gestor	CDS AP 2.2
Maria Inez Padula Anderson	Gestor	CDS AP 2.2
Paulo Roberto da Silva Perez	Gestor	CDS AP 2.2
Reilson Bastos Binato	Gestor	CDS AP 2.2
Silvana de Andrade Lopes	Gestor	CDS AP 2.2
Silvio Marcos de Oliveira	Gestor	CDS AP 2.2
Suzana de Souza Marques Ferrazani	Gestor	CDS AP 2.2
Altamir Vilela Ferreira	Usuário	CDS AP 3.1
Antonio Inácio Pequeno	Usuário	CDS AP 3.1
Charles Gonçalves Guimarães	Usuário	CDS AP 3.1
Claudia Henrique da Silva	Usuário	CDS AP 3.1
Claudio Inácio de Lima	Usuário	CDS AP 3.1
Cosme Francisco Toscano	Usuário	CDS AP 3.1
Deise de Jesus Silva Rodrigues	Usuário	CDS AP 3.1
Delon Alves de Albuquerque Filho	Usuário	CDS AP 3.1
Edméia Peixoto Pessanha	Usuário	CDS AP 3.1
Edson Cunha Silva	Usuário	CDS AP 3.1
Elenice Pessoa Barbosa	Usuário	CDS AP 3.1
Enilton Felipe	Usuário	CDS AP 3.1
Erivelton Vidal Correa	Usuário	CDS AP 3.1
Eunice Cunha de Oliveira	Usuário	CDS AP 3.1
Gilberto Souto Pinto	Usuário	CDS AP 3.1
Jardinez Alvelo do Nascimento	Usuário	CDS AP 3.1
João Ricardo de Mattos Serafim	Usuário	CDS AP 3.1
Josuel dos Santos Silva	Usuário	CDS AP 3.1
Luiz Claudio dos Santos	Usuário	CDS AP 3.1
Marco Antonio Barcellos Gomes	Usuário	CDS AP 3.1
Maria de Fátima Gustavo Lopes	Usuário	CDS AP 3.1
Maria Pedro da Silva	Usuário	CDS AP 3.1
Maria Raimunda Aguiar de Souza	Usuário	CDS AP 3.1
Maria Rosilda Pereira de Azevedo Moreira	Usuário	CDS AP 3.1

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Jacqueline Urbani	Gestor	CDS AP 3.1
Kamilla Conde Coelho	Gestor	CDS AP 3.1
Kelly Cristina Ferreira da Silva	Gestor	CDS AP 3.1
Leandro de Sant'Ana Abal	Gestor	CDS AP 3.1
Leonardo Graever	Gestor	CDS AP 3.1
Lúlia de Mesquita Barreto	Gestor	CDS AP 3.1
Marcia Mattos Magalhães	Gestor	CDS AP 3.1
Olga de Abreu Figueiredo da Silva	Gestor	CDS AP 3.1
Valéria Gomes Pereira	Gestor	CDS AP 3.1
Vera Livia Bragança Penteado	Gestor	CDS AP 3.1
Ademir Pitoco	Usuário	CDS AP 3.2
Alcemir Vieira Junior	Usuário	CDS AP 3.2
Alexandre de Oliveira da Silva	Usuário	CDS AP 3.2
Ana Maria Sousa da Silva	Usuário	CDS AP 3.2
Antônio Carlos G. de Andrade	Usuário	CDS AP 3.2
Avany Wiermann	Usuário	CDS AP 3.2
Benedito Cosme Andrade	Usuário	CDS AP 3.2
Carlos Alberto Policeno	Usuário	CDS AP 3.2
Carlos Henrique da Silva	Usuário	CDS AP 3.2
Pedro Borges	Usuário	CDS AP 3.2
Charlles Morais de Barros	Usuário	CDS AP 3.2
Eduardo Pires Lages	Usuário	CDS AP 3.2
Geraldo Vital da Silva	Usuário	CDS AP 3.2
Gilma do Nascimento Silva	Usuário	CDS AP 3.2
Gilson Roberto	Usuário	CDS AP 3.2
Gisélia Lúcia de Assis Soares	Usuário	CDS AP 3.2
Helena Manhães Soares	Usuário	CDS AP 3.2
Jairo Alves Rosa	Usuário	CDS AP 3.2
Jessica Natalia Ferreira Policeno	Usuário	CDS AP 3.2
Jorge Luiz Lopes	Usuário	CDS AP 3.2
Libério Cesário Anastácio	Usuário	CDS AP 3.2
Manoel João de Santana	Usuário	CDS AP 3.2
Maria Angélica de Souza	Usuário	CDS AP 3.2
Maria do Carmo Correa Barbosa	Usuário	CDS AP 3.2
Orlando Tavares	Usuário	CDS AP 3.2
Osias Ernesto dos Santos	Usuário	CDS AP 3.2

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Pedro Cardoso de Lima	Usuário	CDS AP 3.2
Pedro de Oliveira	Usuário	CDS AP 3.2
Roberto Carlo Sampaio	Usuário	CDS AP 3.2
Roseli Gomes Coelho da Silva	Usuário	CDS AP 3.2
Sergio Sobral Alves	Usuário	CDS AP 3.2
Sheila Furtunato E. dos Santos	Usuário	CDS AP 3.2
Sonia Regina Gonçalves	Usuário	CDS AP 3.2
Tânia Cristina dos Santos Costa	Usuário	CDS AP 3.2
Waldyr Gonçalves de Souza	Usuário	CDS AP 3.2
Williams Clayton Faria	Usuário	CDS AP 3.2
Ana Lucia da Silva	Profissional	CDS AP 3.2
Barbara Gonçalves Chambarelli	Profissional	CDS AP 3.2
Daniele Rodrigues Vidal Rocha	Profissional	CDS AP 3.2
Edirani Oliveira da Silva	Profissional	CDS AP 3.2
Eliane Engle Matos	Profissional	CDS AP 3.2
Edson Borga	Profissional	CDS AP 3.2
José Luiz da Silva	Profissional	CDS AP 3.2
Lucia Helena Amaral	Profissional	CDS AP 3.2
Lucineide Maria B. Batalha	Profissional	CDS AP 3.2
Márcia de Oliveira Magalhães Teixeira	Profissional	CDS AP 3.2
Maria Auxiliadora Ozdian	Profissional	CDS AP 3.2
Maria de Lourdes Trepte	Profissional	CDS AP 3.2
Maria Helena Nazar de Souza	Profissional	CDS AP 3.2
Mariane Oselame	Profissional	CDS AP 3.2
Nara de Macedo Silva	Profissional	CDS AP 3.2
Rosilene Alves da Silva Rebelo	Profissional	CDS AP 3.2
Solange Marques Bonfim	Profissional	CDS AP 3.2
Viviane de Souza da Fonseca	Profissional	CDS AP 3.2
Ana Cláudia Duarte de Lemos	Gestor	CDS AP 3.2
Ana Paula Brito Guedes	Gestor	CDS AP 3.2
Anamaria da Costa Lambert	Gestor	CDS AP 3.2
Carlos Barbosa	Gestor	CDS AP 3.2
Carmélia Moreira Gonçalves	Gestor	CDS AP 3.2
Claudia Nastari	Gestor	CDS AP 3.2
Claudia Reis Tavares	Gestor	CDS AP 3.2
Erika Pontes e Silva	Gestor	CDS AP 3.2

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Ivan Antônio Arbex	Gestor	CDS AP 3.2
Juliana de Faria Caramore	Gestor	CDS AP 3.2
Márcia Mattos	Gestor	CDS AP 3.2
Mauro Cesar Calvo	Gestor	CDS AP 3.2
Monica da Silva Lorenzo	Gestor	CDS AP 3.2
Sergio Luiz Fonseca Adeodato	Gestor	CDS AP 3.2
Silvia Eurides Soares Veiga	Gestor	CDS AP 3.2
Solange Ramos Bastos	Gestor	CDS AP 3.2
Valéria Fernandes Teixeira	Gestor	CDS AP 3.2
Artur Grimaldi	Usuário	CDS AP 3.3
João Batista Silva de Sousa	Usuário	CDS AP 3.3
João Dionísio Menezes	Usuário	CDS AP 3.3
José Cosme dos Reis	Usuário	CDS AP 3.3
Luciano dos Santos Dutra	Usuário	CDS AP 3.3
Madalena de Almeida Oliveira	Usuário	CDS AP 3.3
Marco Aurélio Cardoso Azamôr	Usuário	CDS AP 3.3
Margarida M.A.Frouf	Usuário	CDS AP 3.3
Maria das Graças Silva Ferraz	Usuário	CDS AP 3.3
Miguel Silva de Moura	Usuário	CDS AP 3.3
Petrina da Conceição Andrade Gutierrez	Usuário	CDS AP 3.3
Silvia Regina Barbosa de Abreu	Usuário	CDS AP 3.3
Jairly Guimarães Simplício	Profissional	CDS AP 3.3
Jerônimo Luiz Franco Soares	Profissional	CDS AP 3.3
Jomar Cosme Marques da Silva	Profissional	CDS AP 3.3
Silvia Lessa Figueira	Profissional	CDS AP 3.3
Tânia Mara Bernardino Alves	Profissional	CDS AP 3.3
Teresinha Lopes dos S. de Arruda	Profissional	CDS AP 3.3
Alexandre Chaia	Gestor	CDS AP 3.3
Andreia Cardoso Fernandes	Gestor	CDS AP 3.3
Kátia Alexandre Braga Duarte dos Santos	Gestor	CDS AP 3.3
Marize Netto de Siqueira	Gestor	CDS AP 3.3
Roberto de Araújo Raposo	Gestor	CDS AP 3.3
Simone Nunes Machado	Gestor	CDS AP 3.3
Adelton Gunzburger	Gestor	CDS AP 4.0
Ângela Maria Pelinto Ormond	Usuário	CDS AP 4.0
Azauri Monteiro de Alencastro Graça Junior	Usuário	CDS AP 4.0

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Carlos Alberto Costa Bezerra	Usuário	CDS AP 4.0
Carlos Ferreira da Silva	Usuário	CDS AP 4.0
Cláudia da Silva Moraes	Usuário	CDS AP 4.0
Clauzi Bastos Cunha	Usuário	CDS AP 4.0
Jorge Paes Leme Filho	Usuário	CDS AP 4.0
Joselina Cardoso Pachá	Usuário	CDS AP 4.0
Joselina Formozo de Souza Fernandes	Usuário	CDS AP 4.0
Leonardo Batista	Usuário	CDS AP 4.0
Lucineia Fernandes Fideles	Usuário	CDS AP 4.0
Marcos Antônio P. Neves	Usuário	CDS AP 4.0
Maria Luiza Freire	Usuário	CDS AP 4.0
Rosângela da Silva Ramos	Usuário	CDS AP 4.0
Sebastião de Mendonça e Silva	Usuário	CDS AP 4.0
Solange Aparecida Fagundes Soares	Usuário	CDS AP 4.0
Valentina Braga	Usuário	CDS AP 4.0
Vladimir Filgueiras de Lima	Usuário	CDS AP 4.0
Zélia Pimentel Andrade	Usuário	CDS AP 4.0
Agatha Reis	Profissional	CDS AP 4.0
Ana Paula Santos	Profissional	CDS AP 4.0
Cláudia Rose Conceição de Oliveira	Profissional	CDS AP 4.0
Dulce Lea Ferreira Gomes	Profissional	CDS AP 4.0
Gerson da Costa Filho	Profissional	CDS AP 4.0
Isabela Silva Vieira	Profissional	CDS AP 4.0
Jubemar de Medeiros Lima	Profissional	CDS AP 4.0
Leandro Luiz Souza Cunha	Profissional	CDS AP 4.0
Mônica Sá Bastos Forrester	Profissional	CDS AP 4.0
Rosana Silva Rosa	Profissional	CDS AP 4.0
Adriana de Mattos Dantas Carvalho	Gestor	CDS AP 4.0
Ana Beatriz Raed	Gestor	CDS AP 4.0
Ana Caroline Canedo Teixeira	Gestor	CDS AP 4.0
Carlos Víctor dos Santos Filho	Gestor	CDS AP 4.0
Cláudia Macedo	Gestor	CDS AP 4.0
Elisabete da Silveira	Gestor	CDS AP 4.0
Iracema Vieira Polidoro	Gestor	CDS AP 4.0
Marcos Vinícius Duarte Nunes	Gestor	CDS AP 4.0
Renata Estrela	Gestor	CDS AP 4.0

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Wallace Peyroton de Couto	Gestor	CDS AP 4.0
Anazir de Oliveira	Usuário	CDS AP 5.1
Ângela Maria Resende de Miranda	Usuário	CDS AP 5.1
Beatriz de Oliveira Santos	Usuário	CDS AP 5.1
Carlos Alberto Bessa Menezes	Usuário	CDS AP 5.1
Cesar Barros de Moraes	Usuário	CDS AP 5.1
Cláudio Marques da Cruz	Usuário	CDS AP 5.1
Darcy Sampaio de Oliveira	Usuário	CDS AP 5.1
Edilson Adad	Usuário	CDS AP 5.1
Ednéa Zeias Teixeira Souza	Usuário	CDS AP 5.1
Fernando Antonio Ferreira da Silva	Usuário	CDS AP 5.1
Florêncio Claudemiro de Souza	Usuário	CDS AP 5.1
Geraldo Sergio Raymundo	Usuário	CDS AP 5.1
Gilmar Barbosa da Silva	Usuário	CDS AP 5.1
Gilmar Vanderley Mendes	Usuário	CDS AP 5.1
Ivanilde Braga Marinho	Usuário	CDS AP 5.1
João Galdino de Melo	Usuário	CDS AP 5.1
José Carlos Cabral	Usuário	CDS AP 5.1
José Eufrazio da Costa Filho	Usuário	CDS AP 5.1
José Thomaz da Conceição	Usuário	CDS AP 5.1
Lilian Maria Pepera de Azevedo Dias	Usuário	CDS AP 5.1
Maria José Barbosa Bezerra	Usuário	CDS AP 5.1
Maria José Rodrigues	Usuário	CDS AP 5.1
Maria Marcia Cassús	Usuário	CDS AP 5.1
Marina Costa Bernardes	Usuário	CDS AP 5.1
Mário Lúcio Carvalho de Almeida	Usuário	CDS AP 5.1
Paulo Gomes Soares	Usuário	CDS AP 5.1
Rogéria Xavier Santos	Usuário	CDS AP 5.1
Rogério Rodrigues Da Silva	Usuário	CDS AP 5.1
Rosália da Silva Lopes	Usuário	CDS AP 5.1
Sueli Trindade de Souza	Usuário	CDS AP 5.1
Vera Lucia Ribeiro de Souza	Usuário	CDS AP 5.1
Alexandre Campos	Profissional	CDS AP 5.1
Aline Abdala	Profissional	CDS AP 5.1
Ana Claudia Ávila Santos	Profissional	CDS AP 5.1
Angélica Vilarim da Silva	Profissional	CDS AP 5.1

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Cláudia Fernanda M. P. Martins	Profissional	CDS AP 5.1
Daniel Del Campo Corrêa	Profissional	CDS AP 5.1
Daniele Viera da Silva	Profissional	CDS AP 5.1
Fabiana Amaro	Profissional	CDS AP 5.1
Ivam Carlos de Lima Paul	Profissional	CDS AP 5.1
José Antonio Bezerra Vasconcellos	Profissional	CDS AP 5.1
Luciene de Moraes Pires Cinti	Profissional	CDS AP 5.1
Magda Pavadelce	Profissional	CDS AP 5.1
Marcia Laureano	Profissional	CDS AP 5.1
Maria Martha Branco Pinto	Profissional	CDS AP 5.1
Nair da Gama Silva G.	Profissional	CDS AP 5.1
Sonia de França Rodrigues	Profissional	CDS AP 5.1
Bruno Sergio Mendes Resende	Gestor	CDS AP 5.1
Cátia Iara Pisenti da Silva	Gestor	CDS AP 5.1
Claudio Arnoldi Cavalcante	Gestor	CDS AP 5.1
Daniela Marta Lopes Santos	Gestor	CDS AP 5.1
Fábio Antonio Monteiro	Gestor	CDS AP 5.1
Fábio Fonseca da Silva	Gestor	CDS AP 5.1
José Antonio Gonçalves Rodrigues	Gestor	CDS AP 5.1
Laura Osthoff	Gestor	CDS AP 5.1
Luciana Simões de Oliveira	Gestor	CDS AP 5.1
Marcela C. P. Rodrigues Souza Oliveira	Gestor	CDS AP 5.1
Neise Conceição Ramos Villar	Gestor	CDS AP 5.1
Reniani Lami	Gestor	CDS AP 5.1
Sebastião Till	Gestor	CDS AP 5.1
Tatiane Caldeira dos Santos de Salles	Gestor	CDS AP 5.1
Vanessa Assis Valente	Gestor	CDS AP 5.1
Abigail Clemente Pinto	Usuário	CDS AP 5.2
Alcidenil Lacerda	Usuário	CDS AP 5.2
Altivo Pereira de Jesus	Usuário	CDS AP 5.2
Amauri Galvão de Barros	Usuário	CDS AP 5.2
Anaídes de Souza Brito	Usuário	CDS AP 5.2
Andreia de Souza Diniz Pinto	Usuário	CDS AP 5.2
Angélica Millepe de Mello	Usuário	CDS AP 5.2
Cândida Maria de Souza Serrão	Usuário	CDS AP 5.2
Carlos Batista dos Santos	Usuário	CDS AP 5.2



DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Claudio Antunes de Jesus	Usuário	CDS AP 5.2
Cláudio de Moraes Carvalho	Usuário	CDS AP 5.2
Edy Theresinha da Silva	Usuário	CDS AP 5.2
Ervin Ferreira da Costa	Usuário	CDS AP 5.2
Graciano Manoel Moraes Caseiro	Usuário	CDS AP 5.2
Ieda Tomé	Usuário	CDS AP 5.2
Ivana Cláudia Timóteo da Silva	Usuário	CDS AP 5.2
Josué Rodrigues Paulo	Usuário	CDS AP 5.2
Jorge Luis Mateus	Usuário	CDS AP 5.2
Jorge Pereira	Usuário	CDS AP 5.2
José Luiz Pinto	Usuário	CDS AP 5.2
Luzete M <sup>a</sup> Aparecida R. Carneiro	Usuário	CDS AP 5.2
Marcio Antonio Domiciano Paula	Usuário	CDS AP 5.2
Maria da Glória de Souza e Souza	Usuário	CDS AP 5.2
Maria do Carmo Gomes	Usuário	CDS AP 5.2
Marília Mateus Pinheiro	Usuário	CDS AP 5.2
Marlene Maria de Souza	Usuário	CDS AP 5.2
Mauro André dos Santos Pereira	Usuário	CDS AP 5.2
Paulo Roberto Teixeira do Nascimento	Usuário	CDS AP 5.2
Roseane de Miranda Pamplona	Usuário	CDS AP 5.2
Sheila Menezes Rosa dos Santos	Usuário	CDS AP 5.2
Simone Augusto de Oliveira	Usuário	CDS AP 5.2
Valéria de Souza Azevedo	Usuário	CDS AP 5.2
Andressa Gonzaga	Profissional	CDS AP 5.2
Carmem Lúcia Gomes Moreira	Profissional	CDS AP 5.2
Cristiana Inácio do Espírito Santo	Profissional	CDS AP 5.2
Eleana Pereira David	Profissional	CDS AP 5.2
Eliane Teixeira Rangel	Profissional	CDS AP 5.2
Elton Irade Rosa	Profissional	CDS AP 5.2
Érida Aparecida José da Silva	Profissional	CDS AP 5.2
Luiz Eduardo Souza Costa	Profissional	CDS AP 5.2
Marcos Dias Fiszer	Profissional	CDS AP 5.2
Marlene de Lourdes Araújo Fernandes	Profissional	CDS AP 5.2
Mauricio Cardoso	Profissional	CDS AP 5.2
Pedro José Bello Gomes	Profissional	CDS AP 5.2
Regina de Souza Braga	Profissional	CDS AP 5.2

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Renata do Nascimento Feitosa	Profissional	CDS AP 5.2
Rosangela Souza de Jesus	Profissional	CDS AP 5.2
Sueli dos Anjos Silva dos Santos	Profissional	CDS AP 5.2
Aline Alvarenga Coelho	Gestor	CDS AP 5.2
Ana Dalva Barbosa Gomes	Gestor	CDS AP 5.2
Ana Maria de Oliveira Lima	Gestor	CDS AP 5.2
Andréa de Medeiros Silva	Gestor	CDS AP 5.2
Antonio Freitas Moreira	Gestor	CDS AP 5.2
Cátia Regina de Andrade Ribeiro	Gestor	CDS AP 5.2
Edilane dos Santos Rosa	Gestor	CDS AP 5.2
Ericmar Carvalho de Melo	Gestor	CDS AP 5.2
Halene Cristina de Armada Maturana	Gestor	CDS AP 5.2
Hélio Rodrigues Lima	Gestor	CDS AP 5.2
José Carlos Dias Bicaco	Gestor	CDS AP 5.2
Liliane Cardoso de Almeida Leal	Gestor	CDS AP 5.2
Luciana Fernandes Rodrigues	Gestor	CDS AP 5.2
Marcelo Araújo Gonçalves de Miranda	Gestor	CDS AP 5.2
Simone Moreira	Gestor	CDS AP 5.2
Sonia Aquilino Castilho	Gestor	CDS AP 5.2
Adriano Rocha	Usuário	CDS AP 5.3
Ana Lúcia da Silva Brochado	Usuário	CDS AP 5.3
Ana Lúcia Pereira da Silva	Usuário	CDS AP 5.3
Benedito de Oliveira	Usuário	CDS AP 5.3
Carlos Henrique da Silva Souza	Usuário	CDS AP 5.3
Cristiana Xavier	Usuário	CDS AP 5.3
David Belarmino	Usuário	CDS AP 5.3
David da Silva Calixto	Usuário	CDS AP 5.3
Diogo José dos Santos	Usuário	CDS AP 5.3
Edir Dariux	Usuário	CDS AP 5.3
Edson da Assunção	Usuário	CDS AP 5.3
Eduardo Nunes de Lima	Usuário	CDS AP 5.3
Elizete da Rocha da Silva	Usuário	CDS AP 5.3
Ester dos Santos Manguiera	Usuário	CDS AP 5.3
Francisco Rocha de Oliveira	Usuário	CDS AP 5.3
Geraldo Batista de Oliveira	Usuário	CDS AP 5.3
Gilberto Nicácio Aragão	Usuário	CDS AP 5.3

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Haideê Vieira Francisco	Usuário	CDS AP 5.3
Isabel Maria	Usuário	CDS AP 5.3
João Carlos dos Santos Pontes	Usuário	CDS AP 5.3
Joilson Moço	Usuário	CDS AP 5.3
Jonas de Araújo	Usuário	CDS AP 5.3
Kleber Pereira de Carvalho	Usuário	CDS AP 5.3
Leia Alcântara Ribeiro	Usuário	CDS AP 5.3
Leonardo Ribeiro Sousa	Usuário	CDS AP 5.3
Marcela da Silva de Oliveira	Usuário	CDS AP 5.3
Marcelo Machado Esteves	Usuário	CDS AP 5.3
Maria Lúcia da Silva Brochado	Usuário	CDS AP 5.3
Máximo Dias da Silva	Usuário	CDS AP 5.3
Oswaldo Rodrigues da Silva	Usuário	CDS AP 5.3
Rosimar da Rocha	Usuário	CDS AP 5.3
Valquir Teixeira	Usuário	CDS AP 5.3
Vanderley Nunes	Usuário	CDS AP 5.3
Washington Ferreira Alves	Usuário	CDS AP 5.3
Anderson Luis Julião	Profissional	CDS AP 5.3
Edmar José Salgado	Profissional	CDS AP 5.3
Edneia Lino de Oliveira	Profissional	CDS AP 5.3
Elizabeth Lopes Quino	Profissional	CDS AP 5.3
Fabiane Brum	Profissional	CDS AP 5.3
Frândinei Mezine Leles	Profissional	CDS AP 5.3
Jairo Barbosa da Silva	Profissional	CDS AP 5.3
José Carlos Natal de Moraes	Profissional	CDS AP 5.3
Juliana Sales da Silva	Profissional	CDS AP 5.3
Lídia Xavier de Paula Cerqueira	Profissional	CDS AP 5.3
Luana Frankin de Oliveira	Profissional	CDS AP 5.3
Márcia Pereira da Silva Machado	Profissional	CDS AP 5.3
Naldise Leal Cardoso da Silva	Profissional	CDS AP 5.3
Renata dos Reis	Profissional	CDS AP 5.3
Sidnei F. Junior	Profissional	CDS AP 5.3
Valcir José de Almeida	Profissional	CDS AP 5.3
Vanessa Cristina L. de Andrade	Profissional	CDS AP 5.3
Ana Maria	Gestor	CDS AP 5.3
Ana Paula	Gestor	CDS AP 5.3

DELEGADOS	SEGMENTO	CONSELHO
Bruno Sá	Gestor	CDS AP 5.3
Daniele Victor	Gestor	CDS AP 5.3
Gisele Vasconcelos	Gestor	CDS AP 5.3
Leila Maria Moreira Rangel Marino	Gestor	CDS AP 5.3
Lilian Berg	Gestor	CDS AP 5.3
Luciana Ferreira	Gestor	CDS AP 5.3
Luciana Santos	Gestor	CDS AP 5.3
Marcia Costa	Gestor	CDS AP 5.3
Maria Beatriz Guimarães Fonseca	Gestor	CDS AP 5.3
Michelle Barbosa	Gestor	CDS AP 5.3
Priscila Gonçalves	Gestor	CDS AP 5.3
Rafael Gamboa	Gestor	CDS AP 5.3
Regina Célia de Mello	Gestor	CDS AP 5.3
Tereza Cristina	Gestor	CDS AP 5.3
Vanessa Meira	Gestor	CDS AP 5.3
Vera Lucia	Gestor	CDS AP 5.3

## DELEGADOS DA XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE ELEITOS PARA A ETAPA ESTADUAL

### SEGMENTO DOS USUÁRIOS

DELEGADOS	SEGMENTO
Adelton Gunzburguer	Usuário
Alcidenil Lacerda	Usuário
Altivo Pereira de Jesus	Usuário
Ana Maria Souza da Silva	Usuário
Anaídes de Souza Brito	Usuário
Azaury Monteiro de A. Graça Junior	Usuário
Benedito de Oliveira	Usuário
Cândida Maria de Souza Serrão	Usuário
Carlos Alberto Bessa Menezes	Usuário
Carlos Alberto Costa Bezerra	Usuário
Carlos Alberto Policeno	Usuário
Carlos Dantas	Usuário
Carlos Ferreira da Silva	Usuário
Carlos Henrique Alves	Usuário
Cláudia da Silva Moraes	Usuário
Cláudio Marques da Cruz	Usuário
Cosme Francisco Toscano	Usuário
Dari Miranda Alves	Usuário
David Belarmino	Usuário
Edilson Adad	Usuário
Edy Theresinha da Silva	Usuário
Eliane dos Santos Souza	Usuário
Elizete da Rocha da Silva	Usuário
Elsó de Oliveira	Usuário
Ester dos Santos Manguieira	Usuário
Felipe Vieira dos Santos	Usuário
Geni Pereira da Silva	Usuário
Geraldo Batista de Oliveira	Usuário
Gilberto Ferreira de Araújo	Usuário
Gilberto Nicácio Aragão	Usuário
Gilma do Nascimento Silva	Usuário

DELEGADOS	SEGMENTO
Gilson Roberto	Usuário
Haydée Montes de Oliveira	Usuário
Helena Manhães Soares	Usuário
Ivanilde Braga Marinho	Usuário
João Dionísio Menezes	Usuário
Jonas de Araújo	Usuário
Jorge Paes Leme Filho	Usuário
José Cosme dos Reis	Usuário
José Eufrazio da Costa Filho	Usuário
José Ricardo Duarte Ferreira	Usuário
José Thomaz da Conceição	Usuário
Júlia Daniela de Castro	Usuário
Kleber Pereira de Carvalho	Usuário
Laura Alves Leite	Usuário
Leticia Rodrigues de Barros	Usuário
Luciano dos Santos Dutra	Usuário
Ludugério Antonio da Silva	Usuário
Luiz Alves da Silva	Usuário
Luzete M. Aparecida R. Carneiro	Usuário
Madalena de Almada Oliveira	Usuário
Marcia Helena de Souza	Usuário
Marcia Vera Vasconcellos	Usuário
Marco Aurélio Cardoso Azamô	Usuário
Marcos Penna	Usuário
Margarida M. A. Frouf	Usuário
Maria Alice Gunzburguer Costa Lima	Usuário
Maria Clara Migowski Pinto Barbosa	Usuário
Maria Cristina Gustavo Lopes	Usuário
Maria da Glória Silva	Usuário
Maria de Fátima Gustavo Lopes	Usuário
Maria de Fátima Pereira	Usuário
Maria do Carmo Corrêa Barboza	Usuário
Maria Edileusa Braga Freire	Usuário
Maria Iracilda Gomes Silva	Usuário
Maria José Rodrigues	Usuário

DELEGADOS	SEGMENTO
Maria Lúcia da Silva Brochado	Usuário
Maria Pedro da Silva	Usuário
Maria Rosilda Pereira de A. Moreira	Usuário
Marília Mateus Pinheiro	Usuário
Marlene Maria de Souza	Usuário
Mauro André dos Santos Pereira	Usuário
Miguel Silva de Moura	Usuário
Milton Lima	Usuário
Nemese da Silva do Nascimento	Usuário
Norma Maria de Souza	Usuário
Olímpio Barroso de Sá	Usuário
Orlando Tavares	Usuário
Paulo Gomes Soares	Usuário
Pedro de Oliveira	Usuário
Petrina da Consolação A. Gutierrez	Usuário
Renata Jardim da Costa Barreto	Usuário
Rene Monteiro de Almeida Junior	Usuário
Rogério Rodrigues da Silva	Usuário
Severino Lino de Oliveira	Usuário
Silas Pereira da Silva	Usuário
Sílvia Regina B. de Abreu	Usuário
Solange Aparecida Fagundes Soares	Usuário
Solange Gomes de Oliveira	Usuário
Sonia Maria do Nascimento	Usuário
Sonia Maria F. da Silva	Usuário
Sonia Regina G. da Silvas	Usuário
Valdemira de Souza Santiago Duarte	Usuário
Vera Lúcia Soares de Oliveira Silva	Usuário
Victor Yuri de Oliveira	Usuário
Vladimir Filgueiras de Lima	Usuário
Waldir Francisco da Costa	Usuário
Wilson Nilson da Rocha	Usuário
Zorete Andrade da Silva	Usuário

