

XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rio de Janeiro

www.rio.rj.gov.br/web/smsdc

PREFEITO

Eduardo Paes

**PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL**

Hans Fernando Rocha Dohmann

COMISSÃO ORGANIZADORA**I. Coordenação Geral:**

David Salvador de Lima Filho

II. Membros representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS):

Jorge Luiz Mateus

Ludugério Antonio da Silva

Maria das Graças Silva Ferraz

Roque Pereira da Silva

III. Membros representantes dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS):

Iraci Rosa da Silva

Vivian Peixoto Nogueira

IV. Membros representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS):

Angela de Lamare

Rogério Marques Gonçalves

SUBCOMISSÕES

As subcomissões foram compostas, cada uma, pelos membros da Comissão Organizadora, acrescentando-se a elas os seguintes convidados:

Subcomissão de Infraestrutura

Carmem Rosalia Barbeito Barreiro

Maria de Fátima Gustavo Lopes

Subcomissão Temática e Relatoria

Daniel Soranz

Tânia Maria de Souza Pires Makluf

Subcomissão de Comunicação

Cláudia de Oliveira Faria Ferrari Quadros

Paulo Murilo de Paiva

APOIO ADMINISTRATIVO

Wagner Ubiratan Candido Alves (Coordenação)

Carmem Terezinha Gomes Sasaki

Haroldo Antonio Marinho

Maria Antônia Drumond Casseres de Oliveira

Selma Maria Belchior Matos

Tereza Cristina Sampaio Fraga

Marinete Cerqueira Nunes

ARTE E DIAGRAMAÇÃO

Assessoria de Comunicação Social da SMSDC/RJ

SUMÁRIO

Lista de Siglas	4
Apresentação	6
Introdução	7
Regulamento	8
Regimento Interno	14
Conferência Distrital de Saúde da AP 1	20
Conferência Distrital de Saúde da AP 2.1	24
Conferência Distrital de Saúde da AP 2.2	27
Conferência Distrital de Saúde da AP 3.1	30
Conferência Distrital de Saúde da AP 3.2	34
Conferência Distrital de Saúde da AP 3.3	37
Conferência Distrital de Saúde da AP 4	40
Conferência Distrital de Saúde da AP 5.1	42
Conferência Distrital de Saúde da AP 5.2	44
Conferência Distrital de Saúde da AP 5.3	48
XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	51
Plenária	51
Propostas Aprovadas	63
Propostas Nacionais	67
Moções Aprovadas pela Plenária Final	70
Delegados da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	72
Delegados da XI Conferência Municipal de Saúde Eleitos	82
Delegados Estaduais	82
Delegados Nacional	85
Anexo: Caderno do Delegado	86
Diretrizes e Propostas das Conferências Distritais	91
Dados dos Conselhos	108

LISTA DE SIGLAS

ACD – Associação Carioca de Diabéticos
AFDM – Associação de Amigos e Familiares de Doentes Mentais do Brasil
AFINCA – Associação dos Funcionários do Instituto Nacional do Câncer
AMORVIT – Associação de Movimentos Renais Vivos e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro
AP – Área de Planejamento
APAZ – Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos Dependentes
APAVAT – Associação de Parentes e Amigos das Vítimas de Acidentes de Trânsito
CAMPO – Centro de Apoio ao Movimento Popular da Zona Oeste
CAP – Coordenação de Área Planejamento
CAPSad – Centro de Atenção Psicossociais de Álcool e Droga
CAPSi – Centro de Atenção Psicossociais Infantil
CEDAE – Companhia Estadual de Águas e Esgotos
CEDICUNE – Centro de Estudos e Divulgação das Culturas Negras
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CMS – Centro Municipal de Saúde
CMSA – Conferência Municipal de Saúde Ambiental
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CDS – Conselho Distrital
COMLURB – Companhia Municipal de Limpeza Urbana
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FAAPERJ – Federação das Associações de Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio de Janeiro
FAFERJ – Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro
FAM-RIO – Federação das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro
FAMERJ – Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro
FEEMA – Fundação Estadual de Engenharia e Meio Ambiente do Rio de Janeiro
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
GAT – Grupo de Apoio Técnico
GECAP – Gerência de Capacitação

LISTA DE SIGLAS

HCV – Grupo de Apoio aos Portadores de Hepatite C
HIV/AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
HTO – Hospital de Traumatologia-Ortopedia
IABC – Instituto Afro Brasil Cidadão
IASERJ – Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro
IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBRM – Associação Beneficente do Instituto Brasileiro de Redução Motora
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INCA – Instituto Nacional do Câncer
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
NIR – Núcleo Interno de Regulação
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
ONG – Organização Não-Governamental
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PAM – Posto Atendimento Médico
PL – Projeto de Lei
PPA – Plano Plurianual
PS – Posto de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RH – Recursos Humanos
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG – Sistema de Regulação
S/SECOMS – Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde
SMAC – Secretaria Municipal de Meio Ambiente
SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUS – Sistema Único de Saúde
TEIAS – Territórios Integrados de Atenção à Saúde
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNATI – Universidade Aberta à Terceira Idade
UNIRIO – Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

APRESENTAÇÃO

Este documento é o relato dos debates e das propostas da XI Conferência Municipal de Saúde, realizada no período de 23 a 25 de setembro de 2011, assim como das 10 Conferências Distritais que a antecederam.

É gratificante apresentar, mais uma vez, o resultado das discussões deste que é o maior encontro democrático da Saúde em nossa cidade, espaço acolhedor para a troca de idéias e o compartilhamento de diferentes olhares, sempre com o foco na melhoria do SUS.

Nosso município tem o privilégio de realizar esta construção a partir do fruto dos debates realizados nas Conferências Distritais das dez áreas de planejamento, o que permite uma visão local, posteriormente ampliada para as propostas municipais, estaduais e nacionais.

Todas as conferências tiveram como tema principal “Acesso e Acolhimento com Qualidade: um Desafio para o SUS” e, como sub eixos:

- a) Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
- b) Participação da comunidade e controle social;
- c) Gestão do SUS (financiamento, pacto pela saúde e a relação público x privado, gestão do sistema do trabalho, da educação em saúde).

Acreditamos que este documento reflita os principais posicionamentos dos diferentes setores da sociedade, que buscaram, durante os trabalhos, responder aos questionamentos levantados pelos temas, apontando para a solução compartilhada dos problemas, sempre no exercício da cidadania participativa.

O papel do controle social foi consolidado mais uma vez nesse processo, dando um novo passo na construção de uma militância responsável e democrática na gestão do SUS no Rio de Janeiro.

Hans Fernando Rocha Dohmann
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

INTRODUÇÃO

A XI Conferência Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro é a etapa final de preparação para as Conferências Estadual e Nacional de Saúde, após a realização das 10 (dez) Conferências Distritais de Saúde, etapas fundamentais de discussão e amadurecimento das propostas para o fortalecimento do SUS.

Este ano, por orientação do CNS – Conselho Nacional de Saúde, o processo de discussão iniciou a partir da elaboração de diretrizes prioritárias e não mais de propostas por eixo de discussão, o que gerava relatórios com centenas de propostas, o que muitas vezes tornava-se de difícil controle, acompanhamento e avaliação por parte do controle social.

A partir dessa lógica, as 10 (dez) Conferências Distritais de Saúde elaboraram diretrizes norteadoras das discussões das propostas para uma Política de Acesso e Acolhimento com Qualidade como forma de garantia de resolubilidade nos diferentes níveis de Atenção.

As diretrizes e propostas elaboradas, tanto nas Conferências Distritais de Saúde como na Municipal, servirão como referência para uma Política Municipal que visa a melhoria do Acesso e Acolhimento.

A plenária da XI Conferência Municipal de Saúde ao eleger 7 (sete) diretrizes prioritárias não desqualifica aquelas vindas das distritais e não eleitas. Essas servirão de subsídio para as ações locais.

Com a finalidade de atender as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde cada diretriz priorizada serviu de tema para a construção das propostas do município nos âmbitos estadual e nacional e, posteriormente, foram encaminhadas às respectivas Conferências.

Desta forma, democraticamente, com a participação dos 3 (três) segmentos representativos do controle social, todos contribuíram na construção das diretrizes e propostas que servirão de base para a elaboração de uma Política de Saúde mais acolhedora e resolutiva para os usuários do SUS.

REGULAMENTO

XI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Art. 1º – O presente Regulamento, previsto pelo art. 24, § 2º, da Lei nº 5.104/2009, se destina a regulamentar a XI 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, serão convocadas pela Coordenação de Área de Planejamento e pelo Conselho Distrital-CDS, respectivos, obedecendo aos seguintes períodos:

- I. CDS da Área de Planejamento 1.0 – 14 a 19 de junho de 2011;
- II. CDS da Área de Planejamento 2.1 – 12 a 17 de julho de 2011;
- III. CDS da Área de Planejamento 2.2 – 28 de junho a 03 de julho de 2011;
- IV. CDS da Área de Planejamento 3.1 – 16 a 21 de agosto de 2011;
- V. CDS da Área de Planejamento 3.2 – 09 a 14 de agosto de 2011;
- VI. CDS da Área de Planejamento 3.3 – 02 a 07 de agosto de 2011;
- VII. CDS da Área de Planejamento 4.0 – 19 a 24 de julho de 2011;
- VIII. CDS da Área de Planejamento 5.1 – 26 a 31 de julho de 2011;
- IX. CDS da Área de Planejamento 5.2 – 05 a 10 de julho de 2011;
- X. CDS da Área de Planejamento 5.3 – 21 a 26 de junho de 2011.

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

§ 2º A falta de qualquer das convocações previstas neste artigo será suprida pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMSDC, que as convocará.

Art. 3º – A XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro será convocada pela SMSDC e pelo Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para se realizar do dia 23 ao dia 25 de setembro de 2011.

Capítulo II DA FINALIDADE E DOS OBJETIVOS

Art. 4º – As Conferências Distritais, etapas da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e a XI Conferência Municipal de Saúde têm como finalidade reunir os diversos segmentos da sociedade organizada e autoridades 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, no mesmo ano das Conferências Estadual e Nacional de Saúde, devem propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde ao nível correspondente, Municipal ou local e propor políticas para as esferas Estadual e Nacional de Saúde, encaminhando suas propostas para a XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

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

- I. aprovar os Regimentos Internos das Conferências respectivas;
- II. 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;
- III. definir diretrizes para plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado na cidade do Rio de Janeiro, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social;
- IV. definir diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação do controle social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS;
- V. avaliar a participação do controle social no processo decisório das ações de saúde no Município do Rio de Janeiro;
- V. eleger os membros do colegiado respectivo referente ao mandato de 2012 a 2015;
- VII. eleger os delegados para etapa Municipal da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;
- VIII. eleger os delegados para etapa Estadual da XIV 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 Saúde e da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:

I. Eixo Municipal: “SUS para todos – acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o Sistema de Saúde do Rio de Janeiro”:

- a) Acolhimento com resolubilidade;
- b) Acesso e garantia da continuidade do cuidado.

II. Eixo Nacional: “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”:

- a) Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
- b) Participação da comunidade e controle social;
- c) Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde).

§ 1º As resoluções das Conferências Distritais de Saúde poderão ser orientadoras para os eixos dispostos nos incisos deste artigo.

§ 2º O tema local e cada eixo temático, proposto pelo CNS serão discutidos em mesas redondas, que poderão contar com a participação de expositores e um coordenador e seus auxiliares.

Capítulo IV DOS PARTICIPANTES

Art. 8º – Os participantes das Conferências Distritais de Saúde e da XI 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 à voz;
- III. observadores e observadoras.

Art. 9º – O quadro de delegados e delegadas para as Conferências Distritais de Saúde e da XI 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 as 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 XI Conferência Municipal de Saúde serão indicados pelo Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

§ 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 XI Conferência Municipal de Saúde, serão natos nesta.

§ 4º Os delegados e delegadas serão inscritos pelas Comissões Organizadoras das Conferências Distritais de Saúde e da XI Conferência Municipal de Saúde, em um prazo máximo de 30 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 permitido 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, até 2 horas após 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 XI 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 XI 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 lucrativos;
 - 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;
- 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 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.

§ 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 SMSDC 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 Regulamento.

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 XI 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 XI 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 Regulamento:

- I. acompanhar e tomar as providências necessárias à organização da Conferência;
- II. elaborar o projeto do Regimento Interno da Conferência;
- III. aprovar os documentos técnicos necessários que subsidiarão as discussões dos delegados;
- IV. credenciar os delegados e convidados;
- V. decidir sobre a direção dos trabalhos de mesa diretora das reuniões plenárias;
- VI. definir a composição dos grupos de trabalho;
- VII. decidir sobre os casos de penalidades;
- VIII. decidir sobre os casos omissos deste Regulamento;
- IX. 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 e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro serão divididos em grupos de trabalho, paritariamente constituídos para discutir os temas e formular propostas sobre eles.

Art. 18 – 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. 19 – 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. 20 – A reunião plenária será dirigida por componentes indicados pela Comissão Organizadora respectiva.

Capítulo IX DA METODOLOGIA

Art. 21 – 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.

Capítulo X DAS ELEIÇÕES

Art. 22 – Os Regimentos 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 14ª 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. 23 – Os Regimentos das Conferências Distritais e Municipal de Saúde do Rio de 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 para o quadriênio 2012/2015, de acordo com os critérios estabelecidos por este Regulamento.

PARÁGRAFO ÚNICO. Cada Conferência Distrital de Saúde elege apenas as entidades que irão compor o Conselho Distrital respectivo e a XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro elege apenas as entidades que irão compor o Conselho Municipal de Saúde.

Capítulo XI PENALIDADES

Art. 24 – 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. 25 – São condutas passíveis de expulsão dos locais onde estejam sendo realizadas as Conferências Distritais e a XI 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. 26 – As despesas necessárias à realização das Conferências Distritais e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro correrão por conta de dotação orçamentária consignada da SMSDC, do CMS e de recursos de outras fontes.

Rio de Janeiro, 15 de março de 2011.

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

REGIMENTO INTERNO

Capítulo I DA FINALIDADE E DOS OBJETIVOS

Art. 1º – Dar cumprimento aos arts. 6º, I e 15, II do Regulamento da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, doravante denominado RG, 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 72, de 15/03/2011.

Art. 2º – Normatizar o funcionamento da XI Conferência Municipal de Saúde, convocada pela Resolução SMSDC Nº 1783 de 31 de agosto de 2011, em conformidade com as diretrizes traçadas pelo RG e às leis vigentes.

Art. 3º – Escolher e encaminhar 7 (sete) diretrizes, das diretrizes escolhidas e encaminhadas pelas Conferências Distritais, etapas da Conferência Municipal, para a 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, etapa 14ª Conferência Nacional de Saúde, conforme as determinações do art. 11 do Regimento Interno da etapa estadual.

§ 1º Cada uma das 7 (sete) diretrizes, citadas neste artigo, deverá conter até 15 (quinze) propostas.

§ 2º Das 15 (quinze) propostas, citadas no parágrafo 1º deste artigo, 10 (dez) deverão ter conteúdo de abrangência estadual e 5 (cinco) de abrangência nacional.

§ 3º As diretrizes e suas respectivas propostas, citadas neste artigo, deverão se ater ao eixo temático determinado pelo art. 7º do RG.

Art. 4º – Eleger os delegados para as etapas estadual e nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 5º – Eleger os membros do colegiado do Conselho Municipal de Saúde – CMS, para gestão referente aos anos de 2012 a 2015.

Art. 6º – Servirá de apoio à escolha das diretrizes, citadas no art. 3º, um caderno contendo todas as diretrizes, cada uma, acompanhada de 5 (cinco) propostas, já discutidas e aprovadas pelas Conferências Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro e um texto orientador, a ser distribuído aos delegados da XI Conferência Municipal de Saúde.

Capítulo II DA REALIZAÇÃO E DO TEMA CENTRAL

Art. 7º – A XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro será realizada no Teatro Mário Lago, do Colégio Pedro II – Unidade Campo de São Cristóvão, localizado no Campo de São Cristóvão, nº 177, no período de 23 a 25 de setembro de 2011, conforme Resolução SMSDC Nº 1783 de 31 de agosto de 2011.

Art. 8º – A XI Conferência Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro terá como tema local “SUS PARA TODOS - acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o Sistema de Saúde do Rio de Janeiro” e como tema nacional “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”, conforme as determinações do art. 7º do RG.

§ 1º O tema local e cada eixo temático, proposto pelo Conselho Nacional de Saúde serão discutidos em mesas redondas, que contarão com a participação de expositores e coordenadores.

§ 2º Para melhor compreensão dos temas definidos pelos conselhos nacional e municipal de Saúde será distribuído um caderno contendo um texto orientador, distribuído aos Delegados da XI Conferência Municipal de Saúde.

Capítulo III DOS PARTICIPANTES

Art. 9º – Os participantes da XI 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 RG:

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 XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme prescrito no art. 9º do RG.

§ 2º São considerados Delegados os escolhidos nas conferências distritais de saúde do Rio de Janeiro, na forma do art. 9º do RG.

§ 3º As vagas de Convidados prevista pelo parágrafo 5º do RG são destinadas a representantes de Instituições.

Capítulo IV DO CREDENCIAMENTO

Art. 10 – Os Delegados e Convidados serão credenciados no local, da realização da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro nos dias 23/09/2011, das 13 às 16 horas e 24/09/2011 das 8 às 13 horas.

Art. 11 – Os Observadores, em obediência ao parágrafo 7º do art. 9º do RG, serão credenciados no dia 24/09/2011, até duas horas após o encerramento do credenciamento previsto no art. 10 e, finalizará, depois de duas horas de seu início.

Art. 12 – Os candidatos a Observadores assim que chegarem ao Local da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro deverão se dirigir ao local, definido pela Comissão Organizadora, para se identificarem e candidatarem-se ao credenciamento de Observador, através de uma lista que servirá como pré-inscrição.

PARÁGRAFO ÚNICO. Para o credenciamento aludido no presente artigo será observado, como número limite, o equivalente à metade do número de delegados e convidados credenciados e a capacidade estrutural da Conferência, assim como, o respeito à ordem de chegada estabelecida pela pré-inscrição.

Art. 13 – A representação dos Delegados representantes dos usuários inscritos na XI 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 XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro contará com uma Comissão Organizadora, cujas atribuições estão determinadas pelo art. 15 do RG, composta por membros do Conselho Municipal de Saúde e convidados, coordenados pelo Secretário Executivo do CMS, conforme dispõe o art. 27, XII, da Lei nº 5.104/2009.

Art. 15 – Os trabalhos da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro serão desenvolvidos através de painéis, mesas expositivas, grupos de trabalho e reuniões plenárias, distribuídos ao longo dos dias destinados à Conferência, por um programa de trabalho, organizado pela Comissão Organizadora.

Dos Grupos de Trabalho

Art. 14 – Os Delegados serão divididos em grupos de trabalho para discutir e formular propostas pertinentes à diretriz destinada ao grupo.

§ 1º Cada grupo de trabalho terá disponível uma diretriz escolhida pela primeira reunião plenária da XI Conferência Municipal e, até, cinco propostas, que poderão ser mantidas ou modificadas, referentes a ela, destinadas pelas conferências distritais de saúde.

§ 2º Cada grupo de trabalho deverá formular até 15 (quinze) propostas para a diretriz que lhe foi destinada.

§ 3º Das 15 (quinze) propostas referidas no parágrafo anterior, 10 (dez) deverão ter características de abrangência estadual e 5 (cinco) notoriamente ligadas às questões nacionais.

Art. 15 – Cada grupo de trabalho deverá escolher um Coordenador e um Relator para viabilizar o desenvolvimento das atividades.

§ 1º São atribuições do Coordenador do grupo de trabalho:

- I. controlar o tempo de intervenção de cada participante, garantindo o direito de expressão a todos;
- II. conduzir todo o processo de votação;
- III. colaborar com o relator na elaboração do relatório do grupo de trabalho;
- IV. registrar ocorrências, se necessário.

§ 2º São atribuições do relator do grupo de trabalho:

- I. organizar a lista de presença;
- II. elaborar relatório contendo as propostas aprovadas e reprovadas pelo grupo de trabalho;
- III. encaminhar o relatório, citado no inciso anterior, para a Comissão organizadora da XI Conferência ou a quem por ela for designado a receber.

Art. 16 – São consideradas atividades pertinentes aos membros dos grupos de trabalho:

- I. debater os assuntos encaminhados pela Comissão Organizadora da XI Conferência;
- II. elaborar e entregar ao Relator do grupo as suas propostas, sobre os temas previstos no presente artigo, escritas de forma clara e objetiva.

§ 1º Ao final dos debates, cada grupo de trabalho apresentará um relatório, contendo as propostas aprovadas.

§ 2º Para que sejam consideradas aprovadas pelo grupo, as propostas apresentadas deverão alcançar um mínimo de 50% + 1 (cinquenta por cento mais um) dos votos apurados entre os seus membros com direito de exercê-lo.

Art. 17 – A Comissão Organizadora da XI Conferência Municipal de Saúde indicará um facilitador para cada grupo de trabalho.

Art. 18 – Uma lista contendo o nome de todos os membros pertencentes ao grupo de trabalho, dividida pelas representações dos segmentos, deverá ser passada no grupo respectivo, para que seja assinada, na linha correspondente ao nome do participante, pelo próprio, objetivando a legitimidade das discussões.

Do Plenário

Art. 19 – O Plenário é a reunião dos Delegados que, dentro dos limites das normas pertinentes exerce, enquanto órgão, a soberania da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, competente para aprovar e encaminhar tais decisões à produção do relatório final da conferência.

Art. 20 – O Plenário será dirigido por componentes indicados pela Comissão Organizadora da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 21 – 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 encaminhadas que obtiveram o mínimo de 20% de assinaturas do número de credenciados como delegados participantes;
- IV. referendar a escolha dos representantes da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para as etapas estadual e nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde;
- V. referendar a escolha dos representantes dos segmentos para compor o Conselho Municipal de Saúde em sua gestão do quadriênio 2012-2015.

§ 1º Não serão apreciadas pelo Plenário propostas de assuntos pertinentes aos grupos de trabalho que, estes, não tenham sido aprovados.

Art. 22 – A Comissão Organizadora da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro apresentará as diretrizes advindas das conferências distritais de saúde para a reunião plenária do dia 24/09/2011.

PARÁGRAFO ÚNICO. O Plenário, através da maioria simples dos votos apurados, deverá escolher entre todas as diretrizes mencionadas no presente artigo, apenas, 7 (sete).

Art. 23 – A Comissão Organizadora da XI Conferência apresentará texto condensado, a partir dos relatórios dos grupos de trabalho, para discussão e aprovação na reunião plenária do dia 25/09/2009.

§ 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. 24 – 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. 25 – Adotar-se-á o critério de maioria simples nas votações da plenária para as deliberações, utilizando-se exclusivamente o crachá de delegado;

§ 1º A contagem dos votos se dará em primeira verificação por amostragem visual comparativa.

§ 2º Restando dúvida sobre o resultado apurado, nova aferição deverá ser imediatamente procedida com a contagem dos votos realizada por 3 (três) delegados indicados pela coordenação da mesa diretora da reunião plenária.

Capítulo VI DOS TEMAS

Art. 26 – Fazem parte do eixo temático para subsidiar a discussão a ser mantida pelos delegados da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:

I. Eixo Municipal: “SUS para todos – acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o Sistema de Saúde do Rio de Janeiro”:

a) Acolhimento com resolubilidade;

b) Acesso e garantia da continuidade do cuidado;

II. Eixo Nacional: “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”:

a) Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;

b) Participação da comunidade e controle social;

c) Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde).

Capítulo VII DAS ELEIÇÕES

Da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Art. 27 – No dia 25 de setembro de 2011, em momento a ser designado pela Comissão Organizadora da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, serão eleitos 220 (duzentos e vinte) Delegados, distribuídos paritariamente, para 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, de acordo com o art. 22, § 4º do Regimento Interno da 6ª Conferência, e, até, 66 (sessenta e seis) Suplentes, correspondente a 30% (trinta por cento) do número total de Delegados, conforme art. 28, § 2º da norma já citada.

§ 1º Os delegados previstos neste artigo serão escolhidos obedecendo à seguinte distribuição:

I. representantes do segmento dos Usuários – 110 Delegados;

II. representantes do segmento dos Profissionais de Saúde – 55 Delegados;

III. representantes do segmento dos Gestores/Prestadores de serviços de Saúde – 55 Delegados.

§ 2º Na medida do possível será resguardada a paridade prevista no art. 1º, § 4º da Lei nº 8.142/90, quanto à escolha dos Suplentes previstos neste artigo.

Art. 28 – Serão eleitos até 33 (trinta e três) Convidados do Município do Rio de Janeiro, correspondente a 15% (quinze por cento) do número total de Delegados, citados no artigo anterior, para participar da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, nos termos do art. 23, III e § 3º, do Regimento Interno da 6ª Conferência.

PARÁGRAFO ÚNICO. Na medida do possível será resguardada a paridade prevista no art. 1º, § 4º da Lei nº 8.142/90, quanto à escolha dos Convidados previstos neste artigo.

Da 14ª Conferência Nacional de Saúde

Art. 29 – No dia 25 de setembro de 2011, em momento a ser designado pela Comissão Organizadora, serão eleitos 48 (quarenta e oito) Delegados, 12 (doze) Suplentes e 7 Convidados, para participar da 14ª Conferência Nacional de Saúde, de acordo com o Anexo V do Regimento Interno da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, distribuídos paritariamente.

I. representantes do segmento dos Usuários – 24 Delegados e 6 Suplentes;

II. representantes do segmento dos Profissionais de Saúde – 12 Delegados e 3 Suplentes;

III. representantes do segmento dos Gestores/Prestadores de serviços de Saúde – 12 Delegados e 3 Suplentes.

Das Eleições do Colegiado do CMS

Art. 30 – No dia 25 de setembro de 2011, os Delegados das representações dos usuários, gestores/prestadores de serviço 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 no quadriênio 2012/2015, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 11 do RG.

PARÁGRAFO ÚNICO. As Entidades eleitas terão seus nomes apresentados na plenária do dia 25/09/2011.

Capítulo VIII DOS RECURSOS

Art. 31 – Os casos omissos do presente Regimento Interno serão resolvidos pela Comissão Organizadora da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 32 – As despesas necessárias à realização da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro correrão por conta de dotação orçamentária consignada da SMSDC, do CMS e de recursos de outras fontes.

Rio de Janeiro, 23 de setembro de 2011.

Vigésimo primeiro ano da Constituição do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

As Conferências Distritais de Saúde realizadas no município tiveram como metodologia de organização seu início a partir da aprovação pela plenária dos regimentos referentes a cada uma delas. As discussões locais serviram como base para as etapas municipal, estadual e nacional. A programação e a metodologia de organização dos grupos de trabalho foram elaboradas localmente, mantendo as suas peculiaridades. Todas as conferências, após aprovação das propostas, elegeram seus delegados à Conferência Municipal, assim como seus membros para a composição do novo mandato para o quadriênio 2012/2015.

CONFERÊNCIA DA AP 1

PRESIDENTE

Vera Lúcia Soares de Oliveira Silva

COMISSÃO ORGANIZADORA

Georgina/Henrique

Gilcelia

Lurdes Ferreira

Mauro da Silveira

Solange Belchior

Sueli Nuss

Vera Lúcia Soares

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 1

A conferência da AP 1, realizada nos dias 16, 17 e 18 de junho no Auditório do Hospital Municipal Souza Aguiar, foi a primeira das dez conferências realizadas. A abertura contou com a apresentação do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, Dr. Hans Dohmann, assim como de diversos representantes dos três segmentos de compõem o Conselho, além de convidados e representantes da sociedade civil organizada. A conferência teve a colaboração de alunos da UFRJ, coordenados pela Profª Angela Higino na execução da relatoria.

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 1

DIRETRIZ 1: Garantir recursos para a execução da totalidade dos programas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

PROPOSTAS:

1. Garantir, conforme as leis 8080/90 e 8142/90, os recursos necessários para que não haja interrupção nas ações de saúde, quando na mudança de governo se pretender implantar novos serviços de saúde, prejudicando os existentes ou em fase de conclusão, nas três esferas de Governo.
2. Gerar um sistema de auditoria com fundamentação legal, clara e objetiva, em cumprimento da lei 8080/90 e 8142/90, na perspectiva de impedir desvio de recursos para a privatização, garantindo que essa fiscalização seja pelo Tribunal de Contas dos municípios e os Tribunais da Justiça do Trabalho de cada estado, somente haja intervenção Federal caso envolva riscos federativos mantendo a matriz de planejamento da Constituição Federal do Brasil de 1988.
3. Gerar uma comissão fiscalizadora paritária, nos conselhos distritais e municipal de saúde, para acompanhar a prestação de contas de todos os programas financiados pelos SUS, de forma transparente e periódica, publicizando os dados apurados.

4. Alterar a lei de responsabilidade fiscal, permitindo a condição orçamentária voltada a implantação do plano de cargos, carreiras e salários, com reposição dos recursos humanos, respeitando o dispositivo legal que determina que o ingresso no serviço público se dê através de concurso público.

5. Resgatar todas as propostas do eixo orçamentário referendado nas últimas conferências municipais para a apreciação, aprovação e execução das mesmas.

Âmbito Estadual

1. Cadastrar o IASERJ no CNES e que a SMSDC faça o convênio para repassar os recursos dos atendimentos prestados pela unidade.

Âmbito Nacional

1. Incluir nos pactos da saúde, penalização para o gestor que não cumprir o plano/pacto de saúde.

DIRETRIZ 2: Organizar os serviços em rede hierárquica, divulgando amplamente para a sociedade.

PROPOSTAS:

1. Garantir recursos financeiros para dispor de espaço na mídia a fim de debater as ações de saúde, garantindo a divulgação para a população dos serviços oferecidos pelas unidades de saúde do município.
2. Garantir verba para que o município implante o HUMANIZA SUS na sua totalidade, garantindo educação, sensibilização e capacitação para todos os membros da equipe de saúde.
3. Criar mecanismos que garantam a divulgação da rede, atualizada em tempo real, sua hierarquização e oferta de serviços, de acesso a todos os profissionais de saúde, facilitando o uso da estratégia de referência e contra referência.
4. Revisar o SISREG na perspectiva de garantir maior resolutividade.
5. Garantir que a classificação de risco na porta de entrada seja realizada por profissionais de saúde qualificados e que para isso haja capacitações periódicas com avaliação do trabalho.

Âmbito Estadual

1. Garantir que haja articulação entre a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, no sentido da reabertura plena do Instituto de Infectologia São Sebastião.

DIRETRIZ 3: Ampliar e qualificar a participação da população nos espaços decisórios do SUS e divulgar as informações sobre o SUS e suas instâncias de controle social.

PROPOSTAS:

1. Alteração da atual lei municipal nº 5.104/09, retomando a autonomia do Conselho Distrital no que diz respeito a recursos para o seu funcionamento, tornando-o financeiramente independente do Conselho Municipal de Saúde (unidade orçamentária).
2. Implantação de colegiados paritários em todas as unidades de saúde do município, com vistas ao controle social, composto por gestores, usuários e profissionais de saúde.
3. Divulgar para os usuários em geral informações relativas ao SUS, seus direitos e obrigações e suas instâncias de controle social, nos meios de comunicação, disponibilizando material informativo nas unidades de saúde, escolas, associações de moradores e outros espaços sociais.

4. Disponibilizar no sítio eletrônico da prefeitura *link* do Conselho Municipal de Saúde, constando *links* para cada um dos Conselhos Distritais, disponibilizando todos os documentos produzidos nas instâncias de controle social, como as atas, deliberações, relatórios de credenciamentos, endereços, telefones e e-mails dos Conselhos Distritais e Municipal e agenda de reuniões dos conselhos e conferências.

5. Promover um processo de capacitação e educação permanente dos conselheiros para o melhor exercício do controle social.

DIRETRIZ 4: Estatizar e profissionalizar a gestão e os trabalhadores do SUS.

PROPOSTAS:

1. Cobrar a implementação nas 3 esferas de governos – Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).
2. Enquanto houver a terceirização dos trabalhadores do serviço municipal de saúde, dar o mesmo tratamento ao servidor público dado ao funcionário contratado incluindo: isonomia salarial e oportunidades de aperfeiçoamento na carreira, impedindo a exclusão do funcionário público.
3. Qualificar os profissionais de saúde em todos os níveis, nos conteúdos técnicos necessários ao desempenho das suas funções.
4. Instituir arcabouço jurídico que permita aos servidores públicos se integrarem à estratégia de Saúde da Família, tendo como base a NOB Rh do SUS de 2004, que trata da valorização do servidor, que permita ao servidor público inserir-se na ESF.
5. Convocar o banco de reserva dos concursos públicos realizados que ainda estão em vigência e realizar novos concursos para as categorias que não têm banco de reserva ou que o banco não é suficiente para atender as vacâncias (morte, exoneração e aposentadoria) e as novas vagas surgidas por conta da expansão na rede de serviço de atenção primária, média e alta complexidade.

DIRETRIZ 5: Garantir trabalho digno “organização internacional do trabalho (OIT)” na saúde e a educação permanente dos trabalhadores do SUS.

