

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**ANÁLISE DO ALINHAMENTO DAS 283 PROPOSTAS NOS TRÊS EIXOS APROVADAS
NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8ª + 8) – 2019 – COM AS POLÍTICAS
NACIONAIS DE SAÚDE, COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE**

Nadir Francisco do Amaral

São Paulo
2020

Nadir Francisco do Amaral

ANÁLISE DO ALINHAMENTO DAS 283 PROPOSTAS NOS TRÊS EIXOS APROVADAS NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8ª + 8) – 2019 – COM AS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE, COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE.

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa

São Paulo
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Amaral, Nadir Francisco do.

Análise do Alinhamento das 283 propostas nos três eixos aprovados na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) – Com as Políticas Nacionais de Saúde, como instrumento de Gestão em Saúde. / Nadir Francisco do Amaral. 2020.

127 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof. Dr. António Pires Barbosa.

1. Participação social. 2. Políticas nacionais de saúde. 3. Conferência nacional de saúde. 4. Sistema único de saúde.

Barbosa, António Pires.

II. Título.

CDU 658:616

ANÁLISE DO ALINHAMENTO DAS 283 PROPOSTAS NOS TRÊS EIXOS APROVADAS NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8ª + 8) – 2019 – COM AS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE, COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão de Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof. Dr. António Pires Barbosa - Orientador – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profª. Dra. Maria Amélia de Sousa Macena Veras – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP

Profª. Dra. Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profª. Dra. Maria Cristina Sanches Amorim – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP(Suplente)

Profª. Dra. Maria Cristina Zago Novaretti – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 30 de junho de 2020

DEDICATÓRIA

Este trabalho dedico a todos os Conselheiros de Saúde do Brasil, que como eu, lutam por um SUS melhor e universal.

Viva o SUS, que seja eterno, o único caminho para a saúde do povo brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço minha esposa, Roseny Longhi Mariano, ao meu filho Henrique Miguel, e a minha irmã Eloisa, por sempre estarem presentes.

Agradeço pelos jovens colegas do Mestrado Profissional – Gestão em Sistemas de Saúde – MPA/GSS – 2018.

Não deixando de agradecer também ao meu Orientador Prof. Dr. António Pires Barbosa e a Uninove por me acolher nesse período.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar a análise do alinhamento das 283 propostas aprovadas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) a partir dos três eixos temáticos da Conferência: Saúde como direito; Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); Financiamento adequado e suficiente para o SUS, com as 49 Políticas Nacionais de Saúde (PNSs) estratificadas por grupos. Por meio de um estudo exploratório e documental, com processamento estatístico descritivo. Como resultado verificou-se a existência de 159 (56,18%) propostas alinhadas enquanto 124 (43,82%) de propostas não alinhadas, foram evidenciadas propostas de caráter político, econômico ou ligadas a necessidade de recursos humanos para o setor saúde. Dentre as principais propostas foram identificadas: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS); Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Informação e Informática em Educação. Conclui-se que o processo e a dinâmica da Conferência estudada compõem um espaço importante para discussão e canalização de demandas e identificação de necessidades dos atores e segmentos sociais envolvidos.

Palavras-chave: Participação Social, Políticas Nacionais de Saúde, Conferência Nacional de Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work aims to present the analysis of the alignment of the 283 proposals approved by the 16th National Health Conference (8th + 8) based on the three thematic axes of the Conference: Health as a right; Consolidation of the Principles of the Unified Health System (SUS); Adequate and sufficient funding for SUS, with 49 National Health Policies (PNSs) stratified by groups. Through an exploratory and documentary study, with descriptive statistical processing. As a result, there were 159 (56.18%) aligned proposals, while 124 (43.82%) of non-aligned proposals showed political, economic or related to the need for human resources for the health sector. Among the main proposals were identified: National Policy for Strategic and Participative Management (ParticipaSUS); National Primary Care Policy; National Policy on Mental Health and National Policy on Information and Informatics in Education. It is concluded that the process and dynamics of the studied Conference constitute an important space for discussion and channeling demands and identification the needs of the actors and social segments involved.

Keywords: Social Participation, National Health Policies, National Health Conference, Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção dos 4.612 municípios que realizaram conferências por regiões;

Tabela 2 – Número de participantes, delegados(as), convidados(as) e participantes indicados(as), distribuídos por Estados;

Tabela 3 - Proporção dos delegados(as) por segmento na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8);

Tabela 4 – Propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8)
– Conformidade com as Políticas Nacionais de Saúde;

Tabela 5 – Frequência de alinhamento das propostas apresentadas às PNS – 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8);

Tabela 6 – Propostas aprovadas não alinhadas com políticas nacionais de saúde – 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8);

Tabela 7 – Políticas Nacionais com elevado potencial de correlação com os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3	MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	17
4	RESULTADOS DA PESQUISA.....	20
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	26
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42
	ANEXOS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Assistência à Saúde no Brasil, tal qual conhecemos nos dias atuais, teve seu desenho e composição a partir das décadas de 1970 e 1980 com o movimento sanitário e as deliberações da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, na qual as discussões acerca dos modelos de assistência que incorporassem mecanismos de financiamento estáveis, princípios de universalização, integralidade, busca de equidade, descentralização, hierarquização do atendimento às necessidades da população brasileira e resolubilidade fossem estabelecidas (8ª Conferência Nacional de Saúde – 1986 – Relatório Final).

Entender os rumos da implementação das políticas de saúde no país, faz-se necessário compreendê-la enquanto política social e situá-la dentro do jogo de interesses e contradições no qual está inserida (Fleury & Ouvermey, 2011).

Ainda que o arcabouço jurídico-legal que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) somente se organize a com a Constituição de 1988 e com a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, sua organização e implantação se estabelece na década subsequente com a publicação de normas, diretrizes, leis e decretos versando sobre vários aspectos da gestão e financiamento, com o intuito de garantir o cumprimento de seus princípios doutrinários que incluem, além da universalização, a descentralização; a equidade, o atendimento integral e a participação da comunidade (Barbosa, 2013).

A despeito da legislação instituidora, o Sistema Único Saúde em sua primeira década de existência, se organizou com a instituição de Normas Operacionais Básicas (NOBs) e, especialmente, com a definição de papéis e responsabilidades específicas aos seus componentes por meio da Portaria GM/MS 2203/1996.

A grande conquista introduzida pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo sistema único de Saúde foi a participação popular nas políticas de saúde no Brasil por meio de Conselhos de Saúde.

Com a contextualização da participação da comunidade como princípio orientador do SUS, principalmente com os papéis de identificação de necessidades, ajustes às condições socioeconômicas e culturais de cada ambiente, planejamento e controles de prioridades, desenvolveu-se a premissa de Participação Social junto ao SUS estabelecida por meio da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 e principalmente pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, compondo parte do modelo de institucionalização do Controle Social de caráter participativo desenvolvido com a regulamentação infraconstitucional (Rolim, Cruz & Sampaio, 2013).

A legislação instituída estabeleceu duas instâncias no contexto da participação, a saber; os Conselhos de Saúde instalados nos três níveis de gestão do SUS, cujas atribuições envolvem a participação permanente na discussão, planejamento, controles de ações de produção e gestão, e proposição de novas políticas; e as Conferências de Saúde, realizadas em ciclos quadrienais nos quais ocorre a extensão da participação das comunidades na formulação de propostas e políticas em todo o território nacional culminando com a realização da Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Na verdade, na área de saúde, a prática de organização e realização das Conferências Nacionais iniciou-se em 1940 com a realização, ainda no governo Vargas, da 1ª Conferência Nacional de Saúde, processo que se estende, a partir de 2003, para outros setores sociais como um vetor importante de participação social e fortalecimento da experiência democrática (Avrtzer, 2012).

De modo sintético, a Conferência de Saúde se organiza por ciclos quadrienais nos quais se realizam pré-conferências nos níveis municipais, estaduais, distrital e nacional. Além disso, cabe

salientar os papéis dos Conselhos de Saúde existentes nos mesmos níveis e que atuam, segundo o prescrito pela legislação instituidora Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 (Avrtzer, 2012) e pela Lei Complementar nº 141 de 2012, regulamentadora da Emenda Constitucional nº 29 (Barbosa, Tarvido & Barbosa, 2016).

Esse documento legal, Lei Complementar nº 141 de 2012, estabelece ainda os papéis e responsabilidades dos membros dos Conselhos de Saúde inclusive com atribuições de participação nos planos plurianuais de saúde, aprovações de programas e contas e responsabilização por indicadores e resultados.

De outra parte, o Ministério da Saúde, a partir do final da década de 1990, passou a instituir por meio de portarias específicas, as premissas e diretrizes das chamadas Políticas Nacionais de Saúde (PNSs) consolidadas por eixos de atenção por meio da Portaria MS/GM nº 2 de 28 de Setembro de 2017, em que as 49 políticas e diretrizes existentes até então passam a ser classificadas segundo os seguintes grupos:

- GRUPO I - Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, composto pelas Políticas Nacionais de Promoção da Saúde(PNSP), de Vigilância em Saúde; de Sangue, Componentes e Derivados; de Saúde Mental; de Alimentação e Nutrição(PNAN); de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; de Educação Popular em Saúde(PNEPS-SUS)
- GRUPO II - Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde, do qual fazem parte as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública; e para Prevenção do Suicídio; e as Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência; e para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC),
- GRUPO III - Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais em que apresentam as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC); de Saúde da Pessoa Idosa; à Saúde das Mulheres (PNAISM); à Saúde do Homem; da Pessoa com Deficiência; de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; do Trabalhador e da Trabalhadora; para a População em Situação de Rua; de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória; de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP); e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.
- GRUPO IV - Políticas de Promoção da Equidade em Saúde que incluem as Políticas Nacionais de Saúde Integral da População Negra; das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; e de Atenção à Saúde do Povo Cigano/Romani.
- GRUPO V - Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, do qual fazem parte as Políticas Nacionais Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); de Saúde Bucal; para os Hospitais de Pequeno Porte.; de Atenção Hospitalar (PNHOSP); de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC); de Regulação do SUS; de Medicamentos (PNM); e de Assistência Farmacêutica (PNAF).
- GRUPO VI - Políticas de Atenção a Agravos Específicos, composto pelas Políticas de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo; em Reprodução Humana Assistida; em Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade; ao Portador de Doença Neurológica; ao Portador de Doença Renal; em Traumatologia e Ortopedia de Alta

Complexidade; em Oftalmologia (PNAO); às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias; em Genética Clínica; e de Atenção às Pessoas com Doenças Raras.

- GRUPO VII - Políticas de organização do (SUS) composta pelas Políticas Nacionais de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS); de Educação Permanente em Saúde; de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; de Gestão de Tecnologias em Saúde; e de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

O presente trabalho parte de um projeto de pesquisa que busca avaliar a dinâmica da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) e o alinhamento das propostas aprovadas às Políticas Nacionais de Saúde. Além disso pela própria característica de constituição das conferências como espaço democrático de participação social e debates, procura responder se as Conferências de Saúde estão cumprindo sua atribuição legal de que as propostas apresentadas e aprovadas se caracterizassem como políticas de saúde, econômicas ou de recursos humanos e se fortaleçam como instrumento de gestão em saúde.

Busca apresentar a aderência das propostas apresentadas e aprovadas no ciclo de Conferências Municipais e Estaduais de Saúde pelo Brasil em 2019 consolidadas para 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) às Políticas Nacionais de Saúde.

Dos 5.570 municípios instalados no Brasil, foram realizadas, 4.612 Conferências de Saúde perfazendo 82,80% dos municípios, número significativo de cidades que realizaram as conferências.

Tabela 1 - Proporção dos 4.612 municípios que realizaram conferências por regiões:-

Região Centro-Oeste	95,93%
Região Nordeste	92,59%
Região Sul	89,50%
Região Norte	86,44%
Região Sudeste	62,83%

Fonte:- Relatório Consolidado CNS – 2019

Na etapa Estadual Participaram 22.839 delegados(as), convidados(as) e participantes indicados(as) pelas conferências plenas e livres referendados nas respectivas etapas municipais.

Tabela 2 – Número de participantes, delegados(as), convidados(as) e participantes indicados(as), distribuídos por Estados.