# DELEGADOS DA XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE ELEITOS PARA A ETAPA ESTADUAL

## SEGMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DELEGADOS	SEGMENTO
Aisar Santana Matos	Profissionais de Saúde
Ana Cristina Gomes Engstrom	Profissionais de Saúde
Ana Lúcia da Silva	Profissionais de Saúde
Ana Maria Bezerra Bandeira	Profissionais de Saúde
Angélica Vilarim da Silva	Profissionais de Saúde
Antonio Luiz Novaes Saraiva	Profissionais de Saúde
Carmem Lúcia Gomes Moreira	Profissionais de Saúde
Deise Marques dos Santos	Profissionais de Saúde
Denise Rezende Sanches	Profissionais de Saúde
Diego de Faria Magalhães Torres	Profissionais de Saúde
Dulce Lea Ferreira Gomes	Profissionais de Saúde
Edinea Lino de Oliveira	Profissionais de Saúde
Edna Corrêa Moreira	Profissionais de Saúde
Eleana Pereira David	Profissionais de Saúde
Elizabeth Lopes Quino	Profissionais de Saúde
Erivelto Soares De Medeiros Junior	Profissionais de Saúde
Gerson da Costa Filho	Profissionais de Saúde
Iracema Gomes da Silva	Profissionais de Saúde
Jairly Guimarães Simplício	Profissionais de Saúde
Jairo Barbosa da Silva	Profissionais de Saúde
Jerônimo Luis F. Soares	Profissionais de Saúde
Jomar Cosme	Profissionais de Saúde
José Antonio Alexandre Romano	Profissionais de Saúde
José Liporage Teixeira	Profissionais de Saúde
José Luiz da Silva	Profissionais de Saúde
Leandro Luiz Souza Cunha	Profissionais de Saúde
Luis Eduardo Granato Raulino	Profissionais de Saúde
Marcia Cristina Veloso Thiago	Profissionais de Saúde
Marcia Laureano	Profissionais de Saúde



DELEGADOS	SEGMENTO
Marco Antônio Tinoco de Carvalho	Profissionais de Saúde
Maria Auxiliadora Ozdian	Profissionais de Saúde
Maria Eliana Gomes dos Santos	Profissionais de Saúde
Maria Inês da Silva	Profissionais de Saúde
Maria José dos Santos Peixoto	Profissionais de Saúde
Maria Oselame	Profissionais de Saúde
Mariléa Lúcio Ormond	Profissionais de Saúde
Marinaldo Silva Santos	Profissionais de Saúde
Marinete Almeida Nunes Moraes	Profissionais de Saúde
Mauricio Cardoso	Profissionais de Saúde
Miriam Andrade de Souza Lopes	Profissionais de Saúde
Rodolfo Rêgo Rodrigues	Profissionais de Saúde
Rosana Silva Rosa	Profissionais de Saúde
Rosimere Maria da Silva	Profissionais de Saúde
Sheila Marino Aguiar	Profissionais de Saúde
Silvia Lessa Figueira	Profissionais de Saúde
Sueli dos Anjos Silva dos Santos	Profissionais de Saúde
Telma Elisa Tavares Muniz	Profissionais de Saúde
Valcir José de Almeida	Profissionais de Saúde
Vanessa Andrade Martins Pinto	Profissionais de Saúde
Vivian Peixoto Nogueira	Profissionais de Saúde

# DELEGADOS DA XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE ELEITOS PARA A ETAPA ESTADUAL

## SEGMENTO DOS GESTORES/PRESTADORES DE SERVIÇO

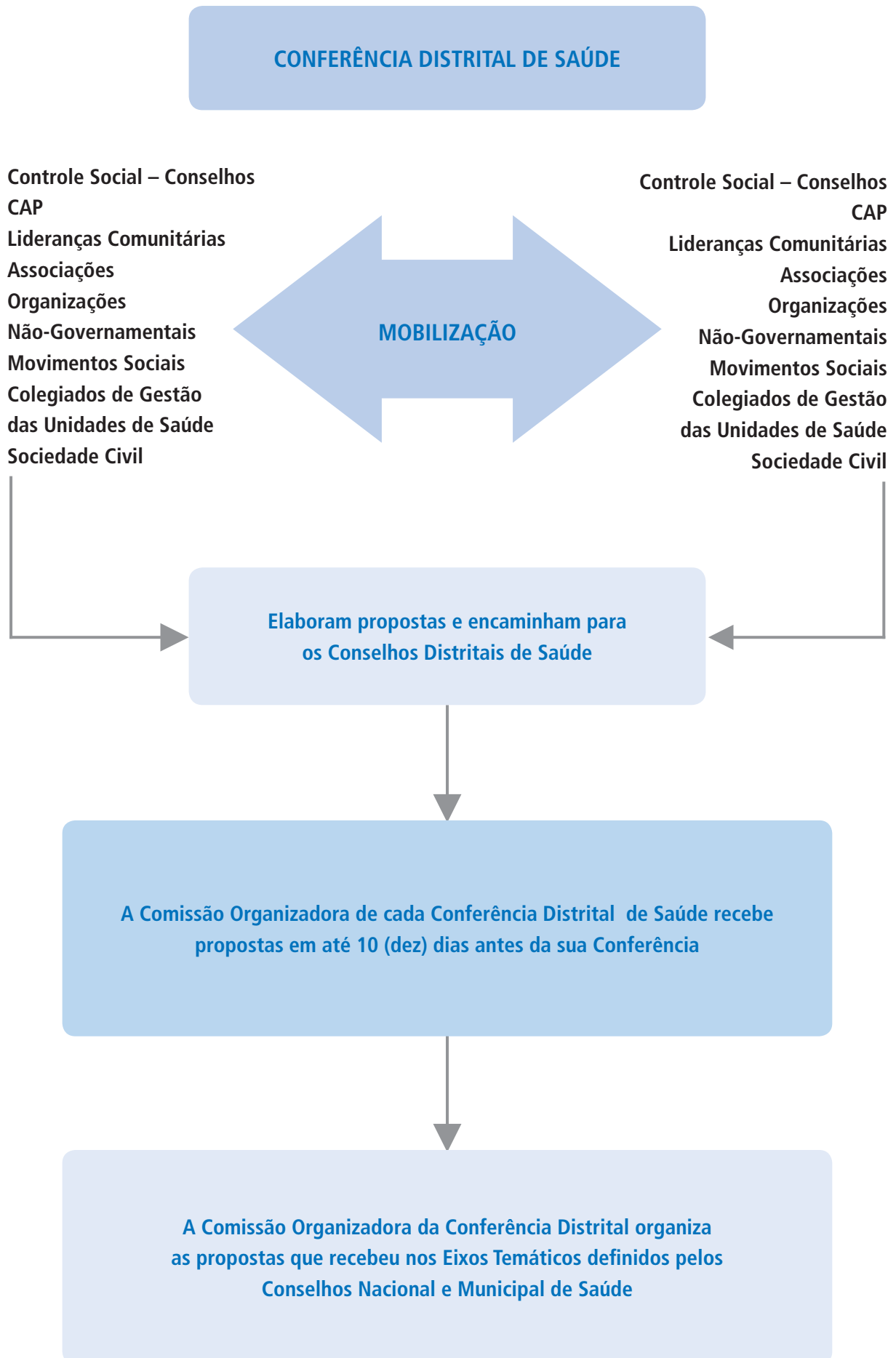
DELEGADOS	SEGMENTO
Adriana de Matos Dantas Cavalheiro	Gestores/Prestadores de Serviço
Alexander Rocha	Gestores/Prestadores de Serviço
Alexandre Alves Modesto	Gestores/Prestadores de Serviço
Aline de Alvarenga Coelho	Gestores/Prestadores de Serviço
Ana Beatriz Portugal Santos Raed	Gestores/Prestadores de Serviço
Ana Paula Brito Guedes	Gestores/Prestadores de Serviço
Ana Paula de Oliveira F. Alexandre	Gestores/Prestadores de Serviço
André Luis Andrade Justino	Gestores/Prestadores de Serviço
Ângela Rocha de Lamare Leite	Gestores/Prestadores de Serviço
Anna Paulla dos Santos Guimarães	Gestores/Prestadores de Serviço
Bruno Sá Pereira	Gestores/Prestadores de Serviço
Bruno Sergio Mendes Resende	Gestores/Prestadores de Serviço
Carla Cristina Cavalcante Paes Leme	Gestores/Prestadores de Serviço
Carlos Barbosa	Gestores/Prestadores de Serviço
Carolina Cruz	Gestores/Prestadores de Serviço
Cláudia Nastari de Paula	Gestores/Prestadores de Serviço
Cristina Guedes Veneu	Gestores/Prestadores de Serviço
Daniel Ricardo Soranz Pinto	Gestores/Prestadores de Serviço
David Salvador de Lima Filho	Gestores/Prestadores de Serviço
Diego Willer Ribeiro Oliveira	Gestores/Prestadores de Serviço
Érika Encarnação Arent	Gestores/Prestadores de Serviço
Fábio Fonseca da Silva	Gestores/Prestadores de Serviço
Guilherme Wagner	Gestores/Prestadores de Serviço
Iracema Tavares Mourão Rangel	Gestores/Prestadores de Serviço
Jacqueline Costa Henriques	Gestores/Prestadores de Serviço
Kátia Alexandre Braga D. dos Santos	Gestores/Prestadores de Serviço
Kelly Cristina Ferreira da Silva	Gestores/Prestadores de Serviço
Leandro de Sant'ana Abal	Gestores/Prestadores de Serviço
Leonardo Graever	Gestores/Prestadores de Serviço

DELEGADOS	SEGMENTO
Luciana Fernandes Rodrigues	Gestores/Prestadores de Serviço
Daniel Ricardo Soranz Pinto	Gestores/Prestadores de Serviço
Luciana Simões de Oliveira	Gestores/Prestadores de Serviço
Maria Helena Carneiro de Carvalho	Gestores/Prestadores de Serviço
Maria Inez Padula Anderson	Gestores/Prestadores de Serviço
Maria Marlene da Silva	Gestores/Prestadores de Serviço
Mario Celso da Gama Lima Júnior	Gestores/Prestadores de Serviço
Pablo de Mello Rodrigues Guedes	Gestores/Prestadores de Serviço
Patrícia de Albuquerque Ferreira	Gestores/Prestadores de Serviço
Rafael Gamboa Longui	Gestores/Prestadores de Serviço
Renata da Costa Netto Estrella	Gestores/Prestadores de Serviço
Roberto de Araújo Raposo	Gestores/Prestadores de Serviço
Roberto José Leal	Gestores/Prestadores de Serviço
Rogério Marques Gonçalves	Gestores/Prestadores de Serviço
Rosemberg de Araújo Pinheiro	Gestores/Prestadores de Serviço
Selene Maria Rendeiro Bezerra	Gestores/Prestadores de Serviço
Simone Nunes Machado	Gestores/Prestadores de Serviço
Sonia Aquilino Castilho	Gestores/Prestadores de Serviço
Tania Maria de Souza Pires Makluf	Gestores/Prestadores de Serviço
Tereza Cristina Martins B. da Silva	Gestores/Prestadores de Serviço
Vanessa Maciel Fernandes Teles	Gestores/Prestadores de Serviço
Vera Lúcia Andrade Monteiro Silva	Gestores/Prestadores de Serviço
Wallace Peyroton do Couto	Gestores/Prestadores de Serviço



# **XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

## **ANEXO I FLUXOGRAMA ORIENTADOR**



## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE

Submissão das propostas recebidas e elaboração de novas diretrizes e propostas nos Grupos de Trabalho

Cada Grupo de Trabalho discute e define as Diretrizes e Propostas que devem seguir para a Plenária Final

Submete Diretrizes e Propostas à Plenária Final

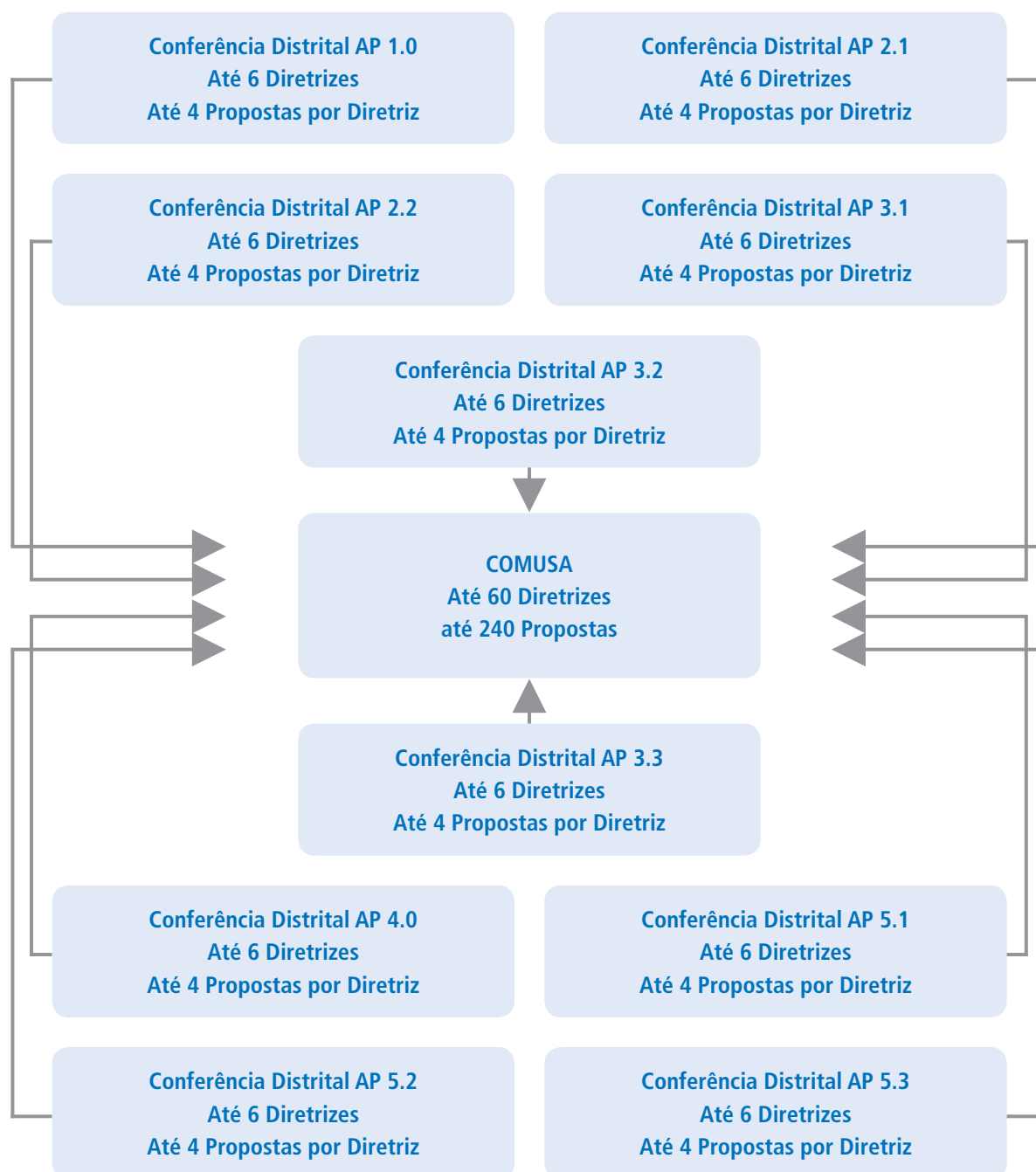
Elabora-se o relatório com a compilação das Diretrizes e Propostas Aprovadas na Plenária Final

Encaminha-se para a Comissão Organizadora da Conferência Municipal de Saúde - A COMUSA

COMUSA - Organiza o Caderno Orientador com a compilação das Diretrizes e Propostas recebidas para a Conferência Municipal de Saúde

As propostas de âmbito local que não seguirem para a Conferência Municipal permanecem como Documento Oficial da Conferência Distrital para subsidiar o planejamento local.

## XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE ESTRUTURA DO RELATÓRIO



Na Conferência Municipal não são formuladas novas diretrizes propostas.

Os Grupos de Trabalho podem adequar o texto de uma diretriz ou proposta, podem juntar duas ou mais propostas para compor uma única sobre o tema em discussão, desde que não haja alteração do sentido originalmente proposto.

O trabalho será feito com base nas propostas e diretrizes que constam no Caderno do Delegado e que foram aprovadas nas Conferências Distritais.



Na Conferência Municipal não são formuladas novas diretrizes propostas.

Os Grupos de Trabalho podem adequar o texto de uma diretriz ou proposta, podem juntar duas ou mais propostas para compor uma única sobre o tema em discussão, desde que não haja alteração do sentido originalmente proposto.

O trabalho será feito com base nas propostas e diretrizes que constam no Caderno do Delegado e que foram aprovadas nas Conferências Distritais.

## XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Os Grupos de Trabalho são organizados por Eixo Temático

Cada Grupo de Trabalho recebe o conjunto de diretrizes e propostas aprovadas nas 10 (dez) Conferências Distritais organizadas por eixo temático no Caderno Orientador

Cada Grupo de Trabalho conta com 1 (um) Relator e 1 (um) Facilitador convidados pela COMUSA  
O Grupo elege 1 (um) Coordenador e ainda um 2º Relator

### GRUPO DE TRABALHO

Discute e aprova no Grupo: 1 (uma) Diretriz e até 3 (três) Propostas de âmbito nacional; 1 (uma) Diretriz e até 5 (cinco) Propostas de âmbito estadual; além das Diretrizes e Propostas de âmbito municipal para submeter à plenária final. A organização deve ser por eixo temático

### PLENÁRIA FINAL

Por regime de votação a plenária final aprova 1 (uma) Diretriz e até 3 (três) Propostas de âmbito nacional; 1 (uma) Diretriz e até 5 (cinco) Propostas de âmbito estadual; além das Diretrizes e Propostas de âmbito municipal para submeter à plenária final



# XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

## ANEXO II DOCUMENTO ORIENTADOR

# DOCUMENTO ORIENTADOR

## I - INTRODUÇÃO

A XV Conferência Nacional de Saúde tem como objetivo definir diretrizes e propostas que ajudem a consolidar uma saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.

Para o desenvolvimento dos trabalhos, definiu os seguintes eixos temáticos:

- Participação e Controle Social na Saúde
- Financiamento e Relação Público x Privado
- Direito à Saúde, Acesso e Qualidade da Atenção
- Modelo de Atenção e Gestão do SUS
- Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde
- Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS
- Informação e Política de Comunicação no SUS

Como eixo transversal: Reformas Democráticas e Populares do Estado.

Em atenção ao Regimento Interno (RI) da Conferência Nacional de Saúde (CNS), a construção dessa proposta deu-se de forma ascendente. No caso específico do município do Rio de Janeiro, iniciou-se com as 10 Conferências Distritais de Saúde e agora realiza a sua etapa municipal, seguindo posteriormente para as etapas estadual e nacional.

Como resultado, o relatório de cada uma das Conferências Distritais de Saúde (CDS) consolidou para a Conferência Municipal até 6 (seis) diretrizes e até 4 (quatro) propostas correspondentes a cada diretriz, todas elas disponibilizadas para os devidos encaminhamentos orientados no Regulamento, Capítulo V – Da Organização, Seção I -Dos Grupos de Trabalho.

Cabe observar que, no documento final de cada uma das Conferências Distritais encontram-se registradas todas as diretrizes e propostas apuradas, sejam de âmbito local, municipal, estadual ou nacional, e que esse documento constará como anexo ao relatório final da XII Conferência Municipal de Saúde.

No Brasil, discutir a qualidade de um sistema de proteção social como o SUS requer colocar a defesa do direito integral à saúde pública como questão central, cabendo pensá-la não somente pelo consumo de consultas, exames e tratamentos, mas também francamente articulada às ações de prevenção, promoção, vigilância e proteção de indivíduos e coletivos.

Como política de Estado, o SUS, ao garantir o acesso universal e o cuidado integral, amplia as exigências para sustentar a oferta e a qualidade da atenção, o que vem sendo progressivamente equacionado dentro dos limites impostos por desafios estruturais.

Desse modo, para novos alcances e para a consolidação de conquistas indispensáveis ao Sistema Único de Saúde, alguns temas são orientadores.

# EIXO I - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

## Objetivos orientadores:

*Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã;*

Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vista ao desenvolvimento de ações intersetoriais. (CNS, 2015, p.26)

O que é necessário para fortalecer a atuação dos Conselhos de Saúde?

Que pautas e ações podem ser articuladas com outros Conselhos de políticas públicas?

Que ferramentas de mobilização social podem ser utilizadas para o fortalecimento da participação popular e do controle social?

Como melhorar a integração e a interação entre as ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação e o controle social, para o aperfeiçoamento da gestão do SUS?

O papel dos Conselhos de Saúde de auxiliar a administração pública na análise, no planejamento, na formulação, na deliberação e na aplicação das políticas públicas, sustentando a representação paritária na agenda de temas relevantes para a saúde, é uma atribuição cara ao controle social instituído.

A construção de um Sistema de Saúde universal, equânime, baseado no princípio da participação democrática e solidária, em defesa do direito à saúde encontra no controle social, por meio dos Conselhos e das Conferências, sua base fundamental.

Como orienta a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (2009), as práticas e os mecanismos de participação são formados de acordo com as instituições, os atores e os segmentos sociais envolvidos, de modo que cabe citar também a direção colegiada, as câmaras setoriais, os comitês técnicos, os grupos de trabalho, os polos de educação permanente em saúde, os conselhos gestores, os colegiados de gestão participativa.

A Educação Popular e a necessária reconstrução do significado da educação em saúde, colaborando na formação de cidadãos em defesa do SUS.

A ouvidoria, dispositivo estratégico na construção da comunicação democrática entre os cidadãos e os gestores.

Apresentamos aqui alguns apontamentos presentes no documento orientador da 15ª Conferência Nacional de Saúde e em outras fontes relacionadas ao tema:

Sobre a competência legal, a autonomia e o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde na formulação de políticas e na fiscalização das três esferas de governo.

A discussão sobre a elaboração de orçamentos participativos em todas as esferas do SUS.

A importância de ampliar os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

A perspectiva de incluir nos espaços dos Conselhos de Saúde representações que trabalham para a redução das iniquidades em saúde: idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra e quilombola, LGBT, população em situação de rua, pessoas com deficiências.

A implantação da Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, mediante apoio político e financeiro aos planos de trabalho nas instâncias nacional, estadual, municipal e do Distrito Federal.

A questão da oferta de estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que os Conselhos de Saúde, para que possam exercer plenamente suas funções, havendo compreensão de que é preciso responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS.

Pensar estratégias para efetividade dos resultados e das resoluções das Conferências.

# DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS NAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

## PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

### DIRETRIZES:

**Diretriz 1:** Participação Popular e Controle Social: novas formas de participação da sociedade civil na saúde e fortalecimento do controle social.

**Diretriz 2:** Garantir a participação social na formulação, implementação, implantação, discussão execução e avaliação das ações, programas e estratégias que regulam os serviços de saúde, a fim de homogeneizar carteira de saúde em todas as Áreas Programáticas.

**Diretriz 3:** Controle Social: direitos e deveres.

**Diretriz 4:** Fortalecer o controle social e ampliar as formas de participação popular na saúde.

**Diretriz 5:** Participação Social e Direitos.

**Diretriz 6:** Fortalecer as diversas formas de controle social pela participação comunitária.

**Diretriz 7:** Participação e Controle Social na Saúde.

### PROPOSTAS:

1. Promover cursos de capacitação, descentralizados, por meio de Educação Permanente (EP) para Conselheiros de Saúde e representantes dos Colegiados de Gestão das Unidades de Saúde, visando à formação destes quanto às suas atribuições e aos seus direitos em defesa do exercício de cidadania, bem como ao fortalecimento dos Colegiados de Gestão locais.

2. Necessidade de instrumentalizar e fortalecer os locais para que exista a formação comunitária e a representação constituída.

3. Ampliar a divulgação por meio da imprensa escrita, falada e outras, no intuito de garantir a participação do controle social nas atividades.

4. Regulamentação da Lei que cria o Conselho Gestor, respeitando a paridade e a interdisciplinaridade.

5. Institucionalizar a participação do controle social por meio da inclusão da representação dos usuários dos Conselhos Municipal de Saúde (CMS/RJ) e Conselhos Distritais de Saúde (CDS) nas Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA), criando mecanismos de circulação (canal de mídia) e divulgação das informações entre trabalhadores e usuários do SUS, garantindo maior transparência dos gastos aplicados na saúde em cada território, bem como exigir a presença dos gestores da saúde para prestar contas, fazendo com que eles respeitem as deliberações das

Conferências de Saúde nas três esferas de governo. Os Planos de Saúde e os Planos Plurianuais devem ser aprovados pelos Conselhos de Saúde com base nas diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

6. Garantir que toda Unidade de Saúde tenha o seu Colegiado de Gestão com a participação de trabalhadores, gestores e usuários, fortalecendo a participação popular.

7. Fortalecer os Colegiados de Gestão e ampliar outras formas de participação social, direta e indireta, por meio da internet, de caixa de sugestões, de rádios comunitárias, entre outras opções; realizando movimentos para atrair a população local, utilizando atividades sociais, de modo que o Colegiado de Gestão interaja nas ações coletivas, festividades e nos grupos das Unidades de Saúde, e amplie a participação social por meio de sua articulação com os diferentes parceiros presentes em seu território, como: CRAS, Conselhos, Escolas e Comunidades, entre outros.

8. Implementar a Comissão de Educação Permanente (CEP) em todos os Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro para Conselheiros de Saúde e convidados, com a finalidade de abordar temáticas de participação social, buscando assessorias em instituições de ensino e pesquisa.

9. Criar um canal permanente de comunicação entre os Conselhos Distritais e Ouvidorias, observando as questões éticas e legais.

10. Criar seminários para discutir e fomentar a ampliação da participação social nos Conselhos de Saúde.

11. Desburocratizar a participação social nos Conselhos de Saúde e Conferências, a fim de provocar mudanças na legislação (federal, estadual e municipal), entre as quais: ampliar a participação dos usuários e dar visibilidade/legitimidade da representação das categorias dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Vigilância de Saúde (AVS), entre outros.

12. As reuniões do Conselho Distrital de Saúde serão realizadas de forma intermitente alternando-se a sede do Conselho com outras áreas a serem definidas nas reuniões ordinárias.

13. Criar e fortalecer os Colegiados de Gestão das Unidades de Saúde, com a responsabilidade de contribuir para que a população usuária se aproprie do processo de organização do Sistema de Saúde.

14. Formar um Conselho Intersetorial por Área Programática para o desenvolvimento de ações conjuntas com foco nos determinantes sociais da saúde.

15. Desburocratizar a representatividade do Conselho Distrital de Saúde alterando, se necessário, o estatuto.

16. Estimular a participação da comunidade, de parceiros locais e de jovens, fazendo parcerias com escolas e universidades.

17. Investir em espaços na mídia para a divulgação das reuniões do Conselho Distrital de Saúde e em dispositivos locais, como rádio comunitária, jornais locais e redes sociais, para divulgação no território.

18. Padronizar o atendimento médico e odontológico em todas as CAPs, garantindo a carteira de serviço para todas as Áreas Programáticas.

19. Criar os Distritos Sanitários em conformidade com a Lei Orgânica Municipal, capítulo da saúde, a ser enviada ao Poder Legislativo.



20. Criar uma Comissão de Trabalho Intersetorial, de caráter permanente que envolva as Secretárias de Saúde, Assistência Social, Educação, Meio Ambiente, Segurança Pública e Trabalho para a discussão de políticas públicas, pactuações e planejamento estratégico.
21. Educação Permanente para os Conselheiros de Saúde, envolvendo todas as instâncias que tenham interface direta com a saúde, como: o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública, a Procuradoria, o Tribunal de Contas e a Controladoria Geral da União.
22. Promover mudanças (emendas) na Lei Municipal 5104, de 03 de novembro de 2009, com o objetivo de fomentar o melhor desenvolvimento do controle social, em conformidade com a Lei 141 de 12 de janeiro de 2012.
23. Criação de Fóruns e/ou Oficinas para que os usuários possam ampliar o seu conhecimento sobre a organização dos sistemas de saúde, o processo de participação social e os objetivos e responsabilidades das Conferências de Saúde, com a divulgação das datas programadas para os Fóruns, reuniões dos Conselhos de Saúde e dos Colegiados de Gestão.
24. Divulgar e estimular a participação da população nos Colegiados de Gestão e nos Conselhos de Saúde, a fim de fortalecer o direito à voz de todos, bem como instituir Colegiados de Gestão nas Unidades em que eles ainda não existem.
25. Divulgar as fontes de reclamações e sugestões encaminhadas à ouvidoria e criar um canal entre as ouvidorias e os Conselhos de Saúde, no intuito de estimular a corresponsabilidade dos usuários e gestores nas decisões pertinentes às Unidades de Saúde.
26. Cobrar das instâncias apropriadas o cumprimento das propostas advindas das Conferências de Saúde.
27. Implantar, fortalecer, ampliar e garantir o funcionamento do Colegiado de Gestão em todas as Unidades do município do Rio de Janeiro, assim como institucionalizar a divulgação das informações referentes às atividades desses Colegiados.
28. Formalizar a participação de Conselheiros Distritais e Municipais em todas as Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) dos contratos estabelecidos referentes às parcerias público-privadas.
29. Criação de um espaço na mídia para o Conselho de Saúde para debates entre as autoridades e a população, nos moldes da MULTIRIO.
30. Fortalecimento do controle social (corpo clínico e assistencial das Unidades de Saúde) nos Colegiados de Gestão participativa das Unidades de Saúde.

## II - FINANCIAMENTO E RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO

### Objetivos orientadores:

*Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto, qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos;*

*Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário. (CNS, 2015, p.40)*

Que lutas e propostas pelo financiamento do SUS têm sido organizadas e realizadas?

Como impulsionar uma revisão do pacto federativo sob a lógica das responsabilidades financeiras e de governança, a fim de garantir um planejamento ascendente e participativo do SUS? Que iniciativas e propostas podem ser priorizadas?

## II - FINANCIAMENTO E RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO

Fontes de financiamento para o Sistema Único de Saúde

Fiscalização da aplicação correta de recursos

Relação público-privado

Planos privados de saúde

Abertura ao Capital Internacional

Saúde suplementar

A Constituição Federal (1988) define o modelo orçamentário por meio de 3 (três) instrumentos:

O Plano Plurianual – PPA;

A Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO;

A Lei Orçamentária Anual – LOA.

O financiamento das ações e dos serviços de saúde é responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e a Portaria nº 412, de 15 de março de 2013.

A emenda constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, define que os repasses podem ocorrer por meio de transferências Fundo a Fundo, do Fundo Nacional de Saúde diretamente para estados e municípios e/ou pelo Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Cabe aos estados e Distrito Federal o repasse mínimo de 12% e aos municípios o repasse de 15%. Para União, a regra é o montante do valor aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB, tornando os valores aplicados equivalentes ao mínimo constitucional exigido.

Nos últimos anos observou-se um aumento importante da participação dos municípios na atenção à saúde, com o investimento, em média de 22% de seu orçamento, superando o piso estabelecido de 15%. Os estados aplicam, em média, os 12% constitucionais.

A fiscalização da aplicação correta de recursos e a transparência são ações que convocam fortemente o papel da gestão participativa e do controle social, tanto na fiscalização quanto no planejamento e nas decisões que precisam ser compartilhadas e pactuadas.

Os instrumentos de controle e monitoramento estabelecidos pela LC 141/2012 são o Relatório Anual de Gestão (RAG) e os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas.