PROPOSTAS:

1. Qualificar os gestores na lógica da educação permanente com conteúdo teórico e prático que atendam a necessidade da área de saúde.
2. Reformar e reestruturar as unidades de saúde e adequá-las as novas demandas de trabalho da SMSDC como, por exemplo, para as unidades básicas, a carteira básica de serviços.
3. Melhorar e/ou implantar a conectividade nas unidades de saúde tanto no que diz respeito à internet, intranet e disponibilização de computadores.
4. Implantar prontuários eletrônicos em todas as unidades de saúde, conectados e com informações disponíveis ao nível central.

DIRETRIZ 6: Garantir a limitação do setor privado à complementaridade do SUS.

PROPOSTAS:

1. Garantir a permanência do servidor público na estratégia da saúde da família e a inclusão de novos servidores.

2. Garantir o ingresso no serviço de saúde municipal, estadual e federal exclusivamente por concurso público, onde considera-se na prova de títulos a experiência de trabalho exercido no SUS.

3. Garantir o papel dos Conselhos Distritais no acompanhamento dos contratos de parceria público-privado, concretizando as metodologias de fiscalização.

4. Ampliar os investimentos dentro do próprio setor público em equipamentos, tecnologia, contratação e capacitação dos profissionais e gestores.

DIRETRIZ 7: Organizar, integrar e articular a rede de serviços da AP 1, priorizando a territorialização da oferta.

PROPOSTAS:

1. Que a SMSDC apresente a proposta de organização da rede de serviços da AP 1 (pública e privada), com dados de capacidade instalada, número de consultas, quantidade de aparelhos e equipamentos, número de profissionais lotados e formas de acesso, considerando no território os moradores, os trabalhadores e os dados sócio-epidemiológicos dos mesmos. A apresentação dos dados solicitados será remetida à discussão e aprovação no CDS da AP 1, devendo tais dados ser encaminhado ao CDS até 10/12/2011.
2. Criar um manual impresso com o objetivo de publicizar os dados relativos ao acolhimento.
3. Que a SMSDC seja legalmente desvinculada da Defesa Civil em caráter de urgência e formule estratégias que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde prestados pelo município do Rio de Janeiro.
4. Criar, urgentemente, o Fórum de Gestores da AP 1, envolvendo o Município, Estado, a União e professores, estabelecendo reuniões quinzenais, devendo tal Fórum prestar contas de suas deliberações ao CDS.
5. Que o Centro Municipal de Saúde (CMS) Marcolino Candau e o Hospital Salles Netto sejam otimizados em suas capacidades plenas, sendo os serviços prestados mantidos nas funções que exercem.

Âmbito Estadual

1. Que Hospital São Sebastião seja imediatamente reativado como unidade de Saúde.
2. Que o Hospital Estadual Anchieta seja municipalizado e transformado em Policlínica para atender a comunidade do Caju.
3. Que o IASERJ seja otimizado e integrado à rede SUS, ofertando os 500 leitos que constituem sua capacidade plena.

Âmbito Nacional

1. Que a UFRJ reative e reestruture o Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) e o Instituto de Ginecologia integrando-os à rede SUS.
2. Que o Hospital dos Servidores do Estado (HSE) se integre à rede SUS, ofertando serviços ao Sistema de Regulação (SISREG) e participando dos Fóruns da AP 1 (Conselho Distrital e Fórum de Gestores).

CONFERÊNCIA DA AP 2.1

PRESIDENTE DO CDS AP 2.1

Maria José Peixoto

COMISSÃO ORGANIZADORA

Jeanine Sester

Lizomar Frutuoso

Maria Jose Peixoto

Marinete Almeida Nunes

Milton Lima

Patricia Canto Ribeiro

Paula Travassos

Vera Lucia da Silva

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 2.1

Ocorrida nos dias 11 e 12 de julho no Auditório do Hospital Federal da Lagoa, o evento contou com a presença de 137 representantes entre convidados e delegados de diferentes setores da Zona Sul. A mesa de abertura foi realizada com a presença de autoridades convidadas e teve prosseguimento com as mesas temáticas, onde foram apresentados os temas relativos à conferência. Em seguida, foram definidas as diretrizes estratégicas que passaram a ser as norteadoras das discussões nos grupos.

No dia 12 de julho, foram formados 7 grupos de trabalho para a discussão das propostas referentes às diretrizes:

- Garantir a integralidade e acesso em Saúde Bucal
- Garantir a integralidade e acesso em Saúde do Idoso
- Fomento à formação e à capacitação de profissionais de saúde
- Ampliar o acesso ao cuidado territorializado e integral em saúde
- Política de acessibilidade aos medicamentos
- Garantir o acolhimento com equidade
- Obrigação de reposição de profissionais

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 2.1

DIRETRIZ 1: Política de acessibilidade aos medicamentos.

PROPOSTAS:

1. Nome genérico para todos os medicamentos (obrigatoriedade).
2. Protocolos técnicos com comissão de farmácia terapêutica com sala de acolhimento na farmácia com dispensação.

DIRETRIZ 2: Garantir o acolhimento com equidade.

PROPOSTAS:

1. Implantação de acolhimento/classificação de risco para atendimento e/ou encaminhamento.
2. Qualificação e capacitação de profissionais para classificação de risco.

3. Garantir capacitação de profissionais nos diversos níveis de atenção, considerando as especificidades da população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais).

4. Garantir o acesso universal em todos os serviços de saúde, garantindo o atendimento/consulta e posterior encaminhamento para o serviço de saúde de referência.

5. Criar o título “Unidade acolhedora” onde todos os funcionários das UBS participariam de educação permanente para conscientização sobre acolhimento.

DIRETRIZ 3: Garantir a integralidade e acesso em Saúde Bucal.

PROPOSTAS:

1. Estímulo ao completo funcionamento dos CEOs (Centro de Especialidade Odontológica) instalando laboratórios de próteses, ortodontia e implantes (preventiva e corretiva).

2. Garantir contratação de ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) e TSB (Técnico de Saúde Bucal) para toda a odontologia da rede básica.

3. Contratação de prestação de serviços na iniciativa privada até a completa estruturação dos CEOs (Centro de Especialidade Odontológica).

DIRETRIZ 4: Garantir integralidade e acesso em Saúde do Idoso.

PROPOSTAS:

1. Ampliar o número de geriatras na rede.

2. Ampliar o número de Academias Cariocas.

3. Capacitação dos médicos da rede para a realização de toque retal.

4. Ampliação dos pólos de atendimento do idoso frágil com contratação de equipes especializadas.

DIRETRIZ 5: Fomentar a formação e capacitação de profissionais de saúde.

PROPOSTAS:

1. Ampliação das residências multiprofissionais de saúde da família e de medicina de família e comunidade.

2. Garantir que o município abra vagas para residência multiprofissional e em medicina da família.

3. Convênios com instituições de ensino com o Ministério da Saúde e Educação.

4. Garantir a pesquisa em atenção primária.

5. Garantir investimentos, privilegiando as formações e capacitações presenciais como residências de profissionais.

DIRETRIZ 6: Obrigação de reposição de profissionais.

PROPOSTAS:

1. Garantir o ingresso no serviço de saúde municipal, estadual e federal exclusivamente por concurso público, incluindo Agentes Comunitários de Saúde, onde considera a experiência de trabalho exercida no SUS.

2. Garantir a reposição de profissionais nas equipes de Saúde da Família em um prazo de até 15 (quinze) dias.
3. Fiscalização nas OS (Organizações Sociais) pelos Conselhos Distritais de Saúde quanto à reposição de profissionais.
4. Implementação nas três esferas de governo do Plano de Cargos e Salários.

DIRETRIZ 7: Ampliar o acesso ao Cuidado Territorializado e Integral em Saúde Mental.

PROPOSTAS:

1. Ampliar e criar consultórios de rua, agentes de redução de danos, para ampliar acesso e continuidade do cuidado dos usuários de álcool e outras drogas em especial o crack.
2. Qualificar e fortalecer ações de atenção à saúde mental na ESF (Estratégia de Saúde da Família): acolhimento e manejos básicos ao sofrimento mental do mais leve ao mais grave.
3. Substituição progressiva dos leitos de hospitais psiquiátricos por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e CAPS 3 (centro de atenção psicossocial – tipo 3) com realocação dos recursos.
4. Ampliar e qualificar o apoio matricial como estratégia da gestão do cuidado, envolvendo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CMS (Centro Municipal de Saúde / unidade mista) com ampliação de NASF (Núcleo de Apoio Saúde da Família).
5. Resgate dos grupos de recepção em todas as unidades que possuam serviço de saúde mental.

CONFERÊNCIA DA AP 2.2

PRESIDENTE DO CDS AP 2.2
Maria Alice Gunzburger Costa Lima

COMISSÃO ORGANIZADORA
Arminda Coutinho
Carla Nunes
Cibele Paes Leme
Conrado Norberto Weber Junior
Inês Ferreira de Abreu Deodoro
Maria Alice Gunzburger Costa Lima
Marlene Costa dos Santos
Mirian Gonçalves
Nilza Rosa dos Santos
Rosângela Maia Martins
Rosimere Maria Silva
Wilson José Coelho Matheus

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 2.2

Realizada nos dias 29 e 30 de junho, o evento teve abertura no Teatro Henriqueta Brieba e contou com a presença de 185 participantes, representantes de diferentes setores da área da Grande Tijuca.

A conferência teve início com a apresentação do Grupo Musical Feminino As Divas, acompanhado pelo cantor e compositor André Henriques, que encantou a todos com um espetáculo de música, dança e poesia. Após a apresentação artística, foi composta a mesa de abertura, que contou com a participação do Dr. João Marcelo Ramalho Alves (Coordenador dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro do Ministério da Saúde), Dra. Anamaria Schneider (Subsecretária Geral da SMSDC), Dr. Conrado Norberto Weber Junior (Coordenador Geral da CAP 2.2) e Maria Alice Gunzburger Costa Lima (Presidente do CDS da AP 2.2), que fizeram suas contribuições para o enriquecimento dos temas abordados pela Conferência.

No dia 30, a partir das 9h, foi realizado um café da manhã para 150 participantes, entre delegados e convidados na sede do CDS, na Rua Conde de Bonfim, 764. Em seguida, ocorreram as mesas temáticas:

- Acesso e acolhimento com qualidade, com resolutividade e garantia da continuidade do cuidado – Enf. Karla Araujo Maciel (H.F. Andaraí e CAP 2.2).
- Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios de integralidade, universalidade e equidade – Dr. Paulo Pinheiro (médico e vereador).
- Participação da Comunidade e Controle Social – Dr. David Salvador da Lima Filho (Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde).

Foram realizados 4 grupos de trabalho, com os seguintes temas:

- Política de expansão da Estratégia de Saúde da família na AP 2.2;
- Participação da Comunidade e Controle Social;
- Gestão do SUS e Regulação;
- Acesso com garantia da continuidade do cuidado e acolhimento com resolutividade.

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 2.2

DIRETRIZ 1: Expansão da Estratégia de Saúde da Família na CAP 2.2.

PROPOSTAS:

1. Implantação de ESF nas comunidades complexo do Andaraí, Complexo do Turano, Salgueiro e Vila Isabel.
2. Política de recursos humanos para a ESF valorização do servidor público municipal estatutário.
3. Implantação de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) na CAP 2.2.
4. Implantação e fortalecimento dos colegiados de gestão participativa.
5. Apoio à moção apresentada pela Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV – AICS.

DIRETRIZ 2: Acesso do Controle Social.

PROPOSTAS:

1. Capacitação do Controle Social quanto às formas de acesso nas Unidades de Saúde.
2. Criar veículo de comunicação, para o Controle Social, ágil, quanto às disponibilidades do SISREG.
3. Implementação do Cartão SUS para facilitar a fiscalização.
4. Criação de Conselho Gestor em todas as Unidades de Saúde.
5. Estimular a criação de associações de usuários nas Unidades de Saúde.

DIRETRIZ 3: Reestruturação da Participação do Controle Social no SUS.

PROPOSTAS:

1. Orientado pelas ideias da reforma sanitária e do pacto federativo, permitindo prerrogativas correspondentes à autonomia decisória, independência administrativa, autonomia econômico-financeira e poder normativo técnico.
2. Prioridade na organização local com políticas definidas de baixo para cima.
3. Interligação entre os Conselhos municipal, estadual e nacional.
4. Continuidade da política do controle social entre os Conselhos.
5. Condutas unificadas.

DIRETRIZ 4: Financiamento Direto da Esfera Federal para o Controle Social.

PROPOSTAS:

1. Distribuído com equidade.
2. Voltados para projetos e as necessidades estruturais e de funcionamento.
3. Observado o número populacional correspondente e o número de equipamentos de saúde instalados.

DIRETRIZ 5: Gestão do SUS/Regulação.

PROPOSTAS:

1. Investir e ampliar na oferta regionalizada de consultas e procedimentos priorizando a área de residência, principalmente na atenção primária e secundária.
2. Investir em informática na área de equipamentos, recursos humanos e capacitação dos profissionais envolvidos.
3. Quando a oferta de serviços e procedimentos especializados não for suficiente, fazer a contratualização de acordo com a legislação do SUS.
4. Ampliar a participação dos hospitais federais na integração com o que lhes é de competência: ambulatório especializado, assistência terciária e quaternária.
5. Considerando a complexidade do exame, consulta ou procedimento, estipular um prazo máximo para realização dos mesmos.

DIRETRIZ 6: Acesso com Garantia de Continuidade do Cuidado.

PROPOSTAS:

1. Investir e ampliar na oferta regionalizada de consultas e procedimentos priorizando a área de residência, principalmente na atenção primária e secundária.
2. Investir em informática na área de equipamentos, recursos humanos e capacitação dos profissionais envolvidos.
3. Quando a oferta de serviços e procedimentos especializados não for suficiente, fazer a contratualização de acordo com a legislação do SUS.
4. Ampliar a participação dos hospitais federais na integração com o que lhes é de competência: ambulatório especializado, assistência terciária e quaternária.
5. Considerando a complexidade do exame, consulta ou procedimento, estipular um prazo máximo para realização dos mesmos.

CONFERÊNCIA DA AP 3.1

PRESIDENTE DO CDS AP 3.1

Maria de Fátima Gustavo Lopes

COMISSÃO ORGANIZADORA

Cláudia Henrique da Silva
Jorge Luiz Novaes Saraiva
Maria de Fátima M. de Araújo
Nilza Pereira de Aguiar
Sérgio Clemente da Silva
Severino Lino de Oliveira
Valéria Gomes Pereira

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 3.1

Realizada nos dias 18, 19 e 20 de agosto, a Conferência Distrital da AP 3.1 encerrou o ciclo das conferências distritais. O evento aconteceu na Escola Nacional de Saúde Pública, com a presença de 285 participantes, e contou com uma Feira de Saúde, que disponibilizou as diferentes ofertas de serviços de saúde na área da AP 3.1, e uma apresentação com pacientes e familiares de usuários dos CAPS do local, com teatro, quadrilha musical, entre outras atrações.

A conferência foi oficialmente aberta com a presença do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, Dr. Hans Dohmann, do Coordenador dos Hospitais Federais, Dr. João Marcelo Ramalho, entre outras autoridades. Após a mesa de abertura, o Dr. Daniel Soranz proferiu a palestra sobre a Política de Saúde da cidade. O segundo dia foi reservado, na parte da manhã, às mesas temáticas:

- Políticas de Saúde na Seguridade Social, com o Dr. Pedro Lima (Assessor do Secretário Municipal de Saúde), Janira Rocha (ALERJ) e Carlos Henrique Mello Reis (Previdência Social).
- Gestão de SUS, com Dr. João Marcelo Ramalho (NERJ) e Anamaria Schneider (Subsecretária Geral da SMSDC).
- Acesso e Acolhimento no SUS, Modelos em Dissonância (UPA/ESF), Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde, com José Carlos Prado (Superintendente de Atenção Primária da SMSDC).

Os grupos ocorreram na parte da tarde, quando os participantes discutiram sobre as diretrizes e elaboraram as propostas, que foram apresentadas no último dia à plenária para aprovação. O encerramento ocorreu de forma festiva, com a apresentação do Grupo Potencial, que proporcionou a confraternização de todos.

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 3.1

DIRETRIZ 1: Participação da comunidade e controle social.

PROPOSTAS:

1. Criar colegiado gestor em todas as unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, regulamentados por lei, respeitando a paridade.
2. Garantir a participação do controle social na fiscalização dos contratos de gestão compartilhada.
3. Promover novos espaços de discussão e reflexão, bem como valorizar os já existentes para a participação e controle social das políticas públicas de saúde com todos os atores envolvidos.
4. Flexibilizar a legislação referente aos critérios de credenciamento de entidades junto ao conselho, para diminuir as exigências e promover a inclusão das mesmas.

5. Modificar a regulamentação referente ao credenciamento das unidades públicas de saúde, deixando de exigir o CNPJ e passando a exigir o CNES para participação nas conferências de saúde, com o objetivo de aumentar o número de conselheiros, respeitando a paridade.

DIRETRIZ 2: Continuidade do cuidado, como forma de melhoria da qualidade de vida.

PROPOSTAS:

1. Ampliação da rede de cuidados com a implantação de dispositivos que se articulem e garantam a continuidade da atenção como:
 - a) “Academia Carioca” e/ou atividades físicas orientadas em todas as unidades de saúde garantindo o acompanhamento da saúde do idoso e a supervisão por profissional de educação física;
 - b) Serviço de atendimento domiciliar em função da diminuição do tempo de permanência nos hospitais de pacientes que demandem cuidados especiais (SAD, PAD, PADI);
 - c) Implantar programas de promoção à saúde, tais como de alimentação saudável, práticas integrativas, educação popular em saúde com intuito de formar e qualificar a população para a participação no controle social nas políticas públicas de saúde, terapia comunitária, tabagismo, alcoolismo e outras drogas na atenção primária, visando melhorias na qualidade de vida;
 - d) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad), residências terapêuticas e a criação de leitos em hospitais gerais.
2. Qualificação dos profissionais da rede em relação à continuidade do cuidado como forma de melhoria da qualidade de vida.
3. Articular os processos de trabalho entre as equipes de saúde da família e as contratadas pela secretaria de educação para atuar no programa saúde na escola (PSE).
4. Ampliar divulgação dos serviços territoriais de saúde pública e saúde mental e qualificação dos profissionais da rede para o acolhimento dos usuários e suas famílias.

DIRETRIZ 3: Acolhimento com resolutividade como política de acesso ao SUS.

PROPOSTAS:

1. Garantir e ampliar os canais de comunicação e informação para o usuário ter acesso à hierarquização do atendimento.
2. Promover a discussão da melhoria dos processos de trabalho, buscando a co-responsabilidade dos diferentes atores envolvidos na busca de soluções de problemas locais.
3. Elaborar processos e protocolos de avaliação e monitoramento, através de indicadores de análise de serviços, com definição de fluxo de atendimento, plano de trabalho e divulgação das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde.
4. Ampliar a divulgação do conceito de acolhimento, preconizado pela Política Nacional de Humanização como uma ferramenta resolutiva e não como exclusividade da porta de entrada respeitando as diversidades sexuais, religiosas, étnicas e sociais.
5. Garantir a integralização da rede, fortalecendo e viabilizando o funcionamento dos TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde) com definição das competências e políticas comuns integradas da atenção hospitalar e atenção primária.

DIRETRIZ 4: Acolhimento com resolutividade como política de acesso ao SUS.

PROPOSTAS:

Âmbito Local

1. Garantir e ampliar a rede de saúde mental na AP 3.1 com a criação de CAPSad e CAPSi.
2. Definir número mínimo e máximo das famílias cobertas por agente comunitário em nível de município para melhor definir o território.
3. Garantir a entrada do SAMU nas comunidades da AP 3.1.
4. Garantir a assistência pré-natal em todas as unidades básicas de saúde, bem como a garantia de parto com qualidade, dentro da AP 3.1.

DIRETRIZ 5: Gestão do SUS (Financiamento, Pacto pela Saúde, Gestão de Pessoas, Relação Público x Privado)

PROPOSTAS:

1. Plano de Cargos, Salários e Carreiras para todos os profissionais do SUS.
2. Proposta de política de reposição de recursos humanos somente através de concurso público para regime jurídico único estatutário e, quando houver necessidade, contratação de funcionários estabelecendo tempo de contratação em edital.
3. Ampliar o número de CERESTs(Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) no município do Rio de Janeiro e a qualificação do atendimento ao trabalhador na atenção primária, bem como implantar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador da Saúde.
4. Garantir a implementação dos NASFs e demais equipamentos que contenham equipe multiprofissional, de forma a proporcionar atendimento integral, como proposto pelo SUS.
5. Definição do repasse de recursos estaduais para Atenção Primária dos municípios e ampliação do orçamento da União para a Saúde para 11%.

Âmbito Local

1. Estabelecer formação voltada para o SUS, dentro das graduações.
2. Garantir educação permanente para os profissionais das unidades de saúde.
3. Aposentadoria para todos os trabalhadores de saúde ao completar 25 anos de trabalho insalubre.
4. Implantação de no mínimo duas Clínicas de Famílias na Maré.
5. Ampliar o acesso do SAMU em comunidades carentes e redefinição do fluxo no que se refere a emergências psiquiátricas e redução do tempo de espera.
6. Garantia de referências para as UPAs.
7. Periodicidade de Seminários de Saúde Municipais de dois em dois anos.
8. Garantir que as ações de saúde não sejam interrompidas ou extintas com a mudança de governo, sem avaliação do controle social.
9. Dotação de verba para que os conselhos de saúde disponham de um espaço na televisão para discutir saúde com a população.

10. Realizar seminários envolvendo os segmentos Saúde, Educação, Segurança e Assistência Social abordando os principais problemas dos adolescentes, inclusive uso e abuso de álcool e outras drogas.

11. Garantir as residências multiprofissionais como instrumento de formação qualificada de profissionais para o SUS, tanto na assistência como na gestão.

12. Política de prevenção de álcool e outras drogas em todas as escolas públicas e privadas e organizações civis, com formação de profissionais de saúde de atenção básica em escolas técnicas de saúde para realizar a prevenção.

DIRETRIZ 6: Modelo em dissonância (UPA/PSF) – gestão do sistema de trabalho e educação em saúde.

PROPOSTAS:

1. Garantir a expansão da cobertura da ESF no Município do Rio de Janeiro com:
 - a) Implantação na proporção de uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde família.
 - b) Garantir que os profissionais da estratégia ESF sejam qualificados para a melhor resolução de suas atribuições.
2. Que o Conselho Municipal acompanhe e fiscalize a implantação das UPAs para que estas ocorram de acordo com a portaria 1.020/2.009 art. 6ª parágrafo 2º, inciso IV, referente a, no mínimo, 50% cobertura de ESF na área de abrangência da UPA. Sendo esta exigência cumprida em, no máximo, dois anos.
3. Implantar a política de transporte solidário nas comunidades, que se define como a cessão de transporte para a transferência de paciente para unidades de saúde, quando necessitem de tratamento em unidades externas.
4. Desenvolver o processo de educação permanente dos profissionais da ESF, com base nas necessidades identificadas no território, através do diagnóstico das condições de vida e situação de saúde, com programação, planejamento e vigilância em saúde.
5. Que as instalações para o serviço de saúde sigam o que está preconizado pelas normas técnicas citando, como exemplo, a construção de UPAs em containeres, com exposição de riscos para a saúde do trabalhador.

CONFERÊNCIA DA AP 3.2

PRESIDENTE

Maria Angélica de Souza

COMISSÃO ORGANIZADORA

Adriana Wiermann
Américo Francisco Oliveira
Carlos Alberto Policeno
Carlos Barbosa
Claudia Nastari de Paula
Maria Angélica de Souza
Maria Auxiliadora Ozdian
Manoel João de Santana
Waldir Gonçalves de Souza

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 3.2

O evento teve início no dia 11 de agosto de 2011, com a participação de 156 participantes, sendo 120 delegados, e os demais convidados e observadores. A mesa de abertura da conferência contou com a participação do Subsecretário de Atenção Primária, Dr. Daniel Soranz, da Coordenadora da área, Dra. Claudia Nastari, e da Presidente do Conselho Distrital de Saúde, Maria Angélica de Souza. Após o discurso de abertura, proferido pela Sra. Maria Angélica de Souza, foi franqueada a palavra à Dra. Claudia Nastari e ao Dr. Daniel Soranz, passando, em seguida, ao discurso de abertura, feito por Maria Angélica Souza, após as falas da Dra. Claudia Nastari e do Dr. Daniel Soranz. Ao final, a mesa de abertura foi desfeita e a Presidente Maria Angélica deu como aberta a Conferência Distrital de Saúde da AP 3.2, convidando o Secretário Executivo do Conselho Municipal, David Salvador, para a leitura do Regimento, que foi aprovado pela plenária por unanimidade.

Seguindo a programação, houve a primeira palestra, sobre o tema “Política de Saúde na Seguridade Social, segundo os princípios da Integralidade, Universalidade e Equidade”, proferida pelo Dr. Valmir Pessanha Pacheco. Na sequência, foi apresentada a segunda palestra com a temática “Acesso e acolhimento na Saúde Mental”, proferida pelo Dr. Leonardo Araújo de Souza e pela Dra. Daniela Albrecht. Após o intervalo para o almoço, teve início a terceira palestra proferida pelo Dr. Sérgio Catão sobre o tema “Acesso e Acolhimento – Participação da Comunidade e Controle Social”.

Encerradas as palestras, os delegados e convidados foram distribuídos em quatro grupos de trabalho com o objetivo de apresentar propostas para a Conferência Municipal de Saúde por meio das Diretrizes previamente escolhidas.

No dia 12 de agosto o evento contou com a presença de 126 participantes. Os trabalhos foram iniciados com a apresentação das propostas elaboradas pelos grupos, que foram submetidas à aprovação dos delegados.

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 3.2

DIRETRIZ 1: Saúde do Homem.

PROPOSTAS:

1. Investir em campanhas educativas que sensibilizem o homem adulto e adolescente a cuidar de sua saúde.
2. Ampliar a oferta de serviços da atenção secundária, voltadas à saúde do homem.

3. Garantir políticas intersectoriais – educação, saúde, cultura – que possibilitem ações de promoção e prevenção da saúde do homem: campanhas educativas na escola para adolescentes, investimento na mídia, elaboração de materiais educativos etc.

4. Ampliar turnos de atendimento na atenção básica objetivando garantir o acesso do homem trabalhador.

DIRETRIZ 2: Saúde do Idoso.

PROPOSTAS:

1. Garantir, através de educação permanente, treinamento de todos os profissionais de saúde da Atenção Básica em saúde do idoso.
2. Garantir ao idoso participação plena em espaços de convivência, através de reuniões de grupos, visando integração, interação e socialização.
3. Treinar os idosos através desses espaços de trabalho e convivência, para que os mesmos possam adquirir mais autonomia, gestão e melhoria na sua qualidade de vida.
4. Mobilizar e capacitar os idosos como multiplicadores, através desses espaços de trabalho e convivência, para adquirirem mais autonomia, gestão e melhoria na sua qualidade de vida.
5. Garantir ao idoso a realização de todos os exames complementares, inclusive os de saúde bucal, necessários ao acompanhamento de sua saúde;
6. Ampliar o projeto “Academia Carioca” e ATI’s em todo o município do Rio de Janeiro.
7. Garantir um núcleo de Idoso Frágil em cada AP.

DIRETRIZ 3: Sistema de Regulação.

PROPOSTAS:

1. Que o sistema de regulação municipal garanta a execução dos procedimentos e consultas solicitados através do SISREG III (Central de Regulação) num prazo máximo de 30 dias.
2. Os procedimentos e consultas não marcados no prazo de 30 dias a partir das solicitações deverão ser agendados em serviços contratualizados pela SMSDC.
3. Que o sistema de regulação municipal garanta leitos para internação num prazo máximo de 24 horas a partir da indicação dos profissionais dos serviços de emergência. Para os pacientes com solicitação de internação das unidades básicas, o atendimento deverá ser em tempo compatível, obedecendo a classificação de risco, com o horário de funcionamento da unidade solicitante.
4. Que o sistema de regulação municipal de ambulâncias garanta o envio imediato de viaturas para remoção dos usuários, com vagas já garantidas em outras unidades.
5. Que todas as unidades federais, estaduais e universitárias façam parte do sistema de regulação municipal, obedecendo as normas estabelecidas pela contratualização com relação à oferta, em sua totalidade dos procedimentos, consultas e internações.

DIRETRIZ 4: Saúde do Trabalhador.

PROPOSTAS:

1. Melhoria na qualidade do atendimento à saúde do trabalhador e sensibilização aos trabalhadores readaptados.

2. Exame periódico anualmente no mês subsequente ao gozo das férias.
3. Garantir ao trabalhador melhores condições de trabalho, através de recursos materiais permanentes e insumos necessários ao seu cotidiano de trabalho, e garantir a implementação do PCCS aos servidores do município do Rio de Janeiro, para estabelecer uma melhor qualidade de vida.
4. Melhoria na qualidade do atendimento à saúde dos trabalhadores pelo SUS.
5. Ampliação dos NUSAT's – um para cada Área Programática.
6. Garantir o acompanhamento psicossocial aos trabalhadores readaptados do município do Rio de Janeiro.

DIRETRIZ 5: Saude Mental / Política de Cuidados aos Dependentes Químicos / Reabilitação.

PROPOSTAS:

1. Estimular e potencializar os espaços de controle social para que se cumpra o que é votado em conferência, garantindo financiamento e recursos para as propostas.
2. Garantir recursos para financiamento de projetos de capacitação/instrumentalização e educação permanente para todos os profissionais de saúde, a fim de possibilitar o acesso dessa população vulnerável (os portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas) a todos os serviços de saúde.
3. Ampliação de recursos humanos dos serviços de saúde mental: CAPS II, CAPSad, CAPSi e ambulatórios.
4. Garantir meios de transporte que não sejam restritos aos profissionais, para que as unidades de saúde mental possam realizar o trabalho territorial.
5. Promover a rediscussão com as secretarias de transporte sobre a especificidade no uso do RIOCARD e VALE SOCIAL pelos usuários de saúde mental, entendendo que o tratamento inclui não só o acesso às unidades de saúde, mas também o acesso à cultura, lazer etc. (utilizando, como exemplo, o vale-idoso, que não tem restrições).
6. Garantir recursos para o financiamento e ampliação de projetos de redução de danos e abordagem de usuários de drogas dentro das comunidades de alta vulnerabilidade, coordenado pelo CAPSad de referência.
7. Criação de unidades de acolhimento transitório, conforme política do MS para os usuários de álcool e drogas em crise, que estejam em estado de extrema vulnerabilidade e risco, sob orientação e regulação do CAPSad de referência.
8. Criação de ponto de acolhimento intersetorial, sem pernoite, destinado a acolher, promover escuta e criação de vínculos com os usuários de álcool e drogas, assim como promover acesso do usuário ao cuidado em saúde.
9. Implantação e financiamento de CAPS III.
10. Implantação e financiamento de residências terapêuticas de alta complexidade.
11. Implantação imediata de leitos de atenção integral aos usuários de saúde mental/AD em hospitais gerais, conforme diretrizes do MS e aprovação pelo Plano Municipal de Saúde.

CONFERÊNCIA DA AP 3.3

PRESIDENTE

Josias Correa de Arruda Filho

COMISSÃO ORGANIZADORA

Alexandre Alves Modesto
 Dilma Gladys Silva de Medeiros
 João Dionísio Medeiros
 José Cosme dos Reis
 Josias Correa de Arruda Filho
 Madalena de Almeida De Oliveira
 Margarida Maria Azambuja Frouf
 Maria da Paz Amâncio da Silva
 Sandra Regina de Oliveira
 Silvia Regina Barbosa
 Sonia Maria Fernandes dos Santos
 Vania de Cássia de Araújo Dutra

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 3.3

Ocorrida nos dias 5 e 6 de agosto na Associação Comercial e Industrial de Rocha Miranda, o evento contou a participação do Coral Brasil Estrelas da Melhor Idade na execução do Hino Nacional. Em seguida, o Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, Dr. Hans Dohmann, fez a palestra de abertura sobre os avanços e desafios da política de saúde do município. Na sequência, houve a apresentação da mesa temática abordando os temas:

- “Acesso e garantia da continuidade do cuidado” – André Luís Andrade Justino (Coordenador da Linha do Cuidado da SMSDC).
- “Política de Saúde na Seguridade Social, seguindo os princípios da integralidade, universalidade e equidade” – Rosangela Miródio da Silva Caruso (Assistente Social do INSS).
- “Participação da Comunidade e Controle Social” – Dra. Vânia de Cassia de Araújo Dutra (Assistente Social do CMS Alice Tibiriçá e professora da Universidade Veiga de Almeida).

No final do dia ocorreu a premiação “Enfermeiros Edma e Marcos Valadão”, que contemplou: Lígia Lago e Sônia Maria F. dos Santos (segmento Profissionais de Saúde), Anésio de Freitas e José Cosme dos Reis (segmento Usuários), os parlamentares Cristiane Brasil (Vereadora e Secretária da Secretaria de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida – SESQV) e Rejane de Almeida (Deputada Estadual e Enfermeira). Também foram contempladas as entidades parceiras CEASA e Mercado de Madureira, e como personalidades na área da Saúde, destaque para Hans Fernando Rocha Dohmann e Orlando Tavares. As atividades do dia foram encerradas com a participação da Banda Renato Ritmos, que brindou a todos com um baile de confraternização.

O segundo dia da conferência foi reservado às atividades dos grupos de trabalho.