Região Norte	Número de participantes	Percentual do total regional
Total	4.076	100%
Acre	505	12,39%
Amapá	340	8,34%
Amazonas	528	12,95%
Para	1.025	25,14%
Rondônia	696	17,08%
Roraima	150	3,68%
Tocantins	832	20,41%

Região Nordeste	Número de participantes	Percentual do total regional
Total	8.437	100%
Alagoas	550	6,52%
Bahia	1.583	18,76%
Ceara	1.000	11,85%
Maranhão	648	7,68%
Paraíba	471	5,58%
Pernambuco	1.393	16,51%
Piauí	965	11,44%
Rio Gde Norte	958	11,35%
Sergipe	869	10,31%

Região Centro-Oeste	Número de participantes	Percentual do total regional
Total	2.224	100%
Brasília	478	21,49%
Goiás	294	13,23%
Mato Grosso	740	33,27%
Mato Grosso S	712	32,01%

Região Sudeste	Número de participantes	Percentual do total regional
Total	2.691	100%
Espírito Santo	392	14,57%
Minas Gerais	524	19,47%
Rio de Janeiro	695	25,83%
São Paulo	1.080	40,13%

Região Sul	Número de participantes	Percentual do total regional
Total	5.411	100%
Paraná	1.211	22,38%
Rio Gde Sul	3.000	55,44%
Santa Catarina	1.200	22,18%

Total 22.839

Fonte:- Elaborado pelo autor - Relatório Consolidado CNS – 2019

Para a etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) foram eleitos(as) 2.994 delegados(as), que nos dias 4, 5, 6 e 7 de agosto de 2019 em Brasília reunidos, apreciaram as diretrizes e propostas oriundas dos Estados, resultando na aprovação de 31 diretrizes e 328 propostas que sejam incorporadas ao plano nacional de saúde.

E por isso a importância da conferência conferir a necessidade da participação da população a partir da análise situacional, para propositiva construção de uma política de Estado.

Tabela 3 - Proporção dos delegados(as) por segmento na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8).

Segmento	Número participantes	proporção
Usuário(a)	1.519	50,73%
Trabalhador(a)	788	26,32%
Gestor(a)	679	22,68%
Indígena	8	0,27%
Total	2.994	100%

Fonte:- Relatório Consolidado CNS – 2019

Em 8 de agosto de 2018 o Ministério da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde convocou a 16ª Conferência Nacional de Saúde com o tema: “Democracia e Saúde: Consolidação e Financiamento do SUS”, dando ao respectivo decreto força ao cumprimento das exigências legais de efetivação das Conferências no âmbito Nacional.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde movimenta a participação social em saúde é um canal importante de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição e no alcance de objetivos setoriais de saúde, ao mesmo tempo orienta para a modificação favorável dos determinantes sociais de saúde tendo em vista a conquista de maior autonomia da comunidade em relação a tais determinantes ou aos próprios serviços de saúde e ao desenvolvimento da sociedade.

A cidadã(o) brasileira(o) ainda não tomou consciência de seus direitos sobre saúde, se perde num emaranhado de leis, decretos, políticas, políticos e não se vê como o centro da atenção em saúde. A população brasileira ainda não tem clareza de quais os seus direitos no que diz respeito à saúde. Ainda não se apercebeu da oportunidade de um sistema como o SUS para a (re)afirmação da condição de cidadão. Preservar o SUS universal é um dever de todos os interessados na saúde e no direito dos brasileiros. (Barbosa & Malik, 2015)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Primeiro Pilar Teórico

É uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS, sujeitos ou atores sociais são os indivíduos (usuários, trabalhadores do SUS, gestores) ou coletivo (instituições, órgãos, comunidades, equipes de trabalho, etc.) que participam, de forma organizada, dos processos de gestão, interferindo técnica, política ou eticamente no planejamento e monitoramento da saúde coletiva. Participantes ativos em debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública brasileira, o que lhes confere legitimidade e transparência.

O SUS reconhece os Conselhos e as Conferências como espaços privilegiados de construção de diretrizes e caminhos para efetivação do direito à saúde.

2.2. Segundo Pilar Teórico

O Ministério da Saúde, a partir do final da década de 1990, passou a estabelecer por meio de portarias específicas, as premissas e diretrizes das chamadas Políticas Nacionais Saúde (PNSs) consolidadas por eixos de atenção por meio da Portaria MS/GM nº 2 de 28 de setembro de 2017, em que as 49 políticas e diretrizes existentes até então passam a ser classificadas segundo os seguintes eixos:

- Grupo I – Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde;
- Grupo II – Políticas de Controle de Doenças e Enfretamento de Agravos de Saúde;
- Grupo III – Políticas voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais;
- Grupo IV – Políticas de Promoção da Equidade em Saúde;
- Grupo V – Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde;
- Grupo VI – Políticas de Atenção a Agravos Específicos;
- Grupo VII - Políticas de Organização do SUS.

2.3. Terceiro Pilar Teórico

O conhecimento da legislação reguladora e da normatização pertinente para à execução das conferências, garantindo o fortalecimento da participação e do controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

O que se procurará com este trabalho é avaliar o grau das propostas apresentadas nos eixos temáticos. Apresentando a correlação das propostas aprovadas com as PNSs. atualmente vigente, sem julgar o mérito, a qualidade e assertividade delas

3 - MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

A metodologia deste trabalho avalia a correlação entre as 283 propostas discutidas e aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª +8) divididas entre os seus três eixos temáticos, excluindo-se diretrizes eixo transversal – Democracia e Saúde e diretrizes eixos temáticos.

Tais diretrizes foram excluídas deste trabalho tendo em vista as controvérsias geradas pelas partes envolvidas na conferência com a relação à definição entre diretrizes e propostas dos referidos eixos, e também pelo elevado volume de informações.

Optou-se pelo estudo de caráter descritivo-exploratório, de delineamento transversal, adotando-se a análise documental do relatório fornecido pelo Conselho Nacional de Saúde, aprovado no plenário do CNS, em sua tricentésima vigésima reunião ordinária, realizada nos dias 22 e 23 de agosto de 2019, resolução CNS 617, de 23 de agosto de 2019, em comparação com as Políticas Nacionais de Saúde (PNSs), apontadas pela portaria de consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017.

No relatório consolidado consta as 31 diretrizes, 329 propostas e 56 moções que foram apreciadas e aprovadas na 16ª Conferência de Saúde (8ª + 8), com o objetivo de : desencadear os efeitos para a formulação de políticas de saúde e a garantir ampla publicidade; designar as comissões intersetoriais e demais instancias do Conselho Nacional de Saúde para incorporar as diretrizes e propostas estabelecidas no Relatório Final nas análises e debates, buscando sua implementação nas políticas do SUS, e remeter as diretrizes e propostas aprovadas na conferência às entidades, órgãos e movimentos que participaram da conferência, especialmente aos Conselhos de Saúde para, num processo de devolutiva, ampliar e dinamizar o debate e a implementação de mediadas com vistas à defesa, ao fortalecimento e aprimoramento do SUS.

O Relatório Nacional Consolidado base para avaliação desse trabalho foi extraído de todas as proposta e diretrizes que vieram dos quatro cantos do Brasil num processo ascendente de resultados das 4.612 conferências municipais e 27 estaduais.

Destacasse para entender o processo de confecção do Relatório Nacional Consolidado, que a Comissão de Relatoria da 16ª Conferência de Saúde (8ª + 8) exercitou a escuta e a síntese dos relatórios, preservando a abrangência e a radicalidade das contribuições de cada estado, ouvindo as expressões ampliadas da saúde e do SUS no Brasil todo, tendo como norteador o discurso de

Sérgio Arouca, na 8ª Conferência Nacional de Saúde : “o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira”.

O Relatório Nacional Consolidado contém diretrizes e propostas em cada um dos eixos do programa da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) neste relatório observou-se as orientações do regulamento sobre as diretrizes, propostas e eixos.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8), convocada pelo Decreto Presidencial nº 9.463, de 08 de agosto de 2018, tem por objetivos:

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

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

III – Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integridade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

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

V – Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8);

VI – Avaliar a situação da saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual – PPA e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no contexto dos 30 anos do SUS;

VII – Aprofundar o debate sobre as possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde.

O pleno do Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 594, de agosto de 2018, que aprova o regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8), tendo como tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”.

Os eixos temáticos para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8):-

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

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 612, de 13 de dezembro de 2018, aprova o Regulamento da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8), que traz de novo a inclusão do conceito de diretrizes para ser discutido e debatido em todas as fases da Conferência pelo Brasil.

Por outro lado o Ministério da Saúde, a partir do final da década de 1990, passou a estabelecer por meio de portarias específicas, as premissas e diretrizes das chamadas Políticas Nacionais de Saúde (PNSs) consolidadas por eixos de atenção por meio da Portaria MS/GM nº 2 de 28 de setembro de 2017, em que 49 políticas e diretrizes existentes até então passam a ser classificadas segundo seus eixos:-

- Grupo I – Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da saúde;
- Grupo II – Políticas de Controle de Doenças e Enfretamento de Agravos de Saúde;
- Grupo III – Políticas voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais;
- Grupo IV – Políticas de Promoção da Equidade em Saúde;
- Grupo V – Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde;
- Grupo VI – Políticas de Atenção a Agravos Específicos;
- Grupo VII – Políticas de Organização do SUS.

Serão estratificadas as 283 propostas da conferência por grupos de frequências de ocorrência da Política Nacional de Saúde (PNS).

Para efeito de mensuração, procedeu-se a análise estatística descritiva simples dos eventos observados assim como a uma análise de conteúdo das principais propostas apresentadas que não alinharam a Política Nacional de Saúde (PNS).

As 283 propostas aprovadas na Conferência Nacional serão agrupadas por suas instancias de estudo comparativo e serão estudadas quanto ao seu conteúdo, pertinência e associação com a Política Nacional de Saúde (PNS).

4 - RESULTADOS DA PESQUISA

O Relatório Nacional Consolidado da 16ª Conferência Nacional de saúde (8ª + 8), traz o resultado das discussões que ocorreram nas etapas municipais, estaduais e distrital que ocorreram no Brasil no ano de 2019.

Foram aprovadas 283 propostas divididos nos seguintes eixos temáticos: 1 – Saúde como direito; 2 – Consolidação dos princípios do SUS; 3 – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Eixo 1 – Saúde como Direito - A principal garantia constitucional do direito à saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela Saúde Pública no Brasil, pois se trata de um sistema voltado à organização de ações e serviços públicos de saúde, para promoção, proteção e recuperação, a serem prestados pelo Estado. Este sistema reafirma o dever do Estado de garantir saúde mediante políticas públicas, econômicas e sociais.

São atribuições do Sistema único de Saúde o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participação da produção de medicamentos e equipamentos; a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; o ordenamento da formulação de recursos humanos na área da saúde; a participação na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; a incrementação do desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde e fiscalização e a inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; a participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e ainda a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, além de outras atribuições previstas em lei (Magalhães, 2008).

As questões que foram discutidas nesse eixo versaram sobre o papel do Estado como disciplinador do SUS; o papel do cidadão em relação ao Estado; e qual o parâmetro que o Estado utiliza na seleção da assistência quando o recurso financeiro não é infinito.

Eixo 2 – Consolidação dos princípios do SUS – A participação social no Brasil começou a partir do processo de democratização nos anos 80 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas, na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores.

A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 70, e à organização do Movimento da Reforma Sanitária que uniu movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo técnico-assistencial privatista, prevalente até a década de 90, para o Sistema Público de Saúde universal, participativo, descentralizado e de qualidade.

A Constituição de 1988 reservou cinco capítulos aos direitos fundamentais do cidadão, com várias categorias sobre os direitos e deveres individuais e coletivos, assegurando que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito, à liberdade, à igualdade, à segurança, e à propriedade; e são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção e à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

As questões para o debate nesse eixo levaram a discussão de quais os principais mecanismos para assegurar a participação da sociedade nos diferentes níveis de governo; como fazer para a participação social ser um instrumento efetivo de exercício de democracia; e como se dá o reconhecimento da cidadania no processo de participação social o SUS.

Eixo 3 – Financiamento adequado e suficiente para o SUS – A Constituição Federal de 1988 estabeleceu como competência comum da união, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, regulamentando o financiamento do Sistema Único de Saúde em diversas normativas legais em infralegais.

Quanto à execução dos gastos em saúde foi implementada recentemente o chamado orçamento impositivo, o qual obriga a execução orçamentária e financeira de emendas parlamentares individuais, sendo no mínimo a metade desse total em emendas parlamentares individuais destinada a ações e serviços públicos de saúde.