Há evidente subfinanciamento no SUS para sustentar a garantia do direito à saúde.

Garantir o financiamento no SUS é responsabilidade de todos os entes federativos: União, estados, Distrito Federal e municípios – garantir o financiamento do SUS.

## HISTÓRICO

**1993** – Emenda Constitucional (PEC) nº 169 definiu que 30% da seguridade social e 10% das receitas de cada esfera de governo sejam destinados à saúde (Não foi aprovada)

**2000** – O Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 com valores inferiores aos originalmente sugeridos, mantendo o orçamento federal insuficiente diante das necessidades dos SUS. Com a EC nº 29/2000, o governo federal diminuiu proporcionalmente sua participação no financiamento do SUS e aumentou a dos estados e municípios.

**Desde os anos 2000** – Defende-se o mínimo de 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB) federais na área da saúde. A proposta não foi incorporada na Lei Complementar nº 141/2012, o que motivou a apresentação de novos pleitos.

**2012** – O Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Saúde + 10) foi lançado. O objetivo é coletar assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegure o repasse efetivo e integral de 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde pública brasileira, alterando, assim, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

**2013** – Um documento com mais de 2,2 milhões de assinaturas em apoio ao Projeto foi entregue ao Congresso Nacional.

**2013** – As Casas Legislativas decidiram colocar em tramitação a PEC nº 358/2013 que originalmente visava impor ao orçamento as emendas parlamentares, destinando 50% das mesmas para o financiamento da saúde. A proposta aprovada como Emenda Constitucional nº 86/2015, que trata do orçamento impositivo, revogou o dispositivo legal que estabelecia a destinação para a saúde de 25% dos recursos adquiridos pela exploração do Pré Sal. Além disso, escalonou em cinco anos o alcance do percentual de 15% dos recursos da União, iniciando-se com uma aplicação de 13,2% a partir de 2016.

**2015** – O Conselho Nacional de Saúde chama a atenção para a aplicabilidade da EC nº 86/2015 por entender que ela insere na Constituição Federal regras que situam as obrigações da União em patamares inferiores ao da legislação vigente.

**Em trabalho** – O Movimento Saúde + 10 permanece na luta pelo comprometimento de 10% das Receitas Correntes Brutas da União ou valor equivalente para a saúde e de novas fontes de financiamento para o SUS: taxaço das grandes fortunas, reviso das renúncias fiscais, Justiça Tributária, em defesa do financiamento prioritariamente das ações e serviços públicos de natureza pública.

## RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

Apresentamos aqui alguns apontamentos presentes no documento orientador da 15ª Conferência Nacional de Saúde e em outras fontes relacionadas ao tema:

O setor privado que atua na saúde por meio de seguros e planos de saúde, conforme o previsto no art. 197 da Constituição Federal, deve ser objeto de maior intervenção do poder público, cabendo a este a sua regulação, bem como a definição de diretrizes tanto para a política a ele relacionada quanto para ações específicas.

Em pauta o repúdio ao artigo 142 da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que permite a participação direta e indireta do capital estrangeiro no SUS.

Quando ao ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde das despesas decorrentes do atendimento de clientes de planos privados e seguros de saúde em unidades públicas, a observação de que os valores devolvidos ao SUS ainda não alcançaram o patamar devido.

De que a renúncia fiscal da União em favor de pessoas físicas e jurídicas que mantêm contratos com empresas de planos e seguros de saúde precisa ser vista sob a ótica da ética pública e da justiça social, não podendo continuar a reproduzir as desigualdades sociais.

O questionamento sobre a chamada “dupla porta” no SUS, ao dar preferência àqueles que possuem planos e seguros privados de saúde uma vez que rompe com o atendimento universal e igualitário, segregando as pessoas na assistência à saúde e aumenta a lucratividade das empresas.

O trabalho de garantir um financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando-se o padrão do gasto e qualificando-se quer o financiamento tripartite, quer os processos de transferência de recursos.

A direção de qualificar o marco regulatório da saúde suplementar e garantir o acesso, a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão.

A destinação de 10% das Receitas Correntes Brutas da União ou equivalente para a saúde - direito universal e dever do Estado.

A definição de novas fontes de financiamento para o SUS.

Sobre o fim dos subsídios públicos e da renúncia fiscal aos planos privados de saúde.

A discussão acerca de desvincular as Receitas da União (DRU) para o orçamento da seguridade social, em especial para o setor da saúde.

O padrão de gasto, em atenção aos critérios de rateio dos recursos da União para os estados e dos estados para os municípios na forma da LC nº 141/2012.

O debate sobre a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como a cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar.

A discussão sobre como eliminar o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesas com pessoal na saúde e, ao mesmo tempo, apoiar o PL nº 251/2005 que amplia a possibilidade de gastos com pessoal para o setor saúde (Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, abril de 2015).

# DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS NAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

## FINANCIAMENTO E RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO

### DIRETRIZES:

Diretriz 1: Aplicação dos recursos financeiros em prol da consolidação do SUS.

Diretriz 2: Desafios da consolidação do SUS.

Diretriz 3: Financiamento e Relação Público-Privado

Diretriz 4: Investimento e Recurso na Saúde Pública.

Diretriz 5: Fortalecer o financiamento para o SUS exigindo a reforma fiscal e tributária com implantação do imposto sobre grandes fortunas e heranças.

Diretriz 6: Aprimorar o financiamento no SUS.

Diretriz 7: Ampliação, otimização e maior fiscalização dos recursos destinados ao SUS.

Diretriz 8: Ampliação do financiamento e melhoria da fiscalização para a garantia de serviços públicos de qualidade.

Diretriz 9: Financiamento no SUS.

### PROPOSTAS:

1. Apoiar o Movimento Nacional Saúde + 10, em relação à tributação de grandes fortunas e à garantia de aplicação do mínimo de 10% da Receita Corrente Bruta do Governo Federal.

2. Garantir o repasse dos recursos financeiros dos procedimentos executados do estado ao município, conforme a configuração das Regiões de Saúde, por meio da fiscalização da sociedade civil, dos Conselhos Distritais e Municipais de Saúde, e da transparência das transferências dos recursos realizadas.

3. Rever o projeto da Lei de Responsabilidade Fiscal e o investimento do Governo Federal na Saúde para estados e municípios, uma vez que houve descentralização das ações e serviços de saúde, mas não se fez o acompanhamento proporcional de investimentos financeiros para esses dois entes especialmente direcionados para as ações e os serviços de saúde.

4. Fiscalizar o ressarcimento da utilização dos serviços públicos por usuários de planos privados de saúde e dar transparência a esse processo, no intuito de fortalecer o SUS universal em detrimento do duplo sistema de saúde hoje praticado (público x privado).

5. Revogação da Lei 13.019/2015 que permite a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde. Pela imediata Auditoria Cidadã da Dívida Pública, com repúdio e na anulação dessa dívida ilegítima e insustentável; pela eliminação dos subsídios públicos e pelo fim da renúncia fiscal permitida aos planos privados de saúde. Eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde. Cancelamento da desvinculação das Receitas da União (DRU). E criação do Imposto sobre Grandes Fortunas.

6. Revisão da EC 86-2015 que instituiu o piso escalonado de 15% da receita corrente líquida federal para o financiamento do SUS e apoio incondicional ao Saúde +10 que defende o investimento de 10% da receita corrente bruta da União em ações e serviços públicos de saúde. Além da garantia de um aumento dos recursos federais, é necessário investir no SUS por meio de receitas não integradas ao piso obrigatório de repasses governamentais, instituindo:

- a) desvinculação dos recursos provenientes dos Royalties do Pré-Sal dos pisos de investimento constitucionais em saúde;
- b) aumento de 10% do percentual do repasse do IPVA, já existente, para o financiamento da saúde;
- c) extinção da DRU (Desvinculação das Receitas da União) para o orçamento da Seguridade Social;
- d) tributação sobre as grandes fortunas com receita exclusiva para Investimento em saúde com prioridade de recursos para Atenção Primária.

7. Considerar contrária ao interesse público e à valorização e à consolidação do SUS: a PEC 451-2014, que tem por objetivo tornar obrigatória a garantia de planos de saúde privados para trabalhadores formais. Eliminar os subsídios públicos ao mercado dos planos privados de saúde, assim como ampliar e aprimorar os mecanismos de controle e fiscalização do ressarcimento do recurso gasto pelo SUS com usuários de planos de saúde. Nesse contexto, fortalecer os mecanismos de punição das empresas que não realizam devidamente o repasse dos gastos de seus usuários com o SUS e implantar um subsídio presumido para os planos de saúde por usuário conveniado, que se justifica pela não integralidade dos serviços oferecidos pelos planos privados, principalmente no que diz respeito à medicina preventiva e a carências e coberturas limitadas.

8. Criação pelos poderes públicos instituídos, órgãos de controle e pelos diversos entes de mecanismos efetivos de acompanhamento, fiscalização e decisão acerca do uso dos recursos públicos, incluindo aqueles utilizados por instituições privadas qualificadas, como Organizações Sociais - O.S., instituições filantrópicas e universitárias ou quaisquer outras conveniadas que recebam aportes financeiros públicos.

9. Fortalecer o aumento da qualificação dos Conselheiros de Saúde das três esferas de gestão do SUS, por meio de Educação Permanente (EP), criando-se redes de informação e troca de experiências, a fim de que o controle da distribuição e o emprego dos recursos sejam exercidos de forma mais efetiva e garantam ampla publicidade da aplicação dos recursos, com demonstrativos que assegurem transparência, visibilidade, legibilidade e integralidade, por meio de ferramentas da web (Portal de Transparência) de todos os entes federativos.

10. Repasse de recursos do Ministério da Saúde com destinação exclusiva para os Conselhos de Saúde a fim de garantir a autonomia dos mesmos.

11. Autonomia efetiva do gestor pleno municipal para alocar os recursos de acordo com o diagnóstico de saúde dos territórios.

12. Que os Conselheiros tenham maior poder de fiscalização e acesso prévio aos documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Organizações Sociais - O.S., fazendo parte inclusive das Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA).

13. Acabar com a renúncia fiscal e garantir que a destinação do que está deixando de ser taxado seja efetivamente aplicado no SUS. A taxa sobre grandes fortunas e heranças com destinação de percentual mínimo de 20% para o SUS.

14. Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para que os governos possam promover concursos públicos para a área da saúde.

15. Ressarcimento ao SUS dos gastos com usuários de planos privados de saúde.

16. Não à abertura ao capital internacional, com garantia de aplicação de 10% da Receita Corrente Bruta no setor saúde (Saúde + 10), e pelo fim da renúncia fiscal aos planos de saúde.

17. Revisão dos valores da tabela SUS e padronização dos Centros de Custos das unidades assistenciais, visando garantir a transparência dos processos de trabalho.

18. Garantir financiamento para a implantação de transporte sanitário, a fim de atender situações específicas de atenção à saúde, com parâmetros e critérios definidos nos moldes da Regulação, incluindo a rede CAPS, e conforme protocolos a serem elaborados.

19. Garantir a aplicação do financiamento para ações, equipes e equipamentos de Atenção Psicossocial, incluindo CAPSad, UA, UAI, CAPSI, CAPS e Consultório na Rua, de acordo com o planejamento das Áreas Programáticas (AP), trabalhando na lógica da redução de danos e de acordo com os princípios do SUS, em detrimento do investimento financeiro público nas comunidades terapêuticas.

20. Garantir o ressarcimento dos recursos obtidos com o repasse ao SUS pelos planos privados de saúde, instituído pelo art. 32 da Lei nº 9.656/1998 (ressarcimento do recurso utilizado nos municípios) e regulamentado pelas normas da Agência Nacional de Saúde (ANS), direcionando-os para o Fundo Municipal de Saúde do município que prestou o serviço e não para o Fundo Nacional de Saúde.

21. Garantir maior transparência no controle dos gastos e investimentos na saúde, com acompanhamento realizado pelo controle social, incluindo o acesso ao painel de gestão para o acompanhamento das contas públicas referentes aos contratos com as Organizações Sociais - O.S. e participação nas reuniões das Comissão Técnica de Acompanhamento da SMS/RJ (CTA), desde que os Conselheiros Distritais de Saúde tenham e possam verificar os documentos, ou que as CAPs as apresentem, trimestralmente, nas plenárias dos Conselhos Distritais de Saúde.

22. Acessar os dados e informações da prestação de contas do município que devem ser disponibilizados em linguagem simplificada e por meio de canal eletrônico.

23. Apoiar a não obrigatoriedade do plano de saúde para trabalhadores do regime celetista.



24. Repactuar o ressarcimento dos serviços ofertados pelo SUS aos usuários de planos privados de saúde.
25. Maior transparência nas relações de financiamento das OSS, por meio da prestação de contas com a devida publicidade e punição para aquelas que não cumprirem suas responsabilidades.
26. Garantir que a prefeitura seja responsável pelos direitos trabalhistas dos prestadores de serviços por meio de provisionamento com os contratos findos.
27. Repactuar na CIB (Comissão Intergestora Bipartite) o financiamento do Teto MAC na proporcionalidade da população do município.
28. Ampliar os mecanismos de fiscalização para o aumento do ressarcimento dos recursos dos planos de saúde aos atendimentos realizados no SUS, com retorno direcionado para a atenção básica.
29. Criar um canal de financiamento direto do Ministério da Saúde para os Conselhos Municipais de Saúde, com a finalidade de proporcionar a autonomia financeira dessas entidades.
30. Criar e/ou ampliar as medidas necessárias ao fiel cumprimento da Lei de Compensação (Lei 9656/1998) que garante ressarcimento ao SUS pelo atendimento a portadores de planos privados de saúde pelas unidades prestadoras de serviços do SUS.
31. Defender todas as propostas referentes à ampliação da captação de recursos, tais como: 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde, taxaço das grandes fortunas com direcionamento de, no mínimo, 10% para o SUS, fim das renúncias fiscais e de outras medidas que reforcem o orçamento da União para o SUS, e destinação de parte dos royalties do Petróleo para a saúde.
32. Lutar contra a privatização das atividades na saúde pública, assim como a entrada de capital estrangeiro na exploração das atividades assistenciais e financeiras da saúde.
33. Assegurar o repasse efetivo e integral de 10% das Receitas Correntes Brutas da União para ações de saúde pública.
34. Administração e defesa de um SUS público e de qualidade: não priorizar as Organizações Sociais - O.S. e a adoção de quaisquer outros modelos privatizantes de gestão, tais como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).
35. Garantir que os recursos do SUS sejam dirigidos aos serviços públicos, sem financiamento estrangeiro, privatização ou atividades-fim executadas por Organizações Sociais - O.S., Organizações Não- Governamentais (ONGS), etc.
36. Não à privatização da Assistência Farmacêutica. Fim imediato do copagamento no Programa Farmácia Popular do Brasil e redução progressiva dos recursos destinados ao Programa com vistas a encerrá-lo em médio prazo, com reinvestimento obrigatório desses recursos quer na qualificação, no fortalecimento e na expansão da Assistência Farmacêutica Básica, quer na ampliação do acesso aos medicamentos exclusivamente por esse meio.

### III DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE:

#### Objetivos orientadores:

*Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender às necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, da humanização, da justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas;*

*Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada - ambulatorial e hospitalar -, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS;*

*Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde;*

*Aprimorar o marco regulatório da vigilância sanitária, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde (CNS, 2015, p.21).*

Que caminhos (diretrizes) devem ser trilhados para garantir o direito à saúde com a ampliação do acesso e a qualidade dos serviços? Que propostas são prioritárias?

A população conhece os seus direitos como usuária do SUS?

Como a população, os trabalhadores e os gestores avaliam o acesso e a qualidade dos serviços e das ações de saúde hoje oferecidos?

Apresentamos aqui alguns apontamentos presentes no documento orientador da 15ª Conferência Nacional de Saúde e em outras fontes relacionadas ao tema:

Sobre a importância de conhecer as necessidades relacionadas à saúde da população para organizar a atenção e alcançar respostas assistenciais e de promoção da saúde adequadas, com base no conceito ampliado de saúde e nos determinantes sociais.

Um sistema de saúde de qualidade organiza a oferta de serviços a partir do estudo de sua demanda, da análise da situação de saúde com o olhar voltado para cada família e para cada território de responsabilidade sanitária, identificando fatores de riscos por doença ou condição, entre outras variáveis.

A lógica de organizar a assistência pela oferta é restritiva, cria barreiras no acesso e não atende às prioridades, pois não utiliza a equidade como princípio e como critério.

A consolidação da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio das Equipes da Estratégia de Saúde da Família territorializadas, o que requer ampliar a sua cobertura no país e ter a atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Sobre o tempo de espera: a definição do tempo de espera para cada procedimento deve pautar-se por critérios clínicos relacionados ao cuidado e à situação do usuário (a). A população deve ser informada a respeito, e o sistema e a rede de saúde devem estar organizados para cumprir os tempos previstos e ter regras e parâmetros claros, públicos e transparentes.

A importância de trabalhar com os Protocolos de Regulação e com o diagnóstico para orientar os fluxos da assistência, definir os tempos de espera, ter a melhor utilização de todas as vagas existentes e reduzir o absenteísmo, o que também envolve a discussão sobre a regionalização, entre outros fatores.

Sobre o número de identificação de cada usuário, como o CPF que é único e intransferível e/ou o Cartão SUS.

A população claramente identificada possibilita vincular e responsabilizar equipes de saúde pelo acompanhamento, bem como organizar os serviços com base nas necessidades de saúde dessa população.

A universalidade do acesso, que deve ser garantida a todos os cidadãos (ãs), e a acessibilidade à assistência no local mais próximo da residência do usuário (a) (na atenção primária) são fatores determinantes para a continuidade do cuidado.

O uso qualificado das informações do cadastro dos usuários, do cadastro dos estabelecimentos e do cadastro dos profissionais de saúde.

O desenho das redes de atenção à saúde com base na territorialidade e na regionalidade.

A avaliação criteriosa sobre a capacidade de oferta de consultas e procedimentos especializados com base no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O preenchimento adequado da referência e da contrarreferência, com todas as informações relevantes sobre o atendimento prestado, indispensáveis para que se qualifique a integralidade da atenção.

Sobre o empoderamento dos usuários para o próprio cuidado (o cuidar de si), de modo que os instrumentos de autocuidado orientado ou apoiado sejam desenvolvidos e implantados, uma vez que são estratégicos para a autonomia daqueles vivem com algum tipo de condição crônica.

A atenção de qualidade e a vigilância em saúde para a redução das endemias e epidemias (tuberculose, hanseníase e AIDS), entre outros.

Sobre a organização das redes de atenção à saúde por linhas de cuidado e a integração entre os pontos de atenção das três esferas (municipal, estadual e federal), a fim de garantir o melhor funcionamento e resultados para os usuários (as).

Sobre garantir o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

De que é preciso qualificar o marco regulatório da vigilância sanitária.

A qualificação do trabalho dos Serviços de Urgência e Emergência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e das Unidades de Pronto Atendimento – UPAS, considerando a forma como a rede de atenção à saúde está ordenada.

A importância da assistência odontológica (Equipes de Saúde Bucal).

O cuidado integral a crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, considerando-se as questões de gênero e aquelas relacionadas às populações em situação de vulnerabilidade social.

A Política de promoção e proteção da saúde, com ênfase nas questões relacionadas a segurança no trânsito, alimentação saudável e aos processos promotores de paz e de solidariedade como meio de superar todas as formas de violência, sendo urgente avançar nas agendas que tratam deste tema.

As ações efetivas de superação do racismo institucional e social e da discriminação de gênero e da diversidade sexual, geracional ou de condição de vida que comprometem o acesso e ferem o direito de cidadania das pessoas.

Sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, contrapondo-se ao uso dos organismos geneticamente modificados e à desregulamentação da utilização de agrotóxicos no país.

O papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do matriciamento.

No cuidado à pessoa com deficiência, a necessidade de garantir acessibilidade por meio de adaptações nas estruturas das Unidades de Saúde que ainda não são totalmente acessíveis, e promover ações que qualifiquem a atenção às pessoas vivendo com algum tipo de deficiência.

A questão da distribuição de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomia.

A necessidade de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da organização do cuidado em saúde mental na atenção primária em saúde, no âmbito do que cabe aos cuidados primários em articulação com a atenção especializada; o cuidado em saúde mental na rede de urgências e emergências; a articulação intersetorial para o cuidado aos usuários em situação de rua e/ou com problemas de moradia; os serviços Residenciais Terapêuticos para garantir a desospitalização dos pacientes longamente institucionalizados em hospitais psiquiátricos; da ampliação da rede de CAPS III e CAPSad III para o cuidado relacionado a situações de crise e aos usuários com transtornos mentais severos e persistentes; as estratégias de reabilitação psicossocial pelo trabalho, incluindo suas diferentes vertentes (cooperativas sociais, trabalho protegido, trabalho formal); e o estímulo à participação dos usuários e familiares nos dispositivos de controle social e os Colegiados de Gestão nos Centros de Atenção Psicossocial.

# DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS NAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

## **DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE**

### **DIRETRIZES:**

Diretriz 1: Qualificar o modelo de assistência à saúde

Diretriz 2: Garantir o acesso e a atenção de qualidade.

Diretriz 3: Violência no Território: desafios para a saúde. Políticas e estratégias de atenção às populações em situações de risco e/ou vulnerabilidade.

Diretriz 4: População em situação de rua, usuários de crack, álcool e outras drogas, população institucionalizada, atenção domiciliar.

Diretriz 5: A regulamentação das iniciativas de prevenção e promoção da saúde voltadas para: atividade física, alimentação saudável, tabagismo, controle da obesidade e valorização do parto normal.

Diretriz 6: Ampliação do acesso e expansão da rede de serviços de saúde de atenção básica e de saúde mental que funcionem na lógica territorial.

Diretriz 7: Ampliação do acesso e melhoria das redes de atenção à saúde.

Diretriz 8: Transparência do sistema de regulação e o papel da pesquisa na atenção à saúde pública.

Diretriz 9: Rede de atenção à saúde: integração dos pontos de atenção e níveis de complexidades por linhas de cuidados.

Diretriz 10: Ampliar o acesso em todos os níveis de atenção, de acordo com o perfil epidemiológico da área.

Diretriz 11: Prevenção, promoção e situações de risco e vulnerabilidade.

Diretriz 12: Integração dos pontos de atenção e níveis de complexidade por linhas de cuidado, adequação dos perfis assistenciais, acesso ao cuidado especializado (Regulação).

Diretriz 13: Rede de Atenção à Saúde e Qualificação da APS.

Diretriz 14: Atenção Básica: avanços e desafios.

Diretriz 15: Assistência farmacêutica: responsabilidades dos entes federados.

## PROPOSTAS:

1. Publicizar a forma de acesso do usuário aos serviços dos Hospitais Federais e Hospitais Estaduais, e, ainda, efetivar e fiscalizar a Portaria S/Geral 05, D.O de 06/05/2015 que garante a disponibilidade de todas as vagas dos hospitais municipais, estaduais e federais no SISREG.
2. Ampliar o investimento, incluindo a manutenção dos equipamentos das Unidades de Saúde de média e alta complexidade.
3. Garantir a disponibilização no SISREG de 100% da capacidade de oferta de todos os equipamentos de saúde dos diversos níveis de complexidade, em conformidade com a carga horária e especialidades registradas no CNES.
4. Garantir o compromisso de qualificar o Sistema de Regulação em todas as suas etapas, desde a inserção das solicitações, passando a regulação dos procedimentos e especialidades, regionalização das especialidades de acordo com a importância epidemiológica dos agravos até a entrega em tempo hábil dos agendamentos.
5. Promover e garantir a Política de Paz, impulsionando a divulgação do Acesso Mais Seguro nas Unidades Básicas de Saúde e nas escolas do município do Rio de Janeiro.
6. Aumentar a oferta de consultas em especialidades e exames disponíveis no SISREG, com vagas regionalizadas que garantam a contrarreferência em formulário padrão.
7. Garantir acessibilidade para as pessoas portadoras de deficiência em todas as Unidades de Saúde do Rio de Janeiro e a execução do Programa Saúde Auditiva já existente no município.
8. Incorporar profissionais à equipe mínima do Consultório na Rua, por meio da contratação de Odontólogos e Terapeutas Ocupacionais, em cumprimento às Portarias 122 e 123 do Ministério da Saúde, e instrumentalizá-los.
9. Fortalecer, garantir e instrumentalizar o Colegiado de Gestão com o tema violência por meio da Educação Permanente e Popular, com a participação da representatividade legalmente Instituída.
10. Priorizar os territórios vulneráveis à violência armada na expansão das Equipes de Saúde da Família, considerando a dinâmica da violência no território ao definir o mapa da área de abrangência da Unidade de Saúde no momento de sua implantação.
11. Fortalecer os espaços de discussão com a rede intersetorial nas ações de cuidado à criança e ao adolescente que vivem em áreas vulneráveis à violência armada, e priorizar a implantação do RAP da Saúde e de outras ações que promovam o Protagonismo Juvenil nesses territórios.
12. Discutir estratégias de proteção para as equipes que atuam em territórios vulneráveis à violência armada. Fortalecer o Acesso Mais Seguro e criar espaços de cuidado ao trabalhador.
13. Fortalecer os espaços de discussão com o Rio Mais Social e outras Secretarias sobre os problemas em territórios vulneráveis à violência armada e propor uma pauta para discutir o comportamento da polícia na relação com as Unidades Básicas de Saúde, a fim de fortalecer o trabalho de base comunitária com as lideranças locais formais e informais, e com os usuários, por meio de espaços de educação popular em saúde para promover maior participação social e fortalecer a discussão com as lideranças comunitárias.

14. Criar formas de ampliar a oferta de vagas no mercado de trabalho para populações em situação de vulnerabilidade.
15. Ampliar a rede de serviços de saúde mental (CAPSad III, UAA, UAI e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral) para a população usuária de álcool, crack e outras drogas, de acordo com as respectivas Portarias que tratam do tema.
16. Que a saúde esteja mais presente nos espaços de discussão intersetoriais com a Segurança Pública e o Judiciário, de modo a criar mecanismos de maior participação da Justiça nesses espaços de discussão.
17. Abertura de espaços de discussão acerca da descriminalização/legalização das drogas ilícitas.
18. Criar, implementar e avaliar políticas públicas e ações que contemplem o enfrentamento mais efetivo dos processos de determinação social da saúde, incluindo a utilização de estratégias nos campos da arte, da cultura e da educação.
19. Fortalecer os programas existentes de prevenção e promoção da saúde qualificando profissionais por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), articulando entre políticas públicas.
20. Realizar, ao menos duas vezes por ano, Fóruns de Promoção da Saúde intersetoriais que se desdobrem em ações efetivas em cada território, seja na dimensão da Unidade de Saúde em territórios compartilhados, contando com a participação efetiva da sociedade civil com representantes de todos os segmentos, garantindo a presença dos usuários, movimentos comunitários, monitorando o impacto dessa ação.
21. Garantir a implementação das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todas as Equipes de Saúde da Família, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde, a fim de fortalecer as parcerias públicas com outros setores sociais, com incorporação de profissionais da arte, da cultura e da educação.
22. Transformar os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) II em CAPS III e estruturar os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) do município do Rio de Janeiro, finalizando o processo de habilitação dos CAPSi ainda pendentes, de modo a garantir que estes serviços sejam localizados em espaços públicos municipais.
23. Ampliar o acesso aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), respeitando o dimensionamento da oferta dos serviços de saúde previstas nas políticas nacionais e que incluem a adequação do número de CAPS para a relação de 1 (um) CAPS por 100.000 habitantes e, ainda, a presença de 1 (um) NASF/ 9 (nove) ESF.
24. Garantir os direitos dos usuários e a direção única do cuidado entre os setores (saúde, assistência social, educação, trabalho e habitação entre outros) segundo a lógica da redução de danos. Deve-se integrar as equipes de Consultório na Rua aos demais equipamentos de atenção básica e à rede de CAPS, bem como garantir e implantar programas de geração de renda e emprego com a inclusão de usuários da rede de saúde mental e a população em situação de rua, na perspectiva da economia solidária.
25. Ampliar a integração de familiares e usuários nas políticas públicas de saúde por meio de ações tais como: o estímulo a criação de Associações de Familiares, Usuários e Profissionais de Serviços de Saúde, a criação de espaços de comunicação direta entre usuários, familiares e profissionais de CAPS, CAPSad, Consultório na Rua e demais serviços de saúde, e o fortalecimento dos espaços de participação social já existentes nos serviços de saúde (Conselho Gestor, Assembleias).

26. Responsabilizar o prestador de saúde quanto a comunicar com antecedência ao usuário e à Unidade de Saúde a impossibilidade de realização de consulta ou procedimento que esteja agendado no sistema, bem como esclarecer o motivo e informar a data do reagendamento. Não havendo comunicação prévia, a consulta ou procedimento deverá ser realizado no dia marcado, ainda que por outro profissional disponível da mesma especialidade. Não havendo outro profissional disponível, o usuário deverá sair da Unidade com uma nova data já agendada. Cabe ao prestador monitorar as licenças e os períodos de férias dos seus profissionais, de modo a viabilizar, quando necessário, substituições, não prejudicando o atendimento ao usuário.

27. Que as informações do SISREG sejam de domínio público, por meio de uma ferramenta que mantenha os princípios de privacidade, permitindo que o usuário possa acompanhar suas solicitações utilizando o Cartão Nacional do SUS.

28. Organizar a oferta de serviços e os processos de trabalho a partir da análise das necessidades sanitárias e sociais de cada território, com plano de investimento orientado pelas linhas de cuidado e níveis de complexidade, exigindo adequação do número de usuários por Equipe de Saúde da Família de acordo com a vulnerabilidade e a realidade epidemiológica e social de cada território.

29. Garantir o acesso da população à atenção primária ampliando a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, com prioridade para as áreas de maior vulnerabilidade social, conforme a análise da situação de saúde da gestão local. Nas áreas ainda não cobertas pela Estratégia Saúde da Família, criar mecanismos, como privilegiar o número suficiente de profissionais de saúde para assegurar o acesso e a assistência integral.

30. Ampliar a rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro a fim de garantir a cobertura adequada desses dispositivos em todas as Áreas Programáticas.

31. Garantir que as linhas de cuidado estejam sensíveis à atenção voltada para as populações em situações de risco e/ou de extrema vulnerabilidade, respeitando as singularidades dos usuários e o projeto de cuidado.

32. Garantir a participação social na definição do território adscrito das Unidades de Atenção Primária (UAP) em saúde, de forma a considerar a dinâmica sociocultural e estruturar todos os equipamentos de saúde de modo que garantam acessibilidade (para pessoas com necessidades especiais e dificuldades de locomoção) e espaço para o cumprimento integral das ações definidas na Carteira de Serviços.

33. Transparência quanto ao número de especialistas por carga horária do SISREG para os usuários com a devida responsabilização dos serviços sobre as consultas agendadas.

34. Disponibilizar a oferta de serviços de todos os entes no SISREG com monitoramento das três esferas de governo, de acordo com a transparência da capacidade de oferta de serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), por meio da implantação da Central Única de Regulação no âmbito municipal, a fim de fortalecer a gestão plena. Além disso, permitir o acesso do usuário ao sistema pelo código de solicitação e estabelecer o tempo de espera para cada tipo de procedimento, exame e consulta, de acordo com a classificação de risco do (a) usuário (a).