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 3.3

DIRETRIZ 1: Acesso e garantia da continuidade do cuidado

PROPOSTAS:

1. Para garantir o acesso ao cuidado integral:

- a) Toda unidade de saúde deve ter seu plano de acolhimento definido e disponibilizado para a população;
- b) Todo usuário que procurar a unidade de saúde deve ser acolhido no mesmo dia, avaliado com base em critérios de avaliação de risco, vulnerabilidade e nível de sofrimento, baseado em protocolos, para definição de prioridade e resposta à sua necessidade, o que pode resultar em consulta no mesmo dia ou não;
- c) Rever a relação médico x nº de usuários na ESF;
- d) Garantir que, na coordenação das agendas, a relação de demanda espontânea e demanda programada seja equilibrada a julgar pelo estudo de demanda;
- e) Garantir o uso sistemático da ficha de gerenciamento do acolhimento para que haja estudo da demanda e avaliação do processo de trabalho;
- f) Implementar o protocolo de enfermagem junto ao COREN para ampliar o nível de autonomia e resolutividade das ações desempenhadas;
- g) Expandir horário de funcionamento das unidades básicas de saúde até às 20h, a julgar pela necessidade de cada território;
- h) Esclarecer a população sobre o papel da unidade de atenção básica/primária, as formas de acesso, através da gestão da sala de espera, mídia impressa, mídia áudio-visual, rodas de conversa na comunidade;
- i) Adequar ambiência das unidades para melhorar a acessibilidade;
- j) Priorizar promoção e divulgação da educação permanente para os profissionais de saúde;
- k) Priorizar e ampliar o PSF em toda a área considerando a densidade populacional e baixa cobertura da AP 3.3.

2. Garantir que todos os núcleos internos de regulação (NIR) tenham acesso às vagas disponíveis no SISREG para redução do tempo de espera de consultas e exames; regionalizar a regulação de consultas e exames.

3. Fortalecer os fóruns de rede coordenados pela atenção Primária, com participação de todos os equipamentos de saúde da área.

4. Os financiamentos e ações de saúde não devam ser interrompidos com as mudanças de governo sem avaliação do controle social.

5. Para garantir o cuidado integral da mulher:

- a) Defesa e implantação da política nacional de atenção integral à saúde de todas as mulheres;
- b) Ampliar e qualificar a divulgação e implementação do planejamento do familiar;
- c) Ampliação da rede de atendimento a mulher, inclusive nos casos de aborto;
- d) Redução da mortalidade materna com a capacitação dos profissionais de saúde (Educação Permanente);
- e) Ampliação do quantitativo de CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), em todo o município do Rio de Janeiro.

DIRETRIZ 2: Acolhimento com resolutividade.

PROPOSTAS:

1. Ampliar a cobertura de serviços e equipes de saúde nos territórios, bem como a geração de recursos que possibilitem o acolhimento de acordo com os princípios de integralidade do SUS, priorizando as áreas de menor IDH.

2. Garantir equipes mínimas qualificadas para o acolhimento do usuário e continuidade do cuidado, de acordo com os princípios da carteira de serviços da SMSDC e protocolos do Humaniza SUS.

3. Aumentar a autonomia do enfermeiro e capacitar auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) como garantia de resolutividade no acolhimento.

4. Estabelecimento de protocolos que viabilizem o atendimento do usuário em sua unidade de referência, e facilitem a comunicação entre as unidades, garantindo a continuidade da assistência e um acolhimento seguro.

5. Valorizar o servidor público e garantir o seu acesso através da melhoria dos vínculos trabalhistas existentes, com reflexo na qualidade do acolhimento.

DIRETRIZ 3: Política de saúde na seguridade social segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade.

PROPOSTAS:

1. Exclusão das OS nas unidades de saúde, tendo em vista que elas ferem os princípios do SUS.

2. Incremento, efetivação e fiscalização na lei de proteção a infância e a adolescência como medidas preventivas, através de ações que ofereçam suporte bio-psico-social.

3. Criação de unidades acolhedoras com educadores e assistência multidisciplinar de saúde, contemplando famílias de baixa renda – para crianças de 4 a 10 anos.

4. Implementação de políticas públicas de valorização do servidor, incluindo suas lutas específicas, como PCCS.

DIRETRIZ 4: Participação da comunidade e controle social.

PROPOSTAS:

1. Palestras com a participação da comunidade organizada pelos CDS e amplamente divulgadas. Estabelecer um calendário anual abrangendo as escolas e outros espaços da região.

2. Palestras sobre o aspecto legal do Controle Social, com observação de que todas as propostas ficarão sob a responsabilidade do Conselho Distrital de Saúde em agendar.

3. Prestação de contas da CAP de forma detalhada sendo feita semestralmente.

4. Ações socioeducativas realizadas pelo Conselho que deverão ser arcadas pelo Conselho Municipal de Saúde e também poderão ser patrocinadas pela CAP e demais parcerias.

DIRETRIZ 5: Gestão do SUS.

PROPOSTAS:

1. Garantir que a seleção de Recursos Humanos do SUS seja exclusivamente por concurso público.

2. Regulamentação imediata da Emenda Constitucional nº 29.

CONFERÊNCIA DA AP 4

PRESIDENTE

Azaury Monteiro de Alencastro Graça Junior

COMISSÃO ORGANIZADORA

Adelton Gunzburger
Antonio Rodrigues
Aparecida Guimarães
Claudia Prates
Helder Constantino
Ignácio de Loyola
Leda Cezar
Neusa Barreiros
Regina Juliani
Rosimara Rocha
Sandra Rosa
Tânia Libanio

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 4

A Conferência Distrital de Saúde da AP 4 foi realizada no dia 23 de julho no Centro de Referência Helio Fraga. A comissão organizadora optou por realizar a conferência em um único dia, por entender que esta poderia ocorrer de forma objetiva. O evento contou com a presença de 78 participantes entre os 3 segmentos e convidados. A programação teve início com duas mesas temáticas: a primeira com foco no eixo de discussão local, e a seguinte abordando o tema do Acolhimento, numa referência à proposta nacional. A parte da tarde, foi destinada aos grupos, onde foram discutidas as propostas referentes às diretrizes priorizadas pela plenária.

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 4

DIRETRIZ 1: Carteira de Serviços.

PROPOSTAS:

1. A qualidade do serviço deve ser avaliada baseada nos serviços que já são oferecidos, e não pelo carterômetro.
 - a) Passando pelo entendimento de que existem limitações da ordem dos recursos humanos, materiais e físicos para cumprir a carteira de serviços.
2. Adequação das unidades de saúde em função do cumprimento da carteira de serviços.
 - a) Investimento maior em capital humano da saúde, vis-à-vis a educação permanente/qualificação e reciclagem dos profissionais.
 - b) Reposição da força de trabalho.
 - c) Reforma das unidades e investimento tecnológico das unidades.
3. Garantir a execução de concurso público para quadro efetivo de profissionais, a médio prazo, de forma que os investimentos acerca de qualificação e construção de vínculos não sejam perdidas por conta da temporalidade das contratações.
 - a) Liberação de concurso público.
4. Fortalecimento das relações interinstitucionais, visando a garantia de fato da Integralidade.
 - a) Realizando investimento em recursos de comunicação (telefone, internet) para facilitar e agilizar o diálogo em atenção ao usuário.

5. Estabelecer parcerias com instituições formadoras para formar profissionais generalistas com intuito de adequar a inserção vide a reorientação do modelo ESF.

6. Incentivar a realização das rodas de conversas da educação permanente.

DIRETRIZ 2: Garantir a continuidade e a qualidade do cuidado com resolutividade.

PROPOSTAS:

1. Promover integralidade e a intersetorialidade das ações nos diversos ciclos de vida dos usuários.
2. Continuar as políticas de saúde nas três esferas de governo, sem interferência com as mudanças de governos.
3. Estimular a permanência dos profissionais de saúde na unidade como forma de manter o vínculo com os usuários e lotar RH e adequar o espaço físico de acordo com a implantação de novas ações.
4. Garantir o acesso à assistência farmacêutica, integrando as três esferas do governo.
5. Garantir acesso à alta complexidade (UTI, UTI Neonatal, Unidade Coronariana etc.) com garantia do transporte sanitário.
 - Classificar os riscos ocupacionais nas unidades de saúde e avaliações periódicas da saúde dos profissionais de saúde nas três esferas do governo.
 - Garantir acesso às práticas integrativas e complementares, na continuidade do cuidado.
 - Criar rede CAPS em todas as APs, seguindo a portaria ministerial.
 - Ampliar o acesso aos métodos diagnósticos na saúde da mulher e do homem.
 - Garantir alimentação para os usuários que se deslocam para procedimentos fora do seu território (mais de 100 km).

DIRETRIZ 3: Aperfeiçoamento do SISREG para melhoria do atendimento ao cidadão(ã).

PROPOSTAS:

1. Gerenciar continuamente o SISREG, analisando as diversas estatísticas de produção de resultados efetivos para realimentar o próprio sistema, objetivando o seu máximo desempenho no atendimento à sociedade.
2. Integrar as UPAs ao SISREG como solicitante e fornecer ao usuário cópia do agendamento.
3. Criar um sistema operacional que possibilite o acesso à marcação na atenção básica via telefone e/ou internet.
4. Possibilitar o acesso do usuário ao SISREG via internet.
5. Treinar profissionais para o SISREG, para operacionalizar com rapidez e correção o sistema.

DIRETRIZ 4: Aperfeiçoar o combate a doenças transmitidas por vetores ambientais através de ações de educação em saúde.

PROPOSTAS:

1. Intensificar o combate a Dengue e doenças oriundas de vetores ambientais através da inclusão de disciplina obrigatória na grade curricular do ensino fundamental e médio.
2. Aprofundar ações intersetoriais de educação em saúde, buscando articulações com outros setores da sociedade, como ONGs, escolas e mídias em geral.
3. Monitorização constante de possíveis focos de Dengue e outros vetores em locais considerados de risco.
4. Priorização de incentivos nos programas já existentes de conscientização de combate a focos de dengue, como o Programa de Educação Ambiental.
5. Realizar visitas domiciliares para todas doenças de notificação compulsória.

CONFERÊNCIA DA AP 5.1

PRESIDENTE

Ludugério Antonio da Silva

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ângela Maria Resende de Miranda

Cláudio Marques da Cruz

Dorquilina Augusta Maria Rodrigues de Oliveira

Heloisa Helena Ximenes

Ivanilde Braga Marinho

José Antônio Gonçalves Rodrigues

José Thomaz da Conceição

Luciene Deluca Ferreira Ferraz

Ludugério Antonio da Silva

Maria de Fátima Santos dos Santos

Mônica de Araújo Viana Nunes Giffon

Neise Conceição Ramos Villar

Simone Rodrigues da Costa

Sônia de França Rodrigues

Tatiane Caldeira dos Santos de Salles

APOIO

Antonio Francisco de Souza

José Carlos Cabral

Maria José Barbosa Bezerra

Oswaldo Farias de Sales

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 5.1

Foi realizada nos dias 30 e 31 de julho na Faculdade Simonsen em Padre Miguel. A programação contou com uma apresentação da Banda de Música da Guarda Municipal, que brindou os convidados e delegados com um repertório que agradou a todos. Foram montados estandes para esclarecimentos de atividades de saúde como Práticas integrativas e complementares, Ouvidoria, Cobertura Vacinal e NASF. Após a apresentação musical, foi composta a mesa de abertura com a presença de autoridades e com a participação do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, Dr. Hans Dohmann. Com objetivo de esclarecer a plenária e possibilitar a realização dos grupos, o primeiro dia foi destinado às mesas temáticas com apresentações técnicas dos temas propostos. As mesas temáticas foram: O Controle Social na Aplicação de um SUS Efetivo; Acesso, Qualidade e Assistência; e Indicadores de Mortalidade Materno Infantil na AP 5.1. Os grupos se reuniram no segundo dia de conferência, quando buscaram apresentar propostas objetivas referentes aos temas propostos.

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 5.1

DIRETRIZ 1: Qualificar o sistema de regulação para garantir o acesso e o acolhimento em todos os níveis de assistência em saúde.

PROPOSTAS:

1. Prover recursos para que as unidades tenham os núcleos internos de regulação funcionando em todos os horários de funcionamento da unidade e que garanta o atendimento presencial.
2. Delegar competência às unidades executoras para que façam as suas marcações em todas as especialidades, independente dos motivos.
3. Vincular o recebimento de verbas dos fundos de saúde a oferta de serviços a regulação via SISREG.

4. Regionalizar os procedimentos respeitando o CEP, quando for possível.

5. Descentralizar a regulação das ambulâncias.

DIRETRIZ 2: Acolhimento em todas as Unidades de Saúde das três esferas de governo e garantir o seu atendimento imediato quando se tratar de uma urgência ou emergência, quando não encaminhar e orientar através de impressos para a sua unidade de referência.

PROPOSTAS:

1. Garantir a inserção do paciente nas unidades de referência conforme a sua necessidade e disponibilidade do corpo técnico.
2. Promover seminários de discussões constantes entre gestores, profissionais de saúde, líderes comunitários e usuários sobre o acesso e acolhimento nos serviços de saúde.

DIRETRIZ 3: Reestruturação da Participação do Controle Social no SUS.

PROPOSTAS:

1. Orientado pelas ideias da reforma sanitária e do pacto federativo, permitindo prerrogativas correspondentes à autonomia decisória, independência administrativa, autonomia econômico-financeira e poder normativo técnico.
2. Prioridade na organização local com políticas definidas de baixo para cima.
3. Interligação entre os Conselhos municipal, estadual e nacional.
4. Continuidade da política do controle social entre os Conselhos.
5. Condutas unificadas.

DIRETRIZ 4: Financiamento Direto da Esfera Federal para o Controle Social.

PROPOSTAS:

1. Distribuído com equidade.
2. Voltados para os projetos e as necessidades estruturais e de funcionamento.
3. Observado o número populacional correspondente e o número de equipamentos de saúde instalados.

DIRETRIZ 5: Gestão do SUS/Regulação.

PROPOSTAS:

1. Investir e ampliar na oferta regionalizada de consultas e procedimentos priorizando a área de residência, principalmente na atenção primária e secundária.
2. Investir em informática na área de equipamentos, recursos humanos e capacitação dos profissionais envolvidos.
3. Quando a oferta de serviços e procedimentos especializados não for suficiente, fazer a contratualização de acordo com a legislação do SUS.
4. Ampliar a participação dos hospitais federais na integração com o que lhes é de competência: ambulatório especializado, assistência terciária e quaternária.
5. Considerando a complexidade do exame, consulta ou procedimento, estipular um prazo máximo para a realização dos mesmos.

CONFERÊNCIA DA AP 5.2

PRESIDENTE

Jorge Luiz Mateus

COMISSÃO ORGANIZADORA

Abisaf Leite
Andréa da Silva
Andreolina Marinho
Cândida M. S. Serrão
Cláudio de M. Carvalho
Dulce M. Vasconcellos
Edy Terezinha da Silva
Elean P. David
Eliane Teixeira Rangel
Elisabete Valadão
Jorge Luiz Mateus
Katsuê Kosaka
Sílvia Renata J. Muniz
Sônia Nascimento
Suely B. Mateus

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 5.2

O evento, realizado nos dias 8, 9 e 10 de julho no Sindicato dos Professores de Campo Grande, contou com a presença de cerca de 130 participantes, representantes de diferentes setores da Área Programática 5.2. A conferência teve sua abertura no primeiro dia, onde foi apresentada, pelas autoridades que compuseram a mesa, uma explanação do tema principal da conferência. Após a abertura oficial, houve uma apresentação musical para a platéia presente. O segundo dia foi reservado à apresentação das mesas temáticas: Acolhimento com resolutividade; Acesso e Garantia de Continuidade do Cuidado (Regulação); Academia Carioca; e Saúde Mental. Na parte da tarde, foram realizados os trabalhos de grupo, que tiveram continuidade no último dia. No encerramento houve uma apresentação cultural, com show de música.

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 5.2

DIRETRIZ 1: Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

PROPOSTAS:

1. Garantir atendimento clínico nos hospitais gerais e unidades de saúde para pacientes com transtornos mentais.
2. Garantir a regulação de vagas de internação para os hospitais municipais, estaduais, federais, universitários e conveniados do SUS, com a criação de uma central única de regulação.
3. Vincular o recebimento de recursos dos fundos municipais, estaduais e nacional de saúde à efetiva oferta de serviços à regulação via SISREG.
4. Garantir a regulação da totalidade de vagas para consultas de especialidades e procedimentos de média e alta complexidade disponíveis nas três esferas de governo, incluindo os universitários, permitindo a disponibilização a todos os municípios de forma equânime.
5. Fortalecimento das redes de atenção primária, secundária e terciária, garantindo a longitudinalidade da assistência, com lotação de RH, adequação predial, insumos e equipamentos.

6. Garantir visibilidade de oferta de serviços regulados na rede, através da divulgação da disponibilidade no site da prefeitura com *link* de fácil identificação.

7. Criar fórum de pactuação de fluxos de regulação local e fórum municipal, com participação de todas as APs.

DIRETRIZ 2: Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

PROPOSTAS:

1. Implantar todos os serviços da carteira da atenção primária de saúde, garantindo recursos materiais e humanos para todas as unidades de atenção primária.
2. Ofertar assistência especializada dentro das áreas programáticas, conforme necessidade territorial com complementação do quadro de especialistas das policlínicas.
3. Integrar em um fórum todos os setores públicos, a fim de formar parcerias fortalecendo as ações intersetoriais.
4. Revisar a grade de medicamentos para sua ampliação e inclusão de novas tecnologias.
5. Criar leitos psiquiátricos nos hospitais gerais para adultos e crianças.
6. Instalação de “Plano Médico Substituto (Curinga)” para suprir eventuais carências de profissionais médicos faltosos nas unidades de Clínica da Família, por motivos diversos (licenças, férias ou faltas simples).

DIRETRIZ 3: Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática.

PROPOSTAS:

1. Garantir o cuidado psicossocial do usuário de drogas, através da construção de CAPSad por Área Programática.
2. Garantir assistência ao portador de leishmaniose, enfocando diagnóstico, tratamento e educação permanente.
3. Garantir o antídoto adequado para tratamentos de pacientes que sofrerem picada por animais peçonhentos nos hospitais.
4. Implantação do Pólo de Atendimento ao Idoso Frágil com o PADI.

DIRETRIZ 4: Qualificação da assistência, valorizando a humanização do cuidado.

PROPOSTAS:

1. Garantir o acesso de todos os níveis assistências de atendimento às mulheres vítimas de violência.
2. Ampliar os investimentos locais em educação permanente para todos os profissionais, através de parcerias com instituições de ensino, pesquisa e extensão.
3. Ampliação da oferta de serviço considerando a necessidade da população local.
4. Gestão participativa visando à organização dinâmica dos fluxos de atendimento e serviços oferecidos à população.

DIRETRIZ 5: Valorização da Ambiência como facilitador do processo de trabalho.

PROPOSTAS:

1. Adequação dos espaços físicos para atender ao novo modelo de acolhimento em todos os serviços.

2. Garantir lotação de profissionais de todas as categorias de acordo com as necessidades de cada unidade para atuar no acolhimento.
3. Garantir a participação do usuário na discussão do modelo de acolhimento da unidade, sendo que a indicação da participação do usuário seja feita pelo usuário, e não pela indicação dos profissionais.
4. Implantação de segurança nas unidades pela Guarda Municipal do Rio de Janeiro.
5. Plano de reestruturação física das unidades básicas de saúde junto ao plano gestor.
6. Investir na melhoria contínua das condições de trabalho e atendimento na área da AP 5.2.

DIRETRIZ 6: Investimento em infraestrutura como garantia dos recursos locais.

PROPOSTAS:

1. Garantia de recursos tecnológicos e de informatização para todos os serviços.
2. Ampliar o Programa Clínica da Família, com adequação de estrutura física e aporte de recursos humanos para realização de todas as atividades, com qualidade.
3. Revisar e divulgar a grade de medicamentos para ampliação e inclusão de novas tecnologias.
4. Criação do ponto eletrônico para as unidades de saúde da SMSDC.
5. Garantir que o Programa de Saúde da Família funcione com adequação de estrutura física e aporte de recursos humanos para todas as atividades.
6. Implantação de UPA no território de Guaratiba.
7. Implantar imediatamente ESF nas seguintes comunidades: Village das Mangueiras, Jardim Moricaba, Nossa Senhora das Graças, Serrinha, Paçuaré, Jardim Anápolis, Inhoaíba, em área próxima ao Instituto Ana Gonzaga (Campo de futebol em frente à praça), Coqueiros (em espaço público próximo ao ponto final da linha de ônibus 825), Piraquê e Caroba.
8. Retomada dos investimentos em adequações físico-estrutural das unidades de saúde da CAP 5.2.

DIRETRIZ 7: Encaminhar para o Relatório Final da Conferência Distrital de Saúde da AP 5.2 as propostas de interesse do segmento dos profissionais de saúde.

PROPOSTAS:

1. Melhorar o atendimento aos servidores públicos no Serviço de Perícia Médica do Município do Rio de Janeiro.
2. Implantar de forma imediata a Gratificação Diferenciada para profissionais em atividade na AP 5 do Rio de Janeiro, incluindo os atuantes no PSF.
3. Implementar, de forma imediata, o Plano de Cargos, Carreiras e Salários na Prefeitura do Rio de Janeiro.
4. Facultar a opção de escolha dos bancos de relacionamento ofertada aos servidores públicos municipais.
5. Incorporar ao vencimento a totalidade da Gratificação de Produtividade.
6. Criação de Núcleo de Saúde ocupacional do servidor.
7. Expandir o benefício do vale refeição para todos os profissionais de saúde, em conformidade com a carga horária das respectivas categorias profissionais.

8. Expandir o benefício do vale transporte para todos os profissionais de saúde, em conformidade com a carga horária das respectivas categorias profissionais.

9. Criação de pólos regionais que atendam as áreas de abrangência dos planos de saúde do servidor com a garantia de atendimento em caráter de urgência e emergência 24h.

10. Garantia de atendimento humanizado e de qualidade por parte dos planos de saúde dos servidores da Prefeitura.

11. Concurso imediato para o quadro permanente do município para todas as categorias com legitimidade e transparência do processo seletivo.

CONFERÊNCIA DA AP 5.3

PRESIDENTE

Eduardo Nunes de Lima

COMISSÃO ORGANIZADORA

Claudia Márcia Cordeiro dos Santos

Cristiana Xavier

Débora Cristiane Souza Franco

Eunice Vieira Francisco

Geraldo Batista de Oliveira

Getúlio Gomes da Rocha

Gilberto Nicácio Aragão

Luiz Carlos Bessa do Sacramento

Maria das Graças Alves Souza

Maria das Graças Finamore

Marília dos Santos Lourenço

Roberta dos Santos Cândido

Ronaldo José Azevedo

Ronaldo Peixoto Martins

Sônia Aquilino Castilho

Werther da Silva Aromovski

APOIO

Ana Carla de Mattos

Cássia Silva

Orlando Barreto

Alunos da FAETEC

CONFERÊNCIA DISTRITAL DA AP 5.3

Realizado nos dias 2 e 3 de julho de 2011, na FAETEC, no Largo do Bodegão, em Santa Cruz, o evento contou com a presença de 230 participantes, dentre eles delegados, convidados, observadores e autoridades locais e do município. A Conferência teve sua abertura no dia 2 de julho, com a apresentação da Comissão Organizadora. Logo após, a mesa de abertura composta por autoridades e a seguir a mesas que trataram dos seguintes temas: Acolhimento nos Serviços de Saúde; Política de Saúde na Seguridade Social segundo os princípios da Integralidade; Universalidade e Equidade; Participação da Comunidade; Controle Social; Gestão do Sistema Único de Saúde; Apresentação do Perfil de Saúde da AP 5.3; Apresentação do Projeto do Hospital Municipal Pedro II; Funcionamento das UPAs. Após o almoço passou-se para os grupos de trabalho. No dia 3 de julho houve a apresentação dos trabalhos dos grupos. O encerramento contou com a apresentação do Grupo Teatral da Vigilância e Saúde.

DIRETRIZES E PROPOSTAS DO CDS DA AP 5.3

DIRETRIZ 1: Acolhimento.

PROPOSTAS:

1. Criar o título "Unidade Acolhedora" onde todos os funcionários das UBS participariam de educação permanente para conscientização sobre acolhimento.
2. Reativar e garantir o transporte programado para os usuários agendados que tenham necessidade especiais no município do Rio de Janeiro.

3. Ampliação da rede de serviço e qualificação dos profissionais para acolher e tratar drogadictos, como a re-teração do cumprimento das propostas feitas em conferências anteriores que visa a construção de CAPSad, priorizando a necessidade de cada área.

4. Fazer cumprir o direito de acolhimento e informação do usuário nas unidades de saúde.

DIRETRIZ 2: Pacto pela saúde, relação público x privado.

PROPOSTAS:

1. Criar mecanismos eficazes de monitoramento e controle no repasse dos recursos utilizados pelos operadores do plano de saúde, através de um sistema de regulação capaz de dar transparência na relação pública x privado, tendo como ação norteadora a implementação e utilização efetiva do cadastro único de saúde (cartão SUS).
2. Socializar a discussão do pacto pela saúde a nível local através dos espaços dos colegiados gestores e conselho distrital de saúde, visando socializar as informações referentes ao pacto pela saúde.
3. Gerenciar de forma única o SUS, em âmbito regional, pondo fim à disputa de poder entre os três entes federados, definido o papel e as atribuições de cada ente federado, com a participação efetiva do controle social.
4. Publicar os pactos pela saúde e os relatórios de avaliação dos mesmos através das mídias informativas (redes sociais, TV, rádio, imprensa), possibilitando a garantia e comprometimento de que as ações pactuadas não sejam interrompidas.
5. Fortalecer a rede de serviços públicos de saúde com a manutenção das políticas e benefícios aplicados atualmente ao agente público de saúde, assim como a implementação de políticas de cargos, carreiras e salários que contemplem a produtividade e o desempenho com critérios aprovados pelos agentes públicos e controle social.

DIRETRIZ 3: Participação da comunidade e controle social.

PROPOSTAS:

1. Criação do Conselho Gestor nas unidades de saúde.
2. Instalação das Academias Cariocas em todas as unidades de saúde.
3. Garantir aos conselheiros curso de capacitação em gerenciamento e gestão em saúde, como custeio de passagem, alimentação para esse fim e integração entre os conselhos de saúde com formação originada da base local.
4. Garantir viaturas para os serviços do controle social.
5. Mudança da Lei 8.142/90 para que proporcione o financiamento do controle social diretamente do governo federal

DIRETRIZ 4: Política de saúde na seguridade social.

PROPOSTAS:

1. Reformar as unidades de saúde e ampliar o acesso de acordo com a proximidade residencial do usuário.
2. Integrar os serviços públicos com as secretarias, promovendo uma melhor qualidade de vida no que se refere ao saneamento básico e ao acesso a essas unidades de saúde.
3. Cumprir o que já foi aprovado em conferencia anterior em relação à implantação na área da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, da Faculdade de medicina direcionada a capacitar profissionais na área de saúde que possa suprir as necessidades locais, fixação de 5 anos para cada médico formado, fornecendo bolsa

integral para os estudantes da região. Aproveitar o espaço da UEZO conforme diário oficial para implantar o curso de medicina.

4. Garantia da implantação do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) em todas as unidades de saúde.

DIRETRIZ 5: Serviços de Urgência/Emergência na AP 5.3.

PROPOSTAS:

1. Ampliar o número de leitos no âmbito de saúde das três esferas do governo (Municipal, Estadual e Federal), garantindo a regulação de todas as vagas e otimizando o tempo de remoção do usuário.

2. Aumentar a oferta de ambulância em função da distância, considerando a extensão de território do município do Rio de Janeiro.

3. Garantir o acesso do atendimento clínico de urgência e emergência do paciente psiquiátrico, oferecendo leitos, se necessário.

4. Ampliar e agilizar a oferta de exames de alta complexidade, com a avaliação de especialistas.

5. Reduzir o tempo de espera para internação de dependente químico para aproveitar a motivação do momento.

DIRETRIZ 6: Gestão do Sistema de Trabalho e Educação em Saúde.

PROPOSTAS:

1. Garantia de dois profissionais técnicos de enfermagem por Equipe de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

2. Apresentar de forma transparente em reunião dos CDS a avaliação das comissões fiscalizadoras das OS e também as de relação pública privado ao usuário do sistema (reuniões específicas dos conselhos).

3. Garantia de prazo para marcação de consultas e/ou procedimentos no sistema de regulação.

4. Propor um programa de custeio de bolsas de estudo de medicina para moradores das AP 5.1, 5.2 e 5.3 com a contrapartida do beneficiário de permanência de 5 anos de serviços prestados nas unidades de saúde da rede municipal destas áreas.

5. Garantia da educação permanente das equipes nas UBS, para melhoria da escuta qualificada aos usuários.

XI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

PLENÁRIA

Nos dias 23, 24 e 25 do mês de setembro de 2011 foi realizada a XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no Teatro Mário Lago, situado no Colégio Pedro II, no bairro de São Cristóvão. Os participantes foram recepcionados por um grupo de servidores da Coordenação de Educação em Saúde/SPS que realizou um trabalho de acolhimento, registrando em fotos a reação desses pelo grupo acolhedor. Também foram realizadas pequenas entrevistas em vídeo dos participantes, sendo registradas as suas percepções e opiniões sobre a temática da Conferência. Por fim, no estande da Promoção da Saúde, os participantes foram convidados a escolher uma ilustração dos postais e escrever o que a imagem lhe inspirava sobre a temática da Conferência e sobre o SUS, sendo montado um varal com estas folhas. Participaram desta atividade os servidores João Marcio Perrota C. de Lima (Educador em Saúde), Kátia Mara M. Moreira (Educador em Saúde), Aline M. de Barros (Educador em Saúde), Monique Miranda (CES/SPS/Subpav/SMSDC-RJ) e Clenilde Lima (CES/SPS/Subpav/SMSDC-RJ). A Conferência contou ainda com uma feira organizada pelas dez Coordenadorias de Planejamento, onde cada uma disponibilizou aos participantes as diferentes ofertas de serviço de saúde, além de outras atividades oferecidas aos usuários, como alimentação natural, shiatsu, massoterapia, entre outros.

A abertura iniciou-se na sexta-feira, 23/09/2011, com a leitura do Regimento Interno, em mesa composta pelo Sr. Jorge Luis Mateus, o Sr. Roque Pereira da Silva representantes do segmento de Usuários do CMS, o representante do segmento dos Profissionais de Saúde do CMS, Sr. Paulo Murilo de Paiva e o Sr. David Salvador de Lima Filho, Secretário Executivo do CMS. Após a leitura e a aprovação do RI, foram chamados para compor a Mesa Diretora, o Presidente do CMS e Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Dr. Hans Dohmann; representando o Secretário Estadual de Saúde, Dr. Sérgio Cortes, o Subsecretário de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, Dr. Alfredo José Monteiro Scaff; representando o Conselho Nacional de Saúde, Sra. Rosângela Santos; representando a Diretoria Geral do Colégio Pedro II, Sra. Vera Maria Rodrigues; o Chefe do Setor de Supervisão do Serviço de Saúde Escolar, Sr. Alfredo Antônio.

Após a execução do Hino Nacional Brasileiro, o Dr. Hans Dohmann iniciou seu pronunciamento dizendo que mais uma vez tinha o prazer de realizar a abertura do movimento mais democrático do SUS, a Conferência Municipal de Saúde. Declarou aberta a Conferência, com a certeza de que teriam dois grandes dias de debates e trocas de idéias, sempre com muito respeito de todas as partes, com o objetivo de construir um SUS melhor para todos no Rio de Janeiro.

Em continuidade, o Sr. Alfredo Antônio, Chefe do Setor de Supervisão do Serviço de Saúde Escolar iniciou suas colocações dando boas-vindas a todos em nome da Diretora Geral do Colégio Pedro II e que sempre poderiam dispor dele para realizarem as conferências, pois era um grande prazer. A seguir, a Representante do Conselho Nacional de Saúde, Sra. Rosângela Santos cumprimentou a todos dizendo que dias melhores poderiam vir a partir do momento que a sociedade civil se organizasse em movimentos como esse para a discussão da saúde pública em nosso país; que esse é um direito que devemos exercer, principalmente à luz do orçamento público.

Destacou a discussão da Emenda nº 29, a importância do foco dos Delegados para discussões de políticas públicas no sentido coletivo, para que qualquer unidade do SUS no país pudesse atender aos seus usuários, independente do problema que ele tivesse; que todos os profissionais da saúde, de todas as áreas, também deveriam unir-se nesta luta. Ressaltou a importância da constante atualização dos Conselheiros. Encerrou, agradecendo a todos.

Em seguida, o Subsecretário de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, Dr. Alfredo José Monteiro Scaff, iniciou suas colocações cumprimentando a todos; disse que, em nome do Secretário Sérgio Cortes, gostaria de ressaltar a importância dessas conferências, informando que a Conferência Estadual de Saúde ocorrerá de 24 a 27 de outubro de 2011 e esperava que todos conseguissem de fato discutir as bases para as próximas décadas do SUS. Encerrou agradecendo a todos.