O grande desafio apontado na questão do financiamento reside justamente na manutenção e sustentabilidade de um sistema universal, único, integral e equitativo.

Os recursos financeiros federais administrados pelo Fundo Nacional de Saúde destinam-se às ações e serviços públicos em saúde das entidades integrantes do SUS. Parte deste recurso é transferida para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde.

O Ministério da Saúde somente poderá transferir recursos para o Estado, Distrito Federal e Município que tiver, conforme já dispõe a Lei Complementar 141: I. Alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS, Conselho de Saúde instituído e em funcionamento; II. Fundo de Saúde instituído por lei, categorizado como fundo público em funcionamento; III. Plano de Saúde, programação anual de saúde e relatório de gestão submetidos ao respectivo conselho de saúde.

No Eixo 3 , as questões que foram levadas a debate destaca-se, qual o modelo de financiamento seria ideal para a execução dos recursos destinados às ações de saúde; como seria a melhor forma de prestação de contas dos gestores estaduais e municipais; qual o impacto ou dependência do SUS ao orçamento impositivo; o subfinanciamento que limita a expansão do SUS, quais os obstáculos para o sucesso do sistema; com o orçamento restritivo como fazer para que haja manutenção do SUS.

Legenda de Identificação das propostas

Eixo – N° proposta (por exemplo: MAE1P3)

Primeiro o Estado, seguido do eixo e n° da proposta

Tabela 4 – Propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8)
– Conformidade com as Políticas Nacionais de Saúde.

EIXO	Nº TOTAL DE PROPOSTAS	ALINHADAS		NÃO ALINHADAS	
1 – Saúde como Direito	89	67	75,28%	22	24,72%
2 – Consolidação dos Princípios do SUS	106	70	66,04%	36	33,96%
3 – Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS	88	22	25%	66	75%
Total das propostas aprovadas	283	159	56,18%	124	43,82%

Fonte - Elaborada pelo autor – Relatório do Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde - 2019.

Do total de 283 propostas aprovadas nos três eixos 159 (56,18%) estavam claramente alinhadas e de fácil identificação com a Política Nacional de Saúde.

As 124 (43,82%) propostas são consideradas não alinhadas neste trabalho em razão de diversos fatores, tais como: da multiplicidade de Políticas Nacional de Saúde em uma mesma proposta, aquelas que não estão claras como proposta dos eixos, que extrapolam as esferas de atuação dos gestores de saúde e algumas incompatíveis com a proposta da Conferência.

Tabela 5 – Frequência de alinhamento das propostas apresentadas às PNS – 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8).

Grupo 1 PG de Promoção, Proteção e Recuperação	Eixo 1	Eixo 2	Eixo 3
1 - PN de Promoção da Saúde (PNPS)	4	0	3
2 - PN de Vigilância em Saúde	2	2	1
3 - PN de Sangue, Componentes e Derivados	0	0	0
4 - PN de Saúde Mental	4	8	3
5 - PN de Alimentação e Nutrição (PNAN)	0	0	0
6 - PN de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	0	0	0
7 - PN de Educação Popular em Saúde (PNEPS)	0	0	0
Total	10	10	7

Grupo 2 PC de Doenças e Enfrentamento de Agravos

8 - PN Vigilância, Atenção e Eliminação de Hanseníase	0	0	0
9 - PN de Prevenção do Suicídio	0	0	0
10 - PN de redução da morbidade p/Acidentes e Violência	1	1	0
11 - PN Prevenção em Controle do Câncer (PNPCC)	1	2	0
Total	2	3	0

Grupo 3 PV à Saúde de Segmentos Populacionais

12 - PN Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)	0	0	0
13 - PN de Saúde da Pessoa Idosa	1	0	0
14 - PN Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	5	2	0
15 - PN Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)	0	0	0
16 - PN Atenção Integral a Pessoa com Deficiência	0	1	0
17 - PN Atenção Integral a Saúde dos Povos Indígenas	2	1	0
18 - PN Atenção Integral do Trabalhador e Trabalhadora	3	2	1
19 - PN Atenção Integral p/População Situação de Rua	0	1	0
20 - PN Adolescente em Conflito c/a Lei Internação Provisória	0	0	0
21 - PN Pessoas Privadas de Liberdade Sistema Prisional	0	0	0
22 - PN Atenção Integral Saúde do Adolescente e Jovens Prom. Saúde	0	0	0
Total	11	8	1

Grupo 4 Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

23 - PN Saúde Integral da População Negra	0	0	0
24 - PN Populações do Campo, Florestas e das Águas	0	0	0
25 - PN Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Trans	3	1	0
26 - PN Atenção à Saúde do Povo Cigano/Romani	0	0	0
Total	3	1	0

Grupo 5 PG de Organização da Atenção à Saúde

27 - PN de Atenção Básica (PNAB)	8	14	5
28 - PN de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)	3	3	1
29 - PN de Hospitais de Pequeno Porte	0	0	0
30 - PN de Atenção Hospitalar (PNHOSP)	0	1	0
31 - PN de Práticas Integrativas e Complementares	3	2	1
32 - PN de Regulação do Sistema Único de Saúde	1	3	0
33 - PN de Medicamentos (PNM)	2	2	1
34 - PN de Assistência Farmacêutica (PNAF)	2	1	1
Total	19	26	9

Grupo 6 Política de Atenção a Agravos Específicos

35 - PN de Atenção Pessoas c/Transtornos do Espectro Autista	1	0	0
36 - PN em Atenção em Reprodução Humana Assistida	0	0	0
37 - PN em Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	0	0	0
38 - PN ao Portador de Doença Neurológica	0	0	0
39 - PN ao Portador de Doença Renal	0	0	1
40 - PN em Traumatologia-Ortopedia de Alta Complexidade	1	0	0
41 - PN em Oftalmologia (PNAO)	0	0	0
42 - PN Atenção às Pessoas c/DF e outras Hemoglobinopatias	0	0	0
43 - PN em Genética Clínica	0	0	0
44 - PN a Atenção às Pessoas com Doenças Raras	0	1	0
Total	2	1	9

Grupo 7 Políticas de Organização do Sistema Único de Saúde

45 - PN de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)	14	13	1
46 - PN de Educação Permanente do SUS	2	3	1
47 - PN de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	1	1	1
48 - PN de Gestão de Tecnologia em Saúde	0	0	1
49 - PN de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)	3	5	0
Total	20	22	4
Total	67	70	22

Fonte - Elaborada pelo autor – Relatório do Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde - 2019.

Do total da Política Nacional de Saúde estabelecidas pela portaria de consolidação, identificou-se a prevalência de 28 com as propostas apresentadas.

A análise dos dados permitiu a identificação de uma maior frequência de observações de associação da PN de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (28), PN de Atenção Básica (27), PN de Saúde Mental (15) e PN de Informação e Informática Educação (8), as quais ficaram evidentes nos 3 eixos da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Também existiu associação nos três eixos com as propostas associadas à PN de Atenção Integral do Trabalhador e Trabalhadora (6), PN de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) (7), PN de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (6), PN de Medicamentos (PNM) (5), PN de Assistência Farmacêutica (PNAF) (4), PN de Educação Permanente do SUS (6) e PN de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (3).

Procurou-se também, ao avaliar o alinhamento, identificar e categorizar por extratos de demanda, as propostas que não apresentavam associação direta com as PNS, nos 3 eixos, a saber;

demandas relacionadas à políticas de recursos humanos; demandas relacionadas à políticas econômicas em transformação no período e demandas puramente políticas, conforme se apresentam na Tabela 3.

Saliente-se que as propostas não alinhadas assim classificadas estiveram presentes nos 3 níveis do ciclo estudado, conforme se segue:

Tabela 6 – Propostas aprovadas não alinhadas com políticas nacionais de saúde – 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª +8).

Propostas não alinhadas com PNS	Eixo 1	Eixo 2	Eixo 3
Propostas de recursos humanos não previstos na PNS	3	11	3
Propostas políticas não previstas na PNS	14	22	7
Propostas econômicas não previstas na PNS	0	0	54
Propostas com mais de uma PNS	5	3	2
Total de propostas não alinhadas com a PNS	22	36	66

Fonte - Elaborada pelo autor – Relatório do Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde - 2019.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O direito à participação da sociedade na gestão pública não é um tema novo, em 1948, após a 2ª Guerra Mundial, a recém-criada Declaração Universal dos Direitos Humanos já firmava a participação social com um direito fundamental.

No Brasil, o reconhecimento de direitos, entre eles o da participação social na elaboração e na gestão de políticas públicas, foi uma conquista do conjunto da sociedade na Constituição Federal de 1988. E o marco pleno exercício da democracia no Brasil

A discussão acerca do controle social; que a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde incorpora o conceito de Participação Social (Avritzer, 2012), em certo sentido conceito mais restrito posto que delimita o espaço e os papéis dos agentes dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde face ao Poder Executivo; tem se apresentado no setor de saúde como uma das práticas mais relevantes de inserção da discussão política, não restrita ao setor.

A defesa dos direitos básicos, a busca da equidade, a estruturação da acessibilidade e a garantia de acesso às populações tiveram suas origens, na maior parte das vezes, em discussões originadas nesses espaços, de forma que é possível observar a expansão de conferências e temas para outros segmentos. (Avritzer, 2012).

A partir de 2003, o governo federal ampliou significativamente os espaços de diálogo e os canais de participação social. Eles fortalecem os vínculos entre governo e sociedade e promovem ações que buscam a transformação da participação social em política de Estado e em método de governo.

É improvável que o progresso alcançado pelo SUS nas últimas décadas seja sustentado caso seja mantida a política de austeridade em curso. Assim, a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) constitui-se espaço fecundo para a desconstrução dos intentos liberalizantes e a reafirmação e defesa do SUS enquanto projeto emancipador de sociedade (Bispo Junior & Moraes, 2020).

Em certo sentido, percebe-se maior impacto das propostas e discussões que se processam nas conferências de maneira geral sobre a atividade legislativa que na executiva, possivelmente em virtude das restrições econômicas e limitações políticas pelas quais passa o Estado, ressaltando-se, dessa forma, o papel determinístico das conferências de saúde e participações em conselhos de saúde.

Há que se citar, entretanto, a relativa assimetria de poder, de conhecimento e de informações que caracterizam esses espaços. A legislação estabeleceu, a priori, que a distribuição da representação se dá por meio de representação dos usuários, com 50% dos participantes, governo e trabalhadores, com 25% cada segmento.

Quanto ao perfil dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), destaca-se que 55,3% são mulheres e 44,7% homens e o perfil da escolaridade temos com ensino superior completo (22,5%), algum curso de especialização concluído (20%) e com ensino médio completo (18,5%).

Reforçou ainda o caráter deliberativo, e não somente consultivo dos conselhos de saúde e conferências de saúde. Contudo, em termos práticos, as diferenças socioeconômicas e educacionais presentes nos grupos tem sido apontadas como uma das dimensões importantes das restrições com as quais lidam os grupos sociais envolvidos (Gerschman, 2004), e, nesse sentido, o desconhecimento da legislação reguladora e da normatização pertinentes à garantia dos direitos propostos relativos à saúde dos cidadãos tem sido elemento presente nas discussões e encaminhamentos nos conselhos de saúde e conferências de saúde.

O que se procurou com esse trabalho foi avaliar em que grau, as propostas apresentadas num determinado ciclo apresentavam correlação com a Política Nacional de Saúde atualmente vigente, sem elaboração de juízo de valor quanto à qualidade, mérito e assertividade delas.

Como o próprio Ministério da Saúde estabeleceu pela portaria de consolidação, existem 7 grupos de Políticas Nacionais para a saúde, com características distintas e certo grau de especificidade. Porém, é necessário estabelecer-se em nova abordagem, quais dessas 49 Políticas Nacionais de Saúde, apresentam entre seus atributos, aspectos políticos ou passíveis de discussão política por parte dos conselhos de saúde e conferências de saúde e que possuam potencial de interferência ou interação com as atividades legislativas e executivas.

Tabela 7 – Políticas Nacionais com elevado potencial de correlação com os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

GRUPO I - Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	
1	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)
2	Política Nacional de Vigilância em Saúde;
4	Política de Saúde Mental
7	Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)
GRUPO II - Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde	
GRUPO III - Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais	

GRUPO IV - Políticas de Promoção da Equidade em Saúde	
23	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
24	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
25	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
26	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.
GRUPO V - Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde	
27	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
30	Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)
32	Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde
33	Política Nacional de Medicamentos (PNM)
34	Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF),
GRUPO VI - Políticas de Atenção a Agravos Específicos.	
GRUPO VII - Políticas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS)	
45	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)
46	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
47	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
48	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.
49	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

Fonte – Elaborada pelo autor.