35. Implementar assistência farmacêutica nas Unidades de Saúde, com a inclusão de práticas integrativas e complementares, assim como o direito à reabilitação oral com ênfase na prótese dentária.

36. Regulamentar e estimular a agricultura familiar no Rio de Janeiro, garantindo que o município não compre e não ofereça alimentos transgênicos e com agrotóxicos, criando a Política Municipal de Alimentação Saudável, de modo a prevenir doenças crônicas não transmissíveis.



37. Ampliar a rede de saúde mental (de atenção psicossocial) e construir CAPSad III (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas III) na AP 2.1.
38. Garantir ao usuário acessibilidade ao sistema de regulação (transparência), organizando-se o acesso entre os níveis de governo: municipal, estadual e federal.
39. Implementar políticas de prevenção e de promoção da saúde voltadas para a segurança e a violência de todos os tipos (urbana, do Estado, institucional, contra o idoso, a criança e populações vulneráveis, como morador de rua, negros, LGBT), com participação social em todos os níveis.
40. Garantir o acesso às especialidades conforme o perfil epidemiológico da área, em quantidade, qualidade e no tempo adequado, nos diversos níveis de atenção, como odontologia em todos os serviços de urgência e emergência, modificando a classificação do porte da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), conforme a necessidade da área programática.
41. Ampliar a oferta de serviços, a fim de garantir recursos humanos proporcionais à população adscrita, com tecnologia adequada ao tipo de assistência para não haver a ampliação da oferta de serviços com precarização da assistência, levando em consideração planejamento baseado em levantamento epidemiológico e no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).
42. Garantir a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) segundo a Portaria 336 e de acordo com um diagnóstico de vulnerabilidade do território, para que os casos graves de transtorno mental e de álcool e outras drogas que estão na atenção básica possam ser acompanhados conjuntamente. Consultório na Rua de acordo com as Portarias 122 e 123 e com as vulnerabilidades sociais do território; Saúde Bucal considerando 1(uma) Equipe de Saúde Bucal para cada Equipe da Estratégia de Saúde da Família.
43. Garantir que as terapias que têm necessidade de acompanhamento continuado tenham regulação regionalizada.
44. Com base no perfil epidemiológico de usuários acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família e na complexidade do cuidado integral prestados na Atenção Primária em Saúde, reduzir o quantitativo populacional sob responsabilidade de 1 (uma) Equipe de Saúde da Família, adequando-o aos padrões internacionais e respeitando o perfil de vulnerabilidade.
45. Otimizar os processos regulatórios por meio da regionalização da oferta dos serviços de média e alta complexidade, das diferentes esferas de governo, adequando as vagas disponíveis às necessidades da Atenção Primária em Saúde (APS), a fim de garantir uma oferta proporcional em todos os territórios.
46. Garantir a proporção preconizada pelo Ministério da Saúde do número de Equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) em relação ao número de Equipes de Saúde da Família (ESF), visando à oferta do apoio matricial em áreas estratégicas e ao aumento da resolutividade da Atenção Primária em Saúde (APS), em especial nos cuidados paliativos, na prevenção da mortalidade materna e infantil, na reabilitação e no cuidado de doenças crônicas não transmissíveis.
47. Implantar e ampliar serviços de imagem em Unidades de Saúde estratégicas, de acordo com a geografia e a densidade populacional.
48. Ampliar a estratégia dos Consultórios na Rua a fim de cobrir as áreas ainda não atendidas.

49. Implantar transporte sanitário de forma a possibilitar um efetivo atendimento a pacientes que necessitam de acessibilidade aos serviços de saúde, definido-se os seguintes critérios para esse uso: pacientes portadores de necessidades especiais, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia.

50. Independente do governo que assuma o município, garantir que o modelo de saúde implantado - Redes de Atenção à Saúde (RAS) -, seja mantido. Que a Estratégia de Saúde da Família seja mantida como política de Estado, com o objetivo de alcançar a cobertura de 100% da população carioca.

51. Ampliar a cobertura da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro, por meio da Estratégia de Saúde da Família, atingindo a cobertura de 100% (mantendo as equipes completas), e reestruturar a rede de apoio secundário à saúde (Policlinicas, Unidades de Atenção Secundária, Centros de Reabilitação, Centros de Especialidade Odontológica, Laboratório Regional de Prótese Dentária) e a rede de urgência e emergência, contemplando reformas, manutenção e implantação de novas unidades quando necessário para atender as necessidades de saúde da população.

52. Reestruturar o Complexo Regulador municipal e qualificar o sistema de regulação ambulatorial e hospitalar cumprindo-se as seguintes exigências:

a) disponibilização da capacidade de oferta de vagas hospitalares e ambulatoriais das unidades municipais, estaduais e federais de saúde (incluindo Universitários e Institutos) de forma compatível à carga horária contratada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), definindo-se parâmetros como: tempo de consulta;

b) definir parâmetros de tempo de espera adequados aos critérios clínicos para todos os tipos de procedimentos, consultas e exames;

c) informatizar os serviços municipais de saúde a fim de fortalecer o complexo regulador e das ações de monitoramento e de avaliação;

d) criar um mecanismo de Consulte Aqui, de modo que os usuários, valendo-se do número do cartão SUS ou CPF ou do código de solicitação, possam acompanhar a oferta de vagas e o agendamento.

53. Exigir que o município do Rio de Janeiro elabore e implante um programa intersetorial (envolvendo as Secretarias de Saúde, Segurança Pública, Educação, Desenvolvimento Social, Secretaria de habitação, Secretaria de Trabalho e Renda) de prevenção, proteção (segurança) e atenção a todos os tipos de violência, considerando:

a) a ampliação da metodologia do Acesso Seguro a todas as Unidades de Saúde e Escolas localizadas em áreas de conflito armado, garantindo a discussão com as comunidades, de modo que o território conheça e participe do processo;

b) o envolvimento do Controle Social instituído e sociedade (cidadãos, associação de moradores) no planejamento, acompanhamento e avaliação do Programa;

c) que a implantação de novas Unidades de Saúde considere previamente uma avaliação das condições de funcionamento, não colocando Unidades imersas em áreas de alto risco e conflito armado. E que as Unidades de Saúde já em funcionamento localizadas em áreas de alto risco e conflito armado tenham garantidas condições de funcionamento e de proteção dos trabalhadores e usuários, considerando a possibilidade de realocação,

sem que a acessibilidade e a continuidade da atenção sejam afetadas;

d) instituir uma política de informação no SUS sob a lógica da educação em saúde, de modo que a informação seja ampla, veiculada em diferentes mídias, com linguagem baseada em situações e problemas reais do cotidiano do cuidado, considerando o tema da violência e temas gerais da saúde.

54. Ampliar o número de Equipes de Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro garantindo financiamento necessário para suas ações por meio de estabelecimento de flexibilização do uso da verba do Fundo Municipal de Saúde.

55. Garantir a permanência da qualidade da atenção em saúde mental como uma das metas estratégicas da Secretaria Municipal de Saúde, e destinar recursos necessários para ações e incentivos aos profissionais.

56. Garantir a implementação de Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral em toda a rede do Rio de Janeiro, respeitando os princípios da Lei 10216 e os parâmetros da Portaria 3. 088/2011 que prevê as portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro e enfermaria especializada em Hospital Geral.

57. Criar o Centro de Emergência Regionalizado (CER) do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF), expandir o CTI do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF) e construir as Clínicas de Saúde da Família já publicadas no Diário Oficial do município para a AP 3.2.

58. Ampliação do elenco de medicamentos fornecidos pelas Unidades de Atenção Primária (Relação Municipal de Medicamentos – REMUME) garantindo o acesso a medicamentos especiais, como por exemplo, analgésicos opióides e os fitoterápicos; bem como a simplificação do acesso dos usuários aos medicamentos de alto custo ou relacionados a tratamento de maior complexidade. Garantia do atendimento e dispensação de medicamentos em todas as farmácias de unidades do SUS para todas as prescrições (inseridas na REMUME), independente da unidade prescritora de origem.

59. Garantir a obrigatoriedade da oferta de vagas das especialidades não municipais para o Sistema de Regulação, para melhorar a oferta de acesso.

60. Adequar o número de usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) já implantadas para no máximo 3 (três) mil usuários com cadastro definitivo por equipe, conforme orientação do Ministério da Saúde, como também, que cada Equipe de Saúde Bucal ofereça cobertura para até 2 (duas) Equipes de Saúde da Família, e que a implantação das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) acompanhe a expansão da ESF na proporção de 1 (uma) equipe NASF para no máximo 9 (nove) Equipes de Estratégia de Saúde da Família, com o compromisso de qualificar o processo de trabalho, a assistência e fortalecer a vigilância em saúde.

## IV - GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

### Objetivos orientadores:

*Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral;*

*Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação;*

*Qualificar a produção do cuidado, com a participação ativa do usuário e o protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras;*

*Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável;*

*Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais. (CNS, 2015, p.47)*

A forma como o SUS está organizado atende às necessidades de saúde da população do município?

Que ações e serviços poderiam melhorar esse atendimento?

Como impulsionar uma revisão do pacto federativo sob a lógica das responsabilidades financeiras e de governança para que se garanta um planejamento ascendente e participativo do SUS? Que iniciativas e propostas podem ser priorizadas?

### GESTÃO DO SUS E MODELO DE ATENÇÃO

Apresentamos aqui alguns apontamentos presentes no documento orientador da 15ª Conferência Nacional de Saúde e em outras fontes relacionadas ao tema:

De que o SUS é interfederativo e a necessidade da gestão compartilhada na região de saúde, em atenção ao contrato organizativo de ação pública previsto no Decreto nº 7.508/2011, como o ajuste jurídico-sanitário das responsabilidades dos entes na região de saúde, em respeito às especificidades regionais e à garantia de segurança jurídica no cumprimento das responsabilidades de cada um para com o sistema.

O Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 e dispõe sobre a organização do SUS destaca:

O reforço à transparência na gestão do SUS;

A criação de mecanismos que confirmam maior segurança jurídica nas relações interfederativas;

Um maior controle social.

O fortalecimento da gestão pública da saúde.

A consolidação da atenção primária como porta de entrada do sistema, com a função de ordenar a rede de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde como modelo de organização do sistema.

O trabalho em saúde com base em equipes multiprofissionais e interdisciplinares e no compartilhamento de saberes na construção de projetos e intervenções junto aos indivíduos e à comunidade.

O trabalho de superar as dificuldades jurídicas do SUS em relação à administração pública, que precisa ser mais ágil e dispor de definições mais precisas dos modelos jurídicos de gestão pública, de modo a tornar-se mais permeável ao controle social.

A importância de fortalecer a região de saúde como elemento para a integralidade da assistência à saúde em razão das interdependências federativas.

A organização das redes de atenção à saúde de modo que atendam as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da sociedade.

A necessidade de implementar de forma sustentável ações de saneamento básico e saúde ambiental, visando à promoção da saúde e à redução das desigualdades sociais.

A meta de ampliar a cobertura da atenção primária por meio da Estratégia de Saúde da Família, a cobertura da atenção primária, alcançando-se 80% da população brasileira.

Alterar a Lei de Responsabilidade Fiscal no que se refere ao limite de gastos com pessoal da área da saúde.

A necessária expansão deve respeitar a análise de situação de saúde e o perfil epidemiológico, de modo que a rede se organize de acordo com as necessidades dos territórios e comunidades.

Muda-se a lógica das especialidades e dos programas que, assim, devem funcionar integrados à atenção primária – coordenadora do cuidado.

A consolidação da atenção primária como porta de entrada do sistema, com a função de ordenar a rede de atenção à saúde.

O debate sobre o impacto dos determinantes sociais na saúde, convocando-se ações e agendas intersetoriais.

Na adesão ao Pacto pela Saúde, em 2010, o município do Rio de Janeiro retoma a condição de Gestor Pleno.

Um dado importante: o município, por ainda ter a maior concentração de serviços públicos e de todas as esferas administrativas, possui uma herança que precisa ser considerada nas agendas decisórias.

Os Institutos Federais ainda são referência nacional.

O município do Rio de Janeiro recebe um fluxo expressivo de migrantes de outros municípios para os estabelecimentos de saúde nele situados.

O maior fluxo está relacionado à realização de procedimentos e internações de alta complexidade, e, em menor proporção, à atenção primária.

Na condição de gestor pleno, o município do Rio de Janeiro é responsável pela regulação do acesso ordenado à atenção especializada dos residentes da cidade e também de cidadãos de outros municípios, o que implica pensar também as regiões de saúde e as pactuações necessárias.

Considerando a reorientação do modelo de atenção à saúde e a reestruturação da rede com a atenção primária assumindo o seu papel de ordenadora, a adequação do perfil assistencial de algumas Unidades de Saúde e a municipalização Hospitais estaduais e/ou federais são pontos de discussão.

# DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS NAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

## GESTÃO DO SUS E MODELO DE ATENÇÃO

### DIRETRIZES:

Diretriz 1: Qualificar o Modelo de Assistência à Saúde.

Diretriz 2: Administração e defesa de um SUS público e de qualidade.

Diretriz 3: Defender o Sistema Único de Saúde público, universal e equânime, como previsto na Lei 8.080, consolidando, assim, o modelo de atenção à saúde ampliado, inovador, com a atenção primária estruturante do sistema, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, orientado pelos pilares da regionalização das redes e da hierarquização.

Diretriz 4: Gestão em rede: reorganização, pactuação e transparência.

Diretriz 5: Consolidação da atenção primária como estruturante do sistema, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Diretriz 6: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde.

Diretriz 7: Atenção Básica: avanços e desafios.

Diretriz 8: Assistência Farmacêutica: definição das responsabilidades entre os entes federados.

### PROPOSTAS:

1. Incluir o cirurgião-dentista nas equipes dos Centros de Terapia Intensiva dos Hospitais, bem como na rotina do serviço hospitalar, de acordo com a abordagem holística e a integralidade do cuidado, previstas na Lei Federal 2776/2008, na Lei Municipal 140/2012 e na Resolução RDC 7.

2. Retornar o apoio à gestão dos Centros de Apoio Psicossocial para a Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância à Saúde, considerar a articulação dos serviços com as Unidades de Atenção Primária, por meio do matriciamento realizado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

3. Fortalecer o modelo de redes de atenção por linhas de cuidado qualificando: a gestão integrada do Território de Atenção à Saúde (TEIAS), com dispositivos que garantam a comunicação entre os serviços municipais, estaduais e federais (como os Fóruns de Rede) para a pactuação de fluxos, alinhamento de protocolos, de orientações técnicas e administrativas, orientando a adequação de perfis assistenciais de modo a sustentar o melhor desempenho da assistência, a qualidade acesso e dos processos de trabalho. No âmbito da gestão participativa, fortalecer os colegiados de gestão das unidades de saúde.

4. Em atenção à gestão plena, garantir ao município do Rio de Janeiro os recursos dos fundos municipais, estadual e nacional para cumprir sua responsabilidade como gestor pleno, na medida em que a regulação do acesso à atenção especializada não atende somente aos residentes da cidade, mas também de outros municípios. Para cumprir essa responsabilidade necessita da disponibilidade efetiva da oferta de serviços das unidades federais e estaduais localizadas no território por meio do SISREG III.

5. Orientar que toda adequação do perfil assistencial de Unidades de Saúde hospitalares, de médio ou grande porte, municipais, estaduais e/ou federais, seja realizado com base na análise de situação de saúde da população, análise do impacto epidemiológico e da resposta assistencial a esta realidade com a participação e avaliação conjunta do controle social.

6. Garantir a pactuação entre os entes federados (Municipal, Estadual e Federal) das vagas disponíveis nos equipamentos da atenção secundária e terciária, fortalecendo a rede municipal de saúde, de forma a assegurar que o município do Rio de Janeiro tenha acesso às vagas pactuadas via Sistema de Regulação (SISREG), e garantir a transparência à população, pelo Município, sobre o número de vagas ofertadas no SISREG.

7. Reorganizar a rede de atenção à saúde a partir das necessidades do território, adequando os perfis assistenciais das Unidades de modo a garantir pelo menos 1(uma) Policlínica por Área Programática para atendimento territorializado e a destinação de maior aporte orçamentário para fortalecer a rede de atenção psicossocial com implantação de Centros de Atenção Psicossocial e assistência ambulatorial em saúde mental, respeitando a demanda do perfil populacional dos territórios.

8. Estruturar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio das linhas de cuidado e garantir que essa estruturação se dê nas seguintes condições:

a) territorialização: uma população definida e cadastrada na atenção primária por territórios sanitários, respeitando a universalidade do acesso;

b) a atenção primária como eixo de comunicação, cumprindo a função de estruturar o sistema, ordenar a rede e coordenar o cuidado;

c) a integrações entre todos os níveis de complexidade e pontos de atenção;

d) o pleno funcionamento dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica (incluindo a dispensação de fitoterápicos, a produção de medicamentos como benzilpelicilina, o abastecimento regular dos medicamentos essenciais e melhor acesso aos medicamentos estratégicos) de apoio logístico (como os cartões de identificação dos usuários e prontuários eletrônicos), sistema de regulação e transporte sanitário em suas diferentes modalidades, respeitando a peculiaridade de algumas populações, como população em situação de rua, institucionalizada e usuária em saúde mental, doentes renais crônicos, incluindo usuários de crack e outras drogas, para garantir o acesso e a continuidade do cuidado;

e) redimensionamento e reorganização das Regiões de Saúde.

9. Investimento na formação de gestores voltados para o SUS.

10. Criação de uma Comissão para discutir e implementar o Plano de Municipalização dos Hospitais Federais e Estaduais, com participação dos entes federativos e do controle social.



11. Definição do perfil das unidades assistenciais da rede, visando uma racionalização dos recursos existentes.
12. Implantação efetiva da Carteira de Serviços em todo território nacional como ferramenta de gestão e controle social.
13. Garantir a atualização anual da quantidade máxima de usuários preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica por Equipe de Saúde da Família.
14. Propiciar ao usuário o acompanhamento do status de sua regulação pela internet, por meio do Cartão Nacional do SUS (CNS) e/ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF).
15. Possibilitar a regionalização de um quantitativo de vagas para a atenção secundária (executantes), a fim de reduzir o absenteísmo e melhorar o acesso físico para o usuário.
16. Adequar os especialistas no nível secundário de acordo com um diagnóstico situacional da atenção primária.
17. Consolidar a Atenção Primária em Saúde como uma política de Estado, assegurando o modelo hoje como prioridade de atenção.
18. Fortalecer a atenção secundária com foco nas Policlínicas e na Atenção Psicossocial.
19. Garantir condições efetivas para que o município do Rio de Janeiro exerça o seu papel de gestor pleno, com acesso a capacidade de oferta de vagas e procedimentos de todos os entes federados e compatível disponibilização destas vagas, respeitando as necessidades colocadas pela dimensão do município e das regiões de saúde.
20. Fortalecer a gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) tendo a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, ampliando os Fóruns de Rede articulados às Regiões de Saúde, com a participação de todos os entes.
21. Ampliar a rede de serviços de saúde mental no município do Rio de Janeiro, mediante implantação de CAPS III, CAPSad e CAPSi, fortalecendo o modelo de atenção psicossocial de base territorial.
22. Em atenção à assistência farmacêutica, pactuar a responsabilidade dos entes federados em relação aos medicamentos padronizados e estratégicos; articular com a Secretaria Estadual de Saúde através da CIB a expansão da rede de atenção primária em saúde da Região Metropolitana e ainda garantir o dimensionamento dos medicamentos da atenção básica na REMUME dos municípios que compõem essa Região.
23. Consolidar um modelo de atenção à saúde orientado pela Política Nacional de Educação Permanente, fortalecendo o SUS como campo formador e como cenário de prática, com projeto político-pedagógico apoiado em novas Diretrizes Curriculares.

## V - VALORIZAÇÃO DO TRABALHO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

### Objetivos orientadores:

*Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013. (CNS, 2015, p.30)*

Que ações os Conselhos de Saúde vêm desenvolvendo em apoio à luta das Trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde pela melhoria das condições de trabalho no setor?

Que medidas a gestão têm adotado no que se refere à formação, ao provimento e à Fixação dos profissionais de saúde?

A valorização do trabalho (e do trabalhador) coloca em debate a importância de que seja sustentada uma base de construção coletiva, envolvendo trabalhadores, gestores e usuários, em atenção às necessidades de saúde da população.

Assim, a corresponsabilização é um importante fator para a mudança.

Discute-se o papel dos contratos de gestão e a possibilidade de criar compromissos entre os sujeitos e seus processos de trabalho, com reavaliação conjunta para a produção de efeitos no desempenho, na valorização do trabalhador (sua motivação e crescimento profissional) e na atenção à população. Um processo de avaliação permanente.

O processo de inserção dos trabalhadores numa Unidade de Saúde, com capacitações introdutórias, suporte técnico, investimento nos processos de educação permanente e contratos que definam claramente as responsabilidades do trabalhador e da instituição.

O protagonismo dos trabalhadores e incentivos que motivem mudanças positivas para a ressignificação do trabalho.

O Plano de Educação Permanente para Trabalhadores e o Programa de Formação em Saúde, com ampliação dos métodos de discussão e produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho: equipe multiprofissional, reuniões de equipe, colegiados e supervisão clínica, entre outros, como iniciativas importantes no mundo do trabalho.

O papel dos Centros Formadores voltados para o campo público para a formação de trabalhadores para o SUS.

Os diferentes regimes de contratação dos profissionais.

A construção de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho para o SUS que defenda a implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários para todas as profissões de saúde, e a regulamentação da ordenação da formação dos profissionais de saúde.

O modelo de equipe multi e interdisciplinar em favor da democratização do conhecimento.

O papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e na ordenação para as necessidades do SUS.

Estratégias e políticas de gestão do trabalho e de educação que estimulem a fixação dos profissionais.

O fortalecimento da carreira pública, com a valorização do trabalho e a atenção às necessidades de saúde da população.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, envolvendo todos os seus níveis de gestão.

Ambientes de trabalho saudáveis e promotores do bem-estar.

Os ambientes de aprendizagem e as práticas nos serviços do SUS.

A ampliação da participação social na formulação e na implementação das políticas de educação na área da saúde, com garantia de qualidade e expansão de vagas nas escolas públicas de todos os níveis educacionais, incluindo as residências em saúde.

A necessidade de regular, acompanhar e controlar as reestruturações curriculares das profissões da área da saúde em articulação com a regulação e a fiscalização da qualidade na criação de novos cursos, de acordo com as necessidades de saúde da população e do SUS.

O debate sobre o veto à Lei do Ato Médico.

A discussão sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) quanto ao limite imposto aos gastos com pessoal na área da saúde, a fim de promover um maior investimento na carreira pública para os servidores.

A agenda propositiva para a carreira pública dos servidores, por meio de concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) contemplando plano de carreira para a contratação de profissionais de saúde para o SUS.

O debate sobre o Projeto de Lei (PL) N° 4.330/2004, que permite a terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, o que, avalia-se, pode ferir os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros. A terceirização no setor público da saúde.

Sobre os direitos trabalhistas e as condições de trabalho, com medidas de proteção aos riscos, redução de acidentes de trabalho ou de adoecimento, cumprimento das normas de segurança no trabalho.

## **FORMAÇÃO, INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO, EDUCAÇÃO PERMANENTE:**

Investir na formação para o campo público é uma iniciativa vital para a sustentabilidade do SUS.

O conceito ampliado de saúde deve orientar a formação de trabalhadores para o SUS.

A importância de que os currículos sejam elaborados com base em projetos político-pedagógicos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN (CNE/CES n°104 de 13 de março de 2002 e CNE/CES n°3 de 20 de junho de 2014) orientadoras dos processos formativos na graduação, na Especialização em nível de Residência, e nas demais ações formativas.

A inserção qualificada dos alunos dos cursos da saúde, desde os primeiros anos da graduação, na Atenção Primária, sob orientação das novas Diretrizes Curriculares (DC).

Estimular as atividades de preceptoría no SUS para todas as categorias profissionais.

No que diz respeito à formação, estrutural para a consolidação do SUS, discute-se como estão estruturados os cursos voltados para a área da saúde (de nível médio e de nível superior), ressaltando-se, assim, a importância de instituições e de processos formadores voltados para o campo público e a formação de trabalhadores para o SUS, o que convoca: a) conhecer às necessidades do Sistema de Saúde; e b) tê-lo como campo.

Destaca-se a política de Educação Permanente em Saúde em uma das suas principais atribuições, qual seja, a de articular a) as necessidades reais dos serviços de saúde; b) as necessidades de saúde da população (indivíduos e coletivos); c) as potencialidades de desenvolvimento dos profissionais; d) a capacidade resolutive dos serviços de saúde através aprendizagem significada pelo trabalho; e e) a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

É possível observar que os incentivos no campo da formação orientados pelo Ministério da Saúde primam pela integração ensino-serviço e reforçam a educação permanente como direção metodológica.

Os Programas de Residência, os Cursos de Especialização, o Programa Mais Médicos, o PROVAB, o PET Saúde e os Cursos de Extensão, entre outros, são alguns exemplos disso.

Considerando os processos formativos e de qualificação, que estratégias, programas e iniciativas são potentes para atender ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores e sensíveis, em sua estrutura, às necessidades de saúde da população e seus territórios?

## PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Segundo o Ministério da Saúde (2013), trata-se de uma iniciativa para minimizar e, em alguns casos, resolver, os impactos da carência de médicos em algumas regiões do interior do Brasil ou mesmo na periferia de algumas capitais, por meio do provimento de médicos aos serviços de atenção primária nas áreas em que há comprovadamente maior necessidade de profissionais.

O Programa propõe um conjunto de medidas quantitativa e qualitativa na formação dos médicos, conduzidas em conjunto pelos Ministérios da Saúde e pelo Ministério da Educação.

O Programa tem como objetivo ampliar e orientar a formação de especialistas conforme as necessidades do SUS.

PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica)

Representa um estímulo ao profissional de saúde que trabalha em equipes multiprofissionais na Atenção Básica na Estratégia de Saúde da Família com prioridade para áreas mais carentes.

# DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS NAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

## VALORIZAÇÃO DO TRABALHO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

### DIRETRIZES:

Diretriz 1: Formação, educação permanente, educação em saúde, política de comunicação no SUS e valorização do trabalhador.

Diretriz 2: Formação e Integração Ensino-Serviço, novas Diretrizes Curriculares, Programa de Residência e, Especialização, PROVAB, Mais Médicos e outras iniciativas.

Diretriz 3: Implantação imediata da Política de Educação Permanente para o controle social do SUS, comprometida com a garantia dos direitos sociais, com fortalecimento da participação social e envolvendo o maior número de atores da sociedade civil.

Diretriz 4: Desafios na consolidação do SUS.

Diretriz 5: Qualificação da Atenção Primária.

Diretriz 6: Valorização do profissional do SUS.

Diretriz 7: Valorização do trabalho e formação.

Diretriz 8: Formação em saúde integrada às políticas públicas de saúde.

Diretriz 09: Formação, integração ensino-serviço e qualificação do cuidado.

Diretriz 10: Valorização do trabalho.

Diretriz 11: Formação, Educação Permanente, Educação em Saúde e Política de Comunicação do SUS.

### PROPOSTAS:

1. Garantir a efetivação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para os servidores municipais da saúde do Rio de Janeiro.

2. Criar a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a FAETEC para a realização de Cursos Técnicos de Agentes Comunitários de Saúde, buscando qualificar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

3. Fundar a Universidade Municipal de Medicina do Rio de Janeiro na região AP 5.3, que conta com uma rede de atenção à saúde estruturada nos três níveis de complexidade, de modo a superar a concentração dos centros formadores no eixo centro-sul e ampliar a possibilidade de ter a Zona Oeste como campo para novas gerações de médicos formados para o SUS.

4. Garantir a todas as categorias profissionais gratificação por área de risco.

5. Garantir o Plano de Cargos, Carreiras e Salários aos servidores públicos, e que a indicação para a gestão das Unidades de Saúde se dê por critério técnico e não político, com qualificação técnica comprovada para o exercício do cargo, assim como o pertencimento ao quadro da gestão pública; e que haja uma coordenação única do SUS para acabar com a disputa de poderes entre os entes Federais, Estaduais e Municipais, resultando na unificação da nomenclatura, constando nas fachadas “Unidade de Saúde do SUS”.

6. Incluir na Grade Curricular dos alunos de universidades públicas o ensino voltado para a atenção primária, exigindo-se a prestação de 02 (dois) anos de serviço após a graduação no serviço público, oferecendo título de especialista em Saúde Coletiva ao final desse período.

7. Garantir que os profissionais que trabalham em Clínicas de Saúde da Família sejam estatutários e garantir a educação continuada para habilitar esses profissionais para atuarem na área.

8. Aumentar a oferta de Equipes NASF para atingir a proporção de 1 (um) NASF para 9 (nove) equipes, como preconizado na Portaria do Ministério da Saúde, garantindo 1 (um) sanitarista e 1 (um) assistente social na equipe mínima.

9. Ampliar a oferta de vagas para o Curso Técnico de Formação de Agente Comunitário de Saúde, visando atender a demanda do município do Rio de Janeiro.

10. Contratar, preferencialmente através de concurso público, profissionais qualificados para a demanda específica da Regulação e qualificar os profissionais já existentes, tanto na atenção primária quanto nos hospitais de urgência e emergência.

11. Contratar e fixar profissionais por meio de concursos públicos (RJU) pelo Rio de Janeiro, através de implementação de política salarial e de valorização do servidor, com salários dignos, isonomia salarial, estabilidade no trabalho e implementação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários para o trabalhador do SUS (no município, mas articulado com a defesa da carreira única e nacional no SUS), além da ampliação e diversificação das especialidades e profissões no SUS, respeitando o princípio de que a multiprofissionalidade qualifica o SUS.

12. Criar uma Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES) municipal com representação paritária como dispositivo para discussão e pactuação dos processos formativos na rede municipal de saúde do município do Rio de Janeiro.

13. Os indicadores constantes no pagamento por desempenho - Variáveis 2 e 3 dos Contratos de Gestão - e suas respectivas metas podem sofrer ajustes de acordo com as particularidades locais, desde que sejam encaminhados pelo Colegiado Gestor e pactuados com a Gerência Técnica, cabendo destacar que a Educação Permanente (EP) é um importante instrumento de construção de metas e indicadores.

14. A formação de trabalhadores para a saúde deve ter como base o princípio ampliado de saúde, avançando para o reconhecimento de que a relação saúde-doença é fruto de diversas determinações sociais. Deve-se garantir em todos os níveis formativos a constituição de currículos apoiados e projetos político-pedagógicos críticos que

contemplem tanto o conjunto teórico necessário para o reconhecimento, análise e intervenção na realidade social quanto os instrumentos técnicos específicos necessários para a atuação dos diversos profissionais que integram a área de saúde. Essa perspectiva visa garantir também a integração e a articulação entre os profissionais das diversas áreas da saúde, fortalecendo uma relação realmente mais horizontal entre esses profissionais. Assim, há que se garantir a Política Nacional de Educação Permanente vigente e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN - CNE/CES N°104, de 13 de março de 2002 e CNE/CES N°3 de 20 de junho de 2014) como dispositivos orientadores dos processos formativos para o SUS, seja na graduação, na especialização em nível de residência e nas demais ações formativas dos trabalhadores das redes municipais de saúde.