Foi passada novamente a palavra para o Dr. Hans Dohmann, que saudou os componentes da Mesa e aos demais presentes; reiterou a importância das conferências como um exemplo de democracia; que durante o seu trajeto para a conferência, fez uma análise do que foi discutido e acordado na última conferência. Ressaltou o aumento de 500% na cobertura primária, o aumento de 100% na capacidade de pronto atendimento só em nível municipal, o aumento do número de internações hospitalares, o fato da rede SUS do Rio de Janeiro viver hoje seu momento de menor mortalidade hospitalar, na casa de 6%, índice apresentado no Relatório de Gestão ao CMS. Disse que aqueles que apoiavam e frequentavam o CMS tinham ciência destes números, diferente daqueles que não apoiavam e iam muitas vezes aos jornais faltarem com a verdade. Citou o amadurecimento da convivência democrática do controle social com a Secretaria de Saúde; que todas as formalidades do CMS foram cumpridas, todos os relatórios estavam em dia, todas as informações solicitadas foram prestadas, não só ao CMS quanto ao Tribunal de Contas do Município. Apontou o avanço de investimentos, que chegaria no próximo ano aos 100% com relação aos valores recebidos por essa gestão. O aumento de internações na rede municipal, a diminuição de internações gerais na cidade, ocorrida certamente devido à estratégia preventiva atuante. A queda de mortalidade materna e infantil e cardiovascular. Reiterou a melhora do diálogo com todos os setores da sociedade e com respeito de todas as partes, que se dispuseram a fazê-lo; que as divergências de opiniões eram comuns dentro de um espaço democrático. Destacou ainda, o aumento de servidores públicos até o final desta gestão. Agradeceu a todos os que participavam do SUS, como também aos membros do CMS e a todos os participantes do controle social em geral; que certamente aprimoraram o diálogo democrático e a construção coletiva através daqueles que realmente estavam comprometidos em contribuir para melhorar o sistema, e não aqueles que estariam indo aos jornais contando inverdades e jogando uns contra os outros, tentando tumultuar os avanços. Desejou a todos uma ótima conferência.

A Promotora do Ministério Público Estadual, Dra. Anabele Macedo Silva, foi convidada a compor a mesa e iniciou suas colocações registrando a criação de mais quatro Promotorias da Saúde no Estado do Rio de Janeiro, sendo duas aqui na Comarca da Capital e duas na região metropolitana, em Duque de Caxias e São Gonçalo. Disse que as pessoas que acompanhavam no dia-a-dia e não apenas através de notícias de jornais, sabiam que esta era uma luta de mais de dois anos para o desmembramento da Promotoria; destacou a relevância para todos que atuavam no sistema de saúde, pois passariam a contar com mais quatro profissionais atuando na defesa da sociedade e do SUS. Relatou que já foram realizadas quatro audiências públicas com a participação dos Conselhos e, com essa divisão, iriam poder atuar de forma mais abrangente. Descreveu a divisão dessas Promotorias, onde uma cuidaria da rede hospitalar estadual e da Atenção Primária de determinadas APs; outra da rede hospitalar e Atenção Primária de outras APs; e outra cuidaria da saúde mental e prisional e da Atenção Primária na zona oeste; encerrou sua participação, agradecendo a todos.

Em seguida, foi composta a mesa para apresentação do Painel “Avanços e Desafios para garantia do Acesso e Acolhimento com Resolutividade” com a participação do Sr. Jorge Luis Mateus e do Dr. Alfredo Scaff (SES), que iniciou suas colocações destacando que, primeiramente, tinham que combater qualquer forma de limites de portas e cancelas nas unidades de saúde. Que hoje tentavam construir Unidades referências de acolhimento para que a população pudesse ser atendida com dignidade. Desde que o SUS foi implementado a partir dos anos 90, o “como fazer” já estava explicitado, e que todos os que batalhavam pelo SUS desde o início sabiam o quanto isso era complexo e difícil de ser feito; que era necessário construir um sistema que organizasse esse acesso e acolhimento, trabalhando junto à população para garantir as urgências e emergências de forma regulada e organizada. Destacou que, em todas as suas apresentações, fazia questão de mostrar a Constituição e o Artigo 196, que versava sobre a saúde como direito de todos e dever do Estado. Informou que na véspera havia sido discutida e aprovada na Câmara dos Deputados a Emenda 29, desde 2001 em debate no Congresso. Não havia como manter um sistema de saúde sem discutir o aumento de recursos; que o Brasil tinha uma despesa total com a Saúde na ordem de 8% do PIB e na área pública a despesa ficava na ordem de 4% do PIB. A despesa *per capita* por volta de 800 dólares e a despesa pública em torno de 300 dólares. Sobre o financiamento de serviços ou sistemas universais de saúde, era importante que a maior quantidade destes financiamentos se desse com serviços públicos, a exemplo de países como a Noruega e Estados Unidos. Não havia sistema universal com financiamentos majoritariamente acontecendo no setor privado, isto é, dos planos de saúde, e que quando compramos medicamentos os gastos são feitos do bolso do cidadão e não na área pública. No município do Rio de Janeiro, um pouco mais da metade das

pessoas possuíam planos de saúde, mostrando a desigualdade destes financiamentos; sendo o SUS dito “para todos”, deveria ser planejado pensando em 100% da população, mesmo que alguns cidadãos se dispusessem a estar financiando sua saúde, contratando um plano ou usando diretamente os serviços do setor privado. No Município do Rio de Janeiro os dados revelavam uma evolução orçamentária da saúde de 2008 a 2010 com significativo incremento do financiamento na Atenção Básica, saindo de uma cobertura de 3,5% para 25%, de acordo com do Ministério da Saúde; colocou a importância da boa estruturação dos postos de saúde para que a população tivesse confiança e vontade de utilizá-los. Citou a frase “A Atenção Básica é a ordenadora do cuidado da saúde”. Afirmou que não tínhamos outra opção para o SUS, pois se voltássemos a discutir o modelo centrado em hospitais, emergências e especialidades, isto não tinha como ser pago pela sociedade brasileira. O Ministério da Saúde tinha um conjunto de políticas para fortalecer e implementar a Atenção Básica no país e que devíamos perseguir ao máximo com esse objetivo, esse aumento de 3,5% para 25% em três anos era importante e significativo e que esperava que os 100% fossem atingidos no prazo previsto. Quanto ao Estado do Rio de Janeiro, relatou que foi feito um trabalho no final de 2009 de co-financiamento para fortalecer a Atenção Básica nos demais municípios do Estado; que hoje, 88 dos 92 municípios estariam dentro deste programa, atingindo quase 15 milhões de habitantes. Esse financiamento era utilizado principalmente para a melhoria da infraestrutura das unidades de saúde e capacitação. O município ao aceitar esses recursos, se comprometia a ser avaliado por indicadores, como por exemplo, cobertura de tuberculose, número de consultas de pré-natal e outros; que neste período de 2010 foram realocados do Estado para os Municípios cerca de 55 milhões de reais. O Estado também estava trabalhando com os municípios na linha do co-financiamento da Atenção Hospitalar, através do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior, trabalhando num primeiro momento com municípios de até 115 mil habitantes a um custo de, até o ano passado, 50 milhões de reais. Em 2011, uma segunda versão deste programa foi para os hospitais do interior que faziam o atendimento regional com uma verba de 30 milhões de reais para que esses recursos fossem utilizados na infraestrutura, melhoria de salários dos servidores, capacitação e outros; relatou que numa primeira avaliação, esses recursos haviam sido muito bem aplicados. Disse que, também, na linha do co-financiamento, entraram os medicamentos, saindo em 2006 praticamente do zero e chegando em 2010 num crescente de cerca de 40 milhões de reais para co-financiar a assistência farmacêutica no Estado. Quanto aos equipamentos que o Estado ainda possui, entre hospitais, clínicas e até unidades básicas de saúde em processo de municipalização, nesse período entre 2006 a 2010, o volume de internações hospitalares triplicou com um aumento expressivo do número de leitos, praticamente o dobro, como também os leitos de UTI que aumentaram em duas vezes e meia. As tomografias, os números são bastante expressivos, pois passaram de 18 mil para 156 mil; houve também a implantação de ressonâncias magnéticas, com 18 mil ressonâncias/ano; partos saíram de 16 mil para 19 mil, com melhoria de equipamentos como o Hospital Heloneida Studart, referência em hospital de alta complexidade e partos de risco; quanto às cirurgias cardíacas pediátricas, informou que realizavam somente quatro a cinco cirurgias/mês, passando para mais de 190 cirurgias até o início de 2010, com índices de sucesso de primeiro mundo. O Hospital Dona Lindu, em Paraíba do Sul, referência em traumatologia e cirurgias de alta complexidade em ortopedia. O Riofarms atende mais de 21 mil pacientes/mês, com a distribuição de 1,4 milhões de medicamentos.

Quanto à questão do acesso ao SUS, Dr. Scaff enfatizou a necessidade do planejamento e regulação; que sem planejamento não há como saber o que era necessário em termos de equipamentos e estruturas de saúde. Equipamentos sem regulação perdem a potência e ficam extremamente comprometidos, acarretando filas e outros. Dentro da proposta de planejamento, o Estado juntamente com os Municípios numa grande parceria com o COSEMES (Conselho dos Secretários Municipais do Estado do Rio de Janeiro) enfrentou a complexidade e a dificuldade de realizar uma PPI (Programação Pactuária Integrada) no Estado. A última PPI no Estado era de 2001, portanto, não havia uma programação sobre os serviços de saúde, qual a disponibilidade, quantidade e custos para poder programar os recursos da alta e média complexidade do SUS. Reiterou a importância da regulação, tanto para o SUS quanto para o setor privado, pois garantia o acesso, organizava a oferta e subsidiava o planejamento. No Estado estavam vivendo há três meses um processo de co-gestão das nove Centrais Regionais de Regulação. Na saúde, a regulação não é oferta e demanda, pois existem as necessidades que devem intermediar. O grande desafio é compreender que a partir das necessidades se criaria a oferta necessária e a devida organização dessas demandas. Quanto à questão do acolhimento, por definição, “acolhimento” é reconhecer o que o outro fazia como legítimo e sua necessidade de saúde, deven-

do sustentar as relações das equipes de serviços e usuários. Isso se faz através de escuta qualificada, realizada por cada profissional de saúde no dia-a-dia, ouvindo quem precisa e tentando assumir o cuidado desse paciente, resolvendo dentro dos limites de cada equipamento de saúde a situação de saúde daquele usuário.

Quanto aos desafios e perspectivas, salientou que o Estado do Rio de Janeiro é hoje, o estado que mais traz investimentos do país, ultrapassando São Paulo e Minas Gerais. Como desafios principais, poderia citar: aumentar o volume de co-financiamento da atenção básica, qualificando-a, finalizar a PPI, implementar e fazer funcionar de fato os complexos reguladores municipais, atualização e manutenção de todos os sistemas do Ministério da Saúde que hoje controlam o sistema, avaliação e controle fortalecidos na Secretaria Estadual de Saúde, para que consigamos diminuir as desigualdades e iniquidades do sistema no Estado como um todo.

Colocou ainda que a Rede Cegonha seria uma proposta de reestruturação do Ministério da Saúde, como uma forma de reorganização do cuidado às redes prioritárias. A Presidente Dilma, juntamente com o Ministro Padilha, estariam trabalhando com cinco redes prioritárias para essa gestão: a Rede Cegonha, para cuidar da gestação e puerpério, a Rede de Urgência/Emergência, a Rede de Álcool, Crack e outras drogas, a Rede do Câncer, com prioridade para o câncer de mama e colo de útero e uma Rede de Reabilitação; informou que o Estado do Rio de Janeiro era o estado que estava mais avançado no país em relação à Rede Cegonha. Encerrou sua apresentação com os agradecimentos de praxe.

O dia teve o encerramento com a apresentação do Teatro de Revista Científica e Cultural – Retreta do Apocalipse.

O segundo dia, sábado, 24/09/2011, teve os trabalhos iniciados com a formação da Mesa “Participação do Controle Social”, coordenada pelo profissional de saúde, Sr. Paulo Murilo de Paiva que convidou os palestrantes: Sra. Rosângela Santos, do Conselho Nacional de Saúde; Sr. Nereu Lopes, profissional de saúde, membro do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e um dos articuladores do Conselho Nacional de Saúde e o Dr. João Marcelo, representante do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro que deu início à palestra dizendo que achava essencial o controle social na maior política pública de saúde, pois a saúde era a maior ferramenta de inclusão social que existia no mundo. Num país de abrangência continental como o Brasil, com suas várias culturas e diferenças geográficas, existiam várias realidades diferentes, mas que precisavam pensar num sistema único de saúde igualitário para todos os cantos do país. Não havia outra forma de se conseguir isso se não fosse com o amplo apoio da sociedade e que era através do controle social que isso acontecia. Sempre orientou aos Conselhos que participassem de todas as atividades e apontassem os gestores em todas as dificuldades para que, em conjunto, pudessem evoluir na resolução dos problemas. Destacou a importância de serem feitas discussões mais técnicas buscando informações para uma discussão mais qualificada; citou a notícia desta semana, na qual a Controladoria da União verificou algumas irregularidades em alguns hospitais. Foi diretor do Hospital do Andaraí e uma das pessoas que solicitou essa auditoria. Com relação ao Andaraí, todas as informações e questionamentos foram atendidos; que sempre colocou à disposição para todos os Conselhos qualquer processo administrativo e de compras para a devida avaliação; colocou que isso, também, era função do controle social, numa atitude de transparência, tentando sempre melhorar a qualidade do serviço; ressaltou que o controle social era importante em várias frentes, dentro da sua localidade, do município, no estado, mas que também tinha que ser importante para o país num todo; pediu para que todos pensassem no SUS como uma política nacional e que todos pudessem fazer a sua parte para torná-lo cada vez melhor. Encerrou sua apresentação externando seus agradecimentos.

Em seguida, a Sra. Rosângela Santos iniciou sua apresentação dizendo que hoje ela coordenava no Conselho Nacional de Saúde a Comissão Intersetorial de Patologias e fazia parte também da Comissão de Financiamento do Conselho. Mencionou os marcos legais, que traziam o usuário do Sistema Único de Saúde dentro dos fóruns de debates, como o dever constitucional e os direitos, enquanto cidadãos, de participar ativamente na sociedade; a cidadania, fundamento da Constituição, a dignidade da pessoa humana e a igualdade de todos perante a Lei. Como fundamentos jurídicos, citou a Emenda Constitucional 29, que a luta agora dos Conselhos e da sociedade civil era ver como isso iria ser monitorado e de onde viria este dinheiro. Ressaltou o conceito de cidadania, através das palavras de Betinho: “Cidadão é aquele que tem consciência de direitos e deveres e participa ativamente da sociedade. A participação do ser humano, cidadão e político, se faz através

da ação, proposição e controle. A ação é o fazer do ser humano, fazer bem o que tem que se fazer. A proposição é ser propositivo, descobrir e principalmente mostrar saídas. E o controle é quanto a nós, a sociedade, o Estado para todos sermos cidadãos”. Disse que o Conselheiro tinha que ter o canal de comunicação aberto para expor suas opiniões. Citou a responsabilidade social que cada indivíduo tem que ter com o seu próximo e com a sociedade em geral, como também a responsabilidade do governo com seus trabalhadores e seu povo. A responsabilidade social tinha que levar em conta fatores como a economia, o meio-ambiente, educação e outros. Colocou que a responsabilidade social levava também a um fator falado no mundo todo hoje, a sustentabilidade, isto é, todo investimento feito teria que ter uma continuidade e não parar mais adiante. A Lei 8.080 traçava muito bem todos os preceitos para o desenvolvimento dessa participação social, como, por exemplo, as formas das campanhas, dos grupos comunitários, das organizações e dos projetos públicos. Com relação ao trabalho voluntário, apresentou um pequeno resumo sobre a história do voluntariado no Brasil.

A seguir falou sobre a universalização dos direitos, que trazia para a sociedade as desigualdades sociais, dos direitos de instituição da cidadania, da revolução das políticas culturais e da expressão de nossos ideais para trazer uma nova ordem institucional. Citou o conceito de controle social, como sendo “A participação da sociedade no acompanhamento e na verificação das ações da gestão pública, na execução das políticas públicas, avaliando objetivos, processos e resultados e sua formação, segundo as Leis vigentes”. Disse que o planejamento desta execução orçamentária estaria na prestação de contas e no controle social dos Conselhos de Saúde. O orçamento público era o documento que previa as quantias de moeda de um período determinado, que devem entrar e sair dos cofres públicos, receitas e despesas com a especificação de suas fontes de financiamento e categoria de despesas mais relevantes. O financiamento era principalmente um espaço de luta política onde seriam garantidos os recursos para que as ações e programas avançassem e tivessem resultado.

Sobre as bases institucionais e seus marcos legais: o Plano Plurianual, a Lei Orçamentária, a Lei de Responsabilidade Fiscal e suas especificidades. Citou também os aspectos da execução orçamentária e suas definições sobre empenho, liquidação e pagamento. Informou que as famílias com renda mensal até dois salários mínimos pagavam 53,9% de seus rendimentos em impostos, enquanto que as famílias com renda mensal de mais de 30 salários mínimos pagavam proporcionalmente menos impostos no Brasil, citando alguns exemplos de impostos embutidos em vários produtos.

Disse que dentro das dificuldades dos Conselhos, estavam algumas autoridades que ignoravam as obrigações legais a que estão submetidas, ignorando o papel do controle social, influências políticas e econômicas, situações de excesso de normas jurídicas conflitantes. Colocou que quando o Conselho não é atuante há um descumprimento das diretrizes do SUS, imagem negativa dos serviços públicos junto à população, falta de informação de educação em saúde acerca dos problemas que afetariam esta população. Ressaltou também sobre os problemas que impedem o exercício do controle social, o não-exercício do caráter deliberativo, precárias condições de estrutura, falta de cultura e transparência de difusão de informações da gestão pública e baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados.

Colocou que eram essenciais algumas perguntas quando fossem discutir políticas públicas, tais como: 1) Qual a abrangência do programa analisado? 2) Benefícios concedidos x universo potencial; 3) A execução desse programa é realizada pela ótica do direito ou é clientelista, favorecendo somente a um grupo específico? 4) O programa é contínuo? 5) Qual o critério de acesso e permanência? 6) Existe uma articulação com outras políticas? 7) Como a gestão e o controle social são feitos? 8) A fonte orçamentária indica o financiamento da política ou do programa se é progressivo ou regressivo? 9) A direção do gasto, incluindo perspectivas de raça, gênero, indica realmente se está beneficiando o orçamento público? 10) Qual a magnitude do gasto? Disse que ainda havia poucos financiamentos para a questão da reabilitação, do cuidado com os doentes crônicos, da psiquiatria, da pediatria, citando alguns indicadores. Colocou a importância da análise desses indicadores num trabalho conjunto do Conselho, da Comissão de Orçamento, Comissão de Patologia e outras. Ressaltou que a saúde hoje tinha um investimento de 72 bilhões de reais e ainda estavam sendo projetados mais 45 bilhões. Falou sobre o interesse de outros países e em como o Brasil estava lidando com a questão da saúde e seus movimentos sociais sendo, o precursor de vários programas sobre doenças crônicas. Reiterou que tínhamos antes de tudo que ter responsabilidade social, cidadania e respeito àqueles que estavam na militân-

cia lutando pela melhoria da Saúde, independente das divergências que pudessem existir. Finalizou, dizendo que todos deveriam trabalhar suas propostas, pensando principalmente naqueles que sofrem.

Com a palavra, o Sr. Nereu Lopes iniciou sua apresentação cumprimentando a todos, e pedindo uma salva de palmas para o Dr. Sérgio Arouca, a quem chamou de homem guerreiro e que deu a oportunidade do controle social participar das decisões na saúde. Como profissional de saúde, a maior preciosidade que tinham era dar um bom atendimento ao usuário. Citou o direito à vida, o livre arbítrio e o direito de expressar-se, lembrando que, conforme a Conferência das Nações Unidas, o principal direito humano era a vida. Como podemos nos beneficiar desse tesouro sem ao menos ter o principal meio de desfrutá-lo, que é a saúde. Consta na Constituição Federal como sendo pública, gratuita e universal e o seu acesso garantido através de um sistema unificado, o SUS, como direito fundamental e as políticas públicas como seu limite, sendo, portanto, um dever do Estado e direito da população. Ainda havia muito que fazer para garantir os direitos básicos do SUS. O que se via eram governos invocando esses princípios do SUS como palavras vazias, sem que houvesse disposição ou vontade política de implementar o SUS em toda a sua plenitude.

O município do Rio de Janeiro atualmente vivia uma descoordenação das ações de saúde em seu conjunto, comprometendo não só a atenção básica como o acesso à média e alta complexidade. Ressaltou que uma boa atenção básica era a porta de entrada para um atendimento de qualidade em toda a sua extensão e, por isso, era urgente a articulação de todas as ações de saúde, no âmbito do SUS, com plena fiscalização e controle social. Para isso era preciso ser implementadas todas as deliberações e indicativos das instâncias do SUS, como os Conselhos Gestores, Conselhos Distritais, Municipais e Estaduais, além das conferências de saúde nas três esferas de governo. Em um total respeito às diretrizes da Conferência Nacional de Saúde e Conferências Distritais, há cerca de dois anos o Município do Rio de Janeiro, com o apoio da Câmara de Vereadores, aprovou legislação permitindo a entrega da gestão hospitalar às chamadas Organizações Sociais, forma disfarçada de privatização e que na prática abria caminho para o fim da saúde pública, gratuita e universal. Relatou que no início deste ano, a Prefeitura do Rio de Janeiro tentou privatizar as emergências dos principais hospitais da rede municipal de saúde em mais um exemplo de políticas que tentam abrir mercado na saúde pública para a entrada de empresas privadas que só pensavam em lucrar às custas da população. Citou que no Estado do Rio de Janeiro a ALERJ, recentemente, aprovou um projeto que também entregava a gestão hospitalar às Organizações Sociais. Em setembro foi a vez do Governo Federal anunciar a intenção de privatizar os laboratórios dos hospitais federais. Ao invés de privatizar a gestão e colocar a saúde como mercadoria, os governos deveriam reafirmar o princípio de que saúde é um serviço essencial a ser financiado unicamente com recursos próprios, daí a importância de se lutar pela implementação da Emenda 29; no entanto, era essencial também que a gestão da saúde no Brasil fosse objeto do mais amplo controle da sociedade, pois o SUS era o nosso patrimônio e não podíamos permitir que seus princípios fossem violados. Esperava que essa conferência propusesse um sério debate sobre os entraves que atualmente impedem o SUS de implantar suas diretrizes no município do Rio de Janeiro. Que estava muito triste com o desrespeito que estavam tendo com os profissionais concursados das três esferas de governo; que o trabalhador da saúde do Estado do Rio de Janeiro ganhava menos de um salário mínimo, tendo seu salário complementado com vantagens. Na Câmara de Vereadores e na ALERJ poucos foram os dignos deputados e vereadores que se mantiveram contra a privatização. Encerrou, dizendo que todos tinham que fazer uma reflexão e ver que controle social só se faz com Rede.

A mesa seguinte abordou o tema “Gestão do SUS” e foi coordenada pelo Sr. Rogério Marques Gonçalves. Como palestrante, o Dr. Luis Pisco, Médico de Família, responsável pela Atenção Primária em Portugal e pela reforma da Atenção Primária naquele país. Iniciou sua apresentação cumprimentando a todos e dizendo que esta era uma grande oportunidade de poder falar sobre o que foi feito em Portugal. Relatou que o Serviço Nacional de Saúde Português teve e continuava a ter um papel muito importante na melhoria da saúde dos portugueses. Embora o sistema de saúde num país europeu teoricamente parecesse bem, na realidade tinha muitos problemas, como a estrutura muito centralizada e burocrática e não tinham incentivos para um bom desempenho e qualidade. A insatisfação dos cidadãos e dos profissionais era de fato um desafio e uma ameaça ao desenvolvimento da Saúde da Família, por isso, o debate acerca deste sistema de saúde português e a procura de soluções alternativas intensificou-se muito nos últimos anos. A realidade em 2005, quando

iniciaram a reforma da Atenção Primária, apesar de todos estarem cientes dos evidentes progressos que a situação portuguesa tinha tido nos últimos trinta anos, principalmente neste que era um país democrático, foi somente em 1974 o ponto de partida para esta reforma. Os cidadãos estavam insatisfeitos porque não tinham acesso, chegavam de madrugada ao centro de saúde para conseguir uma consulta, os profissionais estavam insatisfeitos com suas condições de trabalho, assim como os gestores estavam insatisfeitos, também. Rapidamente pensaram que a Atenção Primária tinha que apresentar uma carteira de serviços para aqueles que seriam os problemas do século XXI. Talvez o Brasil não lidasse com esse tipo de problema, e achava mesmo que estes problemas eram tipicamente europeus, mas, que garantia que em poucos anos, estes também seriam problemas no Brasil. O fato é que a população estaria cada vez mais envelhecida, acometida de patologias crônicas ou degenerativas, com as pessoas de mais idade doentes, com aumento das situações de dependência, problemas psicossociais e relacionados com a saúde mental. O aumento de imigrantes, mudança nas estruturas familiares, o estilo de vida pouco saudável, os usuários cada vez mais informados e por isso com novas expectativas com relação aos serviços, uma maior exigência na qualidade dos serviços prestados. Há um desenvolvimento científico e tecnológico importante, mas é caro além do despovoamento das áreas rurais. Por isso, os cidadãos exigem cada vez mais que o sistema de saúde lhes facilitasse o acesso, com atendimento de qualidade, com equidade, com segurança e no local onde precisarem. Um conceito abrangente de saúde era cada vez mais indissociável da família e da comunidade, e que, por isso, tinham que assegurar a existência de equipes multiprofissionais que pudessem se articular e conduzir para a prestação de cuidados de saúde globais, tanto nas especificidades do indivíduo, mas também, da família e de uma forma mais abrangente, na comunidade. Ressaltou que um sistema de saúde que tivesse por base a Atenção Primária tinha que ser parte integrante das estratégias de desenvolvimento socioeconômico, fundamentada em valores compartilhados e envolvendo mecanismos de participação ativa dos cidadãos, garantindo transparência e responsabilização em todos os níveis, e isso incluía atividades que possibilitassem as pessoas de gerirem melhor a sua própria saúde, estimulassem a capacidade das comunidades de tornarem-se parceiras ativas no estabelecimento das prioridades no SUS, na sua gestão, avaliação e na regulação do setor de saúde. Colocou que existia um crescente reconhecimento de que a Atenção Primária era uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde; que uma abordagem renovada da Atenção Primária é vista como uma condição essencial de metas e desenvolvimento que foram acordadas internacionalmente, incluídas na Declaração do Milênio, abordando os determinantes sociais da saúde e alcançando seu nível mais elevado para todos.

A Atenção Primária associada a melhores condições sociais e ambientais, conjuntamente com as políticas sociais e de saúde pública, constitui-se em fatores dominantes para o alcance da qualidade, efetividade e equidade nos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades. A participação efetiva das comunidades nas estruturas de gestão da Atenção Primária equivalia a um passo decisivo na reapropriação dessas estruturas por parte da própria comunidade; que a meta fundamental da renovação e reestruturação da Atenção Primária era obter ganho sustentável de saúde para todos. Implicava em reconhecer e facilitar o seu papel, como uma abordagem para promover condições de saúde e desenvolvimento humano mais equitativo, dando mais atenção às necessidades funcionais e operacionais, tais como a questão do acesso, financiamento apropriado para o SUS e Atenção Primária, adequação e sustentabilidade dos recursos, compromisso político e o desenvolvimento de sistemas que assegurassem cuidados de alta qualidade.

Existem evidências científicas em nível internacional em que os sistemas de saúde que eram baseados em Atenção Primária efetiva tinham profissionais altamente treinados e junto à comunidade. Prestavam cuidados com muito mais efetividade, tanto em termos de custos quanto em termos clínicos em comparação a outros sistemas com fraca orientação para Atenção Primária, como a Bélgica e Alemanha; além disso, os sistemas voltados para a Atenção Primária melhorariam a equidade por serem menos dispendiosos em comparação aos sistemas voltados para as especialidades. Enfatizou que um bom serviço de Atenção Primária reduziria as taxas de hospitalização, as pessoas ficavam mais satisfeitas seguindo corretamente as prescrições feitas pelos profissionais e utilizavam menos os serviços de urgência. Relatou que a Organização Mundial de Saúde num documento relativamente recente orientou que mesmo os países ricos e bem organizados tinham que apostar mais na Atenção Primária se quisessem ter benefícios de saúde para seus cidadãos. Isso envolve recursos humanos, mais profissionais de saúde, melhor infraestrutura, edificações, como também formarem

melhores profissionais, realizando mais pesquisas, melhorando continuamente assim a qualidade dos serviços. Citou que também documentos do Observatório Europeu Para os Sistemas de Saúde diziam que para terem qualidade na Atenção Primária tinham que caprichar no trabalho em equipe, ressaltando a importância das equipes multiprofissionais, terem listas e cadastros de usuários, terem um bom acesso, como também, haver pagamento diferenciado para aqueles que trabalhavam mais e melhor, numa espécie de recompensa. Ressaltou a necessidade de prontuários eletrônicos que facilitassem a comunicação entre todas as partes. Então se quisessem reformar a Atenção Primária tinham que ter estratégias que permitissem essas três coisas: pensar nos cidadãos, nos profissionais de saúde, e nos financiadores, que querem certamente sustentabilidade e um sistema de saúde que a população possa pagar através dos impostos. Reiterou que em Portugal fizeram uma Atenção Primária baseada nesses princípios. Colocou que os profissionais queriam mudar e que, enfim, foi criada uma estrutura no Ministério da Saúde apenas para fazerem este trabalho, do qual ele era o coordenador responsável; que houve um constante apoio político do Ministério da Saúde Português e seria impossível fazer essas mudanças sem isso e sem o apoio dos profissionais de saúde. Nesse processo de mudança foram construídas unidades de saúde familiares, introduzidos novos modelos de gestão, um melhor tratamento clínico aos pacientes e reorganização de todos os serviços de suporte. Ressaltou que os objetivos que ficaram estabelecidos em 2005 para esta reforma da Atenção Primária eram: 1) melhorar o acesso à Atenção Primária; 2) aumentar a satisfação dos profissionais e dos usuários, com as seguintes características: a adesão dos profissionais era voluntária, isto é, os profissionais não eram obrigados a entrar nesta nova forma de organização; um trabalho de equipe multiprofissional; era obrigatório haver um sistema de informação; havia um regime remuneratório que era sensível ao desempenho para todos os profissionais, inclusive os administrativos, feito através de contratualização e avaliação; as unidades procuravam prestar serviços com proximidade e qualidade aos cidadãos. Essas USFs vieram da base para o topo num processo voluntário com total envolvimento dos profissionais, que escolheram suas equipes, tiveram autonomia para se organizarem, tinham que fazer sua gestão em torno dos objetivos, havendo, também, uma grande co-responsabilização.

Relatou que os resultados foram bons, conforme dados colhidos durante esse período, mas que precisavam saber se realmente este modelo ia de encontro às necessidades da população ou não; para tanto, fizeram um inquérito da satisfação dos usuários, através de um questionário entregue aos usuários que frequentavam as unidades, com uma resposta fantástica de 76% de participação. A resposta foi muito positiva, com a população dizendo que este modelo realmente era muito melhor do que o anterior. Fizeram este questionário para os profissionais, obtendo um nível de satisfação bastante elevado. Houve em Portugal uma diminuição drástica da procura às emergências e aos hospitais devido ao bom trabalho desempenhado na Atenção Primária, trazendo uma grande economia aos cofres públicos. Citou alguns dados recentes sobre o desempenho da Atenção Primária e outros fatores. A sustentabilidade destas reformas estava muito ligada ao sucesso sobre a crescente e ameaçadora falta de recursos humanos em todas as áreas da saúde; que os sistemas de informação, se por um lado eram um desafio e uma oportunidade, muitas vezes causavam muitos problemas; consigam criar mecanismos de acompanhamento e avaliação das atividades, mas que o principal risco para esse tipo de reforma tinha a ver com as alterações nas prioridades políticas e com eventuais falta de investimentos de origem política. Em Portugal recentemente houve eleições, nas quais a direita venceu e cuja política era a de privatizar e reduzir os serviços públicos. Colocou que tinham que organizar a APs de forma a valorizar mais os desejos e expectativas dos cidadãos, trabalharem sempre com equipes multiprofissionais, terem hierarquias técnicas e aperfeiçoadas com relação aos profissionais, maior autonomia de gestão nas unidades e sistemas de informação e utilização de tecnologias de comunicação. Isso só seria possível dignificando as condições de trabalho dos profissionais, dos meios técnicos, da qualidade de formação, reconhecendo e recompensando adequadamente esses funcionários. Temos que transformar as queixas em ações e mesmo que não consigamos modificar tudo que queremos, pelo menos devemos abrir caminho para essas mudanças. Encerrou agradecendo a todos e dizendo que a dificuldade não está tanto no desenvolvimento de novas idéias, o problema é livrarmo-nos das coisas que fazemos mal e das coisas que fazemos de forma não-corrta.

A última mesa abordou o tema “Continuidade do Cuidado” foi coordenada pelo Sr. Ludugério Antônio da Silva e como palestrantes, a Sra. Júnia Cardoso, Assessora de Atividades Físicas da SMSDC e o Dr. Vitor Pordeus, do Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde da SMSDC.