É preciso, mais do que nunca, fortalecer e ampliar a participação social na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Respeitada e implementada as decisões das conferências e dos conselhos de saúde, aprimorando e garantindo a democratização do Estado e à participação cidadã é fundamental para os destinos do SUS e do país (Lima, Felipe, Silva, Temporão, Padilha & Reis, 2019).

No estudo do material obtido, observou-se que as principais associações entre propostas e a Política Nacional de Saúde ocorreram nas PNSs do Grupo V (Políticas Gerais de Organização da Atenção Básica) (55 inserções) nos três eixos, com destaque para a Política Nacional de Atenção Básica) que obteve 27 inserções, nos três eixos, do Grupo I (Políticas de Organização do Sistema Único de Saúde) (48 inserções) nos três eixos, com destaque para a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) que obteve 28 inserções nos três eixos, e na sequência o Grupo I (Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação) (27 inserções) nos três eixos, com destaque Política Nacional de Saúde Mental que obteve 15 inserções.

Uma possível inferência é que essas políticas apresentem em suas essências aspectos relevantes para a participação social e para a exteriorização do pensamento político prevalente nas comunidades e instâncias regionais e locais.

A Política Nacional de Atenção Básica, foi a que mais apareceu nos três eixos no Grupo V, e a proposta 37 do eixo 1, que mais exemplifica o anseio dos delegados na Conferência.

”37 (DFE2P3, MGE1P1/2, MGE1P1/3) - Garantir plenas condições para consolidação da Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede, por meio de equipes ESF e de Saúde Bucal efetivamente constituídas, como preza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); adequada cobertura de Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) como estratégia para aumentar a resolutividade deste nível de atenção, além da retaguarda dos especialistas dos demais níveis de atenção para garantia da integralidade e longitudinalidade do cuidado, garantindo: a) equipe completa por território respeitando o limite populacional para cada unidade, com garantia de financiamento, acrescentando mais uma (um) técnica (o) de enfermagem nas equipes de saúde da família e normatizar e financiar a inclusão de equipes de saúde bucal em todas as unidades onde já se encontra em funcionamento as ESF, visando assim ampliar o acesso a saúde bucal e rever e flexibilizar o horário de funcionamento das unidades para melhor atendimento da população e reduzir o número mínimo de equipes da ESF por NASF-AB, fortalecendo as ações da atenção básica com equipes multidisciplinares que possam dedicar mais tempo para cada território adscrito; e b) a requalificação da APS com projetos que visam à construção de unidades de apoio a menores, aumentando a equipe multidisciplinar, elaborando projetos voltados para a prevenção de doenças que acometem a população, revendo protocolos de encaminhamentos, viabilizando uma melhor qualidade de vida, divulgando as ações das ESF no sentido de informar a população o verdadeiro papel das ESF”.

A saúde é abordada em perspectiva ampliada e não apenas restrita aos aspectos biológicos nas duas conceituações. Evidenciam-se, assim, as determinações econômica e social da saúde – ou seja, saúde é resultante das condições de vida. Não há saúde sem o desenvolvimento de políticas intersetoriais que promovam condições dignas de vida e trabalho para o conjunto da população (Bispo Junior & Morais, 2020).

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), foi a primeira mais mencionada nos três eixos no Grupo VII e a proposta 34 do eixo 2, engloba o desejo do controle social no SUS.

“34 (CEE2P5) - Garantir e efetivar o processo de planejamento e gestão participativos do SUS nas três esferas de governo, na elaboração dos instrumentos de gestão (Plano de Gestão, Programação Anual de Saúde, Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão), na inserção do orçamento público (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentária e Lei Orçamentária Anual) assegurando recursos financeiros, autonomia e funcionamento dos Conselhos de Saúde, garantindo o mandato de conselheiro de saúde por 2 anos, com direito à recondução e cumprimento de interstício por igual período do mandato, com efetivação da política de Educação Permanente em Saúde para o controle social e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde nas instâncias de Controle Social, movimentos sociais e lideranças comunitárias”.

A participação da sociedade na gestão do SUS, no entanto, não está ainda plenamente incorporada nas suas práticas nem a gestão pública. Nessa perspectiva, o controle dos segmentos que representam todas as classes sociais, mas com mais dificuldade para aquelas mesmo privilegiadas e mais dependentes das políticas públicas, sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos, torna-se um desafio importante na realidade brasileira para que se crie resistência à redução de políticas de saúde, à sua privatização e à sua mercantilização. É fundamental instituir e proporcionar condições para que a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista nesse processo de controle social em políticas públicas de saúde, pleiteando constituir um Brasil, como referência mundial, em boas práticas na área de fiscalização e controle social em saúde (Leite, Manzani, Veiga, Lima, Pereira, Araújo & Bermudez, 2018).

A Política Nacional de Saúde Mental, apresentou mais inserções nos três eixos no Grupo I e a proposta 60 do eixo 2, que mais contribui com a Política Nacional.

“60 (GOE2P4, MTE2P5) - Garantir que a implementação da política nacional de saúde mental seja efetivada em todos os níveis, estruturando espaços especializados para atender pessoas com doenças do neurodesenvolvimento, incluindo a avaliação neuropsicológica nos procedimentos financiados pelo SUS, obedecendo às definições da Lei Federal nº 10.216/2001, que institui a Política Nacional de Saúde Mental, bem como seus critérios para internações compulsória e involuntárias de dependentes químicos, preservando assim a autonomia do indivíduo, implantando/implementando Serviço Especializado de Atenção em Saúde Mental nas regiões de saúde, com ampliação dos investimentos em políticas voltadas para a promoção de saúde mental e para o tratamento da dependência química e outros transtornos mentais, incentivando a capacitação dos profissionais para lidar com saúde mental mantendo equipes qualificadas para atendimento na rede, ampliando o número de leitos de psiquiatria nos hospitais gerais e serviços de urgência e emergência, viabilizando os consultórios de rua, ainda que por meio de consórcios intermunicipais”.

O cuidado em saúde mental no contexto das conferências foi uma das propostas mais discutidas, tendo como o centro as necessidades do usuário e com destaque a saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras no SUS. A preocupação na discussão dessas propostas focou em promover uma assistência eficiente e de qualidade que possibilite produzir saúde nos espaços de vida cotidiana com reinserção do usuário ao convívio social.

Qualificação profissional, capazes de refletir sobre os processos de trabalho ante uma perspectiva coletiva e biopsicossocial, voltada para responder diretamente demanda das pessoas sem sofrimento psíquico.

Por outro lado, as propostas que se correlacionaram aos Grupo II - Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde (5), Grupo IV - Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (4) e Grupo VI - Política de Atenção a Agravos Específicos Agravos Específicos (4); se apresentaram com menor grau de associação transferida ao nacional. Possivelmente, essa menor

associação decorreu da discussão de temas operacionais e focados na resolução de problemas decorrentes nos sistemas locais e regionais, além das questões estruturais que envolvem disponibilidade física e mecanismos de custeio da operação das unidades, em função das perspectivas de equacionamento de oferta e demanda de serviços.

No contexto das conferências muitos assuntos de relevância para a saúde e operacionalidade do SUS não foram se quer discutidas em nenhum dos eixos. Um deles a Judicialização dos medicamentos um problema seríssimo para o Ministério da Saúde bem como para as Secretarias de Saúde, pois até agora não se encontrou um equilíbrio entre garantir o acesso a tratamento e evitar sobrecarregar o SUS.

A Política Nacional em Genética Clínica, poucas vezes citada, não discutida e sempre mencionada junto com outras políticas não mereceu a atenção devida pela sua importância nas políticas públicas em saúde, pois a maioria das enfermidades tem base genética, o diagnóstico fica ainda mais difícil, já que o SUS não dispõe, por ora, de ferramentas para o estudo de genoma dos pacientes.

Outra política de relevância para o SUS, é a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte e de Atenção Hospitalar, que se quer foram citadas no relatório consolidado da Conferência, pois existe muitos municípios com até 10.000 habitantes e hospitais de grande porte vazios. A ineficiência do sistema público passa pela gestão orçamentaria. Sendo que seria uma grande oportunidade para discutir essa ineficiência, pois nesta Conferência contou-se com o número de 679 Prestador/Gestor de todo o Brasil.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, como premissa da administração federal, apresenta objetivos bastante ambiciosos de articulação entre os diversos setores ministeriais na intenção de propiciar uma rede de proteção, promoção e assistência às populações de rua. Um problema sério de política pública de saúde que principalmente as grandes cidades enfrentam e apenas uma proposta foi aprovada nesta Conferência no Eixo 2, proposta 95.

“95 (PRE2P2) - Criar campanhas nacionais que incentivem a população em situação de rua a cuidar de sua saúde integral”.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa nos remete que a maior longevidade populacional é uma das maiores conquistas da humanidade, devido aos avanços tecnológicos e científicos as pessoas passaram a viver mais tempo. No Brasil essa realidade não é diferente, o país caminha a passos largos para se tornar um dos países com maior percentual de idosos em sua

população. O aumento dessa faixa etária traz consigo novos desafios para toda sociedade, por isso tornou-se essencial discutir na atualidade sobre as políticas públicas as pessoas idosas. Concluiu-se que as políticas públicas para os idosos no Brasil avançaram significativamente nas últimas décadas.

A constituição Federal de 1988, A Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foram as principais conquistas desse processo. Entretanto, apesar dos avanços e conquistas, na prática a garantia dos direitos dos idosos ainda não tem se concretizado de forma efetiva. Por esse motivo, a operacionalização das políticas públicas continua a ser o principal desafio a ser superado, pois, somente assim poderá ser garantida à pessoa idosa os seus direitos como cidadãos. E uma Conferência de Saúde nas proporções que o Brasil realiza em que se tenta trazer todos os problemas de saúde do país, não se pode deixar de aprofundar no debate do envelhecimento de nossa população. Em seu Eixo 1, foi aprovada a proposta 46, apenas.

”46 (RNE0P5) - Transformar o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) em uma política pública de saúde, com garantia de financiamento nas três esferas de governo.”

Com relação às propostas não diretamente relacionadas às Políticas Nacionais de Saúde, observou-se 4 grandes grupos de demandas, a saber; relacionadas às políticas de recursos humanos, às políticas econômicas, a políticas propriamente ditas e as demandas com mais de uma PNS.

De modo geral, as questões relativas aos recursos humanos apareceram em 17 propostas, as relativas às políticas econômicas em 54 e as demandas políticas puras em 43 e as demandas com mais de uma PNS em 10 do total de 124 propostas nas quais essas abordagens se apresentaram.

Em relação às demandas classificadas como de recursos humanos, as principais se relacionaram à questão de realização de novos concursos para os serviços públicos e elaboração de carreiras e planos de cargos e salários para servidores do SUS e garantia de aposentadoria, como pode ser constatado nas propostas;

“68 (ALE2P3, ESE2P4, PAE1P1, PRE2P3, RJE2P1, RNE1P4, RRE0P3, RSE2P3, BAE2P5, MGE2P3, MGE3P2, CEEIP4/1) - Garantir um Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS para os servidores das três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple: a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia; b) jornada máxima de 30 horas

semanais; c) dedicação exclusiva; d) política de valorização dos servidores e reajustes salariais dignos; e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira; f) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade; g) isonomia de vencimentos aos servidores de todos os 50 níveis de complexidade e esferas de governo; h) abolir todas as formas de precarização e terceirização dos serviços públicos pelo setor privado; i) incluindo Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemia”.

e,

“75 (DFE2P2/, DFE3P2/1, ESE0P2, SEE1P3, BAE1P3) - Fortalecer políticas de valorização dos trabalhadores e trabalhadoras contemplando os vínculos empregatícios efetivos em todos os âmbitos da atenção e nas três esferas de governo, a atualização salarial, a realização de concursos públicos, a implementação de planos de cargos e salários e a progressão por títulos e méritos, a garantia de aposentadoria especial automática para trabalhadores de atividades insalubres e periculosidade, o fornecimento de equipamentos e materiais de consumo de qualidade e de forma permanente, a garantia das condições de trabalho aos profissionais e atendimento digno à população, combatendo, assim, a precarização do serviço e preservando os direitos sociais conquistados pelos trabalhadores e reduzindo a rotatividade dos profissionais, efetivando o Art. 37 da Constituição Federal”.

e,

“76 (CEE1P4/3) - Garantir aposentadoria integral aos vinte e cinco anos de trabalho, sem idade mínima, para os profissionais e trabalhadores da saúde”.