15. Garantir a fiscalização da inserção do residente no campo prático e do projeto político pedagógico a fim de que ele não seja mão de obra substitutiva durante o processo de formação uniprofissional ou multiprofissional.

16. Investir na consolidação do projeto pedagógico dos cursos de formação em saúde, levando em consideração o debate entre as instituições formadoras, gestores de saúde, os Conselhos de Classe, os profissionais e Conselheiros de Saúde, priorizando o SUS como campo formador do SUS, com foco na atenção primária.

17. Regular o credenciamento das vagas de residência pela Comissão Nacional de Residência Médica, conforme a necessidade local de especialidades médicas.

18. Estimular e investir na formação de preceptores e matriciadores nas Unidades Básicas de Saúde, fortalecendo a estrutura física e organizacional das Unidades, distribuindo de forma equânime os residentes e acadêmicos nas Unidades da Atenção Primária a Saúde, qualificando os espaços de educação permanente (reuniões gerais e técnicas) e na área (Fóruns, oficinas e reuniões), Comissões de Óbito, Comissões de Revisão de Prontuário, Telessaúde e Plataforma SUBPAV.

19. Rever a distribuição dos profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos, tendo em vista o déficit de profissionais nos Centros Municipais de Saúde sem cobertura da Estratégia Saúde da Família.

20. Reorientação dos projetos político-pedagógicos das instituições de ensino para atender às necessidades do SUS: de gestão, de formação e de assistência à saúde dos três níveis de atenção.

21. Realizar as atividades de educação permanente para os Conselheiros e os demais sujeitos sociais de acordo com a realidade local, garantindo carga horária e turno que possibilitem ampla participação e discussão dos temas, utilizando técnicas pedagógicas inovadoras que propiciem a troca de experiências e a construção de conteúdos teóricos voltados para o controle social e domínio das políticas sociais no Brasil.

22. Implantar em caráter imediato o Plano de Cargos e Salários para os profissionais do município do Rio de Janeiro.

23. Que a Secretaria de Saúde tenha materiais impressos (revistas, jornais, cadernos, periódicos e etc.) mensais, voltados para os trabalhadores da saúde, com informações sobre eventos, benefícios, prazos de inscrição para eventos, direitos e vantagens, cursos de capacitações, previdência do servidor, campanhas etc., para serem distribuídos nas Unidades de Saúde.

24. Garantir a revisão e a execução da política de formação dos profissionais da saúde sob a lógica do conceito ampliado de saúde e de acordo com as políticas públicas voltadas para a formação em serviço no SUS.

25. Criar políticas de valorização dos profissionais de saúde, através do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e de educação continuada.
26. Formação e implementação de estratégias para a educação em políticas públicas de saúde na idade escolar.
27. Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde.
28. Revisar os editais dos concursos de Residência, PROVAB e Acadêmicos Bolsistas a fim de garantir lotação equitativa dos alunos em todas as Unidades de Atenção Primária do Rio de Janeiro.
29. Garantir a inclusão de todas as categorias profissionais da área da saúde contempladas por cursos de residência e garantir a formação do gestor de serviços em saúde pública.
30. Garantir a implementação da política de formação dos Conselheiros de Saúde, por meio do processo de Educação Permanente, na esfera municipal.
31. Ampliar as parcerias com Escolas Técnicas, Universidades e afins, para aumento do número de vagas em cursos de formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde, priorizando os ambientes acadêmicos do próprio território.
32. Realizar concurso público e garantir a convocação, a lotação e a reposição de Recursos Humanos (RH), assim como o aproveitamento expressivo do Banco de Concursados existente para sanar o desfalque quantitativo das equipes.
33. Garantir a regulação das vagas de residência médica, de acordo com as necessidades de saúde da população, com ênfase na necessidade de especialistas da atenção primária em saúde, especificamente Medicina de Família e Comunidade que deve ter um percentual mínimo de 40%, em substituição à obrigatoriedade de todos os egressos fazerem um ou dois anos de Medicina Geral, Familiar e Comunitária.
34. Instituir políticas de incentivo à formação de especialistas e a fixação das especialidades estratégicas na atenção primária em saúde, incluindo a complementação de bolsas de residência.
35. Ratificar a formação da Comissão Organizativa de Integração Serviço-Educação no âmbito local para garantir a inserção qualificada do graduando dos cursos da saúde desde os primeiros anos da graduação na atenção primária, em consonância com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).
36. Garantir a valorização e o fomento da preceptoría, incluindo a remuneração dos preceptores de todas as categorias profissionais.
37. Estabelecer um plano de reincorporação da força de trabalho hoje contratada por Organização Social a partir do alcance da meta de 70% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios, atrelada a metodologias de fixação do profissional, como o Plano de Cargos, Carreiras e Salários para todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), garantindo a inclusão de categorias e especialidades não incluídas no quadro atual, além de processos contínuos de formação.
38. Garantir a realização de estagio curricular nas Unidades de Atenção Primária para estudantes de todos os cursos de nível técnico e superior da área da saúde, através de convênio com as instituições de ensino público e privado, sem ônus para ambas as partes, com transparência na divulgação das vagas.



39. Contratar servidores mediante a aprovação de concurso público, em regime de estatutário, para todas as categorias funcionais.
40. Garantir a aprovação e a implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos Servidores em 2015.
41. Aumentar o investimento na qualificação do Agente Comunitário de Saúde, com abertura de vagas por meio de convênios com Escolas Técnicas reconhecidamente habilitadas.
42. Qualificação técnica na área de atuação do profissional com liberação de carga horária mediante a comprovação de instituição de ensino.
43. Ampliar a interlocução com as instituições formadoras para além dos convênios já existentes, visando o resgate da Política Nacional de Educação Permanente garantindo o SUS como cenário de prática.
44. Ampliar a discussão sobre saúde mental na formação dos profissionais de saúde por meio das seguintes estratégias:
- a) Educação a Distância (EAD); sensibilização, capacitação e qualificação dos profissionais atuantes;
  - b) discussão sobre a Reforma Psiquiátrica;
  - c) afirmação da lógica de redução de danos para a população; e
  - d) esclarecimento sobre os Equipamentos de Saúde Mental.
45. Ampliar a formação do Curso Técnico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo o governo estadual responsável pela primeira etapa de formação e o município pelas etapas subsequentes.
46. Implantar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) por meio da Mesa de Municipal de Negociação Permanente do SUS e garantir a realização de concursos públicos por regime estatutário e outras ações de valorização do trabalho.

## VI - CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO, POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO NO SUS

### Objetivos orientadores:

*Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde;*

*Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS;*

*Valorizar o SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação (CNS, 2015, p.52)*

Que ações são necessárias para que a ciência, a tecnologia e a inovação no SUS atendam melhor às necessidades de saúde da população?

Como o município, o estado e o Distrito Federal podem se articular com a imprensa local para que sejam disseminadores e divulgadores positivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, reverter a imagem ruim propagada pelas grandes mídias?

Como ajudar a construir uma rede nacional de troca de informações que fomente as redes locais de comunicação entre os apoiadores do SUS, especificamente, o Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ, o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal?

Que estratégias podem ser utilizadas para a comunicação pós-conferência, de modo a acompanhar a efetivação das propostas da 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) nos planos municipal, estadual, nacional e do Distrito Federal e Nacional?

A ampliação da capacidade de produção do país relacionada aos insumos, assistência farmacêutica e densidade tecnológica no intuito de promover, diagnosticar, tratar e recuperar a saúde.

O fortalecimento e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.

A capacidade científica, tecnológica e produtiva, bem como as necessárias inovações para o melhor desempenho do Sistema de Saúde.

A necessidade de assegurar a regulação realizada pelo sistema público, em atenção às suas necessidades relacionadas ao mercado de produtos e aos serviços de saúde: os planos e seguros privados de saúde, a indústria de medicamentos e de outros insumos.

O incentivo a pesquisas científicas e práticas baseadas em evidências.

A consolidação de parâmetros e de critérios de proteção e restrição a medidas prejudiciais à saúde, incluindo o mercado de medicamentos, de outros insumos, tecnologias e procedimentos.

A criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF

#### A reforma na Lei de Patentes Brasileiras em curso:

O Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) propõe a revisão da Lei em prol da competitividade nacional.

A proposta resulta de um amplo debate sobre a Política Nacional de Inovação Tecnológica e a Lei de Patentes (9.279/1996).

#### Entre as proposições, estão:

- a) limitar em 20 (vinte) anos a vigência do prazo das patentes;
- b) no caso da indústria farmacêutica, proibir o patenteamento do “segundo uso” do medicamento, quando o princípio ativo pode ser utilizado no combate à outra doença que não a original;
- c) promover a inovação ao aumentar o rigor do requisito da atividade inventiva;
- d) indicar, ao Executivo, a criação do Conselho de Direitos de Propriedade Intelectual;
- e) um passo importante para o padrão de desenvolvimento da economia brasileira, pois visa ampliar a capacidade de inserção no mercado tanto no interno, via gestão de conhecimento local, quanto internacional, com mais intensidade e tecnologia.

Ao defender a incorporação de novas tecnologias em prol da inovação, o SUS coloca em discussão também questões éticas e de investimento para o seu incremento que não podem ser analisadas separadamente de seus possíveis impactos positivos e negativos.

Trata-se de um tipo de debate que deve envolver também o Judiciário num compromisso maior com as questões coletivas na incorporação de novas tecnologias.

O incremento da oferta pública dos serviços de saúde e as parcerias com instituições de excelência no campo do ensino e da pesquisa também representam um importante avanço, e precisam ser analisados e fortalecidos.

Coloca-se a necessidade de avançar e consolidar a base tecnológica para atender às necessidades do SUS, seja na informatização e integração dos dados, seja na densidade tecnológica para promover, diagnosticar, tratar e recuperar a saúde.

## SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

O debate sobre a modernização e a unificação dos Sistemas de Informação (SI) para que não se tenha desperdício, fragmentação, perda ou o uso inadequado da informação, de modo que os SI possam ser, de fato, um excelente instrumento para a gestão do conhecimento, do cuidado e da clínica e apoiem a tomada de decisões.

A informatização dos serviços combinando plano de banda larga, informatização e implantação do e-SUS, incluindo Prontuários Eletrônicos, para melhorar a qualidade e a agilidade do serviço para o usuário, fixar e apoiar os profissionais.

O Telessaúde via telefone (0800) ou pelo Portal acessado por várias plataformas fixas ou móveis visa garantir a teleconsultoria de especialistas no apoio aos médicos e às equipes na toada de decisões, aumentando a segurança e a resolubilidade.

A tecnologia possibilitando modalidades de educação pelo ambiente não presencial de ensino-aprendizagem, entre as quais o Ensino a Distância – EAD.

A discussão sobre a unificação dos Sistemas de Informação (SI) em saúde, estabelecidos por suas diversas áreas temáticas. Alcançar Sistemas por meio dos quais integre a base de dados, o que resulta em avanço para as tomadas de decisão nos âmbitos da gestão, da atenção e da vigilância em saúde.

Plataforma de informações para a gestão da rede, a manutenção e a ampliação do parque tecnológico para Prontuários Eletrônicos, Telemedicina e um Centro de Informações em Saúde destinado à qualificação do SUS.

## **POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO**

Sobre a importância de instituir uma Política de Comunicação para o SUS.

A divulgação em diferentes mídias (impressa, televisiva com sinal aberto, sistemas de rádio, redes sociais e outras mais) de todo o trabalho realizado pelo Sistema Único de Saúde.

A necessidade de informar a população sobre os serviços prestados pelo SUS e sobre os modos de acessá-los.

Ter um canal de comunicação como cidadão: ações e programas interativos, que possibilitem à população compartilhar dúvidas, avaliações e sugestões, acompanhadas dos devidos esclarecimentos e da troca de experiências entre diferentes atores sociais.

Fortalecer o SUS como uma política de Estado e um patrimônio do povo brasileiro.

Trabalhar fortemente a Educação em Saúde junto à população, de modo a estimular a participação dos usuários, o seu olhar sobre o sistema, a sua percepção sobre o cuidado e o seu entendimento sobre como construir um SUS melhor e conquistar uma vida saudável.

Construir materiais de educação em saúde e também informativos voltados para a produção de autonomia e autocuidado, a prevenção de doenças, e a promoção de saúde, envolvendo os usuários do SUS em sua formulação.

Pensar estratégias de trabalho à imprensa.

# DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS NAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

## CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO NO SUS

### DIRETRIZES:

Diretriz 1: Incentivo ao aprimoramento da tecnologia em saúde, no campo dos serviços.

Diretriz 2: Desafios na consolidação do SUS.

Diretriz 3: Aprimorar os Sistemas de Informação (SI), qualificando a inserção dos dados, além de permitir a disponibilização dos indicadores de saúde gerados para os profissionais e para os usuários, assim como estabelecer parcerias entre a esfera acadêmica e os serviços de saúde.

Diretriz 4: Transparência do sistema de regulação e o papel da pesquisa na atenção à saúde pública.

Diretriz 5: Ciência, tecnologia, informação e inovação no SUS

Diretriz 6: Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

### PROPOSTAS:

1. Investir no incremento tecnológico e logístico a fim de qualificar o sistema de informação em saúde e de otimizar o processo de trabalho.
2. Integrar as bases de dados dos sistemas de informação em saúde, consolidando a utilização do CPF como única fonte de cadastro, a fim de fortalecer a rede de atenção à saúde.
3. Garantir o compromisso de qualificar o Sistema de Regulação, considerando todas as suas etapas: a inserção das solicitações, a regulação dos procedimentos e especialidades, a regionalização das especialidades de acordo com a importância epidemiológica dos agravos e a entrega em tempo hábil dos agendamentos.
4. Destinar espaço na mídia televisiva para os Conselhos de Saúde debaterem os projetos de saúde com as autoridades e o povo, como já acontece na Educação por meio do Canal MULTIRIO.
5. Convocação da 2ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica com o objetivo de se discutir e atualizar as diretrizes das Políticas Públicas de Assistência Farmacêutica.
6. Fortalecer a produção pública de medicamentos e insumos farmacêuticos com recursos oriundos da redução gradativa dos subsídios e empréstimos a juros diferenciados às indústrias farmacêuticas privadas nacionais e multinacionais.

7. Garantir a comunicação com o usuário, considerando a cultura local, divulgando informações de saúde e ações do Conselho Distrital, discutindo os problemas, por meio de impressos informativos nas Unidades de Saúde, rádios e jornais locais.

8. Ampliação pela ASCOM (Assessoria de Comunicação) de um espaço na mídia televisiva, nos moldes da MULTIRIO, para que os Conselhos de Saúde possam divulgar suas ações e discutir as soluções para os problemas da saúde em conjunto com profissionais, gestores e população.

9. Informatização e acesso a internet em 100% das Unidades de Saúde municipais (de atenção primária, secundária e terciária), bem como integração dessa rede de informação.

10. Estimular, apoiar e fomentar a realização e a publicação de trabalhos científicos pelos profissionais que atuam nas Unidades de Atenção Primária, alunos de graduação e representantes da sociedade civil, priorizando desafios e problemas de saúde locais, com estratégias de divulgação para os usuários e para o Conselho Distrital.

11. Melhorar a qualidade de inserção dos dados nos sistemas de informação, o que implica a capacitação dos profissionais, assim como a sensibilização de tais profissionais para a importância dessas ações.

12. Unificar os sistemas de informação em todos os níveis de atenção do município e garantir atualizações periódicas que incluam modificações necessárias no acompanhamento da saúde dos usuários.

13. Disponibilizar os dados qualificados como indicadores para os profissionais e para os usuários, de forma a empoderá-los, envolvê-los e instrumentalizá-los na construção de propostas para a integralidade do cuidado.

14. Estabelecer parcerias entre as esferas acadêmicas e os serviços de saúde, incentivando o desenvolvimento de pesquisas de acordo com as demandas assistenciais identificadas no SUS.

15. Formulação de Políticas Públicas com base em evidências clínicas e estímulo à pesquisa em serviço e baseadas nas necessidades da população.

16. Integração das três esferas de governo para prontuário eletrônico único.

17. Investimento tecnológico baseado nas necessidades de saúde da população.

18. Unificação das bases de informação geradas pelos Prontuários Eletrônicos de forma a comunicar todos os níveis de atenção municipal (primário, secundário e terciário) em que o acesso se daria através do Cartão Nacional SUS do usuário.

19. Prontuário eletrônico com o intuito de gerar listas dos indicadores prioritários, sendo importante que esse prontuário tenha mecanismo de alerta para os períodos-chaves das linhas de cuidado com datas programadas. Exemplos: TB, Imunização, Sífilis, Puericultura etc.

20. Integração da educação em saúde no âmbito materno-infantil para os diversos níveis de atenção, por meio da ampliação da participação de gestores das unidades de atenção primária e profissionais de saúde em fórum de educação permanente com planejamento prévio e cronograma anual.

21. Criar um canal na mídia (MULTIRIO) para a saúde na promoção e na educação em saúde, e realizar debates públicos com a participação de Conselhos de Saúde, gestores, profissionais e usuários. Que a MULTIRIO cumpra sua função junto a todas as secretarias de governo e não somente junto à Secretaria de Educação.
22. Incentivar a produção científica na área da Atenção Primária em Saúde.
23. Garantir a integração dos conhecimentos da clínica, epidemiologia, saúde individual e coletiva.
24. Investir e divulgar os resultados da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de seus impactos na saúde, divulgando os indicadores e as evidências científicas.
25. Garantir melhores condições de trabalho no tocante à estrutura e à logística na Atenção Primária em Saúde (APS) com ênfase nos processos de informação e comunicação no âmbito do SUS.
26. Implantação do Sistema de Informação Eletrônica em todos os níveis de atenção à saúde, com vistas à unificação do Sistema.
27. Estimular o profissional de saúde com a liberação de 5% de sua carga horária vinculada à educação permanente para a realização de pesquisas científicas focadas no perfil sanitário do território, garantindo o retorno dos resultados obtidos para o serviço de saúde.
28. Sistematizar os dados da prática assistencial para subsidiar a formulação de políticas públicas.
29. Implantação do ponto biométrico para todo o funcionalismo público, independente do regime trabalhista.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. DOCUMENTO ORIENTADOR DE APOIO AOS DEBATES DA 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Balanço dos 25 Anos do SUS. Relatório da Oficina com Comissões Permanentes e Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde, novembro de 2014. S/R.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde, novembro de 2009. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/relatorio/26\\_jan\\_relatorio\\_final\\_site.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/relatorio/26_jan_relatorio_final_site.pdf).

CEBES. Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/04/tese-do-cebes-para-a-15a-conferencia-nacional-desaudef/2015/03/05/2015>.







ANEXO III  
CONFERÊNCIAS  
DISTRITAIS  
DE SAÚDE

# CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

## CALENDÁRIO

### CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE (CODS)	DATA	LOCAL
CODS AP 3.1	7 a 9 de Maio	Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – “Quinhentão.”
CODS AP 1.0	14 a 15 de Maio	Salão Nobre da Câmara de Vereadores do Município do Rio de Janeiro. Auditório Barbara Starfield - OTICS Centro
CODS AP 2.1	18 e 19 de Maio	Hospital Federal da Lagoa
CODS AP 3.2	20 a 21 de Maio	Instituto Municipal Nise da Silveira
CODS AP 4.0	23 de Maio	Centro de Referência Hélio Fraga
CODS AP 3.3	30 a 31 de Maio	Clube dos Subtenentes e Sargentos da Aeronáutica
CODS AP 5.2	26 a 28 de Junho	Sindicato dos Professores
CODS AP 2.2	10 e 11 de Junho	Tijuca Tênis Clube Sede do Conselho Distrital da AP 2.2
CODS AP 5.3	11 e 12 de Junho	Escola Técnica da FAETEC
CODS AP 5.1	13 e 14 de Junho	Colégio Pedro II - Realengo

## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 1.0

Realizada nos dias 14 e 15 de Maio de 2015, a Abertura da Conferência Distrital da AP 1.0 foi realizada no Salão Nobre da Câmara Municipal de Vereadores do Rio de Janeiro. Os demais debates, Grupos de Trabalho e Plenária Final foram realizados no Auditório Bárbara Starfield - Rede OTICS Rio.

Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou a presença de representantes da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social da Câmara de Vereadores do Município do Rio de Janeiro, da Coordenadora Geral da Atenção Primária da AP 1.0, da Presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP 1.0, e do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Para orientar a discussão dos Grupos de Trabalho, todos organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, foi realizada a Conferência de Abertura - Redes, Cuidado, Integralidade e Equidade: rumos para uma saúde pública de qualidade – pela médica convidada, membro da Coordenação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme do Ministério da Saúde.

Em continuidade, outros debates foram realizados, contando com a presença de professores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, da Coordenadora Geral da Atenção Primária e de um representante do Conselho Nacional de Saúde; sobre os seguintes temas:

- Participação Social e Direitos;
- Financiamento no SUS; Formação e Educação Permanente;
- Gestão do SUS e Modelos de Atenção.

A Conferência contou com a participação dos Conselheiros de Saúde, convidados e participantes livres.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo os trabalhos com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 - 2019.

### Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 1.0

Carlos Henrique Alves	Michelle Nadai	Antônio J. P. Costa
Carolina Cruz	Miriam Lopes	Luane C. de Souza
Diego Willer	Pablo de Mello	Lumena A. Santos
Jorge Alves	Raquel Silva	Nelson Coelho Costa
Jaqueline Oliveira	Roberto José Leal	Susy A. Lopes
Joyce Martin	Solange Belchior	Verônica S. Carlozo
Maria da Glória Silva	Sueli Nuss	
Mariléa Ormond	Verônica Busch	

## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 1.0

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

EIXO I Participação, Direitos e Controle Social na Saúde	
<b>DIRETRIZ</b> Fortalecer o controle social e ampliar as formas de participação popular na saúde	<b>PROPOSTAS</b> 1. Desburocratizar a participação social nos conselhos e conferências, provocando mudanças na legislação (federal, estadual, municipal), tais como: ampliar a participação dos usuários e dar visibilidade/legitimidade da representação da categoria de agentes comunitários de saúde e agentes de vigilância de saúde, entre outros.
	2. As reuniões do conselho distrital de saúde serão realizadas de forma intermitente alternando-se a sede do conselho com outras áreas a serem definidas nas reuniões ordinárias.
	3. Criar/fortalecer os colegiados de gestão das unidades de saúde, com a responsabilidade de contribuir para que a população usuária se aproprie do processo de organização do sistema de saúde.
	4. Formação de um conselho intersetorial por área programática, para o desenvolvimento de ações conjuntas com foco nos determinantes sociais da saúde.

EIXO II Financiamento no SUS e Relação Público x Privado	
<b>DIRETRIZ</b> Fortalecer o financiamento para o SUS exigindo a reforma fiscal e tributária com implantação do imposto sobre grandes fortunas e heranças.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Repasse de recursos do ministério da saúde, com destinação exclusiva para os conselhos de saúde a fim de garantir a autonomia destes.
	2. Autonomia efetiva do gestor pleno municipal para alocar os recursos de acordo com o diagnóstico de saúde dos territórios.
	3. Que os conselheiros tenham maior poder de fiscalização e acesso aos documentos a SMS e OOS previamente, fazendo parte inclusive das comissões técnicas de avaliação (CTA).
	4. Acabar com a renúncia fiscal e garantir que a destinação do que está deixando de ser taxado seja aplicado efetivamente no SUS. A taxa sobre grandes fortunas e heranças com destinação de percentual mínimo de 20% para o SUS.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

Ampliação do acesso e melhoria das redes de atenção à saúde.

### PROPOSTAS

1. Ampliar a rede de CAPS e NASF no município do rio de janeiro garantindo a cobertura adequada desses dispositivos em todas as Áreas Programáticas.

2. Garantir que as linhas de cuidado estejam sensíveis à atenção voltada para as populações em situações de risco e/ou extrema vulnerabilidade, respeitando as singularidades dos usuários e o projeto de cuidado.

3. Garantir a participação social na definição do território adscrito das unidades de atenção primária em saúde, de forma a considerar a dinâmica sociocultural e estruturar todos os equipamentos de saúde de modo a garantir acessibilidade (para pessoas com necessidades especiais e dificuldades de locomoção) e espaço para cumprimento integral das ações definidas na carteira de serviços.

4. Em atenção à assistência farmacêutica pactuar a responsabilidade dos entes federados em relação aos medicamentos padronizados e estratégicos. Articular com a Secretaria Estadual de Saúde através da CIB a expansão da rede de atenção primária em saúde da região metropolitana e ainda garantir o dimensionamento dos medicamentos da atenção básica na REMUME dos municípios que compõem essa Região.

## EIXO IV Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

### DIRETRIZ

Defender o sistema único de saúde, público, universal, equânime como previsto na Lei 8.080, consolidando, assim, o modelo de atenção à saúde ampliada, inovador, com a atenção primária como estruturante do sistema, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, orientado pelos pilares da regionalização, das redes e da hierarquização.

### PROPOSTAS

1. Consolidar um modelo de atenção à saúde orientado pela política de educação permanente, fortalecendo o SUS como campo formador, como cenário de prática, com projeto político-pedagógico apoiada em novas diretrizes curriculares.

2. Fortalecer o modelo de redes de atenção por linhas de cuidado qualificando: a gestão integrada do território de atenção à saúde, com dispositivos que garantam a comunicação entre os serviços municipais, estaduais e federais (como os fóruns de rede) para a pactuação de fluxos, alinhamento de protocolos, de orientações técnicas e administrativas, orientando a adequação de perfis assistenciais de modo a sustentar o melhor desempenho da assistência, a qualidade acesso e dos processos de trabalho. No âmbito da gestão participativa, fortalecer os colegiados de gestão das unidades de saúde.

3. Em atenção à gestão plena, garantir ao município do Rio de Janeiro os recursos dos fundos municipais, estadual e nacional para cumprir sua responsabilidade como gestor pleno, na medida em que a regulação do acesso à atenção especializada não atende somente aos residentes da cidade, mas também de outros municípios. Para cumprir essa responsabilidade necessita da disponibilidade efetiva da oferta de serviços das unidades federais e estaduais localizadas no território por meio do SISREG III.

4. Que toda adequação do perfil assistencial de unidades de saúde hospitalares de médio ou grande porte municipais, estaduais e/ou federais seja realizado com base na análise de situação de saúde da população, análise do impacto epidemiológico e da resposta assistencial a esta realidade com a participação e avaliação conjunta do controle social.

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

### DIRETRIZ

Implantação imediata da política de educação permanente para o controle social do SUS comprometida com a garantia dos direitos sociais, com fortalecimento da participação social e envolvendo o maior número de atores da sociedade civil.

### PROPOSTAS

1. Reorientação dos projetos político-pedagógicos das instituições de ensino para atender as necessidades do SUS de gestão, formação e assistência à saúde dos três níveis de atenção.

2. Realizar as atividades de educação permanente para os conselheiros e os demais sujeitos sociais de acordo com a realidade local, garantindo uma carga horária e turno que possibilite uma ampla participação e discussão dos temas, utilizando técnicas pedagógicas inovadoras que propiciem a troca de experiências e construção de conteúdos teóricos voltados ao controle social e domínio das políticas sociais no Brasil.

3. Implantação imediata do plano de cargos e salários para os profissionais do município do Rio de Janeiro.

4. Que a Secretaria de Saúde tenha materiais impressos (revistas, jornais, cadernos, periódicos etc.) mensais voltados para os trabalhadores da saúde com informações de eventos, benefícios, prazos de inscrição para eventos, direitos e vantagens, cursos de capacitações, previdência do servidor, campanhas etc. A serem distribuídos nas unidades de saúde.

## EIXO VI Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde, Informação Educação, Política de Comunicação no SUS

### DIRETRIZ

Aprimorar os sistemas de informação, qualificando a inserção dos dados, além de permitir a disponibilização dos indicadores de saúde gerados para os profissionais e usuários, assim como estabelecer parcerias entre a esfera acadêmica e os serviços de saúde.

### PROPOSTAS

1. Melhorar a qualidade de inserção dos dados nos sistemas de informação, o que implica em capacitação dos profissionais, assim como na sensibilização desses para a importância dessas ações.
2. Unificar os sistemas de informação em todos os níveis de atenção, no município, e garantir atualizações periódicas que incluam modificações necessárias no acompanhamento de saúde dos usuários.
3. Disponibilizar os dados qualificados como indicadores para os profissionais e também para os usuários, de forma a empoderá-los, envolvê-los e instrumentalizá-los na construção de propostas para a integralidade do cuidado.
4. Estabelecer parcerias entre as esferas acadêmicas e os serviços de saúde, incentivando o desenvolvimento de pesquisas de acordo com as demandas assistenciais identificadas no SUS.



## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 2.1

Realizada no dia 18 de Maio de 2015, a Conferência Distrital da AP 2.1 foi realizada no Hospital Federal da Lagoa.

Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou a presença da Direção do Hospital Federal da Lagoa, do Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da Coordenadora Geral da Atenção Primária da AP 2.1, da Presidente do Conselho Distrital de Saúde da 2.1, e do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Para orientar a discussão a ser desenvolvida nos Grupos de Trabalho, todos organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, a Conferência contou a apresentação da Coordenadoria Geral da Atenção Primária sobre a Reforma da Atenção Primária na AP 2.1: seus avanços e desafios; e realizou um debate sobre a Rede de Urgência e Emergência no município do Rio de Janeiro com a presença do Subsecretário de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência e de uma Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IESC/UFRJ.

A Conferência contou com a participação de Conselheiros de Saúde, convidados e participantes livres.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 - 2019.

### Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 2.1

Glic Majoli da Silva	Paula Travassos
Joel Nonato	Sandra Monteiro
Lizomar Fructuozo	Vanessa Andrade Martins Pinto
Marinete Moraes	Vera Lúcia da Silva

## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 2.1

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

EIXO I Participação, Direitos e Controle Social na Saúde	
<b>DIRETRIZ</b> Garantir a participação social na discussão, formulação, implantação, execução e avaliação das ações, programas e estratégias que regulam os serviços de saúde, a fim de homogeneizar a carteira de saúde em todas as Áreas Programáticas.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Desburocratizar a representatividade do Conselho Distrital alterando, se necessário, o estatuto.
	2. Estimular a participação da comunidade, parceiros locais e jovens fazendo parcerias com Escolas e Universidades.
	3. Investir em espaços na mídia para divulgação das Reuniões do Conselho Distrital e de dispositivos locais para divulgação no território, como rádio comunitária, jornais locais, redes sociais.
	4. Padronizar o atendimento médico e odontológico em todas as CAPs, garantindo a carteira de serviço para todas as Áreas Programáticas.
EIXO II Financiamento no SUS e Relação Público x Privado	
<b>DIRETRIZ</b> Aprimoramento do financiamento no SUS.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para que os governos possam promover concursos públicos para a área da saúde.
	2. Ressarcimento ao SUS dos gastos com os usuários de planos privados de saúde.
	3. Não à abertura ao capital internacional, com garantia de aplicação de 10% da receita corrente bruta no setor saúde (Saúde+10%), e pelo fim da renúncia fiscal aos planos de saúde.
	4. Revisão dos valores da tabela SUS e padronização dos Centros de Custos das unidades assistenciais, visando garantir a transparência dos processos de trabalho.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

<b>DIRETRIZ</b> Gestão em rede: reorganização, pactuação e transparência.	<b>PROPOSTAS</b>
	1. Investimento na formação de Gestores voltados para o SUS.
	2. Criação de uma Comissão para discutir e implementar o plano de municipalização dos hospitais federais e estaduais, com participação dos entes federativos e do controle social.
	3. Fortalecimento do controle social (corpo clínico e assistencial das unidades de saúde) nos Colegiados de Gestão participativa das unidades de saúde.
	4. Definição do perfil das unidades assistenciais da rede, visando uma racionalização dos recursos existentes.