A Sra. Júnia Cardoso iniciou sua apresentação cumprimentando a todos e dizendo que a Academia Carioca da Saúde era um conceito ampliado de promoção de atividade física nos territórios, independente de ter equipamentos ou não. A atividade física hoje era uma estratégia importante para melhorar a qualidade de vida, prevenir doenças e suas complicações e que inserir atividades físicas dentro das ações de saúde era extremamente importante. A Academia Carioca da Saúde começou realmente com um conjunto de equipamentos, sendo hoje 28 academias. Desde 2009 este projeto vinha sendo desenvolvido, mas que perceberam com o tempo que nem todas as unidades comportavam os equipamentos da Academia Carioca. Era muito importante que a população entendesse que a prática regular de exercícios físicos é um fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida, por isso, houve a implementação de várias ações de promoção de atividades físicas que não estariam vinculadas apenas aos equipamentos. Coisas simples poderiam ser colocadas no nosso cotidiano para melhorar essa inatividade e a Academia Carioca, independente da presença ou não dos equipamentos, veio para facilitar o acesso da população aos exercícios físicos. Ressaltou a importância do profissional de Educação Física conhecer bem o seu território e, então, determinassem quais seriam as possibilidades de atividades físicas ofertadas naquela área, fazendo com que a atividade física fizesse parte do cotidiano das pessoas. Essas ações de promoção se somariam a outras ações importantes na melhora da qualidade de vida dessas áreas ajudando a aumentar os resultados desejados na saúde. Relatou que existiam várias atividades desenvolvidas também com a presença dos agentes comunitários de saúde, como a prática de capoeira, as caminhadas, os alongamentos, a ginástica laboral, como também as outras interfaces com ações educativas, por exemplo, ações no combate à dengue e o dia do idoso. Os professores estavam trabalhando no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e era muito importante que eles estivessem integrados ao matriciamento também, pois ajudaria a difundir a cultura da prática da atividade física regular e ajudava a aumentar as parcerias do território.

Com relação às academias com equipamentos, estavam em funcionamento 28, distribuídas em sete áreas de planejamento, com professores trabalhando nelas. Dez academias estavam totalmente integradas, já instaladas ou em processo de implantação para serem inauguradas até o início de novembro, ou seja, perfazendo um total de 38 academias até essa data. Das sete áreas de planejamento, uma ainda não tinha a academia inaugurada, mas já contava com a presença do professor de educação física. Atualmente havia 33 professores de educação física trabalhando nas áreas, desenvolvendo diversas práticas e não as associando apenas à prescrição do exercício propriamente dito. Esses profissionais também participavam de todas as ações de saúde naquele território, sendo muito importantes na difusão da saúde de sua área.

Citou os dados de agosto/2011, onde tinham 5.634 pessoas praticando exercícios nos equipamentos e estavam comemorando, porque tinham hoje 19% de participação masculina, que era um dos objetivos propostos, o de chamar os homens para as unidades de saúde, alcançando até o final do ano o percentual de 25% de participação masculina. Ressaltou que o público-alvo da academia era os hipertensos, diabéticos, pessoas com sobrepeso e obesidade, diminuindo as complicações e riscos de doenças pré-instaladas. Tinham 43% de pessoas acima de 60 anos frequentando as academias, mas que o público maior estava entre 46 e 59 anos. Que 49% das pessoas entravam na unidade procurando a Academia Carioca e isso era um facilitador ao acesso da população às unidades, que estavam frequentando a unidade de saúde não apenas quando estavam doentes, mas para cuidar da sua saúde através da prática de exercícios. Os outros 48% viriam através do encaminhamento do profissional de saúde, com 76% de hipertensos, 24% de diabéticos, 54% estariam acima do peso e 23% seriam obesos. Informou como resultados da prática regular de exercícios físicos: um maior controle da pressão arterial, onde 97% dos pacientes com a pressão controlada em níveis considerados normais, controle da glicemia em 89%, redução do peso corporal em 55%, 2% deixaram de tomar medicamentos devido ao exercício, mas com a devida prescrição médica: 47% das pessoas diminuíram a dosagem dos remédios e 11% diminuíram a frequência ao dia.

Atualmente já contavam com 117 unidades que promoviam algum tipo de prática de atividade física, fora as 28 já citadas, ou seja, 145 unidades promovendo algum tipo de atividade física nos territórios. Além da academia, existiam também outras atividades esportivas que qualquer pessoa podia fazer, como as caminhadas, a ginástica laboral, especialmente para os servidores, perfazendo hoje uma média de 3.500 pessoas participando dessas atividades, fora os equipamentos, que juntos, somam quase dez mil pessoas. Citou

também a capacitação que era feita com os agentes comunitários de saúde para que pudessem agir como multiplicadores e auxiliares, principalmente nos grupos de caminhada. Relatou que são promovidos vários passeios a pontos turísticos e atividades em museus e outros locais, sempre com o auxílio dos professores e agentes comunitários de saúde.

A aplicação de um questionário de qualidade de vida chamado SF36 salientou que a primeira coisa que as pessoas relatavam era que o exercício melhorava o convívio social, 92% disseram que melhoraram a qualidade do sono, 67% disseram estar mais bem dispostos, 58% diminuíram de peso. Encerrou sua apresentação, exaltando a dedicação dos profissionais que trabalhavam nas CAPS, dizendo que sem eles nada disso seria possível, como também ao apoio dos Conselheiros, sempre parceiros nessa caminhada, convidando a todos para o Balanço Carioca de 2011, onde seriam apresentados os dados desse programa neste ano.

Em seguida, o Sr. Ludugério passou a palavra ao Dr. Vitor Pordeus, que iniciou sua apresentação cumprimentando a todos e dizendo que o tema que o tocava era o da Cultura; disse que a cultura era o que nos acompanhava no dia-a-dia, nossas ações e costumes. Dizia isso como médico e pessoa de teatro. Dentro da ideia de cultura, ciência e saúde, a Dra. Nise da Silveira, uma das maiores médicas do país, criou um método de reabilitação da esquizofrenia crônica, uma das únicas coisas que realmente funcionavam nesse cenário; relatou que antontem apresentou este trabalho no Congresso em Salvador. Apresentou-se como imunologista e que a imunologia havia nascido em 1796, quando o médico inglês Edward Jenner observou que as mulheres que tiravam leite das vacas não contraíam varíola; ele teve a ideia então de pegar as pústulas de varíola na pele das pessoas, nascendo assim a vacinação, que era uma das mais importantes medidas de saúde pública; ressaltou que isso levava à importante associação entre a cultura popular e o saber científico e que, quando essas duas coisas se contradiziam era porque havia algum erro no saber científico, pois a cultura popular era ancestral e muito mais antiga. Citou também o Dr. Louis Pasteur, o inventor da pasteurização, que é a técnica de aquecer os líquidos matando as bactérias, impedindo o apodrecimento do leite ou vinho, levando-o a intuir sobre isso também com relação às doenças humanas. Se as bactérias levavam ao apodrecimento, a doença também era um apodrecimento dentro do corpo, e começou a trabalhar com essa ideia de agentes infecciosos, promovendo então o nascimento da medicina moderna, portanto, juntamente com a vacinação que já vinha sendo trabalhada, nasceu a ideia do combate a esses agentes infecciosos. Essa ideia era o que se divulgava nos livros de medicina, nos congressos, mas que havia uma revolução científica em andamento. No campo da imunologia, um pesquisador dinamarquês descreveu uma ideia diferente desta anterior quanto ao ataque e defesa ao agente infeccioso, defendendo que era falsa essa ideia de que nós somos atacados por bactérias e vírus, sendo eles os principais inimigos da espécie humana; explicou que o sistema imunológico era uma rede, cujas células, os linfócitos, se ligavam umas com as outras, e tornando possível a autopoiese ou autoprodução, isto é, a faculdade de regenerar os tecidos. Citou o professor Nelson Vaz, que descobriu que quando nós ingerimos uma proteína, como nosso sistema imunológico a tolera; se tentássemos nos vacinar com essa proteína, o nosso sistema imune não reagiria e que 99% da atividade imunológica é essencial para nossa sobrevivência.

Fez outra revelação, dizendo que se pegassem um intestino e o abrisse, sua extensão cobriria uma quadra de tênis, com 300m² de intestinos; possuímos cem trilhões de bactérias, comparados a dez trilhões de células, o que nos leva a dizer, portanto, que somos uma grande colônia de bactérias, além de possuímos mais de 50% de origem viral em nosso DNA; que portanto, as bactérias e os vírus não nos ameaçam como havia sido dito, pois, se forem retiradas do nosso organismo, morreríamos em pouquíssimo tempo; além disso, de 130g a 190g de proteína que ingerimos entram em nosso intestino diariamente mobilizando a atividade imunológica e nos fazem manter nosso organismo funcionando. Explicou que relatou todos esses dados, porque são muito importantes se quisermos implementar uma política pública mais racional, científica e eficiente. Precisamos cuidar de nosso sistema imunológico nos alimentando bem, fazendo exercícios e cuidando também da cultura, pois, como esse sistema funcionava como uma rede, as emoções seriam estados do corpo. Nessa concepção de trabalho que desenvolvem as emoções seriam os nomes dados aos estados do corpo do sistema imunológico; explicou que essa ideia era desenvolvida pelo professor Humberto Maturana, biólogo chileno, um dos mais importantes do planeta que também compartilha da teoria de que o corpo humano seria essa máquina que se montava e se mantinha, o tempo todo, misturada com as bactérias, vírus e fungos, numa imunoecologia.

Nossa saúde pública deve ser ecológica, pois não aguentamos mais destruir o ambiente nessa ideia falsa de que estamos sempre sendo atacados; que nós temos que cantar o amor e não o medo, pois o amor faz o homem. Prega também a ideia de que somos primatas, grandes macacos bípedes e que a humanidade surgiu na cooperação e não na competição. Devemos trabalhar na alegria e no bom humor, pois isso é a nossa vocação e que fundamenta a nossa biologia e nossa alma e isso é científico. A cultura, o corpo e o sistema imunológico estariam intimamente ligados. Citou também Bento de Spinoza, um judeu português, nascido em Amsterdã, que tinha uma teoria sobre as emoções. Dizia que se as emoções são estados do sistema imunológico, o prazer e a alegria seriam o aumento da potência de agir. Dividiu o prazer em duas partes: os prazeres de curta duração, os prazeres sexuais, da fama e da riqueza; entretanto, aqueles que devotarem a sua vida a perseguir esses prazeres teriam sua vida destruída; e os prazeres de longa duração, que buscavam o conhecimento da natureza, das artes, da ciência, da cultura tradicional, que seriam os prazeres que redimem o homem.

Dr. Vitor colocou que, quanto maior o contato que temos com as pessoas e com o mundo, maior era a nossa capacidade de fazermos as coisas; que nessa caminhada entre medicina e imunologia sentiu a necessidade de trabalhar de forma mais humana e próxima das pessoas, e por isso procurou o teatro para aprender a falar na língua do povo e não dos doutores. Aprender como se construía uma ação cultural. Contou que teve algumas tragédias pessoais com mortes de pessoas queridas por erro médico e que por isso lutava por uma medicina mais democrática, mais participativa, que valorizasse a cultura e o saber popular. Citou o cantor Ney Matogrosso como apoiador e participante desses movimentos culturais; que tínhamos que parar de querer adestrar as pessoas, e sim, desenvolvê-las melhor.

Citou também o professor Paulo Freire como um dos gênios internacionalmente conhecido pelos seus trabalhos em educação e que pensava na educação como prática da liberdade. Ressaltou que através de todas essas ideias, por convite do Dr. Hans Dohmann, foi criado o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde. A primeira coisa que inventaram neste núcleo foi o agente cultural de saúde, um educador que trabalhava com as ideias e a ciência do professor Paulo Freire e da Dra. Nise da Silveira, com ótimos resultados. Foi criada a celebração da saúde da cidadania, grandes espetáculos em espaço público, e em uma das ocasiões com cinco mil pessoas reunidas em uma praça, trabalhando a arte, a ciência, a música, o teatro. Faziam este trabalho dentro das favelas, pois o objetivo principal era agir em favor daqueles que estivessem em pior situação, pois seriam aqueles que mais queriam mudar, trabalhar e se desenvolver até mesmo por uma experiência própria, pois nasceu e viveu em uma comunidade e conhecia muito bem esse regime de exclusão a que essa população era submetida.

Mostrou diversas imagens dos vários eventos promovidos pelo Núcleo. Citou as Escolas Populares de Saúde que estavam trabalhando em quatorze comunidades da cidade; citou também a Universidade Popular de Arte e Ciência, saúde pública através de conhecimento, sem paredes, sem pré-requisitos, porque todo ser humano seria curioso e criativo. Incluindo várias atividades com plantas medicinais, e com a participação do Teatro de Rua, Loucura Suburbana, Cirandas da Vida, Instituto Paulo Freire de São Paulo e outros. Falou sobre o Congresso “O Saber em Todo Ser”, o primeiro congresso aberto da Universidade Popular de Arte e Ciência, realizado no Teatro Carlos Gomes, nos dias 7 e 8 de julho de 2011, onde inventaram o que foi apresentado aqui, “O Teatro de Revista Científica”. Citou também o Repórter Cidadão Científico, que foi uma maneira que encontraram para sistematizar essas ações com a publicação de todas as atividades no blog: nccsrio.blogspot.com, acessível a todos. Encerrou reiterando que todo ser humano era artista e cientista, só não podendo ferir a ética e a vida. Tinham que fazer as diretrizes de educação popular em saúde. Despediu-se agradecendo a todos.

O Sr. David Salvador de Lima Filho fez um aparte informando aos Delegados que após o fechamento do credenciamento, às treze horas, estariam decidindo quais seriam os observadores definitivos. Após o almoço, o Sr. Rogério Marques Gonçalves reiniciou os trabalhos, dando início à escolha das Diretrizes que seriam discutidas nos grupos. Foram lidas e votadas todas as diretrizes que foram trazidas das dez Conferências Distritais. Após a votação, foram priorizadas as diretrizes:

- **Diretriz 1:** Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, com 180 votos;
- **Diretriz 4:** Qualificação da assistência, valorizando a humanização do cuidado, com 200 votos;
- **Diretriz 12:** Garantir a continuidade e a qualidade do cuidado com resolutividade, com 177 votos;

- **Diretriz 14:** Promover a implantação da carteira de serviços como norte da Atenção Primária, com 229 votos;
- **Diretriz 29:** Ampliar os espaços de discussão e as informações da gestão, financiamentos, pactos, para o controle social, com 230 votos;
- **Diretriz 41:** Acolhimento com resolutividade como política de acesso ao SUS, com 181 votos;
- **Diretriz 56:** Política de cuidados aos dependentes químicos, com 223 votos;

Após a leitura, cada diretriz orientou a formação dos sete grupos de trabalho.

No dia seguinte, domingo, 25/09, foram reiniciados os trabalhos para o último dia da Conferência. O Sr. Rogério Marques Gonçalves coordenou a Mesa, onde cada diretriz teve suas propostas aprovadas em plenária.

A última etapa oficial da conferência foi a eleição dos delegados dos três segmentos, para as Conferências Estadual e Nacional de Saúde.

Após o encerramento das atividades formais da Conferência foi realizada uma confraternização com a participação do Grupo de pagode Potencial.

PROPOSTAS APROVADAS

DIRETRIZ 1: UNIVERSALIDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TODOS OS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA.

PROPOSTAS:

1. Utilizar a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática.
2. Criar leitos psiquiátricos para adultos e crianças nos hospitais gerais com garantia de atendimento por equipe multidisciplinar.
3. Garantir a integralidade e acesso em saúde bucal.
4. Desenvolver o processo de educação permanente dos gestores e profissionais da atenção primária, secundária e terciária, com base nas necessidades identificadas no território, através do diagnóstico das condições de vida e situação de saúde, com programação, planejamento e vigilância em saúde.
5. Implantar CAPS Infantil e CAPS álcool e drogas em todas as áreas de planejamento da cidade de acordo com a legislação vigente.
6. Garantir atendimento clínico nos hospitais gerais e unidades de saúde para pacientes com transtornos mentais.
7. Garantir a regulação de vagas de internação para os hospitais municipais, estaduais, federais, universitários e conveniados do SUS, com a criação de uma central única de regulação.
8. Vincular o recebimento de recursos dos fundos municipais, estaduais e federais de saúde à efetiva oferta de serviços à regulação via SISREG.
9. Garantir a regulação da totalidade da assistência nas três esferas de governo, incluindo os universitários, permitindo a disponibilização a todos os municípios de forma equânime e preferencialmente regionalizada.
10. Fortalecer as redes de atenção primária, secundária e terciária, garantindo a longitudinalidade da assistência, com lotação de RH, adequação predial, insumos e equipamentos.

DIRETRIZ 2: QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, VALORIZANDO A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO.

PROPOSTAS:

1. Garantir o acesso em todos os níveis de assistência às vítimas de violência.
2. Investir na educação permanente dos profissionais de saúde e adequação da rede para atendimento (prestação de serviço) às vítimas de violência.
3. Ampliar a oferta de serviço humanizado (Humaniza SUS) considerando a necessidade sócio-epidemiológica da população local e de grupos específicos.
4. Incentivar a gestão participativa aprimorando a organização dinâmica dos fluxos de atendimento e serviços oferecidos à população.
5. Garantir o acesso universal e humanizado a todos os serviços de saúde através da regulação, assegurando o atendimento/consulta, procedimentos e internação e posterior encaminhamento para os serviços de saúde de referência e contrarreferência.
6. Implementar o Projeto “Cuidando de Quem Cuida” (Humaniza SUS) para garantir suporte aos profissionais dos serviços de saúde.

7. Ampliar os investimentos locais de educação em saúde para todos os profissionais, através de parcerias com instituições de ensino, pesquisa e extensão.

8. Adequar todas as unidades da rede de saúde para melhor acolhimento, classificação de risco e treinamento de equipe multidisciplinar.

9. Qualificar os gestores municipais, estaduais e federais na lógica da educação permanente com conteúdo teórico-prático que atenda às diretrizes do Humaniza SUS.

10. Efetivar a regulação de acesso a procedimentos e internações para gestão plena de saúde pelo município do Rio de Janeiro, incluindo unidades federais, estaduais, hospitais universitários e institutos especiais na lógica das diretrizes municipais.

DIRETRIZ 3: GARANTIR A CONTINUIDADE E A QUALIDADE DO CUIDADO COM RESOLUTIVIDADE.

PROPOSTAS:

1. Promover integralidade e a intersetorialidade das ações nos diversos ciclos de vida dos usuários com garantia de acesso, com acolhimento e com classificação de risco, reconhecendo a atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e coordenadora do cuidado.

2. Lotar RH e estimular a permanência dos profissionais de saúde nas unidades em todas as categorias oferecendo condições de trabalho com remuneração adequada, como forma de manter o vínculo com os usuários e adequar o espaço físico de acordo com a implantação de novas ações.

3. Garantir o acesso à assistência farmacêutica, integrando às três esferas do Governo em todos os níveis de assistência.

4. Garantir a redução da mortalidade materna com a ampliação do acesso à saúde da mulher e capacitação dos profissionais de saúde (Educação Permanente).

5. Ampliação da rede das maternidades nos municípios.

6. Criação da Comissão de saúde da mulher em todos os conselhos de saúde.

7. Otimização do planejamento reprodutivo.

8. Promover a capacitação dos RH em doenças que atingem em sua maioria a população negra, como por exemplo, traço falcêmico e anemia falciforme.

DIRETRIZ 4: PROMOVER A IMPLANTAÇÃO DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE COMO NORTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

PROPOSTAS:

1. Avaliar continuamente a realização das ações desenvolvidas nas unidades de saúde (“Carteira de Serviços da Atenção Primária”) como um dos critérios de qualidade dos serviços prestados.

2. Garantir que os investimentos nas unidades de atenção primária sejam norteados para a plena implantação dos serviços contidos na Carteira de Serviços.

3. Fortalecer as relações interinstitucionais, ampliando o diálogo com outros conselhos, formando redes, criação de fóruns populares e utilização da mídia para fortalecimento do SUS.

4. Assegurar o efetivo funcionamento dos sistemas de informação, garantindo a conectividade nas unidades de atenção primária, para isto, acionando quando necessário os órgãos competentes.

5. Seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Para tanto, a Carteira de Serviços da Atenção Primária é um documento que visa nortear as ações de saúde oferecidas à população.

6. Garantir a continuidade dos investimentos em capital humano da saúde e na educação permanente/qualificação dos profissionais.

7. Divulgar e ampliar as discussões com o controle social sobre a oferta de serviços da Carteira de Serviços da Atenção Primária.

8. Estabelecer parcerias com instituições de ensino para formar profissionais generalistas com intuito de adequar a inserção vide a reorientação do modelo (ESF).

DIRETRIZ 5: AMPLIAR OS ESPAÇOS DE DISCUSSÃO E AS INFORMAÇÕES DA GESTÃO (FINANCIAMENTO, PACTOS) PARA O CONTROLE SOCIAL.

PROPOSTAS:

1. Que os investimentos de saúde não sejam interrompidos, inclusive nas mudanças de governo, sem a devida avaliação do controle social.

2. Criação do ordenador de despesas do Conselho Municipal de Saúde como previsto na estrutura da 4ª Diretriz da resolução nº 333.

3. Fiscalização efetiva dos conselhos nas unidades de saúde das três esferas de governo, para garantia da carta do Direito dos Usuários, que prevê quadro informativo com nome dos profissionais responsáveis pelos setores, com informações e esclarecimentos aos usuários.

4. Através dos Conselhos de Saúde, em todas as esferas de administração, e publicação em diário oficial, trimestralmente, sejam feitas as prestações de contas (financeiras e de metas), dos contratos de gestão pública com as Organizações Sociais.

5. Criação do Conselho Gestor em todas as Unidades de Saúde participativo e paritário.

6. Garantir aos conselheiros, curso de capacitação em gerenciamento e gestão em saúde, tal como o custeio de passagem, alimentação para esse fim, integração entre os conselhos de saúde, com formação originada da base local.

7. Garantir viaturas para todos os serviços do controle social.

8. Promover novos espaços de discussão e reflexão, bem como valorizar os já existentes, para a participação e controle social das políticas públicas de saúde com todos os atores envolvidos.

9. Criação de calendário anual de apresentações temáticas nos conselhos de saúde de todas as esferas.

10. Garantir verba para que os Conselhos de Saúde em todas as esferas tenham programa específico em meios de comunicação em geral para discutir os problemas de saúde com a população.

DIRETRIZ 6: ACOLHIMENTO COM RESOLUTIVIDADE COMO POLÍTICA DE ACESSO AO SUS.

PROPOSTAS:

1. Garantir e ampliar os canais de comunicação e informação para o usuário ter acesso à hierarquização do atendimento.

2. Promover a discussão da melhoria dos processos de trabalho, buscando a co-responsabilidade e a interatividades dos diferentes atores envolvidos na busca de soluções de problemas locais, com critérios de avaliação de eficiência e eficácia.

3. Garantir a integralização da rede, fortalecendo e viabilizando o funcionamento dos TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde) com definição das competências e políticas comuns integradas da atenção hospitalar e atenção primária.

4. Utilizar a educação permanente como ferramenta de qualificação dos profissionais de saúde promovendo a autonomia e governança.

5. Toda unidade de saúde deve ter seu plano de acolhimento elaborado, discutido e validado por todos os atores que participam do processo.

6. Reestruturar o modelo de recepção das unidades de saúde descentralizando os fluxos humanizando a abordagem nos moldes da PNH (Política Nacional de Humanização).

7. Elaborar processos e protocolos de avaliação e monitoramento, através de indicadores de análise de serviços, com definição de fluxo de atendimento, plano de trabalho e divulgação das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde.

8. Ampliar a divulgação do conceito de acolhimento, preconizado pela Política Nacional de Humanização como uma ferramenta resolutiva e não como exclusividade da porta de entrada respeitando as diversidades sexuais, religiosas, étnicas e sociais.

9. Discutir e garantir processos de certificação de qualidade em serviço priorizando a PNH em todas as unidades de saúde para o alcance de um padrão de qualidade do SUS.

10. Garantir no acolhimento o reconhecimento da identidade de gênero e de nome social.

DIRETRIZ 7: POLÍTICA DE CUIDADOS AOS DEPENDENTES QUÍMICOS/REABILITAÇÃO.

PROPOSTAS:

1. Estimular e potencializar os espaços de controle social para que se cumpra o que é votado em conferência, referentes aos tratamentos e cuidados dos pacientes de saúde mental e pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas garantindo financiamento e recursos para as propostas.

2. Garantir recursos para financiamento de projetos de capacitação/instrumentalização e educação permanente para todos os profissionais de saúde, a fim de possibilitar o acesso dessa população vulnerável (os portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas) a todos os serviços de saúde.

3. Ampliação de recursos humanos e de serviços de saúde mental – CAPS II, CAPSi, CAPSAD, CAPS III, ambulatorios especializados bem como equipes de saúde mental de referência para a atuação conjunta com as equipes de saúde da família.

4. Criar e garantir meios de transporte para deslocamento dos pacientes até as unidades de saúde para realização de tratamento.

5. Promover a rediscussão com as secretarias de transporte sobre a especificidade no uso do RIOCARD e VALE SOCIAL pelos usuários de saúde mental, entendendo que o tratamento inclui não só o acesso às unidades de saúde, mas também o acesso à cultura, lazer etc. (utilizando, como exemplo, o vale-idoso que não tem restrições).

6. Criação de unidades de acolhimentos transitório, conforme política do MS para os usuários de álcool e drogas em crise, que estejam em estado de extrema vulnerabilidade e risco, sob orientação e regulação do CAPSAD de referência.

7. Garantir recurso para financiamento e ampliação de projetos de redução de danos, abordagem de usuários de drogas dentro das comunidades de alta vulnerabilidade, coordenado pelo CAPSAD de referência.

8. Garantir a implantação imediata de leitos de atenção integral aos usuários de saúde mental/AD em hospitais gerais, para adultos e criança conforme diretrizes do MS e aprovação pelo plano municipal de saúde.

PROPOSTAS NACIONAIS

DIRETRIZ 1: UNIVERSALIDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TODOS OS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA.

PROPOSTAS:

1. Garantir atendimento clínico nos hospitais gerais e unidades de saúde para pacientes com transtornos mentais.

2. Garantir a regulação de vagas de internação para os hospitais municipais, estaduais, federais, universitários e conveniados do SUS, com a criação de uma central única de regulação

3. Vincular o recebimento de recursos dos fundos municipais, estaduais e federais de saúde à efetiva oferta de serviços à regulação via SISREG.

4. Garantir a regulação da totalidade da assistência nas três esferas de governo, incluindo os universitários, permitindo a disponibilização a todos os municípios de forma equânime e preferencialmente regionalizada.

5. Fortalecer as redes de atenção primária, secundária e terciária, garantindo a longitudinalidade da assistência, com lotação de RH, adequação predial, insumos e equipamentos.

DIRETRIZ 2: QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, VALORIZANDO A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO.

PROPOSTAS:

1. Criar o título “Unidade Acolhedora”, onde todos os funcionários participem de processo de educação permanente para humanização da assistência.

2. Adequar todas as unidades da rede de saúde para melhor acolhimento, classificação de risco e treinamento de equipe multidisciplinar.

3. Cumprir a Lei 8.142/90 do Plano de Cargos, Salários e Carreira em todos os níveis de governo com objetivo de valorizar os profissionais de saúde.

4. Qualificar os gestores municipais, estaduais e federais na lógica da educação permanente com conteúdo teórico-prático que atenda às diretrizes do Humaniza SUS.

5. Efetivar a regulação de acesso a procedimentos e internações para gestão plena de saúde pelo município do Rio de Janeiro, incluindo unidades federais, estaduais, hospitais universitários e institutos especiais na lógica das diretrizes municipais.

DIRETRIZ 3: GARANTIR A CONTINUIDADE E A QUALIDADE DO CUIDADO COM RESOLUTIVIDADE.

PROPOSTAS:

1. Legitimar, através do controle social, as políticas de saúde nas três esferas de governo, garantindo a sua continuidade.

2. Garantir a cobertura de 100% pela estratégia saúde da família com equipe de saúde bucal e auditiva, atenção secundária e garantir a criação de novos leitos de alta complexidade (UTI, UTI Neonatal, Unidade Coronariana etc.) com garantia de remoção com transporte adequado privilegiando a ampliação da rede de atendimento a mulher, inclusive nos casos de aborto.

3. Garantir nos registros de atendimentos o item referente à etnia do usuário com o propósito de facilitar no senso populacional o quantitativo de pessoas negras atendidas pelas redes de saúde das três esferas de governo.

4. Criar leitos psiquiátricos nos hospitais gerais para adultos, adolescentes e crianças.
5. Garantir a implantação do prontuário eletrônico interligado entre as três esferas de governo.

DIRETRIZ 4: PROMOVER A IMPLANTAÇÃO DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE COMO NORTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

PROPOSTAS:

1. Seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Para tanto, a Carteira de Serviços da Atenção Primária é um documento que visa nortear as ações de saúde oferecidas à população.
2. Garantir a continuidade dos investimentos em capital humano da saúde e na educação permanente/qualificação dos profissionais.
3. Divulgar e ampliar as discussões com o controle social sobre a oferta de serviços da Carteira de Serviços da Atenção Primária.
4. Estabelecer parcerias com instituições de ensino para formar profissionais generalistas com intuito de adequar a inserção vide a reorientação do modelo (ESF).
5. Garantir que os investimentos nas unidades de atenção primária sejam norteados para a plena implantação dos serviços contidos na Carteira de Serviços.

DIRETRIZ 5: AMPLIAR OS ESPAÇOS DE DISCUSSÃO E AS INFORMAÇÕES DA GESTÃO (FINANCIAMENTO, PACTOS) PARA O CONTROLE SOCIAL.

PROPOSTAS:

1. Que os investimentos de saúde não sejam interrompidos, inclusive nas mudanças de governo, sem a devida avaliação do controle social.
2. Criação do ordenador de despesas do Conselho Municipal de Saúde como previsto na estrutura da 4ª Diretriz da resolução nº 333.
3. Criação do Conselho Gestor em todas as Unidades de Saúde participativo e paritário.
4. Promover novos espaços de discussão e reflexão, bem como valorizar os já existentes, para a participação e controle social das políticas públicas de saúde com todos os atores envolvidos.
5. Criação de calendário anual de apresentações temáticas nos conselhos de saúde de todas as esferas.

DIRETRIZ 6: ACOLHIMENTO COM RESOLUTIVIDADE COMO POLÍTICA DE ACESSO AO SUS.

PROPOSTAS:

1. Elaborar processos e protocolos de avaliação e monitoramento, através de indicadores de análise de serviços, com definição de fluxo de atendimento, plano de trabalho e divulgação das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde.
2. Ampliar a divulgação do conceito de acolhimento, preconizado pela Política Nacional de Humanização como uma ferramenta resolutiva e não como exclusividade da porta de entrada respeitando as diversidades sexuais, religiosas, étnicas e sociais.
3. Garantir que em cada unidade de saúde sejam constituídos conselhos gestores com paridade.

4. Discutir e garantir processos de certificação de qualidade em serviço priorizando a PNH em todas as unidades de saúde para o alcance de um padrão de qualidade do SUS.
5. Garantir no acolhimento o reconhecimento da identidade de gênero e de nome social.

DIRETRIZ 7: POLÍTICA DE CUIDADOS AOS DEPENDENTES QUÍMICOS/REABILITAÇÃO.

PROPOSTAS:

1. Garantir recursos para financiamento de projetos de capacitação/instrumentalização e educação permanente para todos os profissionais de saúde, a fim de possibilitar o acesso dessa população vulnerável (os portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas) a todos os serviços de saúde.
2. Ampliação de recursos humanos e de serviços de saúde mental – CAPS II, CAPSi, CAPSad, CAPS III, ambulatórios especializados bem como equipes de saúde mental de referência para a atuação conjunta com as equipes de saúde da família.
3. Criar e garantir meios de transporte para deslocamento dos pacientes até as unidades de saúde para realização de tratamento.
4. Criação de unidades de acolhimentos transitório, conforme política do MS para os usuários de álcool e drogas em crise, que estejam em estado de extrema vulnerabilidade e risco, sob orientação e regulação do CAPSad de referência.
5. Garantir recurso para financiamento e ampliação de projetos de redução de danos, abordagem de usuários de drogas dentro das comunidades de alta vulnerabilidade, coordenado pelo CAPSad de referência.

MOÇÕES APROVADAS PELA PLENÁRIA FINAL

MOÇÃO DE APOIO

Nós, do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro, amparados pela Lei Federal 11.350, pleiteamos um assento no Conselho Municipal de Saúde – CMS, sendo assim, solicitamos o apoio e empenho de todos para que a nossa categoria não fique excluída do direito de lutar junto ao SUS pela classe.

MOÇÃO DE REPÚDIO AO MOVIMENTO CONTRA O PREENCHIMENTO DAS AIH NOS HOSPITAIS MUNICIPAIS

A XI Conferência Municipal de Saúde repudia fortemente a tentativa do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro de impedir a alimentação dos Sistemas de Informações Gerenciais e Epidemiológicas do SUS, a saber, SIHD, SAI, SIM, SINASC.