Já em relação às propostas de fundo econômico, centraram-se basicamente sobre as mudanças que estavam em curso à época da realização das conferências, com questionamento prevalente sobre as limitações que adviriam ao financiamento do SUS, como se pode depreender das observações;

“1 (ACE3P3, ACE3P4, ACE3P5, ALE3P1, ALE3P2, ALE3P4, AME3P1, AME3P3, APE3P1,APE3P3, APE3P5, BAE3P5/1, BAE3P1,BAE3P3, CEE3P1/1, DFE3P1, ESE3P1, GOE3P1,GOE3P3, MAE3D1, MAE3P2, MAE3P3, MAE3P4,MGE3P1,MGE2P2/1, MGE3P5, MTE3P3, MSE3P1, PAE3P5, PBE3P2, PBE0P5, PEE3P3, PEE0P4, PEE3P4, PIE3P1, PIE3P5,PRE3P3, RJE3P3/1, RNE3P4, RNE3P5, ROE3P1, RRE0P1, RRE0P2, RRE1P3, RRE3P3,RRE3P5, RRE3P4(B),

RSE3P1(B), SCE3P1, SCE3P3, SEE3P5, SEE3P1, SEE0P1,SPE2D,SPE0P5,SPE3D,SPE1P1,SPE2P4,SPE3P2,SPE3P5) - Defender junto ao legislativo e executivo: a) A revogação da Emenda Constitucional n. 95 de 2016 que congelou os investimentos públicos em saúde por 20 anos – até 2036; b) A aplicação pela União de no mínimo 10% da sua receita corrente bruta em ações e serviços de saúde e elimine a Desvinculação de Receitas da União (DRU) que retira 30% do orçamento da seguridade social para o tesouro nacional; c) O estabelecimento da contribuição sobre grandes fortunas e da tributação sobre os lucros e dividendos distribuídos às pessoas físicas e jurídicas, com destinação para a seguridade social, e conseqüentemente para a saúde, bem como ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL para instituições financeiras dos atuais 9 para 18%; d) A criação da Lei de Responsabilidade Sanitária desvinculando a saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal; e) A vinculação da arrecadação do Seguro do Trânsito – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) aos fundos de saúde, assim como, vincular os recursos obrigatórios referentes à Lei Complementar 141/2012 aos fundos de saúde; f) A garantia de outras formas de captação de recursos como: a extinção de renúncias fiscais e direcionar estes recursos para a saúde; g) A garantia do ressarcimento dos recursos dos atendimentos realizados nos usuários do SUS em trânsito e origem de outros estados/municípios”.

e,

“16 (MTE3P4) - Aumentar os recursos federal e estadual taxando as grandes fortunas e propriedades, lucros e dividendos para a assistência à saúde que possibilitem a oferta de ações e serviços do Sistema Único Saúde - SUS que atendam às necessidades da população, garantindo a regularidade dos recursos financeiros para o processo de regionalização, apoio aos Consórcios intermunicipais de saúde, bem como aos Hospitais Regionais além de ampliar e adaptar espaços em unidades, adequando-os para atendimentos específicos”.

e,

“28 (GOE3P2,SPE3P3) - Realizar reforma tributária solidária que promova a progressividade da tributação direta, fazendo com que quem tem menos, pague menos, tributando as empresas multinacionais que estão isentas, as grandes fortunas, grandes heranças, embarcações e aeronaves, aumentando a tributação sobre produtos danosos a

saúde, como bebidas alcoólicas, alimentos com alta concentração de açúcar e sódio, tabacaria, agrotóxicos, conservantes, corantes e outros, que geram alto custo para o Sistema Único de Saúde, e alocar estes recursos nos serviços destinados à Prevenção, Promoção, Tratamento e reabilitação de doenças decorrentes do consumo e exposição a estes produtos pela população e pelo setor produtivo, revendo imediatamente a política de renúncia fiscal, convertendo os aumentos de arrecadação para investimento na seguridade social, além de dividir os Royalties do petróleo para todos os municípios do país, com porcentagens de 30% divididos igualmente entre saúde, educação e previdência social”.

Por outro lado, em relação às propostas de caráter predominantemente político, vários foram os temas que permearam as propostas, como por exemplo, criação de políticas para imigrantes e saúde do pescador e pescadora, regulação dos planos de saúde privado que atuem com os agentes públicos e várias propostas focas na saúde alimentar com destaque a volta do CONSEA.

Dentre os principais exemplos, citam-se;

“11 (RRE1P1) - Criar, normatizar e efetivar uma Política Nacional de Saúde do Imigrante, assegurando que o Ministério da Saúde aceite os dados estatísticos da migração para encaminhar recursos para a saúde”.

e,

“12 (ESE1P1) - Criar programa de saúde do pescador e pescadora em consonância com os direitos da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Águas (PNSIPCF), com acompanhamento de agentes comunitários de saúde”.

e,

“5 (ALE0P1) Regular, de forma compatível com a saúde humana, o setor privado que atua na área da saúde, enfrentando temas relevantes como as coberturas contratadas, o reajuste de preços dos planos e seguros, os conteúdos essenciais dos contratos, os subsídios públicos, a proibição - com penalização - de práticas como a dupla porta, a relação dos entes federativos com os hospitais universitários e, a vedação da existência de planos de saúde para servidores e agentes públicos pagos com recursos públicos”.

e, ainda

“21 (ALE2P2, PBE2P5, SCE2P1) - Arquivar o Projeto de Lei 6.922 /2002 (PEC do Veneno), bem como as portarias que liberam o uso dos agrotóxicos na produção agrícola

que são proibidos em outros países e causam consequências nocivas à saúde da população, do trabalhador rural e ao ambiente, criando mecanismos para controlar e fiscalizar ostensivamente seu uso, como o fortalecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e reativação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), além de desenvolver pesquisas obrigatórias acerca das suas consequências e reformular a lista de agrotóxicos proibidos nas atividades agrícolas, utilizando critérios mais rigorosos em busca de uma melhor qualidade de vida da população e de um meio ambiente protegido, estimulando a produção e comercialização de produtos provenientes da agricultura familiar e orgânicos e, proibindo a importação de produtos do exterior que usem os mesmos agrotóxicos”.

Em relação as propostas que englobam mais de uma Política Nacional de Saúde, destacam-se;

“18 (SPE1P5) - Implementar e garantir a saúde integral para as populações vulneráveis, definidas como população em situação de rua, população privada de liberdade, população indígena, população de imigrantes, refugiados e expatriados, população negra, população cigana, população LGBTQIA+, população ribeirinha, pessoas com transtornos mentais, ambulantes, mulheres, pessoas em situação de prostituição, pessoas idosas, pessoas com deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais, pessoas portadoras de doenças raras e crônicas, pessoas com HIV e outras vulnerabilidades sociais, através da implantação de estrutura física, de RH, insumos, pesquisa e gestão, com ações intersetoriais. Garantir a partir da Atenção Básica o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da mulher, fortalecendo o planejamento familiar, a prevenção e o tratamento de IST-Aids, garantindo os procedimentos médicos relacionados à função reprodutora e as suas interrupções e/ou contracepções, de forma que a mulher tenha autonomia sobre os procedimentos, garantindo a humanização do parto, com foco nas especificidades raciais, sociais, culturais e de orientação sexual”.

e,

“26 (SPE1P3) - Garantir a equidade no atendimento do usuário SUS e em especial das populações vulneráveis (pessoas com doenças raras e negligenciadas, pessoas com deficiência, população carcerária, indígenas, negras, cigana em situação de rua, idosos, pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), profissionais do sexo e população LGBTQI) e

outras que sofrem em decorrência de violências sociais e institucionais, ampliando a acessibilidade com adequação dos serviços às pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, adequação de recursos humanos (intérprete de libras, táteis para braile) – Garantir a inserção dentro do sistema e-SUS em todas as esferas do governo. Abrangendo tipificações/especificações de cada deficiência, efetivar e ampliar programas de suporte à saúde para a pessoa idosa incluindo práticas integrativas para a garantia do envelhecimento saudável. Afinal, no Artigo 196 da Constituição diz que saúde é direito de todos e dever do Estado”.

e,

“41 (GOE2P2, CEE2PI/1, MGE2P4/5) - Reestruturar, fortalecer, implementar e expandir as Redes de Atenção à Saúde, integrando-as para potencializar o cuidado multidisciplinar e intersetorial, de forma a garantir a implementação de linhas de cuidado, promovendo o cuidado integral nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, desde a atenção básica e nas regiões de saúde inclusive: a) garantir o acesso da população LGBTQI+, negros e negras, quilombolas, população ribeirinha, indígenas, ciganos, pessoas idosas e seus cuidadores, pessoas com deficiências, usuários de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua, pessoas em situação de privação de liberdade, pessoas vivendo com HIV/AIDS; b) estruturar serviços de atenção integral a saúde da população rural na própria comunidade, como nos assentamentos e aglomerados rurais, quilombos, dentre outros; c) garantir transporte e equipamentos, quando necessário, e fortalecer o sistema de regulação de urgência, emergência, especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), descentralizando e aumentando a oferta dos serviços laboratoriais e de imagem; e, d) ampliar o acesso a banco de sangue e exames, mesmo nos finais de semana e feriados, em todas as regiões do Estado”.

A principal garantia constitucional do direito à saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela Saúde Pública no Brasil, pois se trata de um sistema voltado à organização de ações e serviços públicos de saúde, para promoção, proteção e recuperação, a serem prestados pelo Estado. Este sistema reafirma o dever do Estado de garantir a saúde mediante políticas públicas, econômicas e sociais.

Frente a essa complexa conjuntura, realizou-se a releitura dos temas da 8ª CNS e foram adotados os seguintes eixos temáticos para a 16ª CNS: - 1 – Saúde como direito; 2 Consolidação dos princípios do SUS; 3- Financiamento adequado e suficiente par o SUS. Desta forma, o objetivo do presente texto foi analisar as características e os desafios da 16ª Conferência Nacional de Saúde, a partir dos referidos eixos (Bispo Junior & Morais, 2020) com a Política Nacional de Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

A relevância da participação social na definição das políticas de saúde tem sido bem estabelecida pela pluralidade de atores envolvidos no espaço das conferências e dos conselhos de saúde.

A integração entre Sociedade e Estado que ocorre nos ambientes das conferências, assim como os debates, interações e deliberações resultantes apresentam a capacidade de influenciar a definição de políticas específicas para o setor e representa uma evolução da discussão democrática no país.

Em um momento político em que essa interação vem de ser questionada pelo Executivo, trazer ao conhecimento a experiência do setor saúde, especialmente em relação às dimensões de interesses das comunidades participantes, seus saberes e assimetrias, e hiatos de conhecimentos necessários à continuidade da política de inserção comunitária e participação social podem contribuir com a consciência dos atores e indivíduos de nossa Sociedade.

O formato das conferências precisa a cada realização ser debatida para que encontrar caminhos alternativos, democráticos e mais adequados à expressão dos interesses da sociedade e das reais necessidades das políticas de saúde.

É necessária uma reflexão sincera sobre porque persiste ainda um distanciamento entre gestores, conferências de saúde e conselhos de saúde.

Esse problema é grave e tende a gerar impasses contraproducentes para o SUS e para as necessidades de saúde da população. Exige mudança postura de ambas as partes.

A capacitação dos atores envolvidos deve ser constantemente estimulada uma vez que o objetivo final é a democratização das políticas públicas em partícula e da sociedade brasileira em geral.

No SUS, o controle social tem o significado de controle do Estado pelo conjunto da sociedade, confundido com a democratização do Estado. É um processo complexo, ligado ao grau de consciência política, organizacional e mobilização da sociedade. O desafio que está apontado é a busca de aperfeiçoamento do processo de participação e controle social no SUS.

As Conferências de Saúde a cada quatro anos requerem análise, avaliação e revisão da sua formatação, no sentido de orientá-las para o cumprimento da sua atribuição legal de propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde, a partir da análise da situação de saúde.

As Conferências têm competências tão essenciais e importantes que seus tempos de realização devem ser adequados aos tempos das políticas de estado, já expressa na Constituição sob risco de perpetuarmos um processo desconectado, paralelo, fragmentado e inconsequente.