## EIXO IV Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

<b>DIRETRIZ</b> Ampliar o acesso em todos os níveis de atenção, de acordo com o perfil epidemiológico da área.	<b>PROPOSTAS</b>
	1. Ampliar a rede de saúde mental (psicossocial) e construir um CAPSad III na AP 2.1.
	2. Implementar políticas de prevenção e promoção da saúde voltadas a segurança e violência de todos os tipos (urbana, do estado, institucional, idoso, criança e populações vulneráveis como morador de rua, negros, LGBT), com participação social em todos os níveis.
	3. Garantir o acesso e acessibilidade ao sistema de regulação pelo usuário (transparência), organizando o acesso entre os níveis de governo: municipal, estadual e federal.
	4. Garantir o acesso às especialidades conforme o perfil epidemiológico da área, em quantidade, qualidade e no tempo adequado, nos diversos níveis de atenção, como odontologia em todos os serviços de urgência e emergência, modificando a classificação do porte da UPA conforme a necessidade da área programática.

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

<b>DIRETRIZ</b> Formação em saúde integrada às políticas públicas de saúde.	<b>PROPOSTAS</b>
	1. Garantir a revisão e a execução da política de formação dos profissionais da saúde, dentro do conceito ampliado de saúde, e de acordo com as políticas públicas voltadas para a formação em serviço no SUS.
	2. Criar Políticas de valorização dos profissionais de saúde, através do plano de cargos, carreiras e salários e educação continuada.
	3. Formação e implementação de estratégias para educação em Políticas Públicas de Saúde na idade escolar.
	4. Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde.

## EIXO VI Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde Informação, Educação, Política de Comunicação no SUS

<b>DIRETRIZ</b> Transparência do sistema de regulação e o papel da pesquisa na atenção à saúde pública.	<b>PROPOSTAS</b>
	1. Formulação de Políticas Públicas a partir de evidências clínicas com estímulo a pesquisa em serviço e baseadas nas necessidades da população.
	2. Integração das três esferas de governo em prontuário eletrônico único.
	3. Investimento tecnológico baseado nas necessidades de saúde da população.
	4. Transparência do número de especialistas por carga horária do SISREG para os usuários com responsabilização dos serviços sobre as consultas agendadas.

## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 2.2

Realizada nos dias 10 e 11 de junho de 2015, a Abertura da Conferência Distrital da AP 2.2 foi realizada no Tijuca Tênis Clube, iniciando com apresentações culturais do Grupo Sandra Serrado e do Grupo Musical do CAPSad Mané Garrincha. Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou com a presença do Presidente do Conselho Distrital da AP 2.2, do Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do Coordenador Geral da Atenção Primária da AP 2.2, e do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os convidados ressaltaram a importância da participação popular e do controle social para a gestão do SUS.

Os Grupos de Trabalho e a Plenária Final foram realizados no Auditório da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 2.2.

Para orientar a discussão a ser desenvolvida nos Grupos de Trabalho, todos organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, a Conferência realizou uma série de debates sobre os seguintes temas:

- Rede de Atenção à Saúde e Qualificação da Atenção Primária;
- Formação, Integração Ensino-Serviço e Qualificação do Cuidado;
- Política de Financiamento e Gestão;
- Prevenção, Promoção e Situações de Risco e Vulnerabilidade; e
- Participação Popular e Controle Social.

O caráter democrático da Conferência permitiu que inúmeras propostas fossem aprovadas, apesar das diferenças de interesses, histórias e trajetórias dos participantes. Um importante avanço para o SUS!

Cabe observar que, dada a limitação de 4 (quatro) propostas por diretriz para a etapa municipal, algumas propostas ficaram no âmbito local e vão subsidiar o planejamento da Área, para além das diretrizes e propostas municipais, estaduais e nacionais aprovadas para o relatório final encaminhado para a XII Conferência Municipal de Saúde.

A Conferência contou com a participação de Conselheiros de Saúde, convidados e participantes livres.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 - 2019.

### Comissões Executiva e Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 2.2

Maria Alice Gunzburger Costa Lima	Inês Ferreira de Abreu Deodoro	Marinês Busch
Telma Elisa Tavares Muniz	Márcia Helena de Souza	Mirian Gonçalves
Alexandre Alves Modesto	Altamiro José Chaves	Cleide Barbosa
Patrícia Andrade Rollo	Ozeas Lopes Farias	Eloisa Silva da Fonseca
Denise Gaeschlin Almeida	Érica Lucena	

## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 2.2

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

EIXO I Participação, Direitos e Controle Social na Saúde	
<b>DIRETRIZ</b> Fortalecer as diversas formas de controle social pela participação comunitária	<b>PROPOSTAS</b> 1. Criação de fóruns e/ou oficinas para que os usuários possam ampliar o seu conhecimento sobre a organização dos sistemas de saúde, o processo de participação social, bem como os objetivos e responsabilidades das conferências de saúde, com a divulgação das datas programadas para os fóruns e reuniões dos conselhos de saúde e colegiados de gestão.
	2. Divulgar e estimular a participação da população nos Colegiados Gestores e nos Conselhos de Saúde, fortalecendo o direito a voz de todos, e instituir colegiados gestores nas unidades onde ainda não existirem.
	3. Divulgar as fontes de reclamações e sugestões encaminhadas a ouvidoria, criando um canal entre as ouvidorias e os Conselhos de Saúde, estimulando assim a corresponsabilidade dos usuários e gestores nas decisões pertinentes às unidades de saúde.
	4. Cobrar das instâncias apropriadas o cumprimento das propostas advindas das conferências de saúde.
	5. Desburocratizar a participação dos usuários nos Conselhos de Saúde, buscando meios de dar voto a pessoas físicas, e proporcionar espaços nas unidades de saúde para encontros e debates entre os usuários.

## EIXO II Financiamento no SUS e Relação Público x Privado

### DIRETRIZ

Ampliação do financiamento e melhoria da fiscalização para garantia dos serviços públicos de qualidade.

### PROPOSTAS

1. Maior transparência nas relações de financiamento das OSS, com prestação de contas com publicidade e punição para aquelas que não cumpram suas responsabilidades.

2. Garantir que a prefeitura seja responsável pelos direitos trabalhistas dos prestadores de serviços através de provisionamento com os contratos findos.

3. Repactuar na CIB (Comissão Intergestora Bipartite) o financiamento do Teto MAC na proporcionalidade da população do município.

4. Ampliar os mecanismos de fiscalização para aumento do ressarcimento dos recursos dos planos de saúde aos atendimentos realizados no SUS, com retorno direcionado para a atenção básica.

5. Garantir o ressarcimento do custo dos procedimentos de MAC ao município executante.

6. Apoiar integralmente o Saúde +10 que garante 10% dos recursos correntes para a saúde.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

Rede de Atenção à Saúde e Qualificação a Atenção Primária.

### PROPOSTAS

1. Estabelecer um plano de reincorporação da força de trabalho, hoje contratada por OSS a partir do alcance da meta de 70% de cobertura de SF nos municípios, atrelada a metodologias de fixação profissional, tais como o Plano de Cargos, Carreiras e Salários para todos os profissionais da SMS, garantindo a inclusão de categorias e especialidades não incluídas no quadro atual, além de processos contínuos de formação.

2. Com base no perfil epidemiológico de usuários acompanhados pelas equipes de SF e na complexidade do cuidado integral prestados na APS, reduzir o quantitativo populacional sob responsabilidade de uma equipe de SF, adequando aos padrões internacionais e respeitando o perfil de vulnerabilidade.

3. Otimizar os processos regulatórios através da regionalização da oferta dos serviços de média e alta complexidade, das diferentes esferas de governo adequando as vagas disponíveis às necessidades da APS, garantindo uma oferta proporcional em todos os territórios.

4. Garantir a proporção preconizada pelo MS de equipes de NASF em relação às Equipes de SF, visando a oferta do apoio matricial em áreas estratégicas aumentando a resolutividade da APS, em especial nos Cuidados Paliativos, prevenção da mortalidade materna e infantil, reabilitação e cuidados nas doenças crônicas não transmissíveis.

5. Garantir o aumento do protagonismo da SMS na definição da proporção das vagas de especializações e residências relacionadas às mudanças geradas pelo modelo de atenção à saúde, com ênfase na ESF.



## EIXO IV Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

### DIRETRIZ

Prevenção, Promoção e Situações de Risco e Vulnerabilidade.

#### PROPOSTAS

1. Garantir que os recursos do SUS sejam dirigidos aos serviços públicos, sem financiamento estrangeiro ou privatização ou sem atividades fins sendo executadas por OS, ONG, etc.

2. Ampliar a oferta de serviços, garantindo recursos humanos proporcional a população adscrita, com tecnologia adequada ao tipo de assistência para não haver ampliação da oferta de serviços com precarização da assistência, levando em consideração planejamento a partir de levantamento epidemiológico e IDH.

3. Garantir ampliação: - CAPS: segundo portaria 336 e de acordo com diagnóstico de vulnerabilidade do território, para que os casos graves de transtorno mental e de álcool e outras drogas, que estão na Atenção Básica possam ser acompanhados conjuntamente; CnaR; de acordo com as portarias 122 e 123 e com as vulnerabilidades sociais do território; Saúde Bucal: considerando 1 (uma) equipe de Saúde Bucal/ ESF.

4. Garantir que as terapias que tem necessidade de acompanhamento continuado tenham regulação regionalizada.

5. Reavaliar critérios de redimensionamento da população/ equipe/ território, considerando riscos, vulnerabilidades e determinantes sociais.

6. Revisar proporção equipe NASF/ESF e incluir em portaria a categoria sanitaria na equipe NASF.

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

### DIRETRIZ

Formação, Integração Ensino Serviço e Qualificação do Cuidado

### PROPOSTAS

1. Garantir a regulação das vagas de residência médica, de acordo com as necessidades de saúde da população, com ênfase na necessidade de especialistas da APS, especificamente Medicina de Família e Comunidade que deve ter um percentual mínimo de 40%, em substituição à obrigatoriedade de todos os egressos fazerem um ou dois anos de Medicina Geral, Familiar e Comunitária.
2. Instituir políticas de incentivo à formação de especialistas e à fixação das especialidades estratégicas na APS, incluindo a complementação de bolsas de residência.
3. Ratificar a formação da Comissão organizativa de Integração serviço-educação no âmbito local para garantir a inserção qualificada do graduando dos cursos da saúde desde os primeiros anos da graduação na APS em consonância com as novas DCN.
4. Garantir a valorização e fomento da preceptoria incluindo a remuneração dos preceptores em todas as categorias profissionais.

## EIXO VI Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde Informação, Educação, Política de Comunicação no SUS

### DIRETRIZ

Desenvolvimento Científico e Tecnológico

### PROPOSTAS

1. Incentivar produção científica na área da APS.
2. Garantir a integração dos conhecimentos da clínica, epidemiologia, saúde individual e coletiva.
3. Investir e divulgar os resultados da ESF e do impacto na saúde, divulgando os indicadores de saúde e as evidências científicas.
4. Garantir melhores condições de trabalho no tocante a estrutura e logística na APS com ênfase nos processos de informação, comunicação no âmbito SUS.
5. Inserir na grade curricular uma disciplina voltada para a ESF, integrando saúde coletiva e clínica, ministrada por especialistas da APS.
6. Implantar, qualificar e ampliar espaços de formação nas unidades de integração ensino/serviço na APS.

## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 3.1

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

Realizada nos dias 07, 08 e 09 de Maio de 2015, a Conferência Distrital da AP 3.1 foi realizada no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro - CCS/UFRJ – no Auditório Professor Rodolpho Paulo Rocco, também conhecido como Quinhentão.

Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou com a presença do Coordenador Geral da Atenção Primária da AP 3.1, da Presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1, do Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, e do Diretor da Divisão de Saúde da Comunidade, representando o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF/UFRJ.

Quanto aos Grupos de Trabalhos, todos organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, a Conferência realizou debates sobre os seguintes temas:

- Redes de Atenção à Saúde;
- Regulamentação das iniciativas de Prevenção e Promoção da Saúde voltada para alimentação saudável, tabagismo, trânsito, controle de obesidade e valorização do parto normal;
- Políticas e Estratégias de Atenção às Populações em Situação de Risco e/ou Vulnerabilidade: população em situação de rua, usuários de crack, álcool e outras drogas, população institucionalizada e com demanda de atenção domiciliar;
- Participação Popular e o Controle Social: reformas na participação da sociedade civil na saúde e o fortalecimento do Controle Social;
- Formação e Integração Ensino – Serviço: novas diretrizes curriculares, programa de residência, especialização, PROVAB, o Programa Mais Médicos e outras iniciativas aplicáveis ao tema;
- Assistência Farmacêutica: definição das responsabilidades entre os entes Federados.

A Conferência contou com a participação dos Conselheiros de Saúde, convidados e participantes livres.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo os trabalhos com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 - 2019.

### Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 3.1

<b>COORDENAÇÃO</b>	Maria Raimunda Aguiar Souza	Flávia Moreira	<b>COMISSÃO DE APOIO</b>
Maria de Fátima G. Lopes	Sergio Clemente da Silva	Luciene Marinho	Nereu Lopes
Leonardo Graever	Sônia Maria Fonseca da Silva	<b>RELATORES</b>	<b>Cosme Toscano</b>
<b>COMISSÃO ORGANIZADORA</b>	<b>MESTRE DE CERIMÔNIA</b>	Lúlia de Mesquita Barreto	Vera Lúcia Aiolfé
Antônio Luiz Saraiva	David Salvador Lima Filho	Valéria Gomes Pereira	Waldir F. da Costa
Aisar Santana Matos	<b>COORDENAÇÃO DA RELATORIA</b>	Márcia Mattos Magalhães	Iracema G. da Silva
Claudia Henrique da Silva	Lúlia de Mesquita Barreto	Daniel Elias	Alexandre P. da Silva
Leonardo Graever	Valéria Gomes Pereira	Antônio Luiz Saraiva	Marco Antônio Rodrigues
Lúcia de Mesquita Barreto	<b>APOIO ADMINISTRATIVO</b>	Cláudia Henrique da Silva	Lucas Thiago da Silva

## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 3.1

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

#### EIXO I Participação, Direitos e Controle Social na Saúde

##### DIRETRIZ

Participação Popular e Controle Social: novas formas de participação da sociedade civil na saúde e fortalecimento do controle social.

##### PROPOSTAS

1. Institucionalizar a participação do controle social através da inclusão de representação de usuário do Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ e dos Conselhos Distritais de Saúde nas CTA, criando mecanismos de circulação (canal de mídia) e divulgação das informações, entre trabalhadores e usuários do SUS, garantindo maior transparência dos gastos na saúde aplicados em cada território e exigir a presença de gestores de saúde para prestar conta, fazendo com que os gestores respeitem as deliberações das Conferências de Saúde nas três esferas de governo. Os planos de saúde e os planos plurianuais devem ser aprovados pelos Conselhos de Saúde com base nas diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.
2. Investimento e recurso na saúde pública: revogação da lei 13.019/2015 que permite a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde; Pela imediata Auditoria Cidadã da Dívida Pública com repúdio e anulação desta dívida ilegítima e insustentável; Eliminação dos subsídios públicos e pelo fim da renúncia fiscal aos planos privados de saúde; Eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde; Cancelamento da Desvinculação das receitas da União (DRU); Criação de Imposto sobre Grandes Fortunas.
3. Administração e defesa de um SUS público e de qualidade: não priorizar as OS e a adoção de quaisquer outros modelos privatizantes de gestão, tais como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).
4. Valorização do profissional do SUS: contratação e fixação de profissionais através de concursos públicos (RJU) pelo Rio de Janeiro, através de implementação de política salarial e de valorização do servidor, com salários dignos, isonomia salarial e estabilidade no trabalho e implementação de planos de cargos e carreiras e salários para o trabalhador do SUS (no município, mas articulado com a defesa da carreira única e nacional no SUS). Além da Ampliação e diversificação das especialidades e profissões no SUS, respeitando o princípio de que a multiprofissionalidade qualifica o SUS.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

Ampliação do Acesso e Expansão da Rede de Serviços de Saúde de Atenção Básica e de Saúde Mental que funcionem na Lógica Territorial.

### PROPOSTAS

1. Transformação dos CAPS II em CAPS III e estruturação dos CAPSi do município do rio de janeiro, com a finalização do processo de habilitação dos CAPSi ainda pendentes e que estes serviços sejam localizados em espaços públicos municipais.

2. Ampliação do acesso aos serviços da RAPS, através do respeito ao dimensionamento da oferta de serviço de saúde previstas nas políticas nacionais, que incluem a adequação do número de CAPS de modo a respeitar a relação de 1CAPS / 100.000 Hab. e a presença de 1 NASF/9ESF.

3. Garantia da direção única de cuidado entre setores (saúde, assistência social, educação, trabalho, habitação, entre outras), na perspectiva da garantia de direitos e na lógica da redução de danos. Deve-se integrar as equipes de consultório na rua aos demais equipamentos de atenção básica e à rede de CAPS garantir e implantar programas de geração de renda e emprego, com a inclusão de usuários da rede de saúde mental e população em situação de rua, na perspectiva da economia solidária.

4. Ampliação da integração de familiares e usuários nas políticas públicas de saúde através de ações tais como o estímulo a criação de associações de familiares, usuários e profissionais de serviços de saúde, a criação de espaços de comunicação direta entre usuários, familiares e profissionais de CAPS, CAPSad, consultório na rua e outros serviços de saúde e o fortalecimento de espaços existentes de participação social nos serviços de saúde (conselho gestor, assembleias).

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

A regulamentação das iniciativas de prevenção e promoção da saúde, voltadas para: atividade Física, alimentação saudável, tabagismo, controle da obesidade e valorização do parto normal.

1. Criar, implementar e avaliar políticas públicas e ações que contemplem o enfrentamento mais efetivo dos processos de determinação social da saúde, incluindo a utilização de estratégias nos campos da arte, cultura e educação.

2. Fortalecer os programas existentes de prevenção e promoção da saúde qualificando profissional por Educação Permanente de Saúde e articulando entre as políticas públicas.

3. Realizar fórum de promoção da saúde intersetoriais que se desdobrem em ações efetivas em cada território – seja na dimensão da Unidade ou dos territórios compartilhados -, e pelo menos duas vezes ao ano com participação efetiva da sociedade civil com representantes de todos os segmentos, garantindo a presença dos usuários, movimentos comunitários; monitorando o impacto desta ação.

4. Garantir a implementação das equipes NASF para todas as equipes de Saúde da Família, de acordo com a portaria do MS, fortalecendo as parcerias públicas com outros setores sociais e com a incorporação de profissionais da arte, cultura e educação.

## EIXO IV Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

### DIRETRIZ

Integração dos pontos de atenção e níveis de complexidade por linhas de cuidado, adequação dos perfis assistenciais, acesso ao cuidado especializado (Regulação).

### PROPOSTAS

1. Responsabilizar o prestador de saúde quanto a comunicar com antecedência ao usuário e à Unidade de Saúde sobre a impossibilidade de realização de consulta ou procedimento que esteja agendado pelo sistema, esclarecendo o motivo e informando a data do reagendamento. Ao não haver comunicação prévia, a consulta ou procedimento deverá ser realizado no dia marcado, mesmo que seja por outro profissional da mesma especialidade, caso esteja disponível. Não havendo possibilidade de outro profissional disponível, o usuário deverá sair da Unidade com a nova data já agendada. Cabe ao prestador ter monitoramento das licenças e dos períodos de férias dos seus profissionais, de modo a viabilizar, quando necessário, substituições para não prejudicar o atendimento ao usuário. Que as informações do SISREG sejam de domínio público através de uma ferramenta que mantenha os princípios de privacidade, permitindo que o usuário possa acompanhar suas solicitações utilizando o cartão Nacional do SUS.

2. Garantir que toda Unidade de Saúde tenha o seu Colegiado de Gestão com a participação de trabalhadores, gestores e usuários, fortalecendo a participação popular.

3. Organizar a oferta de serviços e os processos de trabalho a partir da análise das necessidades sanitárias e sociais de cada território, com plano de investimento orientado pelas linhas de cuidado e níveis de complexidade, exigindo adequação do número de usuários por equipe de saúde da família de acordo com a vulnerabilidade e a realidade epidemiológica e social de cada território.

4. Criar, implementar e avaliar políticas públicas e ações que contemplem o enfrentamento mais efetivo dos processos de determinação social da saúde, incluindo a utilização de estratégias nos campos da arte, cultura e educação.

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

### DIRETRIZ

Formação e Integração Ensino-Serviço: Novas diretrizes curriculares, programa de residência, especialização, PROVAB, Mais Médicos e outras iniciativas.

### PROPOSTAS

1. Criar uma comissão de integração de ensino-serviço (CIES) municipal com representação paritária, como dispositivo para discussão e pactuação dos processos formativos na rede municipal de saúde do Município do Rio de Janeiro.

2. Os indicadores constantes no pagamento por desempenho dos componentes das variáveis 2 e 3 e suas respectivas metas podem ser ajustadas de acordo com suas particularidades locais, desde que sejam encaminhados pelo colegiado gestor e pactuados com a gerência técnica. Sendo a Educação Permanente um importante instrumento de construção de metas e indicadores.

3. A formação de trabalhadores para a saúde deve ter o princípio ampliado de saúde como sua base, avançando para o reconhecimento de que a relação saúde doença é fruto de diversas determinações sociais. Deve-se garantir, em todos os níveis formativos, a constituição de currículos apoiados e projetos político-pedagógicos críticos que contemplem tanto o conjunto teórico necessário para o reconhecimento, análise e intervenção na realidade social, quanto os instrumentos técnicos específicos necessários para a atuação dos diversos profissionais que integram a área de saúde. Essa perspectiva visa garantir também a integração e a articulação entre os profissionais das diversas áreas da saúde, fortalecendo uma relação realmente mais horizontal entre esses profissionais. Garantindo a política nacional de Educação Permanente vigente e as diretrizes curriculares nacionais - DCNs (CNE/CES nº104 de 13 de março de 2002 e CNE/CES nº3 de 20 de junho de 2014) como dispositivos orientadores dos processos formativos para o SUS seja na graduação, na especialização em nível de residência, e demais ações formativas dos trabalhadores das redes municipais de saúde.

4. Garantir a fiscalização da inserção do residente no campo prático e do projeto político pedagógico para que ele não seja mão de obra substitutiva durante o processo de formação uniprofissional ou multiprofissional.



## EIXO VI Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde Informação, Educação, Política de Comunicação no SUS

### DIRETRIZ

Assistência Farmacêutica: definição das responsabilidades entre os entes federados.

### PROPOSTAS

1. Convocação da 2ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica com o objetivo de se rediscutir e atualizar as diretrizes das Políticas Públicas de Assistência Farmacêutica.

2. Fortalecer a produção pública de medicamentos e insumos farmacêuticos com recursos oriundos da redução gradativa dos subsídios e empréstimos a juros diferenciados às indústrias farmacêuticas privadas nacionais e multinacionais.

3. Não à privatização da Assistência Farmacêutica. Fim imediato do copagamento no Programa Farmácia Popular do Brasil e redução progressiva dos recursos destinados ao Programa com vistas a encerrá-lo em médio prazo, com reinvestimento obrigatório destes recursos na qualificação, fortalecimento e expansão da Assistência Farmacêutica Básica e ampliação do acesso aos medicamentos exclusivamente por este meio.

4. Ampliação do elenco de medicamentos fornecidos pelas Unidades de Atenção Primária (Relação Municipal de Medicamentos – REMUME) garantindo o acesso a medicamentos especiais, como por exemplo, analgésicos opióides e os fitoterápicos. Bem como a simplificação do acesso dos usuários aos medicamentos de alto custo ou relacionados a tratamento de maior complexidade. Garantia do atendimento e dispensação de medicamentos em todas as farmácias de unidades do SUS para todas as prescrições (inseridas na REMUME), independente da unidade prescritora de origem.

## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 3.2

Realizada nos dias 20 e 21 de Maio de 2015, a Conferência Distrital da AP 3.2 foi realizada no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira.

Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou a presença de representantes da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social da Câmara de Vereadores do Município do Rio de Janeiro, de representante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, da Coordenadora Geral da Atenção Primária da AP 3.2, do Presidente do Conselho Distrital de Saúde da 3.2, da Subsecretária de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde da SMS/RIO, do Subsecretario de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência da SMS/RIO, dos membros da Comissão Organizadora da Conferência e da Conselheira Tutelar da Região do grande Méier.

Para orientar a discussão a ser desenvolvida nos Grupos de Trabalho, todos organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, a Conferência realizou debates sobre os seguintes temas:

- Participação Popular e Controle Social no SUS;
- Atenção Básica: avanços e desafios; e
- Violência no território e os desafios para saúde.

A Conferência contou com a participação de Conselheiros de Saúde, convidados e participantes livres.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 – 2019.

### Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 3.2

COMISSÃO EXECUTIVA	COMISSÃO ORGANIZADORA	
Claudia Nastari	Maria Angélica de Souza	Carlos Alberto Policeno
Carlos Barbosa	Osias Ernesto dos Santos	Maria do Carmo C. Barboza
Ana Lúcia da Silva	Honório José Andrade	Sônia Regina Gonçalves da Silva
Lucineide Batalha	Sônia de Oliveira da Silva	
Helena Manhães Soares	Helena Manhães Soares	
Carlos Alberto Policeno	Sérgio Luiz F. Adeotado	
Maria do Carmo C. Barboza	Carlos Barbosa	
Sônia Regina Gonçalves da Silva	Ana Lúcia da Silva	

## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 3.2

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

EIXO I Participação, Direitos e Controle Social na Saúde	
<b>DIRETRIZ</b> Participação Popular e Controle Social no SUS	<b>PROPOSTAS</b> 1. Necessidade de instrumentalizar e fortalecer os locais para que exista a formação comunitária e a representação constituída.
	2. Ampliar a divulgação (através da imprensa escrita, falada e outras) para garantir a participação do controle social nas atividades.
	3. Regulamentação da lei da criação do Conselho Gestor respeitando a paridade e a interdisciplinaridade.

EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade	
<b>DIRETRIZ</b> Qualificação da Atenção Básica: avanços e desafios	<b>PROPOSTAS</b> 1. Publicização a forma de acesso do usuário aos serviços dos hospitais federais e estaduais e efetivação e fiscalização da portaria S/GERAL 05, D.O. de 06/05/2015. Que garante a disponibilidade de todas as vagas dos hospitais municipais, estaduais e federais no SISREG.
	2. Contratação preferencialmente através de concurso público de profissionais qualificados para a demanda específica da Regulação e qualificação dos já existentes, tanto na atenção primária quanto nos hospitais de urgência e emergência.
	3. Criação do CER do Hospital Municipal Salgado Filho; Construção das Clínicas de Saúde da Família já publicadas no Diário Oficial do município para a A.P 3.2; Expansão do CTI do HMSF.
	4. Maior investimento (incluindo manutenção) dos equipamentos nas unidades de média e alta complexidade.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

População em situação de rua, usuários de crack, álcool e outras drogas, população institucionalizada, atenção domiciliar.

### PROPOSTAS

1. Criar formas de ampliar a oferta de vagas no mercado de trabalho para populações em situação vulnerável.
2. Ampliar a rede de serviços (CAPS AD III, UAA, UAI e leitos de saúde mental em hospital geral) para a população de usuários de álcool, crack e outras drogas, de acordo com as respectivas Portarias.
3. Que a saúde esteja mais presente nos espaços de discussão intersetoriais com a segurança pública/judiciário e criar mecanismos de maior participação da Justiça nesses espaços de discussão.
4. Abertura de espaços de discussão da descriminalização/legalização das drogas ilícitas.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

Violência no Território: desafios para a construção de políticas e estratégias de atenção às populações em situações de risco e/ou vulnerabilidades.

### PROPOSTAS

1. Priorizar os territórios vulneráveis à violência armada na expansão das equipes de saúde da família, considerando a dinâmica da violência no território ao definir o mapa da área de abrangência da unidade no momento da implantação.
2. Fortalecer os espaços de discussão com a rede intersetorial nas ações de cuidado à criança e aos adolescentes que vivem nas áreas vulneráveis à violência armada, e priorizar a implantação do RAP da Saúde.
3. Discutir estratégias de proteção para as equipes que atuam nos territórios vulneráveis à violência armada: fortalecer o acesso mais seguro; criar espaços de cuidado ao trabalhador.
4. Fortalecer os espaços de discussão com o Rio mais social e outras secretarias sobre os problemas nos territórios vulneráveis à violência armada e propor pauta para discussão do comportamento da polícia nas relações com as unidades básicas de saúde.
5. Fortalecer o trabalho de base comunitária com as lideranças locais formais e informais e com os usuários, fortalecer os espaços de educação popular em saúde, para promover maior participação social e fortalecer os espaços de discussão com as lideranças comunitárias.

## EIXO IV Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

### DIRETRIZ

Desafios na consolidação do SUS.

### PROPOSTAS

1. Garantir o plano de cargos, salários e carreiras aos servidores públicos, a indicação para a gestão das Unidades por critério técnico e não político, com qualificação técnica comprovada para o exercício do cargo, assim como o pertencimento ao quadro da gestão pública. Ainda, que haja uma coordenação única do SUS para acabar com a disputa de poderes entre os entes Federais, Estaduais e Municipais resultando na unificação da nomenclatura constando nas fachadas "Unidade de Saúde do SUS".

2. Rever o projeto da Lei de Responsabilidade Fiscal e o investimento do Governo Federal na Saúde para Estados e Municípios, uma vez que houve descentralização das ações e serviços de saúde, mas não houve acompanhamento proporcional de investimentos financeiros para estes dois entes dirigidos especialmente às ações e serviços de saúde.

3. Fiscalizar o ressarcimento da utilização dos serviços públicos por usuários de planos privados de saúde e dar transparência a este processo, e o fortalecimento do SUS universal em detrimento de um sistema de saúde duplicado hoje praticado (público x privado).

4. Destinar espaço na mídia (televisão) para os Conselhos de Saúde debaterem os projetos de saúde com as autoridades e o povo como já acontece na Educação (MULTIRIO).