A falta de informações impede a avaliação de indicadores fundamentais para a programação e o financiamento do Sistema Único de Saúde do Município do Rio, desqualifica o conhecimento do perfil epidemiológico da população e inviabiliza o adequado planejamento das ações de saúde. A desinformação é um obstáculo intransponível para a transparência da gestão, impedindo a prestação de contas ao Controle Social e a conquista de novos recursos financeiros.

Essa orientação de lideranças sindicais equivocadas, longe de ser um entrave meramente administrativo, caracteriza-se como um frontal antagonismo aos interesses da população.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Repudiamos a atitude do Sr. Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil em negar a colocação de recursos humanos no Hospital Carmela Dutra (atual Policlínica Carmela Dutra) em Rocha Miranda para atendimento 24 horas, conforme determina a Lei 3.696 em D.O.M. 31 de maio de 2004, descumprindo inclusive as decisões das Conferências Distritais e Municipal de Saúde desde 1991 e, sabendo-se que as obras foram feitas e inauguradas em dezembro de 2008, faltando, apenas, os profissionais de saúde para o funcionamento da unidade 24 horas.

MOÇÃO DE APOIO EM DEFESA DO SUS

Os Delegados presentes na XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro decidem por manifestar publicamente seu apoio a presente moção:

- Em Defesa do SUS como direito Constitucional, 100% estatal e de qualidade;
- Pela Regulamentação da EC 29 em seu projeto inicial (União 10%; Estados 12% e Municípios 15%)
- Pelo fim da Desvinculação das Receitas da União e dos Estados (DRU e DRE);
- Pela auditoria imediata da Dívida Pública, a fim de evidenciar o descalabro desta, destinado imediatamente maior percentual do PIB para saúde pública (6% no mínimo), Educação (10%) e Previdência Social;
- Pela Inconstitucionalidade das Organizações Sociais;
- Contra as alternativas de gestão que precarizam o trabalho, como OS's, OSCIP's, parcerias Público-privadas (PPPs), Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S/A (EBSRH);

- Pela Valorização dos Trabalhadores do SUS: Concurso Público, Carreira única de estado, salários condizentes; criação de Fundo específico para trabalhadores do SUS;

- Regulamentação do artigo 37 da CF, da autonomia administrativo financeira das unidades públicas;

- Agilidade da atuação pública com a revisão da Lei 8.666 adequada à realidade da saúde. Não é possível que aparelhagem, medicamentos e materiais levem 4, 6 meses ou mais para serem adquiridos;

- Respeito ao caráter deliberativo do controle social.

MOÇÃO DE APOIO

Nós, do Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Rio de Janeiro participantes da XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, solicitamos em conjunto com os delegados presentes o cumprimento da determinação do Ministério da Saúde relativo ao programa nacional de saúde auditiva no município do Rio de Janeiro, inclusive com ampla divulgação dos procedimentos realizados

DELEGADOS DA XI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
ALBERTO DAFLON GOMES FILHO	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
ANA BEATRIZ SANTOS BUSH ARAUJO	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
ANA CRISTINA G. DUARTE	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
ANTONIO LOURENÇO	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
BEATRIZ DAMASIO DE ARAUJO	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
CARLA BIANCA TEIXEIRA NUNES	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
DANIEL SIQUEIRA	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
DENISE REZENDE SANCHES	AP 1	Profissional Saúde
GEORGINA QUEIROZ DOS SANTOS	AP 1	Profissional Saúde
IAÇÃ MACERATA	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
JEFERSON LUIZ BARBOSA	AP 1	Usuário
JORGE DA COSTA ALVES	AP 1	Profissional Saúde
JULIA VALERIA COSTA PIRES	AP 1	Profissional Saúde
LUIZ FELIPE FREIRE	AP 1	Profissional Saúde
LURDES FERREIRA NUNES	AP 1	Profissional Saúde
MAGDA ANGELA PEREIRA	AP 1	Usuário
MARIA DA GLORIA SILVA	AP 1	Profissional Saúde
MARIA DE FATIMA LOPES	AP 1	Usuário
MARIA MARLENE DA SILVA	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
MAURO SILVEIRA	AP 1	Usuário
MIGUEL MACIEL DE FRANÇA	AP 1	Usuário
PATRICIA CARVALHO	AP 1	Profissional Saúde
REGINA CELI BAPTISTA	AP 1	Profissional Saúde
RODRIGO PRADO	AP 1	Gestor/Prestador de Serviço
ROSA DE FATIMA MUNIZ D. DUBOIS	AP 1	Usuário
SOLANGE GONÇALVES BELCHIOR	AP 1	Profissional Saúde
VERA LUCIA SOARES DE OLIVEIRA SILVA	AP 1	Usuário
ALEXANDRE CLEMENTINO DE OLIVEIRA	AP 2.1	Usuário
ANA MARIA VIANA DA SILVA	AP 2.1	Usuário
BLAS SEGUNDO ASTUDILLO PEÑA	AP 2.1	Usuário
CELESTE DA SILVA SANTOS	AP 2.1	Usuário
CLAUDIA MAXIMILIANO	AP 2.1	Usuário
DANILO FERREIRA DE SOUZA	AP 2.1	Usuário
ELIANE DOS SANTOS	AP 2.1	Usuário
ELIZABETH VILLAÇA	AP 2.1	Usuário
GIUSEPPE F. A. DONATO	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço
IRACEMA TAVARES	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço
KATIA FARIA	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço
LENIR RODRIGUES DE ARAUJO	AP 2.1	Profissional Saúde
LIZOMAR FRUCTUOSO DE BRITO	AP 2.1	Profissional Saúde
LOREDANA MONTAVANO	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
MARCO ANTONIO TINOCO DE CARVALHO	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço
MARIA ALICE DA COSTA E SILVA	AP 2.1	Profissional Saúde
MARIA CRISTINE CARDOSO	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço
MARIA EDILEUSA BRAGA FREIRE	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço
MARIA HELENA CARNEIRO CARVALHO	AP 2.1	Usuário
MARIA IRACILDA GOMES SILVA	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço
MARIA JOSE DOS SANTOS PEIXOTO	AP 2.1	Usuário
MARINETE ALMEIDA NUNES MORAES	AP 2.1	Usuário
MARISA MONTEIRO DE ANDRADE	AP 2.1	Profissional Saúde
NORMA CASTEX	AP 2.1	Usuário
PAULA TRAVASSOS	AP 2.1	Usuário
RITA LUZIETE DA SILVA	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço
ROSANGELA FROSSARD	AP 2.1	Profissional Saúde
SANDRA DA SILVA MONTEIRO	AP 2.1	Gestor/Prestador de Serviço
SOLANGE DA SILVA MOREIRA	AP 2.1	Usuário
ALBANO DA ROCHA FILHO	AP 2.2	Usuário
ALTAMIRO JOSÉ CHAVES	AP 2.2	Usuário
ARMINDA COUTINHO	AP 2.2	Usuário
CIBELE RODRIGUES PAES LEME	AP 2.2	Gestor/Prestador de Serviço
CLAUDIO PEREIRA DUARTE	AP 2.2	Usuário
CONRADO NORBERTO WEBER JUNIOR	AP 2.2	Gestor/Prestador de Serviço
FELIPE VIEIRA DOS SANTOS	AP 2.2	Usuário
GIANNINA PALMI CASTAGUINO	AP 2.2	Gestor/Prestador de Serviço
GILMARA ANDRADE DA SILVA	AP 2.2	Usuário
INES FERREIRA DE ABREU DEODORO	AP 2.2	Usuário
JORGE ALVES E COSTA	AP 2.2	Usuário
JORGE MATHIAS DE SOUZA	AP 2.2	Usuário
JOSE JANDIR BORGES ALVES	AP 2.2	Usuário
JUÇARA PORTUGAL SANTIAGO	AP 2.2	Usuário
LETICIA RODRIGUES DE BARROS	AP 2.2	Usuário
LUCIANA BARCELOS VILLARINHO	AP 2.2	Gestor/Prestador de Serviço
LUZIA CATARINA RODRIGUES	AP 2.2	Usuário
MARCIA HELENA DE SOUZA	AP 2.2	Usuário
MARIA APARECIDA DUARTE D. BLANC	AP 2.2	Profissional Saúde
MARIA CRISTINA LOPES	AP 2.2	Usuário
MARIA JOSE DA SILVA DOS SANTOS ROSA	AP 2.2	Usuário
MONICA DE CARVALHO MOREIRA	AP 2.2	Gestor/Prestador de Serviço
MONICA GONÇALVES DE OLIVEIRA	AP 2.2	Profissional Saúde
NANCY DOS SANTOS SENHA COSTA	AP 2.2	Usuário
PAULO ROBERTO DA SILVA PERES	AP 2.2	Gestor/Prestador de Serviço
REGINA MARIA SANTOS	AP 2.2	Usuário
ROSIMERE MARIA DA SILVA	AP 2.1	Profissional Saúde
TELMA ELISA TAVARES MUNIZ	AP 2.1	Profissional Saúde

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
WILSON JOSE CARVALHO MATHEUS	AP 2.2	Profissional Saúde
AILTON ARISTOTELES COSTA FERREIRA	AP 3.1	Usuário
ANA MARIA FERREIRA SOUZA	AP 3.1	Profissional Saúde
ANA MARIA RODRIGUES MANÇO	AP 3.1	Usuário
ANA PATRICIA LIMA DE ALMEIDA	AP 3.1	Usuário
CARLA CRISTINA CAVALCANTE PAES LEME	AP 3.1	Gestor/Prestador de Serviço
CARLA LIMA CERQUEIRA ABREU	AP 3.1	Gestor/Prestador de Serviço
CLAUDIA HENRIQUE DA SILVA	AP 3.1	Usuário
COSME FRANCISCO TOSCANO	AP 3.1	Usuário
DALVA ANGELINA FERREIRA MARTINS	AP 3.1	Usuário
DEISE DE JESUS SILVA RODRIGUES	AP 3.1	Usuário
EDILSON BARBOSA RUFINO	AP 3.1	Usuário
EDSON DA CUNHA SILVA	AP 3.1	Usuário
EIDIMIR TIAGO DE SOUZA	AP 3.1	Usuário
FATIMA REGINA ALMEIDA BRANDAO	AP 3.1	Gestor/Prestador de Serviço
FATIMA VIRGINIA SIQUEIRA DE MENEZES SILVA	AP 3.1	Profissional Saúde
FLAVIO ADOLPHO DA SILVEIRA	AP 3.1	Gestor/Prestador de Serviço
GILBERTO DE OLIVEIRA REIS	AP 3.1	Profissional Saúde
HELENA WARZYNSKI	AP 3.1	Usuário
HERCULES FERREIRA MENDES	AP 3.1	Usuário
HUGO MARQUES FAGUNDES JUNIOR	AP 3.1	Gestor/Prestador de Serviço
IRACEMA GOMES DA SILVA	AP 3.1	Profissional Saúde
JOÃO RICARDO DE MATTOS SERAFIM	AP 3.1	Usuário
JORGE RODRIGUES MOREIRA	AP 3.1	Profissional Saúde
LUCIA MARIA NASCIMENTO NAZARETH	AP 3.1	Usuário
LULIA DE MESQUITA BARRETO	AP 3.1	Gestor/Prestador de Serviço
MARCIA FRANCO DA SILVA	AP 3.1	Gestor/Prestador de Serviço
MARCIA MARIA MAGALHÃES MATTOS	AP 3.1	Gestor/Prestador de Serviço
MARIA DE FATIMA GUSTAVO LOPES	AP 3.1	Usuário
MARIA DO SOCORRO FERRAZ MACHADO	AP 3.1	Profissional Saúde
MARIA PEDRO DA SILVA	AP 3.1	Usuário
MARIA RAIMUNDA AGUIAR DE SOUZA	AP 3.1	Usuário
MARIA RITA FRADE DA SILVA	AP 3.1	Usuário
MAURISSANDRO RODRIGUES DE CARVALHO	AP 3.1	Profissional Saúde
NILMA MARIA VALENTIM DE LIMA JERONIMO	AP 3.1	Profissional Saúde
NILZA PEREIRA DE AGUIAR	AP 3.1	Usuário
PEDRO ANTONIO DA COSTA NETO	AP 3.1	Usuário
SERGIO CLEMENTE DA SILVA	AP 3.1	Usuário
SEVERINO LINO DE OLIVEIRA	AP 3.1	Usuário
SONIA MARIA FONSECA DA SILVA	AP 3.1	Usuário
VALERIA GOMES PEREIRA	AP 3.1	Gestor/Prestador de Serviço
ZELIA PINTO DE SOUZA	AP 3.1	Profissional Saúde
ADEMIR PITOCO	AP 3.2	Usuário

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
ADRIANA WIERMAN	AP 3.2	Usuário
AMERICO FRANCISCO DE OLIVEIRA	AP 3.2	Usuário
ANA CLAUDIA DUARTE LEMOS	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
ANA LUCIA DA SILVA	AP 3.2	Profissional Saúde
ANA MARIA SOUZA DA SILVA	AP 3.2	Usuário
ARAMIS ANTONIO LOPES NETO	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
CARLOS ALBERTO POLICENO	AP 3.2	Usuário
CARLOS BARBOSA	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
CLAUDIA NASTARI DE PAULA	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
CLAUDIA REIS TAVARES	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
EDSON BORGA	AP 3.2	Profissional Saúde
HELENA MANHÃES SOARES	AP 3.2	Usuário
IZABEL CRISTINA FIALHO DE OLIVEIRA	AP 3.2	Profissional Saúde
JOÃO PAULO BASTOS HILDEBRANDT	AP 3.2	Profissional Saúde
JULIANA CARAMORE PESSOA	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
LUCIA HELENA ORFÃO	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
LUCINEIDE MARIA BARROS BATALHA	AP 3.2	Profissional Saúde
MANOEL JOÃO DE SANTANA	AP 3.2	Usuário
MARCIA PEREIRA MATTOS	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
MARIA ANGELICA DE SOUZA	AP 3.2	Profissional Saúde
MARIA AUXILIADORA OZDIAN	AP 3.2	Profissional Saúde
MARIA DE LOURDES DA S. NASCIMENTO TREPTE	AP 3.2	Profissional Saúde
MARIA DO CARMO CORREA BARBOSA	AP 3.2	Usuário
MARIA YEDA DE SOUZA LINS	AP 3.2	Usuário
MARIO CELSO DA GAMA LIMA JUNIOR	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
PEDRO BORGES DA SILVA	AP 3.2	Usuário
ROSANGELA DE MELO DA SILVA	AP 3.2	Usuário
ROSILENE ALVES DA SILVA REBELO	AP 3.2	Profissional Saúde
RUBENS GIAMBRONI FILHO	AP 3.2	Gestor/Prestador de Serviço
SHEILA FURTUNATO ESPERIDIÃO DOS S. GOMES	AP 3.2	Usuário
SONIA REGINA G. DA SILVA	AP 3.2	Usuário
VANDERLEIA APARECIDA DA SILVA	AP 3.2	Profissional Saúde
WALDYR GONÇALVES DE SOUZA	AP 3.2	Usuário
WILSON SANTOS	AP 3.2	Usuário
ALESSANDRO DE MELO MOTTA	AP 3.3	Usuário
ALEXANDRE ALVES MODESTO	AP 3.3	Gestor/Prestador de Serviço
ARTUR GUINALDI	AP 3.3	Usuário
BARBARA MAIA SANTOS	AP 3.3	Usuário
CARLOS LOURENÇO COIMBRA DOS SANTOS	AP 3.3	Usuário
ELIANA MARQUES DA SILVA	AP 3.3	Profissional Saúde
ERICA CRISTINA DA SILVA RAMOS DE LUCENA	AP 3.3	Gestor/Prestador de Serviço
FATIMA GERMANO DE OLIVEIRA MALAQUIAS	AP 3.3	Usuário
GERALDO MARIANO DA SILVA	AP 3.3	Usuário

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
GILBERTO LAMARCA	AP 3.3	Usuário
ISIS REGINA UNFER PEREIRA ALVES	AP 3.3	Profissional Saúde
JANETE GONÇALVES DE LIMA MELLO	AP 3.3	Profissional Saúde
JERONIMO LUIS FRANCO SOARES	AP 3.3	Profissional Saúde
JOÃO DIONISIO MENEZES	AP 3.3	Usuário
JORGE PEREIRA DOS SANTOS	AP 3.3	Usuário
JOSE COSME DOS REIS	AP 3.3	Usuário
JOSE RICARDO DE MELLO	AP 3.3	Usuário
LUIS AUGUSTO DE CARVALHO	AP 3.3	Usuário
LUIZ DOS SANTOS	AP 3.3	Usuário
MADALENA DE ALMEIDA OLIVEIRA	AP 3.3	Usuário
MARCO ANTONIO DA SILVA CONCEIÇÃO	AP 3.3	Usuário
MARGARIDA M. A. FROUF	AP 3.3	Usuário
MARIA DA PAZ AMANCIO DA SILVA	AP 3.3	Profissional Saúde
MARIA DE FATIMA SILVA PINTO	AP 3.3	Usuário
MARLI DA SILVA LIMA DE SOUZA	AP 3.3	Gestor/Prestador de Serviço
MIGUEL SILVA DE MOURA	AP 3.3	Usuário
MONICA REZENDE CHAVES	AP 3.3	Profissional Saúde
PAULO MURILO DE PAIVA	AP 3.3	Profissional Saúde
PAULO ROBERTO GARCIA	AP 3.3	Usuário
PETRINA DA CONSOLAÇÃO ANDRADE GUTIRREZ	AP 3.3	Usuário
RENATO MACIEL DO NASCIMENTO	AP 3.3	Gestor/Prestador de Serviço
RITA DE CASSIA CONDE TAVARES	AP 3.3	Gestor/Prestador de Serviço
SILVANA DE ANDRADE LOPES	AP 3.3	Gestor/Prestador de Serviço
SILVIA REGINA BARBOSA DE ABREU	AP 3.3	Usuário
SONIA MARIA FERNANDES DOS SANTOS	AP 3.3	Gestor/Prestador de Serviço
SONIA MEDEIROS DE BRITO MORAES VALE	AP 3.3	Gestor/Prestador de Serviço
SUELI COE VIEIRA	AP 3.3	Profissional Saúde
UBIRAINA LOPES LIMA ALVES	AP 3.3	Profissional Saúde
VALDEMIRA DE SOUZA SANTIAGO DUARTE	AP 3.3	Usuário
VERA ALICE DA CONCEIÇÃO JESUS	AP 3.3	Usuário
VERA HELENA JORGE ALVES	AP 3.3	Gestor/Prestador de Serviço
WALERYA DE SOUZA LEITAO PEREIRA	AP 3.3	Profissional Saúde
ADELTON GUNZBURGUER	AP 4	Usuário
ANA ELIZABETH DA SILVA	AP 4	Usuário
ANDRE LUIZ BASTOS RIBEIRO	AP 4	Gestor/Prestador de Serviço
ANTONIO CARLOS D'ORO	AP 4	Gestor/Prestador de Serviço
AZAURY MONTEIRO DE ALENC. GRAÇA JUNIOR	AP 4	Usuário
CARLOS FERREIRA DA SILVA	AP 4	Usuário
CASSIO MARCELINO VIEIRA	AP 4	Gestor/Prestador de Serviço
CLAUDIA CRISTINA DIAS MACEDO	AP 4	Gestor/Prestador de Serviço
CLINIO HENRIQUES DE OLIVEIRA	AP 4	Usuário
DANIELLE FURTADO DE OLIVEIRA	AP 4	Gestor/Prestador de Serviço

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
IGNACIO DE LOYOLA DE CAMPOS PINTO	AP 4	Profissional Saúde
IRACEMA VIEIRA POLIDORO	AP 4	Gestor/Prestador de Serviço
JORGE DA COSTA PINTO	AP 4	Usuário
JORGE PAES LEME FILHO	AP 4	Usuário
JOSELINA CARDOSO PACHÁ	AP 4	Usuário
LEDA SUELY BARBOSA CEZAR	AP 4	Gestor/Prestador de Serviço
LEONARDO DE OLIVEIRA EL-WARRAK	AP 4	Gestor/Prestador de Serviço
LUIZ CARLOS GOMES	AP 4	Usuário
MARCO ANTONIO GOMES DOS SANTOS ANDRADE	AP 4	Usuário
MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA GUIMARÃES	AP 4	Profissional Saúde
MARIA EDEA GIOVANINI	AP 4	Gestor/Prestador de Serviço
ADRIANA DO CARMO MENDES	AP 5.1	Profissional Saúde
ANAZIR DE OLIVIERA	AP 5.1	Usuário
ANDRÉIA ANDRADE DE AZEVEDO	AP 5.1	Profissional Saúde
ANGELA MARIA RESENDE DE MIRANDA	AP 5.1	Usuário
ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA	AP 5.1	Usuário
CARLOS AUGUSTO ROSARIO	AP 5.1	Gestor/Prestador de Serviço
CARLOTA ELZABETH FERREIRA SANT'ANNA	AP 5.1	Usuário
CESAR BARROS DE MORAES	AP 5.1	Usuário
CLAUDIO MARQUES DA CRUZ	AP 5.1	Usuário
DANIELA MARTA LOPES SANTOS	AP 5.1	Gestor/Prestador de Serviço
EDILSON ADAD	AP 5.1	Usuário
GEORGINA MACEDO SANTIAGO	AP 5.1	Profissional Saúde
GLORIA REGINA MONTEIRO GARCEZ	AP 5.1	Usuário
IVANILDE BRAGA MARINHO	AP 5.1	Usuário
JEOVÁ VIEIRA DA SILVA	AP 5.1	Usuário
JOÃO GALDINO DE MELO	AP 5.1	Usuário
JOSÉ ANTONIO B. VASCONCELOS	AP 5.1	Profissional Saúde
JOSÉ ANTONIO GONÇALVES RODRIGUES	AP 5.1	Gestor/Prestador de Serviço
JOSÉ CARLOS CABRAL	AP 5.1	Usuário
JOSÉ EUFRASIO DA COSTA FILHO	AP 5.1	Usuário
LUCIA SANTOS	AP 5.1	Profissional Saúde
LUCIANA QUAGLIANE RIBEIRO	AP 5.1	Gestor/Prestador de Serviço
LUCIENE DE MORAES PIRES CINTI	AP 5.1	Profissional Saúde
MARCIA CRISTINA DE SOUZA	AP 5.1	Profissional Saúde
MARCIA LAUREANO	AP 5.1	Profissional Saúde
MARIA APARECIDA F. DE SOUZA TRINDADE	AP 5.1	Usuário
MARIA DE FÁTIMA DOS SANTO DOS SANTOS	AP 5.1	Usuário
MARIA JOSÉ BARBOSA BEZERRA	AP 5.1	Usuário
MARIA JOSÉ DE SOUSA BARBOSA	AP 5.1	Usuário
MARIA JOSÉ RODRIGUES	AP 5.1	Usuário
MARINA COSTA BERNARDES	AP 5.1	Usuário
MONICA GUIMARÃES ARRUDA	AP 5.1	Profissional Saúde

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
NEISE VILLAR	AP 5.1	Gestor/Prestador de Serviço
REJANE CORREA LOPES	AP 5.1	Gestor/Prestador de Serviço
RITA DE CASSIA MOURA	AP 5.1	Gestor/Prestador de Serviço
ROGERIO RODRIGUES DA SILVA	AP 5.1	Usuário
SONIA DE FRANÇA RODRIGUES	AP 5.1	Profissional Saúde
SUELI TRINDADE DE SOUZA	AP 5.1	Usuário
TATIANE CALDEIRA DOS SANTOS SALLES	AP 5.1	Gestor/Prestador de Serviço
TELMA GARRIDO SILVA FREITAS	AP 5.1	Profissional Saúde
VALÉRIA VASCONCELOS VIEIRA	AP 5.1	Usuário
VERA LUCIA RIBEIRO DE SOUZA	AP 5.1	Usuário
WILSON MELLO SANTOS	AP 5.1	Usuário
ABSAI ISRAEL F LEITE	AP 5.2	Usuário
ALCIDENIL LACERDA	AP 5.2	Usuário
ALTAIR DIAS AMARAL	AP 5.2	Usuário
ANAIDES DE SOUSA BRITO	AP 5.2	Usuário
ANDERLANE FIGUEIRA DE MELLO	AP 5.2	Gestor/Prestador de Serviço
ANDREIA DA SILVA	AP 5.2	Gestor/Prestador de Serviço
CANDIDA MARIA DE SOUZA SERRÃO	AP 5.2	Usuário
CARMEM LUCIA GOMES MOREIRA	AP 5.2	Profissional Saúde
CLAUDIO DE MORAES CARVALHO	AP 5.2	Usuário
EDY TERESINHA DA SILVA	AP 5.2	Usuário
ELEANA PEREIRA DAVID	AP 5.2	Profissional Saúde
ELIANE TEIXEIRA RANGEL	AP 5.2	Profissional Saúde
ELISABETE MARIA DA SILVA VALADÃO	AP 5.2	Usuário
ELTON IRADE ROSA	AP 5.2	Profissional Saúde
FERNANDO LUIS SEVERO	AP 5.2	Usuário
JANAINA BARROS FERNANDES	AP 5.2	Gestor/Prestador de Serviço
JOÃO BAPTISTA	AP 5.2	Usuário
JOSÉ CARLOS DIAS BICACO	AP 5.2	Gestor/Prestador de Serviço
JOSÉLIA BRAGA FERREIRA	AP 5.2	Usuário
KATSUE DUARTE KOSAKA	AP 5.2	Gestor/Prestador de Serviço
LILIANE CARDOSO DE ALMEIDA LEAL	AP 5.2	Gestor/Prestador de Serviço
LUCIANA SOARES MEDEIROS	AP 5.2	Profissional Saúde
LUIS EDUARDO SOUZA COSTA	AP 5.2	Profissional Saúde
LUZETE MARIA APARECIDA RIBEIRO CARNEIRO	AP 5.2	Usuário
MARIA LAURA NASCIMENTO DOS SANTOS	AP 5.2	Usuário
MARILIA MATEUS PINHEIRO	AP 5.2	Usuário
NELY DA SILVA LONGO VIEIRA VIDAL	AP 5.2	Usuário
REGINA DE SOUZA BRAGA	AP 5.2	Profissional Saúde
SEVERINO LUCINDO COSTA	AP 5.2	Profissional Saúde
SILVIA RENATA JARDIM MUNIZ	AP 5.2	Profissional Saúde
SOLANGE DA SILVA MALFACINI	AP 5.2	Gestor/Prestador de Serviço
SONIA MARIA DO NASCIMENTO	AP 5.2	Usuário

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
SUELY BASTOS MATEUS	AP 5.2	Usuário
ANA LUCIA DA SILVA BROCHADO	AP 5.3	Usuário
ANA PAULA DE O. FIGUEIREDO ALEXANDRE	AP 5.3	Gestor/Prestador de Serviço
BENEDITO DE OLIVEIRA	AP 5.3	Usuário
CLAUDIA MARTA XAVIER BATISTA DOS SANTOS	AP 5.3	Profissional Saúde
DAVID BELARMINO	AP 5.3	Usuário
EDNEA LINO DE OLIVEIRA	AP 5.3	Profissional Saúde
EDUARDO NUNES DE LIMA	AP 5.3	Usuário
GETULIO GOMES DA ROCHA	AP 5.3	Usuário
HAYDEÊ VIEIRA FRANCISCO	AP 5.3	Usuário
ILZA PEREIRA DE LIMA	AP 5.3	Gestor/Prestador de Serviço
LEILA MARIA MOREIRA RANGEL MARINO	AP 5.3	Gestor/Prestador de Serviço
LUIZ CARLOS BESSA DO SACRAMENTO	AP 5.3	Usuário
LUIZ VIEIRA JUNIOR	AP 5.3	Profissional Saúde
MARCOS ANTONIO RAIMUNDO DE DEOS	AP 5.3	Usuário
MARIA DAS GRAÇAS FINAMORE DA FONTE	AP 5.3	Profissional Saúde
MARIA DAS GRAÇAS SOUZA	AP 5.3	Usuário
MARIA ELIZABETH FORTE DA SILVA	AP 5.3	Profissional Saúde
MARIA LUCIA DA SILVA BROCHADO	AP 5.3	Usuário
MARILIA DOS SANTOS LOURENÇO	AP 5.3	Usuário
MARINES BARBOZA RIBEIRO	AP 5.3	Usuário
MARLENE DA SILVA LOPES	AP 5.3	Profissional Saúde
PEDRO IRAN VIVAS MAIA	AP 5.3	Usuário
REGINA CELIA OLIVEIRA FERREIRA DE MELO	AP 5.3	Gestor/Prestador de Serviço
ROBERTA DOS SANTOS CANDIDO DA SILVA	AP 5.3	Profissional Saúde
RONALDO JOSE AZEVEDO NEIVA	AP 5.3	Profissional Saúde
SONIA AQUILINO CASTILHO	AP 5.3	Gestor/Prestador de Serviço
SUELI MATEUS DA SILVA	AP 5.3	Profissional Saúde
WERTER DA SILVA	AP 5.3	Profissional Saúde
ZENI FERNANDES DA SILVA	AP 5.3	Gestor/Prestador de Serviço
ANAMARIA CARVALHO SCHNEIDER	CMS	Gestor/Prestador de Serviço
ANTÔNIO FÉLIX TAVARES	CMS	Gestor/Prestador de Serviço
CARMEN ROSÁLIA BARBEITO BARREIRO	CMS	Profissional Saúde
CÉSAR AUGUSTO GOMES SOARES	CMS	Usuário
CLAUDIA MOTTA DOS SANTOS	CMS	Profissional Saúde
DAVID SALVADOR DE LIMA FILHO	CMS	Gestor/Prestador de Serviço
FRANCISCO CLÁUDIO DE SOUZA MELO	CMS	Profissional Saúde
GERALDO BATISTA DE OLIVEIRA	CMS	Usuário
GILBERTO SOUTO DA SILVA	CMS	Usuário
HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN	CMS	Gestor/Prestador de Serviço
HONORIO JOSE DE ANDRADE	CMS	Usuário
IANÉ GERMANO DE ANDRADE	CMS	Usuário
IRACI ROSA DA SILVA	CMS	Profissional Saúde

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
JORGE LUIZ MATEUS	CMS	Usuário
JOSÉ ANTÔNIO ALEXANDRE ROMANO	CMS	Profissional Saúde
LUDUGÉRIO ANTONIO DA SILVA	CMS	Usuário
LUZINETE CLEMENTINO DA COSTA	CMS	Profissional Saúde
MARIA ALICE GUNZBURGER COSTA LIMA	CMS	Usuário
MARIA DAS GRAÇAS SILVA FERRAZ	CMS	Usuário
MILTON LIMA	CMS	Usuário
ROBERTO RODRIGUES NABARRO	CMS	Gestor/Prestador de Serviço
ROGÉRIO MARQUES GONÇALVES	CMS	Gestor/Prestador de Serviço
ROQUE PEREIRA DA SILVA	CMS	Usuário
SARA MIRANDA	CMS	Profissional Saúde
SEBASTIÃO TILL	CMS	Gestor/Prestador de Serviço
SHEILA MARINO	CMS	Profissional Saúde
VIRGÍNIA MELLO DE CASTRO DANTAS	CMS	Usuário
VIVIAN PEIXOTO NOGUEIRA	CMS	Profissional Saúde
WILMA COSTA	CMS	Usuário
ZORETE ANDRADE DA SILVA	CMS	Usuário
ALEXANDER RAMALHO	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
ANDRÉ LUIS ANDRADE JUSTINO	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
ANGELA ROCHA DE LAMARE	COMUSA	Gestor/Prestador de Serviço
ANDREA ESTEVAM	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
ANDRE LOPES	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
ANDREA MENDONÇA	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
ARNALDO LASSANCE	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
BETINA DUROVNI	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
CARLA LOPES PORTO BRASIL	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
CLAUDIA LUNARDI	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
CLAUDIA LEITE	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
CLÁUDIA DE OLIVEIRA F. FERRARI QUADROS	COMUSA	Gestor/Prestador de Serviço
CRISTINA FONSECA SIQUEIRA	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
DANIEL SORANZ	COMUSA	Gestor/Prestador de Serviço
EDUARDO REIS MAIA	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
ELISABETE DORIGHETTO	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
FLAVIA MELLO	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
GILDA MARIA RIBEIRO	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
JOÃO LUIZ FERREIRA COSTA	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
JOSÉ CARLOS PRADO	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
JUICEMA FABRICIO VIEIRA	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
MARCIA REGINA CARDOSO TORRES	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
MARCIO CRISTIANO TELLES NETTO GUIMARÃES	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
MARIA HORTENSE FERRO COSTA MARCIER	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
MARIA JOSÉ ORIOLI CAMEZ	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
MARIO MARCELO FERREIRA DOS SANTOS SANTORO	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço

DELEGADOS	AP	SEGMENTO
MARTA CORTES	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
NELSON CARDOSO DE ALMEIDA	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
NINA LUCIA PRATES	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
PATRÍCIA ALBUQUERQUE	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
PEDRO GILBERTO ALVES DE LIMA	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
RITA FERREIRA	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
ROBERTO RAPOSO	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
SIDNEI OTAVIO VICENTE FRANCO	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
SOLANGE CAVALCANTI	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
SYLVIA RIPER	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço
VITOR ALEXANDRE PORDEUS DA SILVA	Nível Central	Gestor/Prestador de Serviço