Neste trabalho procedeu à avaliação de associação entre as propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) com as Políticas Nacionais de Saúde, com a intenção de explorar com mais profundidade essas necessidades com o propósito de mostrar com maior meticulosidade os alinhamentos encontrados e reconhecer a importância da participação comunitária nos espaços das conferências.

É importante o próprio fortalecimento da participação social. A conferência não pode constituir-se apenas em ato festivo e de mobilização pontual. As etapas de monitoramento precisam ser valorizadas e convertidas em instrumentos de debate e mobilização perene. É necessário reavivar os conselhos de saúde como instancias potencializador as da democracia e saúde (Bispo Junior & Moraes, 2020).

REFERÊNCIAS

- 1 - Andrade, L. L., de Moraes Pina, A. R., da Silva, I. C. F., de Moraes Gomes, K., & Gonçalves, T. C. (2013). As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 7(1), 263-279.
- 2 - Avritzer, L. (2012). Conferências nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. IPEA (1a):28
- 3 - Barbosa, E. C. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2), 85-102.
- 4 - Barbosa, A. P., & Malik, A. M. (2015). Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Revista de Administração Pública*, 49(5), 1143-1165.
- 5 - Barbosa, A. P., Tardivo, C. R. F., & Barbosa, E. C. (2016). Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012. *Administração Pública e Gestão Social*, 1(1), 66-74.
- 6 - Bispo Júnior, J. P., & Moraes, M. B. (2020). Democracia e Saúde: reflexões e desafios frente à 16ª Conferência Nacional de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 54, 16.
- 7 - Brasil. Constituição Federativa do Brasil de 1988. Artigos 196 – 200, Capítulo II – Da Seguridade Social- Seção II da Saúde. Acesso em 20 de abril de 2019. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constiuição/Constituição.html.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação de normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Seção, I., & polos do Programa, P.Ú.). (2001).
- 9 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2203 de 05 de novembro de 2017. Estabelecer Diretrizes Operacionais e de Financiamento do SUS.
- 10 - Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em 23 de maio de 2019. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LeisL8080.htm.
- 11 - Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Acesso em 23 de maio de 2019. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/18142.pdf.
- 12 - Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos avançados*, 27(78), 7-26.
- 13 - CNA. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde – 1986 – Relatório Final – acesso em 01 de maio 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8pdf. Acesso em 23 de maio de 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8pdf.

- 14 - Escorel, S. (1999). *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Editora Fiocruz.
- 15 - Guizardi, F. L., Pinheiro, R., Mattos, R. A. D., Santana, A. D., Matta, G. D., & Gomes, M. C. P. A. (2004). Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14, 15-39.
- 16 - Keinert, T. M. M., & da Silva, V. C. (2018). Participação social em saúde no Brasil: produção técnico-científica entre 1990-2014 e sugestão de agenda de pesquisa. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 2018;23(75):194-214.
- 17 - Leite, S. N., Manzini, F., Veiga, A. D., Lima, M. E. O., Pereira, M. A., Araujo, S. Q. D., ... & Bermudez, J. A. Z. (2018). Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica em pauta: contribuições da sociedade para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 4259-4268.
- 18 - Lima, H. S. C., Felipe, J. S., Silva, J. A. A. D., Temporão, J. G., Padilha, A. R. S., & Reis, A. A. C. D. (2019). SUS, saúde e democracia: desafios para o Brasil Manifesto de seis ex-ministros da saúde a propósito da 16ª Conferência Nacional De Saúde.
- 19 - Motta, P. R. D. M. (2013). O estado da arte da gestão pública. *Revista de Administração de Empresas*, 53(1), 82-90.
- 20 - Noronha, J. C. D., & Castro, L. (2019). Democracia, Saúde e a 16ª Conferência Nacional de Saúde: qual futuro? *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00188719.
- 21 - Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1927-1936.
- 22 - Rolim, L. B., Cruz, R. D. S. B. L., & Sampaio, K. J. A. D. J. (2013). Social control and popular participation as a guideline of SUS: a narrative review. *Saúde em Debate*, 37(96), 139-147.
- 23 - Santos, N. R. D. (2013). SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & saúde coletiva*, 18, 273-280.
- 24 - Souza, C. R., & Botazzo, C. (2013). Construção social da demanda em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23, 393-413.
- 25- Souza, C. M. N., & Heller, L. (2019). O controle social em saneamento e em saúde: análise comparativa com base nos marcos legais federais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 285-294.
- 26 - Viacava, F., Oliveira, R. A. D. D., Carvalho, C. D. C., Laguardia, J., & Bellido, J. G. (2018). SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & saúde coletiva*, 23, 1751-1762.

ANEXOS**1 – Relatório Nacional Consolidado – 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8)**

RELATÓRIO NACIONAL

CONSOLIDADO

16a Conferência Nacional de Saúde

SUMÁRIO

LEGENDA IDENTIFICAÇÃO DAS DIRETRIZES E PROPOSTAS -----	03
DIRETRIZ EIXO TRANSVERSAL – DEMOCRACIA E SAÚDE -----	04
Propostas Eixo Transversal – Democracia e Saúde -----	05
DIRETRIZ EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO -----	15
Propostas Eixo I – Saúde como Direito -----	16
DIRETRIZES DO EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS -----	33
Propostas Eixo II – Consolidação dos Princípios do SUS -----	35
DIRETRIZ EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS ---	58
Propostas Eixo III – Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS -----	58
GLOSSÁRIO DE SIGLAS E LEGISLAÇÕES E OUTRAS TERMINOLOGIAS -----	73
Siglas -----	73
Legislações e Outras Terminologias -----	75
Citações da Constituição Federal de 1988 -----	82

APRESENTAÇÃO

Saúde e Democracia: As Vozes da Etapa Estadual da 16a Conferência Nacional de Saúde

Cara participante, caro participante:

Você está recebendo o Relatório Nacional Consolidado, com as diretrizes e propostas sistematizadas das Conferências Estaduais e do Distrito Federal da 16a Conferência Nacional de Saúde, conforme definem o Regimento e o Regulamento. Recebemos os 27 Relatórios e eles foram lidos e condensados pela Comissão de Relatoria, composta por 24 participantes e colaboradores nomeados pelo Conselho Nacional de Saúde e Comissão Organizadora da 16a CNS e Mesa Diretora do CNS. O perfil dos relatores e das relatoras é bem diverso e os relatórios estaduais foram analisados e tratados em leituras sucessivas e discussões repetidas, permitindo identificar e preservar as ideias centrais e as contribuições singulares que estavam nos mesmos. A formulação final, que será submetida à análise dos delegados e delegadas da etapa nacional da 16a CNS, foi resultado de um trabalho exaustivo e acreditamos que extremamente bem-sucedido.

Tomamos a missão de uma leitura capaz de dialogar, também no trabalho da Comissão de Relatoria, com o slogan da 16a, afirmando a democracia e fortalecendo a saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Comissão de Relatoria, de acordo com o temário da 16a CNS (“Saúde e Democracia”), exercitou a escuta e a síntese dos relatórios, preservando a abrangência e a radicalidade das contribuições de cada estado. Ouvir as expressões ampliadas da saúde e do SUS no Brasil todo, foi possível com a inspiração no discurso de Sérgio Arouca, na 8a Conferência Nacional de Saúde: “o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira”. A singularidade de cada contribuição, mas também a exaustiva tarefa de consolidação de ideias, diante de formulações formatadas de modos diversos, fez cada

um e cada uma da Comissão de Relatoria estimula-se nas ideias que acompanham o processo de defesa e implementação do SUS desde a inspiração da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Buscamos ouvir a saúde que se materializava em “que [as pessoas] tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. (...) ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. (...) a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)”. (Sergio Arouca, 1986).

O esforço foi para que tenhamos um trabalho de participação social forte e denso, mobilizado pelo debate de ideias e concepções de como fortalecer o SUS, durante a Etapa Nacional da 16ª CNS. No final da Etapa Nacional, esperamos um relatório que sintetize as melhores posições e orientações para defender e consolidar o SUS, qualificar a saúde de cada um e cada uma e fortalecer relações mais saudáveis e democráticas no interior de sistemas e serviços de saúde e na sociedade como um todo.

O Relatório Nacional Consolidado contém diretrizes e propostas em cada um dos eixos do programa da 16ª CNS. A relatoria observou as orientações do regulamento sobre as diretrizes, propostas e eixos, visando valorizar o trabalho de relatoria nas etapas estaduais e facilitar os debates nos Grupos de Trabalho da Etapa Nacional.

No Relatório Nacional Consolidado temos um total de 31 Diretrizes e 331 Propostas que serão debatidas e atualizadas, sendo que, depois de aprovadas, total ou parcialmente

ou rejeitadas, comporão o Relatório Final.

Essa foi nossa contribuição inicial para uma 16a CNS forte e vigorosa. Desejamos às delegadas e delegados um trabalho intenso e produtivo, como expressão máxima do exercício da democracia!

Comissão de Relatoria.

LEGENDA IDENTIFICAÇÃO DAS DIRETRIZES E PROPOSTAS

Estado – Eixo – No diretriz (por exemplo: BAE0D)

Estado – Eixo – No proposta (por exemplo: MAE1P3)

Observação: Quando a diretriz ou proposta foi dividida entre diferentes diretrizes ou propostas, a identificação é composta por uma barra e número, o qual corresponde ao número de vezes da divisão. (por exemplo: MGE2P2/2)

DIRETRIZES EIXO TRANSVERSAL – DEMOCRACIA E SAÚDE

1 (BAE0D, SEE0D, RNE0D) - Defendendo e garantindo a democracia brasileira, respeitando a soberania da vontade popular, promovendo o bem-estar social, a saúde como direito humano e o SUS como política pública e patrimônio do povo brasileiro.

2 (ALE0D, BAE0D, RRE0D, RSE0D, CEE0D - Defendendo o Estado Democrático de Direito, o exercício da cidadania, a solidariedade, a justiça, a participação popular e democrática, considerando que “Saúde abrange o direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo”.

3 (ACE0D, DFE0D, PBE0D, RRE0D) - Fortalecendo a democracia e o SUS como condição

necessária para uma saúde pública, universal, integral e equânime para todos os brasileiros e brasileiras, promovendo a participação e o controle social. Visando um sistema que garanta acesso democrático à saúde, com foco na promoção, prevenção e atendimento humanizado em saúde.

4 (PEE0D, PIE0D) - Promovendo a manutenção constitucional da Saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo as conquistas com participação popular, defendendo o caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.

5 (DFE0D, RRE0D) - Lutando em defesa do SUS e seus princípios, garantindo os direitos humanos e constitucionais, a manutenção e acesso democrático à saúde com revogação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016.

6 (AME0D, PRE0D, RRE0D) - Fortalecendo a participação da comunidade e do controle social na gestão do SUS, aperfeiçoando os Conselhos de Saúde, garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre a sociedade e os gestores, de forma regionalizada e descentralizada, mantendo seu caráter deliberativo.

Propostas Eixo Transversal – Democracia e Saúde

1 (MAE1P3, PBE0P5, RSE0P1, SEE0P1, SPE0P5) - Revogar a Emenda Constitucional no 95/2016 que institui o novo regime fiscal e da seguridade social da União e que congela os repasses das políticas públicas (saúde e educação) por 20 anos, de forma a garantir o financiamento tripartite suficiente para a manutenção, consolidação e ampliação do Sistema Único de Saúde e demais políticas públicas.

2 (SPE0P1) Promover, juntamente com a sociedade civil organizada, o judiciário, o legislativo, os conselhos de saúde, as universidades, os conselhos profissionais e demais instâncias administrativas e de governo, o debate amplo e informado a respeito da

importância de assegurar o direito à saúde e a necessidade de revogação da EC 95, que congela recursos da saúde e educação por 20 anos, cabendo ao Ministério da Saúde apresentar os custos da saúde para que se possa demonstrar a inviabilidade da fixação do teto.

3 (MAE1P3) - Garantir o cumprimento da Lei Complementar (LC) no 141/2012, obedecendo aos critérios de rateio com a responsabilidade de cada ente federado, observando as especificidades regionais e a implementação de políticas de redução de iniquidade.

4 (SPE0P2) - Revogar a EC-95 a partir do previsto na Constituição Federal, no art. 196/88, do direito à saúde, criando uma frente parlamentar, com a participação dos conselhos de saúde, a fim de garantir o aumento do financiamento público para a saúde, educação e assistência social, provenientes da regulamentação do IGF (Imposto sobre as Grandes Fortunas), previsto no Art. 153, inciso VII, da Constituição de 1988.