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

### DIRETRIZ

Qualidade da Atenção à Saúde, Formação e Valorização do Trabalho

### PROPOSTAS

1. Incluir na grade curricular dos alunos de universidade pública ensino voltado para a Atenção Primária, exigindo prestações de serviços de 02 (dois) anos após a graduação no serviço público, oferecendo título de especialista ao final (Saúde Coletiva). Valorização do Trabalho e Educação em Saúde.
2. Garantir que os profissionais de CSF sejam estatutários e garantir educação continuada para habilitar esses profissionais a atuar na área.
3. Aumentar a oferta de equipes de NASF para atingir a proporção de um NASF para nove equipes (como preconizado na Portaria do Ministério), garantindo um (a) sanitarista e um (a) assistente social na equipe mínima.
4. Ampliação da oferta de vagas para o curso técnico de formação de agente comunitário de saúde, visando atender a demanda do município do Rio de Janeiro.

## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 3.3

Realizada nos dias 30 e 31 de Maio de 2015, a Conferência Distrital da AP 3.3 foi realizada no Clube dos Suboficiais e Sargentos da Aeronáutica.

Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou a apresentação do Coral Brasil Estrelas da Melhor Idade e com a entrega do Prêmio Edma Valadão e Enfermeiro Marcos Valadão.

A Programação contou ainda com a Mostra das Experiências Exitosas da AP 3.3 e com a apresentação da Academia Carioca do CMS Alice de Toledo Tibiriçá - para uma vida saudável.

A mesa de abertura foi composta pelo Coordenador Geral da Atenção Primária da AP 3.3, da Presidente do Conselho Distrital de Saúde da 3.3, do Superintendente de Atenção Primária da SMS/RIO, da Assessoria Técnica do Gabinete da SMS/RIO, da Secretaria Executiva do Conselho Municipal do Rio de Janeiro, e do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Os Grupos de Trabalho foram organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Conferência contou com a participação de Conselheiros de Saúde, convidados e participantes livres.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 – 2019.

### Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 3.3

Margarida Maria Azambuja Frouf	Artur Grimaldi
Roberto de Araújo Raposo	Petrina da Consolidação Andrade Gutierrez
Marli da Silva Lima de Souza	Silvia Regina Barbosa
Kátia Alexandre Braga Duarte dos Santos	João Batista Silva Sousa
Andreia Cardoso Fernandes	José Cosme dos Reis
Marize Netto Siqueira	João Dionísio Menezes
Jerônimo Luiz Franco Soares	Carlos Alberto Rodrigues
Janete Gonçalves de Lima Mello	Alexandre Oliveira Araújo
Paulo Murilo de Paiva	Tatiane Melo Canêdo

## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE AP 3.3

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

EIXO I Participação, Direitos e Controle Social na Saúde	
<b>DIRETRIZ</b> Participação, Direitos e Controle Social na Saúde	<b>PROPOSTAS</b>
	1. Fortalecer os Colegiados de Gestão e ampliar outras formas de participação social, direta e indireta, através de internet, caixa de sugestões, rádios comunitárias, entre outras, realizando movimentos para atração da população local, utilizando atividades sociais.
	2. Que o Colegiado de Gestão interaja nas ações coletivas, festividades, grupos da Unidade para ampliar a participação social, articulando-se com parceiros do território, como CRAS, Conselhos, Escolas, Comunidade e outros.
	3. Implementar comissão de Educação Permanente em todos os Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro para os Conselheiros e convidados, com a finalidade de abordar temáticas de participação social, buscando assessorias em instituições de ensino e pesquisa.
	4. Criar canal permanente de comunicação entre os Conselhos Distritais e Ouvidorias, observando as questões éticas e Legais.
	5. Criar seminários para discutir e fomentar a ampliação da participação social nos Conselhos de Saúde.



## EIXO II Financiamento no SUS e Relação Público x Privado

### DIRETRIZ

Financiamento no SUS  
e Relação Público x Privado

#### PROPOSTAS

1. Revisão da EC 86-2015 que instituiu o piso escalonado de 15% da receita corrente líquida federal para financiamento do SUS e apoio incondicional ao Saúde+10 que defende um investimento de 10% da receita corrente bruta pela União em ações e serviços públicos de saúde. Além de garantir um aumento dos recursos federais, é necessário investir no SUS por meio de receitas não integradas ao piso obrigatório de repasses governamentais instituindo, como:

- a) Desvinculação dos recursos provenientes dos Royalties do Pré-Sal dos pisos de investimento constitucionais em saúde;
- b) Aumento de 10% do percentual do repasse do IPVA, já existente, para o financiamento da saúde;
- c) Extinção da DRU (Desvinculação das Receitas da União) para o orçamento da seguridade social;
- d) Tributação sobre as grandes fortunas com receita exclusiva para Investimento em saúde, com prioridade de recursos para Atenção Primária em Saúde.

2. Considerar contrária ao interesse público, à valorização e consolidação do SUS, a PEC 451-2014 que tem por objetivo tornar obrigatória a garantia de planos de saúde privados para trabalhadores formais. Eliminar os subsídios públicos ao mercado dos planos privados de saúde, assim como ampliar e aprimorar os mecanismos de controle e fiscalização do ressarcimento do recurso gasto pelo SUS com usuários de planos de saúde. Dentro desse contexto, fortalecer mecanismos de punição das empresas que não realizem devidamente o repasse dos gastos de seu usuário com o SUS. Implantar um subsídio presumido para os planos de saúde, por usuário conveniado, que se justifica pela não integralidade dos serviços oferecidos pelos planos privados, principalmente no que diz respeito à medicina preventiva, carências e coberturas limitadas.

3. Diversos entes, poderes públicos instituídos e os órgãos de controle devem criar mecanismos efetivos de acompanhamento, fiscalização e decisão à cerca do uso dos recursos públicos, incluindo os utilizados pelas instituições privadas qualificadas como Organizações Sociais - O.S., instituições filantrópicas e universitárias ou qualquer instituição conveniada que receba aporte financeiro público.

4. Fortalecer o aumento da qualificação dos conselheiros das três esferas de gestão do SUS através de Educação Permanente, criando redes de informações e troca de experiências, para que o controle da distribuição e o emprego dos recursos, seja exercida de forma mais efetiva. Desta forma garantir ampla publicidade da aplicação dos recursos, com demonstrativos que assegurem transparência, visibilidade, legibilidade e integralidade, através ferramentas da web (Portal de Transparência), de todos os entes federativos.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Qualidade da Atenção

### PROPOSTAS

1. Estruturar as redes de atenção à saúde (RAS) por meio das linhas de cuidado, garantindo que esta estruturação se dê sob as seguintes condições:

- a) Territorialização: uma população definida e cadastrada na atenção primária por territórios sanitários, respeitando a universalidade do acesso;
- b) A atenção primária como eixo de comunicação, cumprindo a função de estruturar o sistema, ordenar a rede e coordenar o cuidado;
- c) Integrações entre todos os níveis de complexidade e pontos de atenção;
- d) Redimensionamento e reorganização das regiões de saúde.

2. O pleno funcionamento dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica (incluindo a dispensação de fitoterápicos, a produção de medicamentos como benzilpelicilina, o abastecimento regular dos medicamentos essenciais e melhor acesso aos medicamentos estratégicos) de apoio logístico (como os cartões de identificação dos usuários e prontuários eletrônicos), sistema de regulação e transporte sanitário em suas diferentes modalidades, respeitando a peculiaridade de algumas populações, como população em situação de rua, institucionalizada e usuária em saúde mental, doentes renais crônicos, incluindo usuários de crack e outras drogas, para garantir o acesso e a continuidade do cuidado.

3. Ampliar a cobertura da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro, através da Estratégia de Saúde da Família, atingindo a cobertura de 100%, mantendo as equipes completas, e reestruturar a rede de apoio secundário à saúde (policlínicas, unidades de atenção secundária, centros de reabilitação, centros de especialidade odontológica, laboratório regional de prótese dentária) e a rede de urgência e emergência, contemplando reformas, manutenção e implantação de novas unidades quando necessário para atender as necessidades de saúde da população.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade (continuação)

### DIRETRIZ

Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Qualidade da Atenção

4. Reestruturar o Complexo Regulador municipal e qualificar o sistema de regulação ambulatorial e hospitalar cumprindo as seguintes exigências:

- a) Disponibilização da capacidade de oferta de vagas hospitalares ambulatoriais das unidades municipais, estaduais e federais de saúde (incluindo Universitários e Institutos) compatível à carga horária contratada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), definindo parâmetros tais como: tempo de consulta;
- b) Definir parâmetros de tempo de espera adequado aos critérios clínicos para todos os tipos de procedimentos, consultas e exames;
- c) Informatizar os serviços municipais de saúde para o fortalecimento do complexo regulador e das ações de monitoramento e de avaliação;
- d) Criar um mecanismo de Consulte Aqui, de modo que os usuários, por meio do número do cartão SUS ou CPF ou código de solicitação, possam acompanhar a oferta de vagas e o agendamento.

5. Exigir que o município do Rio de Janeiro elabore e implante um Programa intersetorial (envolvendo as Secretarias de Saúde, Segurança Pública, Educação, Desenvolvimento Social, Secretaria de habitação, Secretaria de Trabalho e Renda) de prevenção, proteção (segurança) e atenção a todos os tipos de violência, considerando:

- a) A ampliação da metodologia do Acesso Seguro a todas as Unidades de Saúde e Escolas localizadas em áreas de conflito armado, garantindo a discussão com as comunidades, de modo que o território conheça e participe do processo;
- b) O envolvimento do Controle Social instituído e sociedade (cidadãos, Associação de Moradores) no planejamento, acompanhamento e avaliação do Programa;
- c) Que a implantação de novas Unidades de Saúde considere previamente uma avaliação das condições de funcionamento, não colocando Unidades imersas em áreas de alto risco e conflito armado. E que as Unidades de Saúde já em funcionamento localizadas em áreas de alto risco e conflito armado tenham garantidas condições de funcionamento e de proteção dos trabalhadores e usuários, considerando a possibilidade de realocação, sem que a acessibilidade e a continuidade da atenção sejam afetadas;
- d) Instituir uma política de informação no SUS sob a lógica da educação em saúde, de modo que a informação seja ampla, veiculada em diferentes mídias, com linguagem baseada em situações e problemas reais do cotidiano do cuidado, considerando o tema da violência e temas gerais da saúde.

## EIXO IV Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

### DIRETRIZ

Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

### PROPOSTAS

1. Adequar o número de usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), já implantadas, para no máximo 3mil usuários com cadastro definitivo por equipe, conforme orientação do Ministério da Saúde; como também que cada equipe de saúde bucal ofereça cobertura para até duas equipes de saúde da família. Além de implantar equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), acompanhando a expansão da ESF, na proporção de uma equipe de NASF para no máximo nove equipes de ESF, com o compromisso de qualificar o processo de trabalho, a assistência e fortalecer a vigilância em saúde.

2. Garantir acesso da população à Atenção Primária, ampliando a cobertura da ESF, com a priorização das áreas de maior vulnerabilidade social, conforme análise da situação de saúde da gestão local. Nas áreas ainda não cobertas pela estratégia saúde da família, criar mecanismos, como privilegiar o número suficiente de profissionais de saúde, para assegurar o acesso e assistência integral.

3. Garantir a pactuação entre os entes federados (Municipal, Estadual e Federal) das vagas disponíveis nos equipamentos da atenção secundária e terciária, fortalecendo a rede municipal de saúde, de forma a assegurar que o município do Rio de Janeiro tenha acesso às vagas pactuadas via Sistema de Regulação (SISREG). Além de garantir transparência à população, pelo Município, sobre o número de vagas ofertadas no SISREG.

4. Reorganizar a rede de atenção à saúde a partir das necessidades do território, adequando os perfis assistenciais das unidades de saúde como: garantir pelo menos uma policlínica por área programática para atendimento territorializado; destinar maior aporte orçamentário para fortalecer a rede de atenção psicossocial com implantação de Centros de Atenção Psicossocial e assistência ambulatorial em saúde mental, respeitando a demanda do perfil populacional dos territórios.

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

### DIRETRIZ

Valorização do Trabalho,  
Formação e Educação em Saúde

#### PROPOSTAS

1. Investir na consolidação do projeto pedagógico dos cursos de formação em saúde, levando em consideração o debate entre as instituições formadoras, gestores de saúde, Conselhos de Classe, profissionais e conselheiros de saúde, priorizando o campo formador do SUS, com foco na atenção primária.

2. Regular o credenciamento das vagas de residência pela Comissão Nacional de Residência Médica, conforme a necessidade de especialidades médicas.

3. Estimular e investir na formação de preceptores e matriciadores nas Unidades Básicas de Saúde, fortalecendo a estrutura física e organizacional das unidades, distribuindo de forma equânime os residentes e acadêmicos nas unidades da Atenção Primária a Saúde, qualificando os espaços de educação permanente nas unidades (reuniões gerais e técnicas) e na área (fóruns, oficinas e reuniões), comissões de óbito, comissões de revisão de prontuário, TeleSaúde e plataforma SUBPAV.

4. Rever a distribuição dos profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos, tendo em vista o déficit de profissionais nos Centros Municipais de Saúde, sem cobertura da Estratégia Saúde da Família.

## EIXO VI Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde Informação, Educação, Política de Comunicação no SUS

### DIRETRIZ

Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde  
Informação, Educação, Política de Comunicação no SUS

### PROPOSTAS

1. Garantir a comunicação com o usuário, considerando a cultura local, divulgando informações de saúde, ações do Conselho Distrital e discutindo os problemas, através de impressos informativos nas unidades, rádios e jornais locais.
2. Ampliação pela ASCOM (Assessoria de Comunicação) de um espaço na mídia televisiva, nos moldes da Multirio, para que os Conselhos de Saúde possam divulgar suas ações e discutir as soluções para os problemas de saúde em conjunto com profissionais, gestores e população.
3. Informatização e acesso à internet em 100% das Unidades de Saúde municipais da atenção primária, secundária e terciária; e integração desta rede de informação.
4. Estimular, apoiar e fomentar a realização e publicação de trabalhos científicos pelos profissionais que atuam nas unidades de saúde da Atenção Primária a Saúde, alunos de graduação e representantes da Sociedade Civil, priorizando desafios e problemas de saúde locais, com estratégias de divulgação para os usuários e Conselho Distrital.

## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 4.0

Realizada no dia 23 de Maio de 2015, a Abertura da Conferência Distrital de Saúde da AP 4.0 foi realizada no Hospital Municipal Raphael de Paula e Souza.

Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou a presença de representantes do Subprefeito da Barra e Jacarepaguá; Coordenadora Geral da Atenção Primária da AP 4.0, da Presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP 4.0, e do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e do Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ.

Para orientar a discussão dos Grupos de Trabalho, todos organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, foi realizado um primeiro debate sobre o tema – Participação Social e Direitos - com a palestra do Chefe Regional da Controladoria Geral da União do Estado do Rio de Janeiro e mediação de um Conselheiro usuário; e o segundo debate sobre o tema – Garantia do Acesso e Atenção de Qualidade – com a palestra da Coordenadora Geral da Atenção Primária e mediação de uma Conselheira Gestor.

Em continuidade, outros debates foram realizados nos Grupos de Trabalho, assim organizados:

- Financiamento no SUS;
- Formação, Educação Permanente, Educação em Saúde e Políticas de Comunicação de SUS;
- Gestão do SUS e Modelos de Atenção;
- Ciência, Tecnologia, Informação e Inovação no SUS.

A Conferência contou com a participação dos Conselheiros de Saúde, convidados e participantes livres.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo os trabalhos com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 - 2019.

### Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 4.0

<b>USUÁRIOS</b>	<b>GESTORES</b>
Adelton Gunzburguer	Ana Caroline Canedo Teixeira
Carlos Ferreira da Silva	Iracema Vieira Polidoro
Edvaldo Lisbôa de Jesus Filho	<b>COLABORADORES</b>
Solange Fagundes	Joselina Pachá
<b>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	Reynaldo Luiz Dias Ferreira
Jubemar Medeiros Lima	<b>PRESIDENTE</b>
Rosana da Silva Rosa	Azaury Monteiro de Alencastro Graça Junior

## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 4.0

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

EIXO I Participação, Direitos e Controle Social na Saúde	
<b>DIRETRIZ</b> Participação e Controle Social	<b>PROPOSTAS</b> 1. Implantar, fortalecer, ampliar e garantir o funcionamento do colegiado de gestão em todas as unidades do município institucionalizar a divulgação das informações referentes às atividades destes colegiados.
	2. Formalizar a participação de conselheiros distritais e municipais em todas as Comissões Técnicas de Avaliação (CTA) nos contratos estabelecidos referentes às parcerias público-privadas.
	3. Criação de espaço na mídia para o conselho de saúde para debate entre autoridades e a população nos moldes da MULTIRIO magistério.

EIXO II Financiamento no SUS e Relação Público x Privado	
<b>DIRETRIZ</b> Otimização da captação e controle dos recursos do SUS	<b>PROPOSTAS</b> 1. Criar um canal de financiamento direto do Ministério da Saúde para os conselhos municipais, com a finalidade de proporcionar a autonomia financeira destas entidades.
	2. Criar e /ou ampliar as medidas necessárias ao fiel cumprimento da lei de compensação (lei 9656/1998, que garante ressarcimento ao SUS) pelo atendimento a portadores de planos privados de saúde pelas unidades prestadoras de serviços do SUS.
	3. Defender todas as propostas referentes à ampliação da captação de recursos, tais como: 10% das receitas correntes brutas da União, taxação das grandes fortunas com direcionamento de, no mínimo, 10% para o SUS, fim das renúncias fiscais, outras medidas que reforcem o orçamento da União para o SUS, e destinação de parte dos royalties do petróleo para a saúde
	4. Lutar contra a privatização das atividades de Saúde Pública, assim como a entrada do capital estrangeiro na exploração das atividades assistenciais e financeiras da saúde.



## EIXO III Gestão do SUS e Modelos de Atenção

### DIRETRIZ

Consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo a Atenção Primária como ordenadora da Rede.

### PROPOSTAS

1. Garantir condições efetivas para que o município do Rio de Janeiro exerça o seu papel de gestor pleno, com acesso a capacidade de oferta de serviços e vagas de todos os entes federados e compatível disponibilização destas vagas, respeitando as necessidades colocadas pela dimensão do município e regiões de saúde.

2. Fortalecer a Gestão do território integrado de Atenção à Saúde tendo a APS como ordenadora da Rede e Coordenadora do Cuidado, ampliando os fóruns de rede articulado às regiões de saúde, com a participação de todos os entes.

4. Ampliar a rede de serviços de saúde mental no município do Rio de Janeiro, mediante implantação de CAPS 3, CAPS AD e CAPSI fortalecendo o modelo de atenção psicossocial de base territorial.

5. Consolidar a Reforma da Atenção Primária por meio da ampliação da cobertura da ESF em todo o município e adequar o perfil assistencial das unidades de média e alta complexidade às reais necessidades de saúde da população e perfil epidemiológico, garantindo a participação do Gestor Local e da População.

6- Atualizar o estudo do perfil assistencial das maternidades para verificar a necessidade de construção de uma nova maternidade na AP 4.0.

## EIXO IV Direito à Saúde, Garantia do Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

Garantia do acesso e atenção de qualidade.

### PROPOSTAS

1. Implantação e ampliação dos serviços de imagem em unidades de saúde estratégicas, de acordo com a geografia e a densidade populacional.
2. Ampliação da estratégia de Consultório Na Rua visando cobrir as áreas não atendidas.
3. Implantar transporte sanitário de forma a possibilitar um efetivo atendimento a pacientes que necessitem de acessibilidade aos serviços de saúde, definido os seguintes critérios para este uso: pacientes portadores de necessidades especiais, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia.
4. Independente do governo que assuma o Município, garantir que o modelo de saúde implantado (RAS) seja mantido. Que a Estratégia de Saúde da Família seja uma política de Estado, com o objetivo de alcançar a cobertura de 100% da população carioca.
5. Implantação do programa de atenção à saúde do trabalhador na AP 4.0.
6. Fortalecer a Gestão do território integrado de Atenção à Saúde tendo a APS como ordenadora da Rede e Coordenadora do Cuidado, ampliando os fóruns de rede articulado às regiões de saúde, com a participação de todos os entes.
7. Implantar outras formas de agendamento de consultas que não sejam presenciais.

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

<b>DIRETRIZ</b> Formação, Educação Permanente, Educação em saúde e política de Comunicação do SUS.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Qualificação técnica na área de atuação do profissional com liberação de carga horária mediante comprovação de instituição de ensino.
	2. Ampliação da interlocução com as unidades formadoras para além dos convênios existentes, visando o resgate da política nacional de educação permanente, garantindo o SUS como cenário de prática.
	3. Ampliação da discussão em saúde mental na formação dos profissionais de saúde, sob as estratégias: a) EAD, sensibilização, capacitação e qualificação dos profissionais atuantes; b) Discussão sobre a reforma psiquiátrica; c) Afirmação da lógica de redução de danos na população; d) Esclarecimento sobre equipamentos de saúde mental.
	4. Ampliação da formação do curso técnico dos ACS, sendo o governo estadual responsável pela primeira etapa de formação e o município pelas etapas subsequentes.

## EIXO VI Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde Informação, Educação, Política de Comunicação no SUS

<b>DIRETRIZ</b> Ciência, Tecnologia, Informação e Inovação no SUS.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Implantação do sistema de informação eletrônica em todos os níveis de atenção à saúde, com vistas à unificação do sistema.
	2. Estimular o profissional de saúde com a liberação de 5% de sua carga horária vinculada a educação permanente para realização de pesquisas científicas, focadas no perfil sanitário do território, garantindo o retorno dos resultados ao serviço de saúde.
	3. Sistematizar os dados da prática assistencial para subsidiar a formulação de políticas públicas.
	4. Implantação do ponto biométrico em todo o funcionalismo público, independente do vínculo trabalhista.

## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 5.1

Realizada nos dias 13 e 14 de junho de 2015, a Conferência Distrital da AP 5.1 foi realizada no Colégio Federal Pedro II, em Realengo.

Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou com a presença da Coordenadora Geral de Atenção Primária da AP 5.1, do Presidente do Conselho Distrital da AP 5.1, do Secretário Executivo do Conselho Municipal do Rio de Janeiro, e de um representante da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social da Câmara de Vereadores do Município do Rio do Janeiro.

A primeira mesa discutiu o tema Orgulho de ser SUS: saúde pública de qualidade na cidade do Rio de Janeiro, e na sequência foi realizado um debate sobre o tema Fortalecendo a Rede de Atenção à Saúde na AP 5.1. Para orientar a discussão a ser desenvolvida nos Grupos de Trabalho, todos organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, a Conferência realizou debates sobre os seguintes temas:

- Política de Financiamento e Gestão do SUS;
- Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde;
- Qualificação da Atenção Primária;
- Educação em Saúde e Fortalecimento Tecnológico;
- Política e Estratégias a População em situação de Risco;
- Direitos e Responsabilidades Individuais e Coletivas; e
- Participação Popular e Controle Social.

A Conferência contou com o total de 152 participantes, sendo 64 Delegados, 70 convidados e 18 observadores.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo os trabalhos com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 – 2019.

### Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 5.1

<b>COORDENAÇÃO</b>	Hésio César de Souza Maciel
Ludgério Antônio da Silva e Tatiane Caldeira	Claudio Marques da Cruz
<b>COMISSÃO ORGANIZADORA</b>	Mário Lúcio C. de Almeida
Carlos Alberto Bessa Menezes	Lindinaura Fonseca Campos
Ângela Maria R. de Miranda	Sônia de França Rodrigues
José Thomaz da Conceição	Andreia Andrade Azevedo
José Eufrazio da Costa Filho	Erivelto Soares de M. Junior
Ivanilde Braga Marinho	José Antônio G. Rodrigues
Maria José Barbosa Bezerra	Simone Rodrigues da Costa
César Barros de Moraes	Edilson Adad
Alexander Serafim da S. Vigário	Sebastião Till
Neise Conceição Ramos Villar	

## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 5.1

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

EIXO I Participação, Direitos e Controle Social na Saúde	
<b>DIRETRIZ</b> Participação Social, Direitos e Controle Social na Saúde.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Criação dos Distritos sanitários em conformidade com a Lei Orgânica Municipal, no capítulo de saúde, para ser enviadas ao Poder Legislativo.
	2. Criação de uma comissão de trabalho intersetorial de trabalho permanente envolvendo as Secretárias de Saúde, Assistência Social, Educação, Meio Ambiente, Segurança Pública e Secretária de trabalho para discussão de políticas públicas, pactuações e planejamento estratégico.
	3. Educação Permanente para os Conselheiros de Saúde, envolvendo todas as instâncias que tenham interface direta com a saúde, como por exemplo: Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Procuradoria, tribunal de contas e Controladoria Geral da União).
	4. Promover mudanças (emendas) na Lei Municipal 5104, de 03 de novembro de 2009, com objetivo de melhor desenvolvimento do controle social, em conformidade com a Lei 141 de 12 de janeiro de 2012.

EIXO II Financiamento no SUS e Relação Público x Privado	
<b>DIRETRIZ</b> Financiamento do SUS e Relação Público x Privado.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Garantir financiamento para a implantação de transporte sanitário, para atender situações específicas de atenção à saúde com parâmetros e critérios definidos nos moldes da regulação, incluindo rede CAPS conforme protocolo a serem elaborados.
	2. Garantia de aplicação do financiamento para ações, equipes, e equipamentos de Atenção Psicossocial incluindo CAPSad, UA, UAI, CAPSI, CAPS e Consultório na Rua, de acordo com o planejamento das Áreas de Planejamento, trabalhando na lógica da Redução de Danos e de acordo com os princípios do SUS, em detrimento do investimento financeiro público das comunidades terapêuticas.
	3. Garantia do ressarcimento dos recursos obtidos com o repasse ao SUS, pelos planos de saúde privado, criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 (Ressarcimento do recurso utilizado nos municípios) e regulamentado pelas normas da ANS, sejam direcionados para o Fundo Municipal de Saúde do município que prestou o serviço e não para o Fundo Nacional de Saúde.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

Direito à saúde, Garantia de Acesso e Qualidade da Atenção.

### PROPOSTAS

1. Ampliar o número de Equipes de Consultório na Rua no município do RJ garantindo financiamento necessário para suas ações através do estabelecimento de flexibilização de verba no fundo Municipal de Saúde.
2. Realizar concurso público, garantir convocação, lotação e reposição de RH assim como aproveitamento expressivo do banco de concursados existente para sanar o desfalque quantitativo das equipes.
3. Garantir a permanência da qualidade da atenção em saúde mental como uma das metas estratégicas da SMS, destinar recursos necessários para ações e incentivos aos profissionais.
4. Garantir a implementação de Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral em toda a Rede do Rio de Janeiro, respeitando os princípios da Lei 10216, e parâmetros da Portaria 3088/2011 que prevê as portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro e enfermaria especializada em Hospital Geral.

## EIXO IV Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

### DIRETRIZ

Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde.

### PROPOSTAS

1. Implantação efetiva da Carteira de Serviços em todo território nacional como ferramenta de gestão e controle social.
2. Garantir a atualização anual da quantidade máxima de usuários preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica por equipe de Saúde da família.
3. Propiciar ao usuário o acompanhamento do status de sua regulação pela internet, por meio do CNS / CPF.
4. Possibilitar a regionalização de um quantitativo de vagas para atenção secundária (executantes), a fim de reduzir o absenteísmo e melhor o acesso físico ao usuário.

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

<b>DIRETRIZ</b> Formação, Valorização do Trabalho e Educação em Saúde.	<b>PROPOSTAS</b>
	1. Revisão dos editais dos concursos de residência, PROVAB, acadêmicos bolsistas para garantia de lotação equitativa dos alunos em todas as AP do Rio de Janeiro.
	2. Garantia da inclusão de todas as categorias profissionais em saúde contempladas por cursos de residência e garantia da formação do gestor de serviços em saúde pública.
	3. Garantia da implementação da política de formação dos conselheiros de saúde, através de processo de educação permanente na esfera municipal.
	4. Ampliação das parcerias com escolas técnicas, universidades e afins, para aumento no número de vagas em cursos de formação técnica de ACS, priorizando os ambientes acadêmicos do próprio território.

## EIXO VI Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde Informação, Educação, Política de Comunicação no SUS

<b>DIRETRIZ</b> Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde Informação, Educação, Política de Comunicação no SUS.	<b>PROPOSTAS</b>
	1. Unificação das bases de informações geradas pelos prontuários eletrônicos de forma a comunicar em todos os níveis de atenção municipal (primária, secundária e terciária). Onde o acesso se daria através do CNS do usuário.
	2. Prontuário eletrônico com o intuito de gerar listas dos indicadores prioritários. Que este prontuário tenha mecanismo de alerta para os períodos chaves das linhas de cuidado datas programadas. Exemplos: TB, Imunização, Sífilis, Puericultura etc.
	3. Integração da educação em saúde no âmbito materno infantil para os diversos níveis de atenção, através da ampliação da participação de gestores das unidades de atenção primária e profissionais de saúde em fórum de educação permanente com planejamento prévio e cronograma anual.

## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 5.2

Realizada nos dias 26, 27 e 28 de Junho de 2015, a Conferência Distrital da AP 5.2 foi realizada no Sindicato dos Professores do Município do Rio de Janeiro – SINPRORIO.

Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou a presença da Coordenadoria Geral da Atenção Primária da AP 5.2, do Presidente do Conselho Distrital de Saúde da 5.2, do Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e de representantes da Comissão Organizadora da Conferência.

O segundo dia de trabalho iniciou com a palestra Redes de Atenção à Saúde proferida pela Assessora Técnica da Secretaria Municipal de Saúde, membro da Comissão Organizadora da Conferência Municipal, que também desenvolveu o tema Direitos e Responsabilidades Individuais e Coletivas de trabalhadores, gestores e usuários para o fortalecimento das políticas públicas.

Em continuidade, a segunda palestra – Regulamentação das Iniciativas de Prevenção e Promoção da Saúde – foi proferida pela Superintendente de Promoção de Saúde da SMS/RIO.

Os Grupos de Trabalho organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, realizaram discussões sobre os seguintes temas:

- Participação e Controle Social no SUS;
- Financiamento no SUS;
- Gestão do SUS e Modelo de Atenção à Saúde; e
- Direito, Garantia do Acesso e Atenção de Qualidade.

A Conferência contou com a presença de 48 Delegados e 76 convidados, além dos participantes livres.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo os trabalhos com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 - 2019.

### Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 5.2

COMISSÃO EXECUTIVA	REPRESENTANTE DOS USUÁRIOS
Presidente: Jorge Luiz Mateus	Altivo Pereira de Jesus
REPRESENTANTE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS	Luzete Maria Aparecida Ribeiro Carneiro
Liliane Cardoso de Almeida Leal	Marília Mateus Pinheiro
Andréa de Medeiros	Marlene Maria de Souza as Silva
PRESIDENTE DO CONSELHO	REPRESENTANTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Neide Maria Neres Tinoco	Eleana Pereira David
	Elton Irade Rosa



## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 5.2

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

EIXO II Financiamento no SUS e Relação Público x Privado	
<b>DIRETRIZ</b> Ampliação, otimização e maior fiscalização dos recursos destinados ao SUS.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Garantir maior transparência no controle dos gastos e investimentos na saúde, com acompanhamento pelo controle social, incluindo o acesso ao painel de gestão para acompanhamento das contas públicas referentes aos contratos com as Organizações Sociais - O.S., com participação nas reuniões de Comissão Técnica de Avaliação da SMS/RJ (CTA), desde que os CDS tenham e possam verificar os documentos, ou que as CAPs, trimestralmente apresentem nas plenárias do CDS.
	2. Acessar os dados e informações da prestação de conta do município através do canal eletrônico em linguagem simplificada.
	3. Apoiar a não obrigatoriedade do plano de saúde para trabalhadores do regime celetista.
	4. Repactuar o ressarcimento dos serviços ofertados pelo SUS aos usuários de plano privado.

## EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

### DIRETRIZ

Rede de atenção à saúde: integração dos pontos de atenção e níveis de complexidades por linhas de cuidados.

### PROPOSTAS

1. Que a oferta de serviços em todos os entes sejam disponibilizadas no SIS-REG com monitoramento das três esferas de governo de acordo com a transparência da capacidade de oferta de serviços no CNES, através da implantação da central única de regulação no âmbito municipal, permitindo acesso ao sistema pelo usuário através do código de solicitação com estabelecimento do tempo de espera para procedimentos, exames e consultas de acordo com a classificação de risco do usuário, fortalecendo a gestão plena.

2. Implementação da assistência farmacêutica nas unidades, com inclusão das práticas integrativas e complementares, assim como direito a reabilitação oral com ênfase a prótese dentária.

3. Regulamentar e estimular a agricultura familiar no Rio de Janeiro garantindo que o município não compre e não ofereça alimentos transgênicos e com agrotóxicos, criando uma política municipal de alimentação saudável e prevenindo assim as doenças crônicas não transmissíveis.

4. Criar um canal na mídia (MULTIRIO) para a saúde na promoção e educação em saúde, debates públicos com participação de conselhos de saúde, gestores, profissionais e usuários (que a MULTIRIO cumpra sua função junto a todas as secretarias de governo e não só a secretaria de educação).

5. Abertura de concurso público atrelado ao plano de cargos e salários e/ou outras formas de contratação para preenchimento das vagas de aposentadorias e ampliação de serviços fortalecendo assim as policlínicas CAPS e NASFs da Zona Oeste, com especialidade e tecnologia, reduzindo assim o absenteísmo devido à longa distância dos serviços oferecidos atualmente. De modo que o usuário acesse as unidades distantes somente para o nível terciário.

6. Potencialização das ações da atenção psicossocial.

7. Ampliação do transporte sanitário na área da AP 52 com a inclusão de ambulâncias.

## EIXO IV Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

<b>DIRETRIZ</b> Consolidação da Atenção Primária como Estruturante do sistema, Ordenadora da Rede e Coordenadora do Cuidado.	<b>PROPOSTAS</b>
	1. Adequar os especialistas no nível secundário de acordo com diagnóstico situacional da atenção primária.
	2. Garantir a obrigatoriedade da oferta de vagas das especialidades não municipais para o sistema de regulação, para melhor oferta de acesso.
	3. Consolidar a Atenção Primária em Saúde como uma política de Estado, assegurando o modelo hoje como prioridade de atenção.
	4. Fortalecer a atenção secundária com foco nas policlínicas e atenção psicossocial.
	5. Municipalização, com aporte financeiro adequado e gestão pública, do Hospital Estadual Rocha Faria e Eduardo Rabello.
6. Ampliação da rede de reabilitação da AP 5.2	

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

<b>DIRETRIZ</b> Formação, Valorização do Trabalho e Educação em Saúde.	<b>PROPOSTAS</b>
	1. Garantir a realização de estágio curricular nas unidades de Atenção Primária para estudantes de todos os cursos de nível técnico e superior na área da saúde, através de convenio com as instituições de ensino público e privado, sem ônus para ambas as partes, com transparência na divulgação das vagas.
	2. Contratação de servidores mediante a aprovação de concurso público, em regime de estatutário, para todas as categorias funcionais.
	3. Garantir a aprovação e implementação do Plano de Cargos Salários dos Servidores 2015.
	4. Aumentar o investimento de qualificação de saúde do Agente Comunitário, com abertura de vagas por meio de convênios com escolas técnicas reconhecidas habilitadas.
5. Investir na valorização do trabalho das Entidades do controle social que fazem parte do Conselho de saúde da AP 5.2.	

## RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 5.3

Realizada nos dias 11 e 12 de Junho de 2015, a Conferência Distrital da AP 5.3 realizada na Fundação de Apoio à Escola Técnica – FAETEC, em Santa Cruz.

Após leitura e aprovação do Regimento Interno, a Abertura da Conferência contou a presença da Coordenadora Geral da Atenção Primária da AP 5.3, do Presidente do Conselho Distrital de Saúde da 5.3, do Diretor da FAETEC, da Presidente do Conselho Distrital da AP 3.1 representando o Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde - CMS/RJ, e de uma Enfermeira da CAP 5.3. Os membros da mesa discutiram o tema: Orgulho de Ser SUS.

Em continuidade, ainda no mesmo turno, foram realizadas duas mesas-redondas:

1ª - Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas - com a presença do Secretário Municipal de Saúde, de um representante da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social da Câmara Municipal de Vereadores do Rio de Janeiro, e de uma Enfermeira da OOS SPDM.

2ª - Avaliando a cobertura da Estratégia de Saúde da Família na AP 5.3 e a integração da rede de atenção à saúde (UPA, HMPII, CAP) – com a presença da Assessora Técnica da Secretaria Municipal de Saúde, de um médico representante do Hospital Municipal Pedro II, e de uma Enfermeira do DAPS da CAP 5.3.

Para orientar a discussão a ser desenvolvida nos Grupos de Trabalho, todos organizados sob orientação dos eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, a Conferência realizou debates sobre os seguintes temas:

- Garantia do Acesso e Atenção de Qualidade;
- Controle Social; Direitos e Responsabilidades Individuais e Coletivas;
- Formação, educação permanente, educação em saúde e valorização do trabalhador;
- Qualificação dos Modelos de Atenção à Saúde; e
- Ciência, tecnologia, informação e inovação no SUS.

A Conferência contou com presença de Conselheiros de Saúde, convidados e participantes livres.

A Plenária Final aprovou um conjunto de diretrizes e propostas e homologou os Delegados para a XII Conferência Municipal de Saúde, concluindo os trabalhos com a eleição das entidades que passariam a compor o Conselho Distrital de Saúde no quadriênio 2016 - 2019.

### Comissão Organizadora da Conferência Distrital de Saúde da AP 5.3

Benedito de Oliveira	Getúlio Gomes da Rocha
Carlos Jorge de Oliveira	Gilberto Nicácio Aragão
Daniel Inácio da Silva	Jair Barbosa da Silva
David Belarmino	João Roberto Francisco dos Santos
Edinea Lino de Oliveira	Valcir José de Almeida
Geraldo Batista de Oliveira	

## CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DA AP 5.3

### DIRETRIZES E PROPOSTAS

EIXO I Participação, Direitos e Controle Social na Saúde	
<b>DIRETRIZ</b> Controle Social: direitos e deveres	<b>PROPOSTAS</b> 1. Promover curso de capacitação através da educação permanente para conselheiros de saúde e representantes dos colegiados de gestão das Unidades de Saúde descentralizada, visando à formação destes quanto as suas atribuições e seus direitos em defesa do exercício da cidadania, fortalecendo os colegiados gestores locais.
	2. Fortalecer/Garantir e Instrumentalizar o Colegiado de Gestão com o tema violência através da Educação Permanente e Popular com a participação social da Representatividade legalmente instituída.
EIXO II Financiamento no SUS e Relação Público x Privado	
<b>DIRETRIZ</b> Aplicação dos recursos financeiros em prol da consolidação do SUS.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Apoiar o Movimento Nacional Saúde +10 em relação a tributação de grandes fortunas e a garantia de aplicação do mínimo de 10% da receita bruta do Governo Federal.
	2. Garantir o repasse dos recursos financeiros dos procedimentos executados do Estado ao Município, conforme a configuração das Regiões de Saúde, através da fiscalização da sociedade civil, conselhos distritais e Municipais de Saúde e transparência das transferências dos recursos.
EIXO III Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade	
<b>DIRETRIZ</b> Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade	<b>PROPOSTAS</b> 1. Aumentar a oferta de consultas em especialidades e exames disponíveis no SISREG, com vagas regionalizadas, garantindo a contrarreferência em formulário padrão.
	2. Garantir acessibilidade às pessoas portadora de deficiência em todas as unidades de saúde do Rio de Janeiro e o programa saúde auditiva já existente no município.
	3. Promover/ garantir a Política de Paz, impulsionando a divulgação do Acesso Mais Seguro nas Unidades Básicas de Saúde e Escolas do Município do Rio de Janeiro.

## EIXO IV Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

### DIRETRIZ

Qualificar o modelo de assistência à saúde

### PROPOSTAS

1. Retornar o apoio à gestão dos Centros de Apoio Psicossocial à Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância à Saúde, considerando a articulação dos serviços com as unidades de Atenção Primária, através do matriciamento com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

2. Garantir a disponibilização no SISREG de 100% da capacidade de oferta de todos os equipamentos de saúde dos diversos níveis de complexidade, em conformidade com a carga horária e especialidades registradas no CNES.

3. Garantir o compromisso de qualificar o Sistema de Regulação, considerando todas as etapas desde a inserção das solicitações, passando a regulação dos procedimentos e especialidades, a regionalização das especialidades de acordo com a importância epidemiológica dos agravos até a entrega em tempo hábil dos agendamentos.

## EIXO V Valorização do Trabalho, Formação e Educação em Saúde

<b>DIRETRIZ</b> Formação, educação permanente e valorização do trabalhador	<b>PROPOSTAS</b> 1. Garantir efetivação do Plano de Cargos e Salários para os servidores Municipais da saúde.
	2. Criação de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a FAETEC para realização de cursos técnicos de agentes comunitários de saúde, buscando qualificar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família.
	3. Fundar a Universidade Municipal de Medicina do Rio de Janeiro na região AP 5.3, que conta com uma rede de atenção à saúde estruturada nos três níveis de complexidade, superando a concentração dos centros formadores no eixo centro-sul; ampliando a possibilidade de ter a Zona Oeste como campo para novas gerações de médicos formados para o SUS.
	4. Incorporar à Equipe mínima do Consultório na Rua, profissionais, com a contratação de Odontólogos e Terapeutas Ocupacionais a partir do cumprimento das Portarias 122 e 123 do Ministério da Saúde, assim como instrumentalizá-las.
	5. Garantir a todas as categorias profissionais a gratificação por área de risco.
	6. Incluir o cirurgião dentista nas equipes dos Centros de Terapia Intensiva dos hospitais, bem como na rotina do serviço hospitalar, considerando a abordagem holística e a integralidade do cuidado, previstas nas Lei Federal Nº 2776/2008, Lei Municipal Nº 140/2012 e Resolução RDC 7.

## EIXO VI Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde Informação, Educação, Política de Comunicação no SUS

<b>DIRETRIZ</b> Incentivar o aprimoramento da tecnologia em saúde.	<b>PROPOSTAS</b> 1. Investir no incremento tecnológico e logístico, a fim de qualificar o sistema de informação em saúde e otimizar o processo de trabalho.
	2. Integrar as bases de dados dos sistemas de informação em saúde, consolidando a utilização o CPF como fonte única de cadastro, a fim de fortalecer a rede de Atenção à Saúde.







ANEXO IV  
DADOS DOS  
CONSELHOS

## DADOS DOS CONSELHOS

### COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO E DOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE (2012 – 2015)

#### CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS/RJ

Adelton Gunzburger; Arthur Monteiro Bastos; Cristina Guedes Veneu; Carlos Alberto Tufvesson; Carlos Henrique Alves; Carlos Norberto Varaldo; César Augusto Gomes Soares; Diego de Farias Magalhães Torres; Daniel Ricardo Soranz Pinto; Daniel Pereira Coelho da Silva Eiras; Eduardo Novais de Souza; Francisco Cláudio de Souza Melo; Geraldo Batista de Oliveira; Maria de Fátima Gustavo Lopes; Hiram Silveira Lucas; Ianê Germano de Andrade; Jackson Silveira Caiafa; José Antônio Alexandre Romano; Júlia Daniela de Castro; João Dionísio Menezes; Ludugério Antônio da Silva; Maria Alice Gunzburger Costa Lima; Maria Clara Migowski Pinto Barbosa; Maria José dos Santos Peixoto; Marinaldo Silva Santos; Mauro André dos Santos Pereira; Nádia Roberta Chaves Kappaun; Milton Lima; Miriam Andrade de Souza Lopes; Patrícia de Albuquerque Ferreira; Rogério Marques Gonçalves; Roque Pereira da Silva; Rosemberg Pinheiro; Ricardo Antônio Correia Lima; Sheila Marino; Sonia Regina G. da Silva; Vanessa Maciel Fernandes Teles; Virgínia Mello de Castro Dantas; Vivian Peixoto Nogueira; Zorete Andrade da Silva.

#### CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 1.0

##### I – Entidades representantes dos usuários do SUS

Cleide Nascimento de Almeida; Dari Miranda; Vera Lúcia Soares de Oliveira Silva; Jéferson Luiz Barbosa; Reginaldo Froes Pinto; Miguel Macel de França; Áureo Efigenio; Vânia Rodrigues da Silva; José Janduy Borges Alves; Maria de Fátima Lopes; Lucivânia Soares da Costa França; Venilton Rodrigues Pereira; Iraydes Cucco P. Henriques; Carlos Henrique Alves; Henrique Monteiro da Silva; Lucy Francisca Pereira; Lia Márcia dos Santos; Carlos Eduardo da Silva Alcântara.

##### II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS

Áurea da Cunha Avellar de Brito; Georgina Queiroz dos Santos; Jorge da Costa Alves; Julia Valéria Costa Pires; Lurdes Ferreira Nunes; Maria da Gloria Silva; Solange Gonçalves Belchior; Mariléa Lúcio Ormond; Vera Lúcia Abatte; Maristela Alves Costa.

##### III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS

Diego Willer Ribeiro Oliveira; Beatriz Damasio de Araujo; Maria Marlene da Silva; Roberto José Leal; Mário Luiz Ferreira Gomes.

#### CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 2.1

##### I - Entidades representantes dos usuários do SUS

Sonia Maria Loureiro Marquardt; José Raimundo Monteiro Cavalcante; Letícia Milanez Bosisio Isnard; Ana Lucia Milhomens; Sandra da Silva Monteiro; Milton Lima; Vera Lucia da Silva; Maria Iracilda Gomes Silva; Claudia Maximiliano; Gilberto Ferreira de Araújo; Maria Edileuza Braga Freire; Marlene Parente; Celeste da Silva Santos; Mario César da Costa; Silas Pereira da Silva; Luiza Melciades Rodrigues Maranhão; Magnalda Rodrigues; Danilo Ferreira de Souza; Dalva dos Santos Roque; Joel Luiz Nonato.

## **II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS**

Lizomar Frutuoso Brito; Marco Antonio Tinoco; Rita Luziete da Silva; Lenir Rodrigues de Araújo; Elia de Melo Esteves Lima; Mauro Cataldi; Zenira Maria dos Reis; Adriana Damiano de Oliveira.

## **III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS**

Paula Travassos de Lima; Luiz Alexandre Essinger; Rosangela Frossard; Maria Cristine Cardoso Pereira; Maria Helena Carneiro de Carvalho; Iracema Rangel; Selene Maria Rendeiro Bezerra; Roberli Bechara; José Luiz de Sá Cavalcante.

## **CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 2.2**

### **I - Entidades representantes dos usuários do SUS**

Nilza Rosa dos Santos; Ozéas Lopes de Farias; Adolfo da Silva Mendes; José Jandir Borges Alves; Maria Thereza Teixeira de Castro; Márcia Helena de Souza; Maria Eliana Araújo Costa; Jorge Alves e Costa; Jucélia Bessa Pedreira; Jovino Renaldo Nascimento Santos; Luiz Rodrigues Fernandes; Miriam dos Santos Jacintho Ramos; Severino Alves da Silva; Edson dias da Costa; Marlene Costa dos Santos; Janaina Maria da Silva; Aline de Souza Rodrigues; Maria Alice Gunzburger Costa Lima; Paulo Campos; Luzia Catarina Esteves Rodrigues; Maria Olinda de Jesus Nascimento; Altamiro José Chaves; Felipe Vieira dos Santos; Simone dos Santos Duarte; Jorge Mathias de Souza; Alessandra Volpato; Titular: Juçara Portugal Santiago; Rosilene Mariz dos Santos; Inês Ferreira de Abreu Deodoro; Renata Jardim da Costa Barreto.

### **II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS**

Denise Gaeschlin Almeida; Wilson José Coelho Matheus; Daniele Sad; Denise Teixeira de Souza; Érica Fernanda Palmert Fontes; Maria da Conceição Gomes; Rosimere Maria da Silva; Telma Elisa Muniz; Cristina Maria Carvalho; Jorge Mota; Rosemary Gonçalves de Souza; Mônica Gonçalves de Oliveira; Rodrigo de Oliveira Ribeiro; Jussara de Souto Pinto; Maria Gomes Silveira de Sá Ribeiro.

### **III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS**

Paulo Roberto da Silva; Mara Semiramis de O. Silveira; Claudia Neylor; Maria Aparecida Duarte Vidomn Brante; Maria Cristina Vasconcelos; Patrícia de Andrade Rollo; Suzana de Souza Marques Ferrazani; Rodolfo Acanatassu Nunes; João José Abrahão Caraméz; Reilson Bastos Grinato; Antonio Carlos Iglesias; Carlos Felipe Risso Machado; Marise Leão Ramôa.

## **CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 3.1**

### **I - Entidades representantes dos usuários do SUS**

Maria de Fátima Gustavo Lopes; Neuma dos Santos Fernandes; Sonia Maria Fonseca da Silva; Dalva Angelina Ferreira Martins; Deise de Jesus Silva Rodrigues; Severino Lino de Oliveira; Luiz Cláudio dos Santos; Antonio Inácio Pequeno; Ana Maria Rodrigues Manço; Renê Santos Silva; Edson da Cunha Silva; Nemesse da Silva do Nascimento; Hércules Ferreira Mendes; Waldir Francisco da Costa; Pedro Antônio da Costa Neto; Sergio Clemente da Silva; Eidi-mir Tiago de Souza; Altamir Vilela Ferreira; Sidnei Alves da Silva; Luis Henrique Gomes Marques; Sebastião Manoel da Conceição; Enilton Felipe; Claudio Inácio de Lima; João Ricardo de Mattos Serafim; Cosme Francisco Toscano; Maria Raimunda Aguiar Souza; Priscila Brenda Souto da Silva; Nilza Pereira de Aguiar; Claudia Henrique da Silva; Marco Antonio Barcellos Gomes; Kátia Regina Damásio da Silva.

## II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS

Antonio Luiz Novaes Saraiva; Jorge Rodrigues Moreira; Rozeni Quaresma da Silva; Paulo César do Nascimento Martins; Gilberto Lopes Pinto; Jorge Alfredo de Souza; Cristina Tavares dos Santos; Líbia Prince Rosa; Maria do Socorro Ferraz Machado; Luiz Zamagna; Iracema Gomes da Silva; Fábio Eduardo da Silva Malvard de Santana; Maurissandro Rodrigues de Carvalho; Zélia Pinto de Souza; Gilberto de Oliveira Reis; Hiero Santos de Oliveira.

## III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS

Lidianna Menezes de Moraes; Olga de Abreu Figueiredo da Silva; Fátima Regina Almeida Brandão; Luiz Carlos da Silva Moreno; Christiano Benedicto Ottoni; Márcia Mattos Magalhães Monteiro; Marilza Felipe Mendonça; Márcia Franco da Silva; Flávio Adolpho Silveira; Valéria Gomes Pereira; Lúlia de Mesquita Barreto; Carla Cristina Cavalcante Paes Leme; Emília Maria de Andrade Correia.

## CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 3.2

### I - Entidades representantes dos usuários do SUS

Sonia Regina G. da Silva; Carlos Henrique da Silva; Adriana Wiermann; Carlos Alberto Policeno; Pedro Borges da Silva; Sheila Gomes; Ana Maria Souza; Maria do Carmo Correa; Rosângela de Melo; Alexandre Oliveira; Célia Regina Freitas; Ivanildo Jesus; Roberto Carlos Sampaio; Ademir Pitoco; Osias Ernesto dos Santos; Manoel João de Santana; Eduardo Pires; Helena Manhães Soares; Paulo Roberto dos Santos.

### II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS

Maria Angélica de Souza; Márcia de Oliveira Magalhães Teixeira; Ana Lúcia da Silva; Norma Suely do Nascimento; Maria Auxiliadora Ozdian; Lucineide Maria Barros Batalha; Edson Borga; Rosilene Alves da Silva Rebelo; Vanderleia Aparecida da Silva; João Paulo Bastos Hildebrandt; Maria de Lourdes da Silva Nascimento Trepte; Ana Carolina Silva Souza.

### III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde SUS

Claudia Nastari de Paula; Sergio Luiz Fonseca Adeodato; Carlos Barbosa; Márcia Pereira de Matos; Valéria Fernandes Teixeira; Carmélia Moreira Gonçalves; Ana Claudia Duarte de Lemos; Juliana Caramore Pessoa; Mônica da Silva Lorenzo; Érica Pontes e Silva; Antonio Carlos de Almeida Melo; Mauro César Calvo; Patrícia da Silva Miranda.

## CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 3.3

### I – Entidades representantes dos usuários do SUS

Sidney Moura Santos; João Batista Silva Sousa; Margarida Maria Azambuja Frouf; José Cosme dos Reis; Alessandro de Melo Motta; Artur Grimaldi; Petrina da Consolação Andrade Gutierrez; Madalena de Almeida Oliveira; João Dionísio Menezes; Silvio de Jesus; Silvia Regina Barbosa; Miguel Silva de Moura; Maria das Graças Silva Ferraz; Bendix Luiz de Moura.

### II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS

Janete Gonçalves de Lima Mello; Eliana Marques da Silva; Wellington Martins de Paiva; Maria da Paz Amâncio da Silva; Paulo Murilo de Paiva; Jomar Cosme Marques da Silva; Jeronimo Luiz Franco Soares.

### III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS

Roberto de Araújo Raposo; Sonia Medeiros de Brito Moraes; Carlos Alberto Marins Pinto; Kátia Alexandre Braga Duarte dos Santos; Andreia Cardoso Fernandes; Silvana de Andrade Lopes.

## CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 4

### I – Entidades representantes dos usuários do SUS

Carlos Ferreira da Silva; Adelson Gunzburger; Azaury Monteiro de Alencastro Graça Junior; Luis Carlos Gomes; Joselina Cardoso Pachá; Clínio Henriques de Oliveira; Jorge Paes Leme Filho; Jorge da Costa Pinto; Edvaldo Lisboa de Jesus Filho; Regina Juliani Blanco; Ana Elizabeth da Silva; Carlos Alberto Costa; Marco Antônio G. dos Santos Andrade; Helder Abraão Constantino.

### II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS

Rúbia Cláudia Beirão Senna; Ignácio de Loyola de Campos Pinto; Vinícius Oliveira Araújo; Rosana da S. Lopes de Almeida.

### III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS

Iracema Vieira Polidoro; Danielle Furtado de Oliveira; Maria Edéa Giovanini; Carlos Vitor; Ricardo José de Almeida Souza.

## CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 5.1

### I – Entidades representantes dos usuários do SUS

Ludugério Antonio da Silva; José Thomaz da Conceição; Ivanilde Braga Marinho; Alexandra Ferreira do Espírito Santo; Sueli Trindade de Souza; Cláudio Marques da Cruz; Maria José Barbosa Bezerra; Edilson Adad; Maria Aparecida Florêncio de Souza Trindade; César Barros de Moraes; Maria José Rodrigues; Glória Regina Monteiro Garcez; Ângela Maria Resende de Miranda; Carlota Elizabeth Ferreira Sant'Anna; José Eufrazio da Costa Filho; Antonio Francisco de Souza; Rogério Rodrigues da Silva; Carlos Alberto Bessa Menezes; Jeová Vieira da Silva; Marina Costa Bernardes; Anazir de Oliveira; José Carlos Cabral; Georgina Macedo Santiago; Fernando Antonio Ferreira da Silva; Maria José de Souza Barbosa; João Galdino de Melo.

### II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS

Andréia Andrade de Azevedo; Sônia de França Rodrigues; Márcia Laureano; Mônica Teixeira de Souza; Dulcicléia Costa Monteiro de Albuquerque; Mônica Guimarães Arruda; Adriana Corvello Bandeira; Lindinaura Fonseca Campos; Telma Garrido Silva Freitas; Sandra Gomes de Prado; José Antonio Bezerra Vasconcelos.

### III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS

Tatiane Caldeira dos Santos de Salles; Aline da Costa Barbosa; Dilson Pereira; Neise Conceição Ramos Villar; Daniela Marta Lopes Santos; José Antonio Gonçalves Rodrigues; Catia Iara Pisente da Silva; Leila Gomes Ferreira de Azevedo; Aline Alvarenga Coelho; Sebastião Till; Hésio César de Souza Maciel.

## CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 5.2

### I – Entidades representantes dos usuários do SUS

Jorge Luis Mateus; Maria Laura Nascimento dos Santos; Cláudio de Moraes Carvalho; Marília Mateus Pinheiro; Graciano Manoel Moraes Caseiro; Paulo Roberto Teixeira do Nascimento; Cândida Maria de Souza Serrão; Simone Augusto de Oliveira; Jorge José Domingos; Carlos Batista dos Santos; Abigail Clemente Pinto; Maria Souza Farias; Mauro André dos Santos Pereira; Ivana Cláudia Timóteo da Silva; Nena Lopes do Nascimento.

### II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS

Regina de Souza Braga; Cristiana Inácio do Espírito Santo; Sílvia Renata Jardim Muniz; Sueli dos Anjos Silva dos

Santos; Neide Maria Neres Tinoco; Carmen Lúcia Gomes Moreira; Érida Aparecida José da Silva; Elton Irade Rosa; Severino Lucindo Costa; Luiz Eduardo Souza Costa; Eliane Teixeira Rangel.

### **III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS**

Liliane Cardoso de Almeida Leal; Halene Cristina de Armada Maturana; José Carlos Dias Bicaco; Solange Ferreira Kimmings; Glines Lucie da Silva Martins; Anderlane Figueira de Mello; Simone José Alves; Lucimeire da Silva Dutra; Andrea da Silva; Solange da Silva Malfacine; Patrícia Alves Fernandes.

## **CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 5.3**

### **I – Entidades representantes dos usuários do SUS**

Adriana Soares Cassiano; Benedito de Oliveira; Antônio Sérgio Fraga de Andrade; Máximo Dias da Silva; Marcos Antonio Raimundo de Deos; Francisco Teodorico de Sousa; Romulo de Almeida; Geraldo Batista de Oliveira; Haydée Vieira Francisco; Cláudia Batista da Silva e Silva; Getúlio Gomes da Rocha; Maria Lúcia da Silva Brochado; Carlos Jorge; Marines Barbosa Ribeiro; David Belarmino.

### **II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS**

Luiz Vieira Junior; Sueli Mates da Silva; Edneia Lino de Oliveira; Werther da Silva Aromovski; Frandinei Mezini Leles; Marilene da Silva Lopes; Maria Elizabeth Forte da Silva; Jairo Barbosa da Silva.

### **III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde SUS**

Leila Maria Moreira Rangel Marino; Ilza Pereira de Lima; Cristiane de Avelar Folco; Regina Celia Oliveira Ferreira de Melo; Luciana dos Santos Rodrigues; Adriana Barbosa da Fonseca.

# DADOS DOS CONSELHOS

## CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

### CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 1.0

Presidente: Mariléa Lúcio Ormond

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, nº 16 / 2º andar / sala do Conselho – Centro

Tel.: 2224-7689

E-mail: marileaormond@bol.com.br / codsap1.0@bol.com.br

### CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 2.1

Presidente: Vera Lúcia da Silva

Endereço: Rua General Severiano, 91 – Botafogo/RJ

Tel.: 2295 – 2295

E-mail: conselhodistritaldesaudeap2.1@gmail.com

### CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 2.2

Presidente: Maria Alice Gunzburger Costa Lima

Endereço: Rua Conde de Bonfim, nº 764 – Tijuca

Tel.: 2288-1397

E-mails: cods-ap2.2@hotmail.com / codsap22@gmail.com

### CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 3.1

Presidente: Maria de Fátima Gustavo Lopes

Endereço: Rua São Godofredo, nº 51 / sala 7 / anexo a CAP 3.1 – Penha

Tel.: 2260-0294

E-mail: condisaudeap31@hotmail.com

### CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 3.2

Presidente: Manoel João de Santana

Endereço: Rua Ana Barbosa, nº 21 – Méier

Tels.: 3111 – 1767

E-mail: codsap3.2@hotmail.com

### CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 3.3

Presidente: Margarida Maria Azambuja Frouf

Endereço: Rua Juriti, s/nº / CMS Alice Tibiriçá / Auditório Chiquinho – Irajá

Tels.: 31111-2059 / 31111-2099

E-mail: cdscap3.3@rio.rj.gov.br / conselhocap3.3@gmail.com

### CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 4.0

Presidente: Azaury Monteiro de Alencastro Graça Junior

Endereço: Av. Ayrton Senna, nº 2.001 / bloco C – Barra da Tijuca

Tel.: 3325-1765 ramal 123 / 2088 – 6204

E-mail: codsap4@gmail.com

**CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 5.1**

Presidente: Ludugério Antônio da Silva

Endereço: Praça Cecília Pedro, nº 60 / CMS Waldyr Franco – Bangu

Tel.: 3335-0760

E-mail: cds.ap5.1@gmail.com

**CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 5.2**

Presidente: Neide Maria Neres Tinoco

Endereço: Praça Major Vieira de Melo, s/nº / Policlínica Carlos Alberto – Comari

Tel.: 3403-0502

E-mail: conselhosaude.ap52@gmail.com / neidemaria.neres@gmail.com

**CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE AP 5.3**

Presidente: Geraldo Batista de Oliveira

Endereço: Rua Senador Câmara, Praça da Superintendência, nº 372 – Santa Cruz

Tels.: 3158-6137 / 3157-5592

E-mail: geraldobatistadeoliveiraba@gmail.com



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. DOCUMENTO ORIENTADOR DE APOIO AOS DEBATES DA 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Balanço dos 25 Anos do SUS. Relatório da Oficina com Comissões Permanentes e Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde, novembro de 2014. S/R.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde, novembro de 2009. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/relatorio/26\\_jan\\_relatorio\\_final\\_site.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/relatorio/26_jan_relatorio_final_site.pdf).

CEBES. Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania. Disponível em: [http://cebes.org.br/2015/04/tese-do-cebes-para-a-15a-conferencia-nacional-desaudefacesso\\_03/05/2015](http://cebes.org.br/2015/04/tese-do-cebes-para-a-15a-conferencia-nacional-desaudefacesso_03/05/2015).

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20.211-111  
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho>

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**

Rua Afonso Cavalcanti, 455/7º andar Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20.211-111  
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/>

**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.

**Tiragem:** 1.000 exemplares.