DELEGADOS DA XI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE ELEITOS

DELEGADOS ESTADUAIS

USUÁRIOS

Ademir Pitoco
Alcidenil Lacerda
Alessandro Mello Motta
Alexandre Clementino de Oliveira
Altair Dias Amaral
Ana Lucia da Silva Brochado
Ana Maria Rodrigues Manço
Ana Maria Sousa Silva
Ana Maria Viana da Silva
Ana Patrícia Lima de Almeida
Anaides Souza Brito
Anazir Maria de Oliveira
Angela Maria Resende de Miranda
Arminda Coutinho
Azaury Monteiro de Alencastro G. Junior
Benedito de Oliveira
Cândida Maria de Souza Serrão
Carlos Alberto Barros Lourence
Carlos Alberto Policeno
Carlos Ferreira da Silva
Carlos Lourenço Coimbra dos Santos
César Augusto Gomes Soares
Claudia Henrique da Silva
Claudia Maximiliano
Claudio de Moraes Carvalho
Claudio Marques da Cruz
Clínio Henriques de Oliveira
Cosme Francisco Toscano
David Belarmino
Edilson Adad
Eduardo Nunes de Lima
Edy Teresinha da Silva
Eidimir Tiago de Souza
Eliane dos Santos Souza
Felipe Vieira dos Santos
Fernando Luiz Severo
Geraldo Batista de Oliveira
Getulio Gomes da Rocha
Gilberto Souto da Silva
Haydeé Vieira Francisco
Helena Manhães Soares
Honório José de Andrade
Ianê Germano de Andrade
Ivanilde Braga Marinho
Jackson Silveira Caiafa
Jeferson Luiz Barbosa
Jeová Vieira da Sailva
João Galdino de Melo
Jorge Luiz Mateus
Jorge Paes Leme Filho
José Cosme dos Reis
José Eufrásio da Costa Filho
José Jandir Borges Alves
Jose Orlando
José Ricardo Mello
Joselina Cardoso Pachá
Juçara Portugal Santiago
Lucia Maria Nascimento Nazareth
Ludugério Antonio da Silva
Luis Augusto de Carvalho
Luiz Carlos Bessa do Sacramento
Luiz Carlos Gomes
Luzete Maria Aparecida Ribeira Carneiro
Luzia Calarina R. Rodrigues
Magda Angela Pereira
Manoel João de Santana
Marcia Helena de souza
Margarida Maria Azambuja Frouf
Maria Alice Gunzburger Costa Lima
Maria Cristina Lopes
Maria das Graças Alves de Sousa
Maria das Graças Silva Ferraz
Maria de Fatima Gustavo Lopes
Maria de Fatima Lopes
Maria do Carmo
Maria Edileusa Braga Freire
Maria Iracilda Gomes Silva
Maria Jose da Silva Santos Rosa
Maria Jose dos Santos Peixoto
Maria José Rodrigues
Maria Laura do Nascimento dos Santos
Maria Pedro da Silva
Maria Raimunda Aguiar de Souza
Maria Rita Frade da Silva
Maria Yeda de Souza Lins
Marilia dos Santos Lourenço
Marilia Mateus Pinheiro
Marisa Monteiro de Andrade

Mauro André Santos Pereira
Mauro da Silveira
Miguel da Silva de Moura
Miguel Macel de França
Milton Lima
Nancy dos Santos Senhor Costa
Nely da Silva Longo Viera Vidal
Nilza Pereira de Aguiar
Paulo Roberto Garcia
Regina Maria Santos
Rogerio Rodrigues da Silva
Roque Pereira da Silva
Rosa de Fatima Munis Dubois
Rosangela de Melo Silva
Sandra da Silva Monteiro

Sandra Maria de Abreu Reis
Sandra Maria Rosa
Sergio Clemente da Silva
Severino Lino de Oliveira
Silvia Regina Barbosa
Sonia Maria Fonseca da Silva
Sonia Regina G. da Silva
Suely Bastos Mateus
Vera Alice da Conceição Jesus
Vera Lucia Soares de Oliveira Silva
Virgínia Mello de Castro Dantas
Valdemira de Souza Santiago Duarte
Waldyr Gonçalves de Souza
Wilma Costa
Zorete Andrade da Silva

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ana Maria Ferreira Souza
Andreia Andrade de Azevedo
Carmem Lúcia Gomes Moreira
Carmem Rosália Barbeito Barreiro
Cláudia Carmo Domingues
Claudia Marta Xavier Batista dos Santos
Claudia Motta dos Santos
Denise Resende Sanches
Edinea Lino de Oliveira
Edson Borga
Eleana Pereira David
Eliana Marques da Silva
Eliana Teixeira Rangel
Francisco Claudio de Souza Melo
Georgina Queiros dos Santos
Gilberto de Oliveira Reis
Heloisa Helena Ximenes
Ignácio de Loyola de Campos Pinto
Iracema Gomes da Silva
Janete Gonçalves de Lima Mello
João Paulo Bastos Hildebrandt
Jorge Rodrigues Moreira
José Antônio Alexandre Romano
Jose liporage Teixeira
Josias Correa de Arruda Filho
Lizomar Frutuoso de Brito
Lucia Ferreira de Oliveira
Lucia Santos
Lurdes Ferreira Nunes
Luzinete Clementino da Costa
Marcia Laureano
Marco Antonio Tinoco Carvalho
Maria Angélica de Souza
Maria Aparecida de Oliveira Guimarães
Maria Aparecida Duarte Uidon Blanc
Maria Auxiliadora Ozdian
Maria Celina de Oliveira
Maria da Gloria Silva
Maria da Paz
Maria das Graças de Oliveira
Maria das Graças F.Fontes
Maria do Socorro Ferraz Machado
Marinete Almeida Nunes Moraes
Monica Gonçalves de Oliveira
Neusa de Resende Pinto
Nilma Maria Valentim de Lima J.
Paulo Murilo de Paiva
Regina de Souza Braga
Rita Luziete da Silva
Roberta dos Santos Candido Silva
Ronaldo José Azevedo Neiva
Rosimere Maria da Silva
Sara Miranda
Sheila Marino
Silvia renata jardim Muniz
Solange Gonçalves Belchior
Sônia de França Rodrigues
Suely Coe Vieira
Suely Soares Neiva
Tânia Maria de Souza Pires Makluf
Ubiraina Lopes Lima Alves
Vera lúcia Silva Perre
Vinícius Vieira Martins
Vivian Peixoto Nogueira
Werther da Silva Aronovski

GESTOR / PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE

Alexander Ramalho
Alexandre Alves Modesto
Anamaria Carvalho Schneider
André Luiz Andrade Justino
Andrea Estevam
Angela Rocha de Lamare
Antonio Felix Tavares
Carla Bianca Teixeira Nunes
Carla Cristina Cavalcanti Paes Leme
Cibele R.P. Leme
Claudia Cristina Dias Macedo
Claudia Nastari de Paula
Conrado Weber
Daniel Linhares de Siqueira
Daniel Soranz
David Salvador de Lima Filho
Hugo Marques Fagundes Junior
Iaçã Macerata
Iandara de Moura Silva
Iracema Vieira Polidoro
Iraíldes da Silva Gomes
Janaina Barros Fernandes
João Luiz F. Costa
Jose Antonio Gonçalves Rodrigues
Jose Carlos Prado Junior
Juliana Caramore Pessoa
Katsue Duarte Kosaka
Leila Maria Moreira Rangel Marino
Leonardo de Oliveira El Warrak
Liliane Cardoso de A Leal
Lucia Helena Soares Orfão
Luciana Quagliane Ribeiro
Marcia Franco da Silva
Marcia Mattos Magalhães Monteiro
Marcia Regina Cardoso Torres
Marcio Cristiano Telles Netto Guimarães
Maria Alice da Costa e Silva
Maria Helena Carneiro de Carvalho
Maria Marlene da Silva
Neise Conceição Ramos Villar
Nina Lucia Patres N. de Souza
Patricia Albuquerque
Paula Travassos
Paulo Roberto da Silva peres
Pedro Gilberto Alves de Lima
Regina Celia Oliveira Ferreira de Melo
Rejane Correa Lopes
Roberto de Araujo Raposo
Rodrigo de Souza Prado
Rogerio Marques Gonçalves
Rubens Giambromi Filho
Solange da Silva Malfacini
Valeria Gomes Pereira
Vanessa M. F. Telles
Zeni Fernandes da Silva

DELEGADOS DA XI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE ELEITOS

DELEGADOS NACIONAL

USUÁRIOS

Ana Maria Viana da Silva
Cândida Maria de Souza Serrão
Edy Teresinha da Silva
Geraldo Batista de Oliveira
Getulio Gomes da Rocha
Gilberto Souto da Silva
Ianê Germano de Andrade
Jorge Paes Leme Filho
Joselina Cardoso Pachá
Juçara Portugal Santiago
Ludugério Antonio da Silva
Manoel João de Santana

Margarida Maria Azambuja Frouf
Maria Alice Gunzburger Costa Lima
Maria de Fátima Gustavo Lopes
Maria Edileusa Braga Freire
Miguel Silva de Moura
Rogério Rodrigues da Silva
Roque P. da Silva
Sergio Clemente da Siva
Sonia Regina G. da Silva
Virgínia Mello de Castro Dantas
Mauro da Silveira
Vera Lúcia Soares de Oliveira Silva

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Eliane Teixeira Rangel
Francisco Claudio de Souza Melo
Ignacio De Loyola de Campos Pinto
João Paulo Bastos Hildebrandt
Jorge Rodrigues Moreira
José Antonio Alexandre Romano
Marco Antonio Tinoco Carvalho
Paulo Murilo De Paiva
Roberta dos Santos Candido Silva
Rosimere Maria Da Silva
Solange Gonçalves Belchior
Sonia De França Rodrigues

GESTORES / PRESTADORES DE SERVIÇO

Anamaria Carvalho Schneider
André Luis Andrade Justino
Andrea Estevam
Daniel Soranz
David Salvador de Lima Filho
Hugo Marques Fagundes Junior
João Luiz F. Costa
José Carlos Prado Junior
Katsue Duarte Kosaka
Marcia Regina Cardoso Torres
Patrícia Albuquerque
Rogério Marques Gonçalves

ANEXO

CADERNO DO DELEGADO

Este caderno foi elaborado pela Comissão de Relatoria, com objetivo de disponibilizar a todos os delegados as informações necessárias e conteúdo para as discussões nos grupos serem as mais objetivas e propositivas possível. Constava do caderno do delegado, os textos do Regimento Interno e do Regulamento, como esses já fazem parte do relatório, foi excluído do conteúdo do caderno.

TEXTO ORIENTADOR XI CONFERÊNCIA DE SAÚDE

A XIV Conferência Nacional de Saúde tem por objetivo definir as diretrizes para garantir uma política no “Acesso e acolhimento com qualidade um desafio para o SUS”, tendo como subeixos:

- d)** Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
- e)** Participação da comunidade e controle social;
- f)** Gestão do SUS (financiamento, pacto pela saúde e a relação público x privado, gestão do sistema do trabalho, da educação em saúde).

A construção desta proposta será feita de forma vertical, iniciando nas conferências municipais com conclusão na nacional. De acordo com a metodologia proposta no RI da CNS em seu art.12 parágrafos:

§ 1º O Relatório das Etapas Municipais poderá conter até 7 (sete) diretrizes estaduais relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter 10 (dez) propostas a serem encaminhadas à Etapa Estadual/Distrito Federal.

§ 2º O Relatório das Etapas Estaduais e do Distrito Federal poderá conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter 5 (cinco) propostas a serem encaminhadas à Etapa Nacional da Conferência.

Para atender a metodologia proposta no âmbito nacional, em nosso município essa construção se dará a partir das Conferências Distritais. Os relatórios das Conferências Distritais deverão ser encaminhadas a XI Conferência Municipal, contendo até 7 diretrizes de abrangência municipal com no máximo 5 propostas cada uma delas. Vale ressaltar que cada Conferência Distrital poderá ter em seu relatório o conjunto total de diretrizes e propostas apuradas, porém somente as 7 diretrizes municipais, escolhidas na conferência, com suas respectivas propostas, serão apresentadas na Conferência Municipal.

A dinâmica da Conferência Municipal terá como objetivo eleger, em plenário, dentre as diretrizes vindas das Conferências Distritais, as 7 que deverão ser encaminhadas à Conferência Estadual. Após esta definição, cada diretriz corresponderá a um Grupo de Trabalho (GT). Cada GT receberá as propostas correspondentes à diretriz que foi encaminhada pela Conferência Distrital. Caberá ao GT analisar, modificar, aproveitar ou descartar essas propostas e encaminhar no máximo 15 propostas para apresentação na plenária. Essas propostas deverão ser apresentadas de forma que 10 sejam de âmbito estadual e 5 de abrangência nacional. Caberá à plenária aprovar as 15 propostas correspondentes a cada uma das diretrizes que serão encaminhadas como relatório da Cidade do Rio de Janeiro. Constará do relatório final da XI Conferência Municipal de Saúde todas as diretrizes e propostas das 10 Conferências Distritais apresentadas separadamente, acrescido das diretrizes priorizadas na etapa municipal com respectivas propostas.

A comissão organizadora da XI Conferência Municipal de Saúde tem como intuito, por meio deste documento, orientar os delegados para a discussão do tema municipal “SUS PARA TODOS – acesso e acolhimento com qualidade um desafio para o sistema de saúde do município do Rio de Janeiro”. Este tema traz consigo

duas questões norteadoras: “O acolhimento aos usuários da rede é resolutivo?”; e “Está garantido o acesso do usuário, conforme sua necessidade, na rede?”

Os últimos anos foram decisivos para o amadurecimento da saúde pública como uma das maiores políticas de Estado do país. Além da melhoria na prestação direta e imediata de serviços, o Sistema Único de Saúde vem se consolidando como promotor de inclusão e justiça social, ao ampliar o acesso dos cidadãos a uma rede integrada de ações e programas de atenção integral à saúde da população.

A saúde é um direito social básico para as condições de cidadania de uma população. Um país somente pode ser denominado “desenvolvido” se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde, quanto das condições gerais de vida, associadas ao modelo de desenvolvimento vigente. Não basta ter uma economia dinâmica, com elevadas taxas de crescimento e participação crescente no comércio internacional, se o modelo de desenvolvimento não contemplar a inclusão social, a reversão das desigualdades entre as pessoas e as regiões, o combate à pobreza e a participação e organização da sociedade na definição dos rumos da expansão pretendida.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um projeto único dentro do conjunto dos países em desenvolvimento. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade garantidos na Carta Magna do País de 1988 dão sentido a esta visão de saúde vinculada a outras ações intersetoriais. Em que pesem as dificuldades históricas e estruturais de implementação de um projeto de tal envergadura, o SUS já ocupa, de fato, um espaço importante na sociedade e na percepção dos direitos de cidadania, espaço este que vai muito além da retórica e do terreno das intenções.

“Acesso aos serviços” de saúde já foi alvo de discussão no cenário nacional. A Constituição de 1988 trouxe para os excluídos do antigo sistema a garantia de atendimento pelo princípio da equidade/universalidade e a responsabilização do Estado pela saúde dos cidadãos. Desta vez, a proposta de discussão enfoca o acesso em suas várias dimensões:

- As unidades e serviços (garantia do cuidado);
- A qualidade da assistência (escuta / vínculo / responsabilização / resolutividade)
- A continuidade do cuidado;
- As mudanças propostas de tratamento com a aquisição de novas técnicas ou de equipamentos mais complexos que vão trazer benefícios ou nova forma de abordagem da doença;
- A saúde como bem com valor de uso, e não como uma mercadoria.

Essa construção de acesso aos serviços permite a criação de vínculos solidários entre profissionais de saúde e a população, empenhados na construção de mudanças nas práticas dos serviços. O envolvimento das três esferas de governo e a participação do controle social devem garantir o acesso do cidadão aos serviços saúde disponibilizados.

Em vista dos argumentos aqui já vistos e de outros, certamente existentes, defendidos pelas mais diversas concepções, cabe responder os seguintes questionamentos, apontados pelo CNS aos municípios, acrescidos de alguns desenvolvidos por esta Comissão, que poderão servir como norteadores na elaboração das diretrizes e propostas em nossas conferências.

- a)** Como está o acesso da população as redes de serviços e ações de promoção da saúde?
- b)** Como está o acesso da população à vigilância sanitária? Como estão o controle e a fiscalização da qualidade de produtos para consumo humano nos portos e aeroportos?
- c)** Como está o acesso da população às informações da vigilância epidemiológica e do controle de doenças? Há controle da incidência de doenças e agravos de saúde dentro do seu município? Há controle de doenças, agravos e acidentes de trabalho com a classe trabalhadora de sua região?

- d) Como está o acesso da população aos programas de saúde direcionados a grupos com problemas específicos? Onde as pessoas com problemas mentais são atendidas? As crianças de 0 a 5 anos são acompanhadas pela equipe de saúde? As mulheres em idade fértil têm acesso aos exames preventivos do câncer? Os idosos têm assegurado o acompanhamento de sua saúde? Os cidadãos que pertencem aos segmentos minoritários, como LGBT, negros entre outros, têm respeito e atendimento adequado?
- e) Há visível mudança na forma que são ofertados os serviços de saúde com o objetivo de melhorar a assistência e garantir o acesso a reabilitação?
- f) A população tem acesso aos insumos: vacinas, medicamentos, equipamentos, prótese e outros?
- g) A população é informada sobre as doenças e hábitos saudáveis de vida?
- h) A maioria da população tem a noção que os serviços assistenciais, hospitalares e de pronto atendimento são as únicas áreas de atuação do SUS?
- i) A utilização da classificação de risco nos serviços de saúde como forma de pré-selecionar os pacientes é uma boa saída para o melhor do atendimento e fluxo de pacientes na rede de assistência?
- j) O que fazer para garantir que os princípios e diretrizes do SUS sejam respeitados por todos os segmentos do controle social?

Prezado Delegado, você terá que eleger e marcar as 14 diretrizes que, na sua opinião, são as mais relevantes. Posteriormente serão votadas pela plenária as 7⁽¹⁾ diretrizes prioritárias que comporão o relatório que seguirá para a Conferência Estadual.

IMPORTANTE: Marque somente diretrizes e vote apenas naquelas que VOCÊ considera que são as mais importantes para a discussão de ‘o quê?’ e ‘como?’ Precisamos avançar no SUS.

DIRETRIZES

- () 1. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência
- () 2. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência
- () 3. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática
- () 4. Qualificação da assistência, valorizando a humanização do cuidado
- () 5. Valorização da Ambiência como facilitador do processo de trabalho
- () 6. Investimento em infraestrutura como garantia dos recursos locais
- () 7. Pacto pela saúde, relação público x privado
- () 8. Participação da Comunidade e Controle Social
- () 9. Serviços de Urgência/Emergência
- () 10. Gestão do Sistema de Trabalho e Educação em Saúde
- () 11. Política de Saúde na Seguridade Social
- () 12. Garantir a continuidade e a qualidade do cuidado com resolutividade
- () 13. Aperfeiçoamento do SISREG para melhoria do atendimento ao cidadão(ã)
- () 14. Promover a implantação da Carteira de Serviços como norte da Atenção Primária

- () 15. Garantir a integralidade e acesso em Saúde Bucal
- () 16. Garantir a integralidade e acesso em Saúde do Idoso
- () 17. Fomento a formação e capacitação de profissionais de saúde
- () 18. Ampliar o acesso ao cuidado territorializado e integral em saúde
- () 19. Política de acessibilidade aos medicamentos
- () 20. Garantir o acolhimento com equidade
- () 21. Obrigação de reposição de profissionais
- () 22. Acesso do Controle Social
- () 23. Financiamento direto da esfera federal para o controle social
- () 24. Gestão do SUS/Regulação
- () 25. Reestruturação da Participação do Controle Social no SUS
- () 26. Acesso com garantia da continuidade do cuidado e acolhimento com resolutividade
- () 27. Qualificar o Sistema de regulação para garantir o acesso e acolhimento em todos os níveis de assistência em saúde
- () 28. Acolhimento em todas as unidades de saúde das três esferas de governo e garantir o seu atendimento de imediato quando se tratar de uma urgência ou emergência, quando não encaminhar e orientar através de impressos para sua unidade de referência
- () 29. Ampliar os espaços de discussão e as informações da gestão (financiamentos, pactos) para o controle social
- () 30. Continuidade do cuidado
- () 31. Fortalecimento das execuções das atividades de atenção, educação, informação e vigilância dos Centros de Referência e saúde do trabalhador- CEREST's
- () 32. Educação em Saúde
- () 33. Garantir recursos para execução da totalidade dos programas do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde
- () 34. Organizar os serviços em rede hierárquica, divulgando amplamente para a sociedade
- () 35. Ampliar e qualificar a participação da população nos espaços decisórios do SUS e divulgar as informações sobre o SUS e suas instâncias de Controle Social
- () 36. Estatizar e profissionalizar a gestão e os trabalhadores do SUS
- () 37. Garantir trabalho digno “Organização Internacional do Trabalho “OIT” na saúde e a educação permanente dos trabalhadores do SUS
- () 38. Garantir a limitação do setor privado à complementariedade do SUS
- () 39. Participação da Comunidade e Controle Social
- () 40. Continuidade do Cuidado, como forma de melhoria da qualidade de vida
- () 41. Acolhimento com resolutividade como política de acesso ao SUS
- () 42. GESTÃO DO SUS (Financiamento, Pacto pela Saúde, Gestão de Pessoas, Relação Público X Privado)

(1) Em conformidade com o RI da 14ª Conferência Nacional de Saúde e da 6ª Conferência Estadual de Saúde/RJ.

- () 43. Modelo em consonância (UPA/PSF); Gestão do Sistema de Trabalho e Educação em Saúde
- () 44. Sistema de Regulação
- () 45. “UM DESAFIO PARA O SUS – A integração dos serviços de saúde mental”
- () 46. Acesso e garantia da Continuidade do Cuidado
- () 47. Acolhimento com resolutividade
- () 48. Política de Saúde na Seguridade social segundo os Princípios da Integralidade, Universalidade e Equidade
- () 49. Gestão do SUS
- () 50. A População tem acesso aos insumos: Vacinas, Medicamentos, equipamentos, próteses e outros?
- () 51. Ampliação da Informação a População sobre doenças e Hábitos Saudáveis
- () 52. Saúde do Homem
- () 53. Saúde do Idoso
- () 54. Sistema de Regulação
- () 55. Saúde do Trabalhador
- () 56. Política de Cuidados aos dependentes Químicos/Reabilitação

DIRETRIZES E PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS

DIRETRIZ 1: Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

PROPOSTAS:

1. Garantir atendimento clínico nos hospitais gerais e unidades de saúde para pacientes com transtornos mentais.
2. Garantir a regulação de vagas de internação para os hospitais municipais, estaduais, federais, universitários e conveniados do SUS, com a criação de uma central única de regulação.
3. Vincular o recebimento de recursos dos fundos municipais, estaduais e nacional de saúde à efetiva oferta de serviços à regulação via SISREG.
4. Garantir a regulação da totalidade de vagas para consultas de especialidades e procedimentos de média e alta complexidade disponíveis nas três esferas de governo, incluindo os universitários, permitindo a disponibilização a todos os municípios de forma equânime.
5. Fortalecimento das redes de atenção primária, secundária e terciária, garantindo a longitudinalidade da assistência, com lotação de RH, adequação predial, insumos e equipamentos.

DIRETRIZ 2: Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

PROPOSTAS:

1. Implantar todos os serviços da carteira da atenção primária de saúde, garantindo recursos materiais e humanos para todas as unidades de atenção primária.
2. Ofertar assistência especializada dentro das áreas programáticas, conforme necessidade territorial com complementação do quadro de especialistas das policlínicas.
3. Integrar em um fórum todos os setores públicos a fim de formar parcerias fortalecendo as ações intersetoriais.
4. Revisar a grade de medicamentos para sua ampliação e inclusão de novas tecnologias.
5. Criar leitos psiquiátricos nos hospitais gerais para adultos e crianças.

DIRETRIZ 3: Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática.

PROPOSTAS:

1. Garantir o cuidado psicossocial do usuário de drogas, através da construção de CAPSad.
2. Garantir assistência ao portador de leishmaniose, enfocando diagnóstico, tratamento e educação permanente.
3. Garantir o antídoto adequado para tratamentos de pacientes que sofrerem picada por animais peçonhentos nos Hospitais.
4. Implantação do Pólo de Atendimento ao Idoso Frágil com o PADI.

DIRETRIZ 4: Qualificação da assistência, valorizando a humanização do cuidado.

PROPOSTAS:

1. Garantir o acesso de todos os níveis assistências de atendimento às mulheres vítimas de violência.
2. Ampliar os investimentos locais em educação permanente para todos os profissionais, através de parcerias com instituições de ensino, pesquisa e extensão.
3. Ampliação da oferta de serviço considerando a necessidade da população local.
4. Gestão participativa visando à organização dinâmica dos fluxos de atendimento e serviços oferecidos à população.

DIRETRIZ 5: Valorização da Ambiência como facilitador do processo de trabalho.

PROPOSTAS:

1. Adequação dos espaços físicos para atender ao novo modelo de acolhimento em todos os serviços.
2. Garantir lotação de profissionais de todas as categorias de acordo com as necessidades de cada unidade para atuar no acolhimento.
3. Garantir a participação do usuário na discussão do modelo de acolhimento da unidade, sendo que a indicação da participação do Usuário seja feita pelo Usuário e não pela indicação dos Profissionais.
4. Plano de reestruturação física das unidades básicas de saúde junto ao plano gestor.

DIRETRIZ 6: Investimento em infraestrutura como garantia dos recursos locais.

PROPOSTAS:

1. Garantia de recursos tecnológicos e de informatização para todos os serviços.
2. Ampliar o Programa Clínica da Família, com adequação de estrutura física e aporte de recursos humanos para realização de todas as atividades, com qualidade.
3. Revisar e divulgar a grade de medicamentos para ampliação e inclusão de novas tecnologias.
4. Criação do ponto eletrônico para as unidades de saúde.
5. Garantir que o programa de saúde da família funcione com adequação de estrutura física e aporte de recursos humanos para todas as atividades.

DIRETRIZ 7: Pacto pela saúde, relação público x privado.

PROPOSTAS:

1. Criar mecanismos eficazes de monitoramento e controle, no repasse dos recursos utilizados pelos operadores do plano de saúde, através de um sistema de regulação capaz de dar transparência na relação pública x privado, tendo como ação norteadora a implementação e utilização efetiva do cadastro único de saúde (cartão SUS).
2. Socializar a discussão do pacto pela saúde, a nível local através dos espaços dos colegiados gestores e conselho distrital de saúde, visando socializar as informações referentes ao pacto pela saúde.
3. Gerenciar de forma única o SUS, em âmbito regional, pondo fim à disputa de poder entre os três entes federados, definido o papel e as atribuições de cada ente federado, com a participação efetiva do controle social.
4. Publicar os pactos pela saúde e os relatórios de avaliação dos mesmos através das mídias informativas (redes sociais, TV, rádio, imprensa), possibilitando a garantia e comprometimento de que as ações pactuadas não sejam interrompidas.

5. Fortalecer a rede de serviços públicos de saúde com a manutenção das políticas e benefícios aplicados atualmente ao agente público de saúde, assim como a implementação de políticas de cargos, carreiras e salários que contemplem a produtividade e o desempenho com critérios aprovados pelos agentes públicos e controle social.

DIRETRIZ 8: Participação da Comunidade e Controle Social.

PROPOSTAS:

1. Criação do Conselho Gestor nas Unidades de saúde.
2. Instalação das academias cariocas em todas as unidades de saúde.
3. Garantir aos conselheiros, curso de capacitação em gerenciamento e gestão em saúde, tal como custeio de passagem, alimentação para esse fim, e integração entre os conselhos de saúde com formação originada da base local.
4. Garantir viaturas para os serviços do controle social.
5. Mudança da Lei 8.142/90 para que proporcione o financiamento do controle social diretamente do governo federal.

DIRETRIZ 9: Serviços de Urgência/Emergência.

PROPOSTAS:

1. Ampliar o número de leitos no âmbito de saúde das três esferas do governo (Municipal, Estadual e Federal), garantindo a regulação de todas as vagas e otimizando o tempo de remoção do usuário.
2. Garantir o acesso do atendimento clínico de urgência e emergência do paciente psiquiátrico, oferecendo leitos se necessário.
3. Ampliar e agilizar a oferta de exames de alta complexidade, com a avaliação de especialistas.
4. Reduzir o tempo de espera para internação de dependente químico para aproveitar a motivação do momento.

DIRETRIZ 10: Gestão do Sistema de Trabalho e Educação em Saúde.

PROPOSTAS:

1. Garantia de dois profissionais técnicos de enfermagem por equipe de saúde da família no município do Rio de Janeiro.
2. Apresentar de forma transparente em reunião dos Conselhos de Saúde a avaliação das comissões fiscalizadoras das OSS e também as de relação pública privado ao usuário do sistema (reuniões específicas dos conselhos).
3. Garantia de prazo para marcação de consultas e/ou procedimentos no SISTEMA DE REGULAÇÃO.
4. Garantia da Educação permanente das equipes nas UBS, para melhoria da escuta qualificada aos usuários.

DIRETRIZ 11: Política de saúde na seguridade social.

PROPOSTAS:

1. Reformar as unidades de saúde e ampliar o acesso de acordo com a proximidade residencial do usuário.

2. Integrar os serviços públicos com as secretarias, promovendo uma melhor qualidade de vida no que se refere ao saneamento básico e ao acesso a estas unidades de saúde.

3. Garantia da implantação do programa de atenção domiciliar ao idoso (PADI) em todas as unidades de saúde.

DIRETRIZ 12: Garantir a continuidade e a qualidade do cuidado com resolutividade.

PROPOSTAS:

1. Promover integralidade e a intersetorialidade das ações nos diversos ciclos de vida dos usuários.
2. Continuar as políticas de saúde nas três esferas de governo, sem interferência com as mudanças de governos.
3. Estimular a permanência dos profissionais de saúde na unidade com a forma de manter o vínculo com os usuários e lotar RH e adequar o espaço físico de acordo com a implantação de novas ações.
4. Garantir o acesso à assistência farmacêutica, integrando as três esferas do Governo;
5. Garantir acesso a alta complexidade (UTI, UTI Neonatal, Unidade Coronariana etc.) com garantia do transporte sanitário.

DIRETRIZ 13: Aperfeiçoamento do SISREG para melhoria do atendimento ao cidadão(ã).

PROPOSTAS:

1. Gerenciar continuamente o SISREG, analisando as diversas estatísticas de produção de resultados efetivos, para realimentar o próprio sistema objetivando o seu máximo desempenho no atendimento à sociedade.
2. Integrar as UPAs ao SISREG como solicitante e fornecer ao usuário cópia do agendamento.
3. Criar um sistema operacional que possibilite o acesso à marcação na atenção básica via telefone e/ou internet.
4. Possibilitar o acesso do usuário ao SISREG via internet.
5. Treinar profissionais para o SISREG, para operacionalizar com rapidez e correção o sistema.

DIRETRIZ 14: Promover a implantação da Carteira de Serviços como norte da Atenção Primária.

PROPOSTAS:

1. A qualidade do serviço deve ser avaliada baseada nos serviços que já são oferecidos e não pelo carterômetro, passando pelo entendimento de que existem limitações da ordem dos recursos humanos, materiais e físicos para cumprir a carteira de saúde.
2. Adequação e reforma das unidades de saúde em função do cumprimento da carteira de serviços, com maior investimento em capital humano da saúde e na educação permanente/qualificação e reciclagem dos profissionais. Ressaltando a reposição da força de trabalho.
3. Garantir a execução, com a liberação de concurso público para quadro efetivo de profissionais, a médio prazo, de forma que os investimentos acerca de qualificação e construção de vínculos não sejam perdidas por conta da temporalidade das contratações.
4. Fortalecimento das relações interinstitucionais, visando a garantia de fato da Integralidade, realizando investimento em recursos de comunicação (telefone, internet) para facilitar e agilizar o diálogo em atenção ao usuário.
5. Estabelecer parcerias com instituições formadoras para formar profissionais generalistas com intuito de adequar a inserção vide a reorientação do modelo (ESF).

DIRETRIZ 15: Garantir a integralidade e acesso em saúde bucal.

PROPOSTAS:

1. Estímulo ao completo funcionamento dos CEOs (Centro de Especialidade Odontológica) instalando laboratórios de próteses, ortodontia e implantes (preventiva e corretiva).
2. Garantir contratação de ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) e TSB (Técnico de Saúde Bucal) para toda a odontologia da Rede Básica.
3. Contratação de prestação de serviço na iniciativa privada até a completa estruturação dos CEOs (Centro de Especialidade Odontológica).

DIRETRIZ 16: Garantir integralidade do acesso em saúde do idoso.

PROPOSTAS:

1. Ampliar o número de geriatras na rede.
2. Ampliar o número de Academias Cariocas.
3. Capacitação dos médicos da rede para realização de toque retal.
4. Ampliação dos polos de atendimento do idoso frágil com contratação de equipes especializadas.

DIRETRIZ 17: Fomento a formação de Capacitação de Profissionais de Saúde.

PROPOSTAS:

1. Ampliação das residências multiprofissionais de saúde da família e de medicina de família e comunidade.
2. Garantir que o município abra vagas para residência multiprofissional e em medicina da família.
3. Convênios com instituições de ensino com o Ministério as Saúde e Educação.
4. Garantir a pesquisa em atenção primária.
5. Garantir investimentos, privilegiando as formações e capacitações presenciais como residências profissionais.