5 (RRE0P5) - Articular a Secretaria de Vigilância em Saúde com os órgãos competentes para a intensificação da fiscalização nos afluentes dos rios, diante da crescente mineração ilegal que está causando grandes agravos à população e ao meio ambiente, em consonância com as políticas nacionais de Vigilância em Saúde.

6 (PIE0P5) - Atender a agenda 2030 do desenvolvimento sustentável do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), com o intuito de preservação do meio ambiente e revogar a medida provisória no 867 de 2018 que desestrutura o Código Florestal Brasileiro (Lei no 12651/12) de caráter constitucional e aprovado pelo STF em 2018.

7 (ROE0P4) - Instituir políticas públicas de incentivo ao uso de produtos orgânicos, bem como o uso racional de agrotóxicos, responsabilizando as empresas pelos agravos à saúde dos usuários e trabalhadores, em decorrência do uso contínuo dos mesmos, criando o Comitê para o acompanhamento e fiscalização dessas ações nas três esferas.

8 (PEE0P2) - Reivindicar, junto ao Congresso Nacional, a não aprovação do Projeto de Lei

no 6299/2002, que dispõe sobre a modificação do sistema de registro de agrotóxicos, seus componentes e afins.

9 (RSE1P1) - Agilizar os processos de reavaliação dos registros e cadastros de agrotóxicos, visando à proibição de agrotóxicos perigosos e de maior risco à saúde e ao meio ambiente, além de: a) reafirmar a proibição da importação, produção e uso dos agrotóxicos já proibidos nos países de origem; b) fortalecer as fiscalizações, promovendo punições mais severas ao contrabando de agrotóxicos que entram no Brasil, em especial por zonas de fronteiras; c) acompanhar os trabalhadores que manuseiam estes produtos, efetuando monitoramento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde provenientes de agrotóxicos e sobre a forma correta de utilização (uso de EPIs e etc.); d) garantir que as intoxicações por agrotóxicos sejam notificadas e promover mais pesquisas acerca dos danos provenientes de seu uso; e) exigir o fim do financiamento público à aquisição de agrotóxicos, proibindo seu subsídio e a exigência de utilização dos mesmos na agricultura como condição para financiamento e empréstimos rurais; f) obrigar que as licenças ambientais, relativas a agrotóxicos, sejam aprovadas pelo controle social, Conselhos de Saúde e de meio ambiente; g) manter a regra que a liberação de agrotóxicos seja feita pelos três entes, Ministério da Agricultura, Ministério do Meio Ambiente, e Ministério da Saúde; h) exigir o cumprimento da legislação sobre o descarte correto das embalagens de agrotóxicos (logística reversa); i) fortalecer a fiscalização ao armazenamento de agrotóxicos e lavagem de pulverizadores na área urbana, incentivando as denúncias e aplicando as penalidades cabíveis. j) coibir a venda de agrotóxico sem receituário de profissional devidamente qualificado, com a respectiva fiscalização e punição;

k) fomentar um maior envolvimento dos conselhos de classes das áreas de medicina veterinária e engenharia agrônômica, no que tange à fiscalização das atividades de prescrição de produtos agroquímicos; l) capacitar os profissionais de saúde em urgências/emergências toxicológicas e fortalecer a promoção de residências multiprofissionais em toxicologia; m) propiciar capacitação e campanhas informativas e práticas, para uso alternativo de agrotóxicos e pelo consumo consciente, fomentando a produção orgânica em grande escala e prestando assessoria técnica para tal; n) fortalecer e incentivar cooperativas; o) implantar programa de antídotos que contemple uma Central Regional para distribuição e armazenamento.

10 (GOE0P3) - Garantir às usuárias, aos usuários e aos órgãos de controle, por meio dos recursos tecnológicos, a transparência nas filas de espera de atendimento em saúde, tempo real de atendimento, horário de funcionamento dos serviços e tipo de atendimento de cada unidade, inclusive para consultas, exames, cirurgias, outros procedimentos, zerando a fila de espera, pelo atendimento das demandas, em até seis meses, seja por meio de aplicativo específico e/ou uma rede de atendimento para retirar dúvidas – Tele Dúvidas e permitindo o acesso fácil e rápido da cidadã e do cidadão à Ouvidoria SUS em todas as unidades, conduzida e executada por servidores efetivos e com resolubilidade, encaminhando respostas aos usuários em no máximo 5 dias.

11 (PRE0P1) - Divulgar em diferentes meios de comunicação as propostas das mudanças referentes ao SUS, proporcionando espaços para que a comunidade participe das escolhas que mais condizem com a realidade vivenciada.

12 (PRE0P2) - Realizar campanhas publicitárias para a divulgar os direitos dos usuários, bem como orientar sobre o fluxo das Redes de Serviço para o fortalecimento e defesa do SUS, com publicização de informações concernentes à participação popular, para

divulgação nos canais de ouvidoria e nos sistemas de comunicação, tais como: TV, rádio, redes sociais e visuais em grandes eventos.

13 (GOE0P1) - Garantir que a população se aproprie de seus direitos e deveres individuais e coletivos em relação ao Sistema Único de Saúde – SUS, tendo acesso a informações de qualidade e atualizadas em relação aos gastos com a saúde de forma clara, simples e objetiva, estabelecendo relação entre gastos e serviços prestados, inclusive com possibilidade de comparação com períodos anteriores, também no Portal da Transparência. Ofertar capacitação as equipes de saúde quanto ao financiamento do SUS. Proporcionando às cidadãs e aos cidadãos, especialmente aos mais vulneráveis, conhecimentos sobre os seus direitos e deveres, o SUS e as formas de acessá-lo, utilizando mídia (escrita, falada, plataforma digital, redes sociais) e Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias.

14 (GOE0P4) - Ampliar em todos os níveis de Controle Social (CNS, CES, CSDF, CMS E CLS) a Política de Formação Continuada de Conselheiras e Conselheiros como espaço permanente de educação, favorecendo a participação de todos os segmentos para que entendam a importância do controle social, melhorando sua atuação com a fiscalização dos recursos e contemplando a participação direta da população no controle e elaboração de políticas públicas de saúde.

15 (PAE0P3) - Lutar pela derrubada do Decreto no 9.759/2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, na Conferência de Saúde.

16 (RSE0P3) - Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento do Conselho de Saúde, como órgão deliberativo e de fiscalização, com autonomia e independência política de gestão, através de: a) eleição democrática e representativa dos membros do Conselho de Saúde; b) estabelecimento de critérios objetivos para possibilitar que entidades e

movimentos sociais representativos dos diversos setores sociais participem do processo eleitoral; c) execução pelo gestor do SUS das deliberações aprovadas pelo Conselho de Saúde; d) autonomia política, financeira e administrativa; e) infraestrutura física, administrativa e financeira para exercer as suas atribuições; f) democracia interna, sem interferência indevida do gestor; g) eleição direta e livre para a mesa diretora ou coordenação, com a vedação da presidência ou coordenação a ser assumida pelo gestor, ocupante de cargo em comissão e funções gratificadas; h) prioridade nas auditorias e fiscalizações financeiras solicitadas pelo Conselho de Saúde; i) fazer cumprir as punições quando constatados atos irregulares e ilegais; j) definição de abrangência e do conceito dos segmentos que compõem o controle social no Conselho Nacional de Saúde; k) qualificação dos conselheiros.

17 (DFE0P2) - Garantir e fortalecer o controle social para manutenção e funcionamento do SUS, que foi concebido com a participação democrática e popular como premissas básicas, cuja prestação deve ser exclusivamente pública, assegurando o efetivo cumprimento de toda legislação para fortalecimento do Controle Social em saúde. Respeito aos instrumentos de gestão com a garantia de políticas públicas de Estado e não apenas de governo, de forma a assegurar a continuidade de programas bem-sucedidos.

18 (ESE0P1, RNE0P2) - Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde (nacional, estadual, distrital, municipal e local), oferecendo estrutura, capacitação e financiamento, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

19 (PRE0P3) - Estimular a participação da comunidade na organização do sistema de saúde local, microrregional e regional, bem como assegurar recursos para a implementação da educação em saúde para os conselheiros e comunidade em geral, como uma ferramenta

potente de qualificação da gestão do SUS, estimulando a participação da comunidade em ações intersetoriais de modo a incentivar a promoção e prevenção em saúde.

20 (GOE1P2) - Elaborar e executar o Plano de Saúde de maneira participativa e ascendente, com envolvimento da sociedade organizada, ouvindo seus anseios, seja por rodas de conversas, fóruns de debates, audiências públicas, consulta pública, plebiscitos, buscando parcerias com entidades como Associações, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Profissionais, Entidades Estudantis, Sindicatos e outras promovendo o acesso da comunidade à gestão do SUS, de forma a fortalecer seu protagonismo e atuação fiscalizadora e co-gestora.

21 (CEE0P4) - Efetivar nos moldes do artigo 198, da Constituição Federal, a participação e controle social na administração pública fortalecendo o empoderamento da população quanto aos seus direitos e deveres como cidadãos, utilizando estratégias de divulgação nos meios de comunicação e instancias de controle social: ouvidoria em saúde, conselhos de saúde, conferências de saúde, e outros existentes nos territórios, possibilitando a articulação entre as mesmas.

22 (AME0P1) - Assegurar o controle social como importante mecanismo deliberativo cumprindo a Constituição Federal, a Lei no 8.142/90, referente aos Conselhos e Conferências, para intensificar o fortalecimento destes, visto que representam a população usuária do SUS, independente de decisões político-partidárias.

23 (BAE0P3) - Ampliar e reforçar órgãos de fiscalização e controle em todos os programas nas três esferas de governo, a fim de garantir cumprimento de leis e normas, aplicando estratégias e metas que assegurem a qualidade dos serviços e eliminem quaisquer possibilidades de corrupção.

24 (APE0P1, DFE0P2, ESE0P4, PBEOP3, SPE0D, SPE0P4) - Garantir o posicionamento

contra a privatização do serviço público de saúde, mantendo irrestritamente o SUS público, 100% estatal, gratuito e que atenda a todas as necessidades da população, com gestão própria dos serviços assistenciais, coibindo práticas de terceirização (como OS – Organização Social, OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, Empresa Pública de Direito Privado, Fundações Privadas e Parcerias Público-Privadas), incluindo como diretriz do SUS a vedação do gerenciamento dos serviços de saúde por Organizações Sociais incluindo hospitais nos três níveis de atenção (primária, secundária ou terciária), reafirmando a saúde como dever do Estado.

25 (ALE0P5) - Repudiar a terceirização dos serviços públicos de saúde, reduzindo investimento no setor privado a até 10% e priorizando os serviços públicos estatais.

26 (SPE0P4) - Defender a revogação da Lei Federal no 9.637/1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais.

27 (ACE0P1) - Defender o caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo a necessidade das populações locais, nos diversos níveis de atenção.

28 (RNE0P1) - Garantir a saúde como um direito constitucional, assegurado por um sistema público, gratuito e universal, baseado em um modelo de atenção resolutivo e de qualidade, com uma gestão unificada, regionalizada e hierarquizada, seguindo os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde -SUS.

29 (RSE0P1) - Garantir que o princípio constitucional “que todo o poder emana do povo e em seu nome será exercido” seja respeitado, sendo inaceitável a perda de direitos de cidadania. Assim, exigimos o Referendum Popular Revogatório das medidas que atentaram contra os direitos do povo brasileiro, tais como: EC 86, EC 95, Contrarreforma Trabalhista e Terceirização e a entrega do Pré-sal.

30 (RSE0P5) - Defender a Constituição Cidadã de 1988, principalmente na manutenção do Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e no pluralismo político; no fortalecimento e preservação dos seus princípios, direitos fundamentais, sociais e individuais, e liberdades garantidas; na defesa dos objetivos fundamentais de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, de garantia do desenvolvimento nacional, de erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais, além da promoção do bem de todos. Nesse sentido, garantir a inviolabilidade do direito à vida; contemplando a saúde em seu sentido amplo, banindo a manipulação, inclusive intelectual e permitindo a integralidade e o empoderamento do povo.