DIRETRIZ 18: Ampliar o acesso ao cuidado territorializado e integral em Saúde Mental.

PROPOSTAS:

1. Ampliar e criar consultórios de rua, agentes de redução de danos, para ampliar acesso e continuidade do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, em especial o crack.
2. Qualificar e fortalecer ações de atenção a saúde mental na ESF (Estratégia de Saúde da Família), acolhendo e manejos básicos ao sofrimento mental do mais leve ao mais grave.
3. Substituição progressiva dos leitos de hospitais psiquiátricos por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e CAPS 3 (Centro de Atenção Psicossocial – Tipo 3) com realocação de recursos.
4. Ampliar e qualificar o apoio matricial como estratégia da gestão do cuidado, envolvendo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CMS (Centro Municipal de Saúde/Unidade Mista) com ampliação de NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família).
5. Resgate dos grupos de recepção em todas as unidades que possuam serviço de Saúde Mental.

DIRETRIZ 19: Política de acessibilidade aos medicamentos.**PROPOSTAS:**

1. Nome genérico para todos os medicamentos (obrigatoriedade).
2. Protocolos técnicos com comissão de farmácia terapêutica com sala de acolhimento na farmácia com dispensação.

DIRETRIZ 20: Garantir o acolhimento com equidade.**PROPOSTAS:**

1. Implantação de acolhimento/classificação de risco para atendimento e/ou encaminhamento.
2. Qualificação e capacitação de profissionais para classificação de risco.
3. Garantir capacitação de profissionais nos diversos níveis de atenção, considerando as especificidades da população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais).
4. Garantir o acesso universal em todos os serviços de saúde, garantindo o atendimento/consulta e posterior encaminhamento para o serviço de saúde de referência.
5. Criar o título: “Unidade acolhedora” onde todos os funcionários das UBS participariam de educação permanente para conscientização sobre acolhimento.

DIRETRIZ 21: Obrigação de reposição de profissionais.**PROPOSTAS:**

1. Garantir o ingresso no serviço de saúde municipal, estadual e federal, exclusivamente por concurso público, incluindo agentes comunitários de saúde, onde considera a experiência de trabalho exercida no SUS.
2. Garantir a reposição de profissionais nas Equipes de Saúde da Família em prazo de até 15 (quinze) dias.
3. Fiscalização nas OS (Organizações Sociais) pelos Conselhos de Saúde quanto à reposição de profissionais.
4. Implementação nas três esferas de governo do Plano de Cargos e Salários.

DIRETRIZ 22: Acesso do controle social.**PROPOSTAS:**

1. Capacitação do Controle Social quanto às formas de acesso nas Unidades de Saúde.
2. Criar veículo de comunicação, para o Controle Social, ágil, quanto às disponibilidades do SISREG.
3. Implementação do Cartão SUS, para facilitar a fiscalização.
4. Criação de Conselho Gestor em todas as Unidades de Saúde.
5. Estimular a criação de associações de usuários nas Unidades de Saúde.

DIRETRIZ 23: Financiamento direto da esfera federal para o controle social.**PROPOSTAS:**

1. Distribuído com equidade.
2. Voltados para projetos e as necessidades estruturais e de funcionamento.
3. Observado o número populacional correspondente e o número de equipamentos de saúde instalados.

DIRETRIZ 24: Gestão do SUS/Regulação.**PROPOSTAS:**

1. Investir e ampliar na oferta regionalizada de consultas e procedimentos priorizando a área de residência, principalmente na atenção primária e secundária.
2. Investir em informática na área de equipamentos, recursos humanos e capacitação dos profissionais envolvidos.
3. Quando a oferta de serviços e procedimentos especializados não for suficiente, fazer a contratualização de acordo com a legislação do SUS.
4. Ampliar a participação dos hospitais federais na integração com o que lhes é de competência: ambulatório especializado, assistência terciária e quaternária.
5. Considerando a complexidade do exame, consulta ou procedimento, estipular um prazo máximo para re-realização dos mesmos.

DIRETRIZ 25: Reestruturação da participação do Controle Social.**PROPOSTAS:**

1. Orientado pelas ideias da reforma sanitária e do pacto federativo, permitindo prerrogativas correspondentes a autonomia decisória, independência administrativa, autonomia econômico-financeira e poder normativo técnico.
2. Prioridade na organização local com políticas definidas de baixo para cima.
3. Interligação entre os Conselhos municipal, estadual e nacional.
4. Continuidade da política do controle social entre os Conselhos.
5. Condutas unificadas.

DIRETRIZ 26: Acesso com garantia da continuidade do cuidado e acolhimento com resolutividade.**PROPOSTAS:**

1. Melhorar as condições de acolhimento na porta de entrada realizado nas unidades de saúde garantindo privacidade e sigilo por profissionais qualificados em ambiente acolhedor.
2. Gerenciamento único regional do SUS para viabilizar os recursos (humanos e materiais) e que as ações iniciadas não sejam interrompidas com as mudanças do governo.
3. Parceria com a comunidade para levantamento das potencialidades locais de melhoria da qualidade de vida.
4. Que as demandas de acesso da rede sejam reguladas em cem por cento pelo SISREG.
5. Educação permanente para todos os trabalhadores da saúde, garantindo capacitação antes da implementação das ações de intervenção.

DIRETRIZ 27: Qualificar o Sistema de regulação para garantir o acesso e acolhimento em todos os níveis de assistência em saúde.

PROPOSTAS:

1. Promover recursos para que as unidades tenham os núcleos internos de regulação funcionando em todos os horários de funcionamento da unidade e que garanta o atendimento presencial.
2. Delegar competência as unidades executoras para que façam as suas marcações em todas as especialidades independente dos motivos.
3. Vincular o recebimento de verbas dos Fundos de Saúde a oferta de serviços regulados via SISREG.
4. Regionalizar os encaminhamentos para procedimentos respeitando o CEP, sempre que possível.
5. Descentralizar a regulação das ambulâncias.

DIRETRIZ 28: Acolhimento em todas as unidades de saúde das três esferas de governo, garantindo seu atendimento quando se tratar de urgência ou emergência. Quando não houver necessidade do atendimento imediato, orientar e realizar o encaminhamento impresso a unidade de referência.

PROPOSTAS:

1. Garantir a inserção do paciente nas unidades de referência, conforme a necessidade e disponibilidade do corpo técnico.
2. Promover periodicamente seminários de discussão entre gestores, profissionais de saúde, líderes comunitários e usuários, sobre o acesso e acolhimento nos serviços de saúde.
3. Divulgar as estratégias definidas nestes seminários, através da elaboração de material áudio visual.
4. Ter equipe móvel multidisciplinar para garantir o acesso a saúde, nas áreas descobertas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

DIRETRIZ 29: Ampliar os espaços de discussão e as informações da gestão (financiamento, pactos) para o controle social.

PROPOSTAS:

1. Que os investimentos de saúde não sejam interrompidos, inclusive nas mudanças de governo, sem a devida avaliação do controle social.
2. Criação do ordenador de despesas do Conselho Municipal de saúde como previsto na estrutura da 4ª diretriz da resolução nº 333 capítulo 4.
3. Fiscalização efetiva dos conselhos nas unidades de saúde das três esferas de governo, para garantia da carta do Direito dos Usuários, que prevê quadro informativo com nome dos profissionais responsáveis pelos setores, com informações e esclarecimentos aos usuários.
4. Através de seminário, seja discutido agenciamento da gestão pública para as organizações sociais, pela falta de informação dos recursos investidos e metas alcançadas.

DIRETRIZ 30: Continuidade do Cuidado.

PROPOSTAS:

1. Fórum permanente (colegiado) para discutir alguns entraves como funcionamento de laboratório, com a presença de gestores e usuários, setores da sociedade por território (regionalizado).
2. Garantia de acesso e atendimento aos usuários com necessidades especiais.
3. Garantir o investimento em todas as áreas, nos diferentes níveis de atenção, não somente na atenção básica, destinando especificamente para policlínicas, laboratórios etc.
4. Autonomia aos funcionários de saúde para a continuidade de trabalho com respaldo em relação aos conselhos específicos.
5. Mais incentivos com relação à remuneração diferenciada para fixar profissionais de risco.

DIRETRIZ 31: Fortalecimento das execuções das atividades de atenção, educação, informação e vigilância dos centros de referência de saúde do trabalhador – CEREST's.

PROPOSTAS:

1. Garantir a implantação do programa de saúde do trabalhador para cada região nas três esferas de governo.
2. Agenda promotora de saúde do trabalhador e saúde ambiental (trabalhador agrícola).
3. Mapeamento dos ramos de atividade e agravos relacionados a cada região, incluindo trabalhadores celetistas e regime geral único nas três esferas de governo.
4. Garantir o fortalecimento das políticas públicas de saúde da mulher nos ambientes de trabalho.
5. Garantir lotação em todos os níveis de formação nos CEREST's para todos os servidores estatutários com capacitação em saúde do trabalhador nas diferentes esferas de governo.

DIRETRIZ 32: Educação em Saúde.

PROPOSTAS:

1. Garantir que os programas de planejamento familiar e violência contra a mulher tornem-se políticas públicas de Estado.
2. Introduzir no currículo escolar a disciplina de educação em saúde e a interação com os programas sociais.
3. Fazer parceria com todos os meios de comunicação para que haja debate sobre saúde, divulgação de campanhas promoção da saúde e prevenção de doenças.
4. Garantir a capacitação de todo profissional do SUS quanto a informação e preenchimento de todo tipo de comunicado de acidente de trabalho e informação sobre doença ocupacional para todos os celetistas e estatutários nas três esferas de governo.
5. Expandir o programa de saúde escolar para as redes pública e privada, garantindo a todos os estudantes acesso a todas as cartilhas de educação em saúde (ex.: tuberculose, hanseníase, vacinação, DST, drogas etc.).

DIRETRIZ 33: Garantir recursos para execução da totalidade dos programas do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde.

PROPOSTAS:

1. Garantir conforme as leis 8.080/90 e 8.142/90, os recursos necessários para que não haja interrupção nas

ações de saúde, quando na mudança de governo se pretender implantar novos serviços de saúde, prejudicando os existentes ou em fase de conclusão, nas três esferas de Governo.

2. Gerar um sistema de auditoria com fundamentação legal, clara e objetiva, em cumprimento da lei 8.080/90 e 8.142/90, na perspectiva de impedir desvio de recursos para a privatização, garantindo que essa fiscalização seja pelo Tribunal de Contas dos municípios e os Tribunais da Justiça do Trabalho de cada estado, somente haja intervenção Federal caso envolva riscos federativos mantendo a matriz de planejamento da Constituição Federal do Brasil de 1988.

3. Gerar uma comissão fiscalizadora paritária, nos conselhos distritais e municipal de saúde, para acompanhar a prestação de contas de todos os programas financiados pelos SUS, de forma transparente e periódica, publicizando os dados apurados.

4. Alterar a lei de responsabilidade fiscal, permitindo a condição orçamentária voltada a implantação do plano de cargos, carreiras e salários, com reposição dos recursos humanos, respeitando o dispositivo legal que determina que o ingresso no serviço público se dê através de concurso público.

DIRETRIZ 34: Organizar os serviços em rede hierárquica, divulgando amplamente para a sociedade.

PROPOSTAS:

1. Garantir recursos financeiros para dispor de espaço na mídia a fim de debater as ações de saúde, garantindo a divulgação para a população dos serviços oferecidos pelas unidades de saúde do município.

2. Garantir verba para que o município implante o HUMANIZA SUS na sua totalidade, garantindo educação, sensibilização e capacitação para todos os membros da equipe de saúde.

3. Criar mecanismos que garantam a divulgação da rede, atualizada em tempo real, sua hierarquização e oferta de serviços, de acesso a todos os profissionais de saúde, facilitando o uso da estratégia de referência e contra referência.

4. Revisar o SISREG na perspectiva de garantir maior resolutividade.

5. Garantir que a classificação de risco na porta de entrada seja realizada por profissionais de saúde qualificados e que para isso haja capacitações periódicas com avaliação do trabalho.

DIRETRIZ 35: Ampliar e qualificar a participação da população nos espaços decisórios do SUS e divulgar as informações sobre o SUS e suas instâncias de Controle Social.

PROPOSTAS:

1. Implantação de colegiados paritários em todas as unidades de saúde do município, com vistas ao controle social, composto por gestores, usuários e profissionais de saúde.

2. Divulgar para os usuários em geral informações relativas ao SUS, seus direitos e obrigações e suas instâncias de controle social, nos meios de comunicação, disponibilizando material informativo nas unidades de saúde, escolas, associações de moradores e outros espaços sociais.

3. Promover um processo de capacitação e educação permanente dos conselheiros para o melhor exercício do controle social.

DIRETRIZ 36: Estatizar e profissionalizar a gestão e os trabalhadores do SUS.

PROPOSTAS:

1. Cobrar a implementação nas 3 esferas de governos – Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).

2. Enquanto houver a terceirização dos trabalhadores do serviço municipal de saúde, dar o mesmo Tratamento ao servidor público dado ao funcionário contratado incluindo: isonomia salarial e oportunidades de aperfeiçoamento na carreira, impedindo a exclusão do funcionário público.

3. Qualificar os profissionais de saúde em todos os níveis, nos conteúdos técnicos necessários ao desempenho das suas funções.

4. Instituir arcabouço jurídico que permita aos servidores públicos se integrarem à estratégia de Saúde da Família, tendo como base a NOB RH do SUS de 2004, que trata da valorização do servidor, que permita ao servidor público inserir-se na ESF.

5. Convocar o banco de reserva dos concursos públicos realizados que ainda estão em vigência e realizar novos concursos para as categorias que não tem banco de reserva ou que o banco não é suficiente para atender as vacâncias (morte, exoneração e aposentadoria) e as novas vagas surgidas por conta da expansão na rede de serviço de atenção primária, média e alta complexidade.

DIRETRIZ 37: Garantir trabalho digno Organização Internacional do Trabalho “OIT” na saúde e a educação permanente dos trabalhadores do SUS.

PROPOSTAS:

1. Qualificar os gestores na lógica da educação permanente com conteúdo teórico e prático que atendam a necessidade da área de saúde.

2. Reformar e reestruturar as unidades de saúde e adequá-las as novas demandas de trabalho da SMSDC como, por exemplo, para as unidades básicas, a carteira básica de serviços.

3. Melhorar e/ou implantar a conectividade nas unidades de saúde tanto no que diz respeito a internet, intranet e disponibilização de computadores.

4. Implantar prontuários eletrônicos em todas as unidades de saúde, conectados e com informações disponíveis ao nível central.

DIRETRIZ 38: Garantir a limitação do setor privado à complementariedade do SUS.

PROPOSTAS:

1. Garantir a permanência do servidor público na estratégia da saúde da família e a inclusão de novos servidores.

2. Garantir o ingresso no serviço de saúde municipal, estadual e federal exclusivamente por concurso público, onde considera-se na prova de títulos a experiência de trabalho exercido no SUS.

3. Garantir o papel dos Conselhos de Saúde no acompanhamento dos contratos de parceria público-privado, concretizando as metodologias de fiscalização.

4. Ampliar os investimentos dentro do próprio setor público em equipamentos, tecnologia, contratação e capacitação dos profissionais e gestores.

DIRETRIZ 39: Participação da Comunidade e Controle Social.

PROPOSTAS:

1. Criar colegiado gestor em todas as unidades de saúde municipais, regulamentados por lei, respeitando a paridade.

2. Garantir a participação do controle social na fiscalização dos contratos de gestão compartilhada.
3. Promover novos espaços de discussão e reflexão, bem como valorizar os já existentes para a participação e controle social das políticas públicas de saúde com todos os atores envolvidos.
4. Flexibilizar a legislação referente aos critérios de credenciamento de entidades junto ao conselho, para diminuir as exigências e promover a inclusão das mesmas.

DIRETRIZ 40: Continuidade do Cuidado, como forma de melhoria da Qualidade de Vida.

PROPOSTAS:

1. Ampliação da rede de cuidados com a implantação de dispositivos que se articulem e garantam a continuidade da atenção como:
 - a) “Academia Carioca” e/ou atividades físicas orientadas em todas as unidades de saúde garantindo o acompanhamento da saúde do idoso e a supervisão por profissional de educação física;
 - b) Serviço de atendimento domiciliar em função da diminuição do tempo de permanência nos hospitais de pacientes que demandem cuidados especiais (SAD, PAD, PADI);
 - c) Implantar programas de Promoção à Saúde, tais como de alimentação saudável, práticas integrativas, educação popular em saúde com intuito de formar e qualificar a população para a participação no controle social nas políticas públicas de saúde, terapia comunitária, tabagismo, alcoolismo e outras drogas na atenção primária, visando melhorias na qualidade de vida;
 - d) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad), residências terapêuticas e a criação de leitos em hospitais gerais.
2. Qualificação dos profissionais da rede em relação à continuidade do cuidado como forma de melhoria da qualidade de vida.
3. Articular os processos de trabalho entre as equipes de saúde da família e as contratadas pela secretaria de educação para atuar no programa saúde na escola (PSE).
4. Ampliar divulgação dos serviços territoriais de saúde pública e saúde mental e qualificação dos profissionais da rede para o acolhimento dos usuários e suas famílias.

DIRETRIZ 41: Acolhimento com resolutividade como política de acesso ao SUS.

PROPOSTAS:

1. Garantir e ampliar os canais de comunicação e informação para o usuário ter acesso à hierarquização do atendimento.
2. Promover a discussão da melhoria dos processos de trabalho, buscando a corresponsabilidade dos diferentes atores envolvidos na busca de soluções de problemas locais.
3. Elaborar processos e protocolos de avaliação e monitoramento, através de indicadores de análise de serviços, com definição de fluxo de atendimento, plano de trabalho e divulgação das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde.
4. Ampliar a divulgação do conceito de acolhimento, preconizado pela Política Nacional de Humanização como uma ferramenta resolutiva e não como exclusividade da porta de entrada respeitando as diversidades sexuais, religiosas, étnicas e sociais.
5. Garantir a integralização da rede, fortalecendo e viabilizando o funcionamento dos TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde) com definição das competências e políticas comuns integradas da atenção hospitalar e atenção primária.

DIRETRIZ 42: Gestão do SUS (Financiamento, Pacto pela Saúde, Gestão de Pessoas, Relação Público x Privado).

PROPOSTAS:

1. Plano de cargos, salários e carreiras para todos os profissionais do SUS.
2. Proposta de política de reposição de recursos humanos somente através de concurso público para regime jurídico único estatutário e, quando houver necessidade, contratação de funcionários estabelecendo tempo de contratação em edital.
3. Ampliar o número de CEREST's (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) e a qualificação do atendimento ao trabalhador na atenção primária, bem como implantar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador da Saúde.
4. Garantir a implementação dos NASFs e demais equipamentos que contenham equipe multiprofissional, de forma a proporcionar atendimento integral, como proposto pelo SUS.
5. Definição do repasse de recursos estaduais para Atenção Primária dos municípios e ampliação do orçamento da União para a Saúde para 11%.

DIRETRIZ 43: Modelo em consonância (UPA/PSF) – Gestão do sistema de Trabalho e Educação em Saúde.

PROPOSTAS:

1. Garantir a expansão da cobertura da ESF com:
 - a) Implantação na proporção de uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde família;
 - b) Garantir que os profissionais da estratégia ESF sejam qualificados para a melhor resolução de suas atribuições.
2. Que o conselho Municipal acompanhe e fiscalize a implantação das UPAs para que estas ocorram de acordo com a portaria 1.020/2.009 – art. 6º parágrafo 2º, inciso IV, referente a, no mínimo, 50% cobertura de ESF na área de abrangência da UPA. Sendo esta exigência cumprida em no máximo dois anos.
3. Implantar a política de transporte solidário nas comunidades, que define-se como a cessão de transporte para a transferência de paciente para unidades de saúde, quando necessitem de tratamento em unidades externas.
4. Desenvolver o processo de educação permanente dos profissionais da ESF, com base nas necessidades identificadas no território, através do diagnóstico das condições de vida e situação de saúde, com programação, planejamento e vigilância em saúde.
5. Que as instalações para o serviço de saúde sigam o que está preconizado pelas normas técnicas citando como exemplo, a construção de UPAs em containeres, com exposição de riscos para a saúde do trabalhador.

DIRETRIZ 44: Sistema de Regulação.

PROPOSTAS:

1. Aumentar a oferta de serviços das unidades via SISREG.
2. Prover recursos para que as unidades tenham os núcleos internos de regulação (NIR) funcionando em todos os horários de atendimento da unidade, garantindo o atendimento presencial ao usuário.
3. Capacitação permanente dos profissionais de saúde para a melhoria na qualidade das informações entre a unidade de saúde solicitante e o sistema SISREG.
4. Acompanhar as vagas reguladas, garantindo que o cidadão tenha acesso à informação sobre o serviço ofertado.

DIRETRIZ 45: “UM DESAFIO PARA O SUS – A integração dos serviços de saúde mental”.

PROPOSTAS:

1. Fomentar a participação popular na discussão dos processos de trabalho nos serviços de saúde com atenção voltada aos cuidados de saúde mental.
2. Criar equipes de saúde mental de referência para atuação conjunta com as Equipes de Saúde da Família para o cuidado aos transtornos mentais leves.

DIRETRIZ 46: Acesso e garantia da continuidade do cuidado.

PROPOSTAS:

1. Para garantir o acesso ao cuidado integral:
 - l) Toda unidade de saúde deve ter seu plano de acolhimento definido e disponibilizado para a população;
 - m) Todo usuário que procurar a unidade de saúde deve ser acolhido no mesmo dia, avaliado com base em critérios de avaliação de risco, vulnerabilidade e nível de sofrimento, baseado em protocolos, para definição de prioridade e resposta à sua necessidade, o que pode resultar em consulta no mesmo dia ou não;
 - n) Rever a relação médico/nº de usuários na ESF;
 - o) Garantir que na coordenação das agendas, a relação de demanda espontânea e demanda programada seja equilibrada a julgar pelo estudo de demanda;
 - p) Garantir o uso sistemático da ficha de gerenciamento do acolhimento para que haja estudo da demanda e avaliação do processo de trabalho;
 - q) Implementar o protocolo de enfermagem junto ao COREN para ampliar o nível de autonomia e resolutividade das ações desempenhadas;
 - r) Expandir horário de funcionamento das unidades básicas de saúde até às 20h, a julgar pela necessidade de cada território;
 - s) Esclarecer a população sobre o papel da unidade de atenção básica/primária, as formas de acesso, através da gestão da sala de espera, mídia impressa, mídia áudio-visual, rodas de conversa na comunidade;
 - t) Adequar ambiência das unidades para melhorar a acessibilidade;
 - u) Priorizar promoção e divulgação da educação permanente para os profissionais de saúde.
2. Garantir que todos os núcleos internos de regulação (NIR) tenham acesso às vagas disponíveis no SISREG para redução do tempo de espera de consultas e exames; regionalizar a regulação de consultas e exames.
3. Fortalecer os fóruns de rede, coordenados pela atenção Primária, com participação de todos os equipamentos de saúde da área.
4. Os financiamentos e ações de saúde não devam ser interrompidos com as mudanças de governo sem avaliação do controle social.
5. Para garantir o cuidado integral da mulher:
 - f) Defesa e implantação da política nacional de atenção integral à saúde de todas as mulheres;
 - g) Ampliar e qualificar a divulgação e implementação do planejamento do familiar;
 - h) Ampliação da rede de atendimento a mulher, inclusive nos casos de aborto;
 - i) Redução da mortalidade materna com a capacitação dos profissionais de saúde (Educação Permanente).

DIRETRIZ 47: Acolhimento com resolutividade.

PROPOSTAS:

1. Ampliar a cobertura de serviços e equipes de saúde nos territórios bem como geração de recursos que possibilitem o acolhimento de acordo com os princípios de integralidade do SUS, priorizando as áreas de menor IDH.
2. Garantir equipes mínimas qualificadas para acolhimento do usuário e continuidade do cuidado de acordo com os princípios da carteira de serviços e protocolos do Humaniza SUS.
3. Aumentar a autonomia do enfermeiro e capacitar auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) como garantia de resolutividade no acolhimento.
4. Estabelecimento de protocolos que viabilizem o atendimento do usuário e sua unidade de referência, e facilite a comunicação entre as unidades, garantindo a continuidade da assistência e um acolhimento seguro.
5. Valorizar o servidor público e garantir o seu acesso através da melhoria dos vínculos trabalhistas existentes, com reflexo na qualidade do acolhimento.

DIRETRIZ 48: Política de Saúde na Seguridade social segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade.

PROPOSTAS:

1. Exclusão das OSS nas unidades de saúde tendo em vista que elas ferem os princípios do SUS.
2. Incremento, efetivação e fiscalização na lei de proteção a infância e a adolescência como medidas preventivas, através de ações que ofereçam suporte bio-psico-social.
3. Criação de unidades acolhedoras com educadores e assistência multidisciplinar de saúde contemplando famílias de baixa renda; para crianças de 4 a 10 anos.
4. Implementação de políticas públicas de valorização do servidor, incluindo suas lutas específicas tais como PCCS.

DIRETRIZ 49: Gestão do SUS.

PROPOSTAS:

1. Garantir que a seleção de Recursos Humanos do SUS seja exclusivamente por concurso público.
2. Regulamentação imediata da Emenda Constitucional nº 29.
3. Garantir o acesso da População ao Plano Municipal de Saúde, fazendo com que todas as Unidades de Saúde tenham exposto o referido Plano.
4. Qualificar o Sistema de Regulação (SISREG) como ferramenta de gestão do SUS.
5. Garantir que a gestão do SUS seja única e exclusivamente feita pelo Estado, ficando vetada a gestão da Saúde por Organizações Sociais ou qualquer outra forma de gestão contratada.

DIRETRIZ 50: A população tem acesso aos insumos: vacinas, medicamentos, equipamentos, próteses e outros?

PROPOSTAS:

1. Ampliar a oferta de procedimentos especiais, aumentando o número de equipamentos e profissionais qualificados. Auditar e avaliar se há equipamentos comprados e sem uso e garantir sua utilização.
2. Ampliar os pontos de atendimento aos portadores de ostomias, fraldas descartáveis e outros insumos necessários a portadores de doenças crônicas.

3. Acelerar a compra e produção da Vacina Quadrivalente contra o HPV, para inclusão no Programa Nacional de Imunização, já aprovada pelo Ministério da Saúde. Incluir também a Vacina contra a Varicela pela elevada incidência populacional.

4. Incluir nas Escolas disciplinas de prevenção a doenças de lesões de esforços repetitivos (LER) e doenças degenerativas crônicas.

5. Aumentar a oferta de medicamentos não contemplados pelos Programas de Saúde, garantindo uma regulação, fazendo com que todas as unidades tenham medicações necessárias.

DIRETRIZ 51: Ampliação da informação a população sobre doenças e hábitos saudáveis.

PROPOSTAS:

1. Maior divulgação das ações de Promoção de Saúde na mídia geral e local, priorizando os canais de televisão sendo custeados pelo poder público.

2. Exigir a valorização e qualificação dos Profissionais como um todo, com ações de qualidade de vida e funcional.

DIRETRIZ 52: Saúde do homem.

PROPOSTAS:

1. Investir em campanhas educativas que sensibilizem o homem adulto e adolescente a cuidar de sua saúde.

2. Ampliar a oferta de serviços da atenção secundária, voltadas à saúde do homem.

3. Garantir políticas intersetoriais – educação, saúde, cultura que possibilitem ações de promoção e prevenção da saúde do homem: campanhas educativas na escola para adolescentes, investimento na mídia, elaboração de materiais educativos etc.

4. Ampliar turnos de atendimento na atenção básica objetivando garantir o acesso do homem trabalhador.

DIRETRIZ 53: Saúde do idoso.

PROPOSTAS:

1. Garantir através de educação permanente, treinamento de todos os profissionais de saúde da Atenção Básica de saúde do idoso.

2. Garantir ao idoso participação plena em espaços de convivência, através de reuniões de grupos, visando, integração, interação e socialização.

3. Treinar os idosos, através desses espaços de trabalho e convivência, para que os mesmos possam adquirir mais autonomia, gestão e melhoria na sua qualidade de vida.

4. Mobilizar e capacitar os idosos, como multiplicadores, através desses espaços de trabalho e convivência, para adquirirem mais autonomia, gestão e melhoria na sua qualidade de vida.

5. Garantir ao idoso a realização de todos os exames complementares, inclusive os de saúde bucal, necessários ao acompanhamento de sua saúde.

DIRETRIZ 54: Sistema de regulação.

PROPOSTAS:

1. Que o sistema de regulação municipal garanta a execução dos procedimentos e consultas solicitados através do SISREG III (Central de Regulação) num prazo máximo de 30 dias.

2. Que o sistema de regulação municipal garanta leitos para internação num prazo máximo de 24 horas, a partir da indicação dos profissionais dos serviços de emergência. Para os pacientes com solicitação de internação das unidades básicas o atendimento deverá ser em tempo compatível, obedecendo a classificação de risco, com o horário de funcionamento da unidade solicitante.

3. Que o sistema de regulação municipal de ambulâncias garanta o envio imediato de viaturas para remoção dos usuários, com vagas já garantidas em outras unidades.

4. Que todas as unidades federais, estaduais e universitárias façam parte do sistema de regulação municipal, obedecendo às normas estabelecidas pela contratualização com relação à oferta, em sua totalidade dos procedimentos, consultas e internações.

DIRETRIZ 55: Saúde do trabalhador.

PROPOSTAS:

1. Melhoria na qualidade do atendimento à saúde do trabalhador e sensibilização aos trabalhadores readaptados.

2. Exame periódico anualmente no mês subsequente ao gozo das férias.

3. Melhoria na qualidade do atendimento à saúde dos trabalhadores pelo SUS.

4. Garantir o acompanhamento psicossocial aos trabalhadores readaptados do município do Rio de Janeiro.

DIRETRIZ 56: Política de cuidados aos dependentes químicos/reabilitação.

PROPOSTAS:

1. Estimular e potencializar os espaços de controle social para que se cumpra o que é votado em conferência, garantindo financiamento e recursos para as propostas.

2. Garantir recursos para financiamento de projetos de capacitação/ instrumentalização e educação permanente para todos os profissionais de saúde a fim de possibilitar o acesso dessa população vulnerável (os portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas) a todos os serviços de saúde.

3. Ampliação de recursos humanos dos serviços de saúde mental – CAPS II, CAPSas, CAPSi e ambulatórios.

4. Garantir meios de transporte que não sejam restritos aos profissionais para que as unidades de saúde mental possam realizar o trabalho territorial.

5. Promover a discussão com as secretarias de transporte sobre a especificidade no uso do RIOCARD e VALE SOCIAL pelos usuários de saúde mental, entendendo que o tratamento inclui não só o acesso às unidades de saúde, mas também o acesso à cultura, lazer etc. (utilizando, como exemplo, o vale-idoso que não tem restrições).

DADOS DOS CONSELHOS

Conselho Municipal de Saúde

- Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 / bloco 1 / sala 814 – Cidade Nova
- Telefones: 2976-2269 / 2293-0341 (fax)
- Email: comsaude@rio.rj.gov.br

CDS AP 1

- Endereço: Hospital Maternidade Praça XV, nº 4 – Centro
- Telefones: 2224-7823 / 7590-7019 / 9536-7225
- Email: codsap1.0@bol.com.br

CDS AP 2.1

- Endereço: Rua Wenceslau Brás nº 65 - Botafogo
- Telefones: 2274-9552 (Vera) / 7139-9115
- Email: verasilva@superig.com.br

CDS AP 2.2

- Endereço: Rua Conde de Bonfim, nº 764 – Tijuca
- Telefone: 2288-1397 (tel/fax-CODS)
- Email: codsap22@gmail.com

CDS AP 3.1

- Endereço: Rua São Godofredo, nº 51 / sala 7 – Penha
- Telefone: 2260-0294
- Email: condisaudeap31@hotmail.com

CDS AP 3.2

- Endereço: Rua Ana Barbosa, nº 21 – Méier (Policlínica Cesar Pernetta)
- Telefones: 3111-6715 / 2592-2121 ramal 234 / 3899-8197 (fax)

CDS AP 3.3

- Endereço: Rua Juriti, s/nº – Irajá (CMS Alice Tibiriçá)
- Telefones: 3111-2099
- Email: cdscap3.3@rio.rj.gov.br

CDS AP 4

- Endereço: Av. Ayrton Senna, nº 2.001 / bloco B – Barra da Tijuca
- Telefones: 2431-1080 / 3325-5204
- Email: consdistritaldesaudeap4@yahoo.com.br

CDS AP 5.1

- Endereço: Praça Cecília Pedro, nº 60 – Bangu (CMS Waldyr Franco)
- Telefone: 3335-0760
- Email: ludugerio@yahoo.com.br

CDS AP 5.2

- Endereço: Praça Major Vieira de Melo, s/nº / 2º andar / sala 207 – Comari (Policlínica Carlos Alberto Nascimento)
- Telefones: 3403-0502 / 2413-4709
- Email: conselhosaude.ap52@gmail.com

CDS AP 5.3

- Endereço: Rua Senador Camará, Praça da Superintendência, nº 372 – Santa Cruz
- Telefones: 3158-6137 / 3157-5592 (telefax)
- Email: cods.5iii@hotmail.com