31 (RSE0P2) - Garantir uma reforma tributária que tenha por objetivo a implantação da justiça fiscal, promovendo o crescimento e distribuição de renda, com as seguintes características: a) impostos progressivos em relação ao patrimônio e a renda; b) redução das alíquotas dos impostos sobre a produção (IPI) e sobre o consumo (ICMS); c) tributar a distribuição de lucros com Imposto de Renda; d) simplificação dos tributos para possibilitar uma maior fiscalização sobre a sonegação e evasão fiscal; e) fim da guerra fiscal e das desonerações em benefício ao capital; f) revogação da Lei Kandir que torna imune a tributação de produtos semielaborados exportados, incentivando a exportação de commodities em detrimento de manufaturas; g) criação do Imposto sobre Grandes Fortunas; h) elevação da tributação sobre o setor financeiro.

32 (RSE0P4) - Garantir a unidade contra a reforma da previdência, pela manutenção da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e da saúde como direito de todos e dever do estado, efetivando o conceito de proteção social.

33 (PBE3P4) - Promover Auditoria Cidadã da dívida pública e suspensão imediata do

pagamento dos juros.

34 (PBE0P2) - Tornar instrumento efetivo de cobrança judicial as propostas aprovadas nas Conferências Municipal, Estadual e Nacional, como forma de execução efetiva dos mesmos para que não fiquem só no papel.

35 (CEE0P5) - Garantir que as propostas aprovadas nas Conferências Nacionais, Estaduais, Distritais e Municipais de Saúde e das demais Conferências Temáticas, sejam utilizadas como diretrizes nos planos de saúde nas suas respectivas esferas de governo, com acompanhamento, fiscalização e cobrança da execução pelos Conselhos de Saúde.

36 (ALE0P2) - Tornar cláusulas pétreas da Constituição Federal Brasileira os artigos 196, 197, 198, 199 e 200, garantindo a efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde- SUS.

37 (ACE0P2) - Fazer cumprir o Art. 5º da Constituição Federal, e o Art. 461 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que estabelece igual valor salarial a todo trabalho de função idêntica.

38 (PAE0P4) - Requerer ao Congresso Nacional a tipificação da corrupção em crime hediondo aos gestores que fizeram mau uso do recurso da saúde pública.

39 (PEE0P3) - Garantir que a gestão da saúde da população indígena continue sendo gerenciada pela esfera federal, assegurando o cumprimento da política e respeitando a especificidade do povo indígena.

40 (RSE2P5) -. Combater o racismo estrutural e institucional, reconhecendo as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

41 (ESE0P5) - Fortalecer a política de cuidado integral e intersetorial às pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, pautada pela política de redução

de danos, garantindo o direito à saúde e à vida e respeitando a diversidade religiosa, os princípios dos direitos humanos e o caráter não asilar e não higienista das práticas e serviços de saúde.

42 (RSE1P5) - Assegurar o acesso (considerando as especificidades e realidades da região) às Universidades Públicas, com melhoria da qualidade e ampliação dos cursos de graduação na área da saúde na modalidade presencial, não permitindo que esta formação ocorra na modalidade Ensino à Distância (EAD), exceto para aperfeiçoamento da profissão, propondo conhecimentos de humanização e atendimento integral e holístico do sujeito, suscitando a regionalização de espaços de formação de caráter público, bem como buscando a articulação das ações das universidades com ações nos serviços, visando redução das lacunas entre práticas acadêmicas e assistenciais.

43 (GOE0P5) - Articular e fazer o advocacy junto ao MEC e Secretarias de Educação para que os conteúdos sobre saúde pública, promoção da saúde (alimentação saudável e segura, atividades físicas e práticas corporais, prevenção de violência e promoção da cultura de paz, promoção de práticas integrativas em saúde, desenvolvimento sustentável, prevenção do uso de álcool e outras drogas, prevenção dos acidentes de trânsito, saúde sexual e reprodutiva, dentre outros temas), primeiros socorros e funcionamento do SUS estejam presentes nas bases curriculares do ensino básico ao superior, enfatizando a promoção à saúde, para instrumentalizar o usuário na responsabilização por sua saúde e na reivindicação de seus direitos.

44 (BAE0P1) - Garantir a universalização dos serviços de saneamento básico e o acesso a água de qualidade para os municípios e comunidades, com financiamento adequado, de forma a proteger e recuperar as nascentes e promover qualidade de vida e condições de saúde.

45 (CEE0P3) - Garantir o acesso da população aos programas sociais por meio do fortalecimento das políticas públicas intersetoriais e da seguridade social, considerando o estabelecido na Constituição Federal de 1988, garantindo a efetivação das políticas públicas de saúde voltadas para todas os ciclos de vida.

46 (CEE0P1) Construir um Movimento Nacional de discussão ampliada e estratégias de enfrentamento sobre o desmonte da Seguridade Social e os impactos no sistema público de saúde, efetivando a consolidação dos princípios do SUS.

47 AME0P2 - Assegurar o fortalecimento dos Princípios e Diretrizes do SUS, bem como dos seus mecanismos de participação popular e financiamento correspondente às demandas de saúde, conforme disposto na Constituição Federal de 1988.

48 (AME0P4) - Incentivar ações que estabeleçam condições que assegurem os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Diretrizes Eixo I – Saúde como Direito

1 (ESE1D) - Garantindo do SUS Integral.

2 (RRE1D) - Garantindo a melhoria e a qualidade do acesso à saúde da comunidade em geral, trabalhando a promoção e prevenção, efetivando o direito à saúde disposto na Constituição Federal de 1988 e os princípios do SUS.

3 (PRE1D1) - Garantindo o cuidado integrado aos cidadãos, a partir do fortalecimento da atenção primária à saúde e do diagnóstico local regional, a fim de induzir o planejamento, a regionalização, a construção de redes de atenção, a definição dos serviços e produtos ofertados pelo sistema e a contratualização dos prestadores.

4 (PEE1D) - Garantindo a implementação do Decreto Presidencial 7508/2011, fortalecendo

o planejamento da saúde, a articulação interfederativa, a assistência à saúde com manutenção das políticas públicas.

5 (PAE1D) - Fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.

6 (DFE1D, RSE1D) - Defendendo o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro, pelo seu papel de proteção social a partir da compreensão da saúde como princípio da dignidade humana. Saúde é um bem-estar físico, psíquico, social, afetivo que significa que as pessoas e comunidades tenham mais do que ausência de doença, ou seja, que tenham também direito à habitação, ao trabalho, ao salário e aposentadoria dignos; ao ar, água e alimentos com boa qualidade; à educação crítica; à informação verdadeira; e ao meio ambiente saudável como condições necessárias para se garantir a saúde.

7 (PBE1D, PIE1D, RJE1D) - Garantindo a democracia e saúde como direito de cidadania, qualidade de saúde, liberdade de expressão, possibilitando ao cidadão (pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas e população em situação de rua) ter acesso aos seus direitos de organização e participação social, considerando que não existe democracia sem direitos sociais que lhe deem concretude, entre os quais o direito a saúde, reafirmando o princípio universal e o protagonismo do Sistema Único de Saúde, com a

participação do controle social e garantia de qualificação dos trabalhadores.

8 (ACE1D, SEE1D) - Garantindo a permanência e a execução das políticas públicas de saúde através da fiscalização dos instrumentos de gestão como estratégia de assegurar a saúde como direito.

9 (GOE1D, MAE1D) - Fortalecendo o Estado Democrático de Direito, fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e no pluralismo político.

10 (BAE1D) - Garantia a saúde como direito fundamental e princípio da dignidade humana.

11 (CEE1D) - Garantia à saúde como direito humano na política de seguridade social, com a afirmação do Sistema Único de Saúde – SUS universal, gratuito, integral e equânime, considerando os condicionantes e determinantes do processo saúde e doença.

12 (MTE1D) - Garantia ao Direito a Saúde por meio de políticas públicas (econômicas e sociais) e da efetivação dos princípios doutrinários do SUS.

Propostas Eixo I – Saúde Como Direito

1 (MSE1P3) - Revisar, implantar e implementar a política do SUS na atenção básica disponibilizando que as especialidades odontológicas possam ser habilitadas para fazer procedimentos de média e alta complexidade.

2 (ALE1P2) - Garantir a inclusão da Saúde Bucal na equipe mínima da Estratégia Saúde da Família e implementar a equipe multiprofissional com a inclusão de: Assistente Social,

Educador Físico, Psicólogo Psicopedagogo, consolidando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), bem como fortalecendo o Programa Mais Médicos.

3 (DFE1P5) - Implementar o atendimento de urgência odontológica em todas as regiões de saúde, garantir no mínimo um centro de especialidades odontológicas em cada região, bem como o serviço de prótese em toda a rede possibilitando aos usuários o acesso mais rápido à atenção especializada em odontologia e a reabilitação da saúde bucal, bem como a cobertura de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família, garantindo a acesso do usuário à atenção primária.

4 (MSE1P5) - Manter que a atenção primária a saúde continue territorializada, considerando as áreas, a partir de estudos de vulnerabilidades, sócios demográficos e epidemiológicos.

5 (BAE1P4) - Reafirmar e fortalecer o SUS enquanto direito constitucional de todas e todos, considerando-o como organismo vivo e patrimônio de todas as brasileiras e brasileiros, gerido única e exclusivamente pelas três esferas de governo, com mecanismos de controle social.

6 (MTE1P2) - Elaborar estratégias de mobilização e sensibilização da sociedade civil organizada através de suas entidades, para estimular e fortalecer o processo democrático de participação social do SUS, utilizando-se dos meios de comunicação (mídias sociais, outdoor, imprensa falada e televisionada entre outros) -

7 (MGE1P5/1) - Garantir incondicionalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) público, 100% estatal, universal, de qualidade e sob gestão direta do Estado, contra toda forma e fim das privatizações e terceirizações, reiterando o texto constitucional que define a saúde como direito da cidadã e do cidadão e dever do Estado. A saúde é um direito inalienável de todos, que deve ser assegurada com a garantia de acesso aos direitos de vida digna como direito à renda digna, trabalho, moradia, alimentação saudável, educação, esportes, lazer, transporte (incluindo a gratuidade de transporte e acessibilidade para doentes crônicas (os) conforme Lei Federal e garantia do exercício pleno de cidadania, por meio da participação e

controle social nas políticas públicas.

8 (APE1P4, RRE1P2) - Garantir e ampliar o Programa Mais Médicos expandindo a cobertura dos municípios 100% e priorizando os territórios com maior população e mais vulneráveis, assegurando um cuidado integral dos usuários do SUS.

9 (PBE1P2) - Fortalecer e ampliar o Programa Mais Médicos e as Residências de Medicina de Família e Comunidade para evitar a rotatividade dessa categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) -

10 (ROE1P1) - Garantir a permanência do Programa Mais Médicos em todos os municípios e macrorregiões, incluindo populações indígenas, quilombolas e classes minoritárias, seguindo o número mínimo de médicos preconizados pela Organização Mundial da Saúde, tanto quanto para as suas especialidades. E que a ociosidade dos médicos seja avaliada anualmente.

11 (RRE1P1) - Criar, normatizar e efetivar uma Política Nacional de Saúde do Imigrante, assegurando que o Ministério da Saúde aceite os dados estatísticos da migração para encaminhar recursos para a saúde.

12 (ESE1P1) - Criar programa de saúde do pescador e pescadora em consonância com os direitos da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Águas (PNSIPCFA), com acompanhamento de agentes comunitários de saúde.

13 (RRE0P4) - Garantir os princípios do SUS como forma de acesso democrático e universal em situações migratórias que não se efetivam sem a observação dos incrementos populacionais na garantia do financiamento das ações e serviços de saúde, desta forma, além do cálculo populacional e estimativa do IBGE o SUS deve utilizar de outros instrumentos públicos para a definição de seus valores de financiamento da Atenção Básica.

14 (PAE1P5) - Reafirmar, implantar e garantir o cumprimento das Políticas Públicas de Saúde direcionados a população do Campo Floresta e Água, LGBTI+, Indígenas, Quilombolas, Portadores de Doenças Raras e Coagulopatias Hereditárias, Homens e Mulheres, Povos Tradicionais de Matriz Africanas, Assentados, Extrativistas e Ribeirinhos, pessoas com deficiências.

15 (ESE1P3) - Garantir a Política Nacional de Saúde Integral LGBT em conformidade com a legislação vigente (Portarias GM/MS no 2.836/2011, no 1.820/2009 e no 2.803/2013) -

16 (RSE1P2) - Garantir a obrigatoriedade da estruturação de equipes de políticas de equidade (saúde da população negra, em situação de rua, povo indígenas, imigrantes, doenças raras, idosos, comunidades tradicionais, comunidades de surdos, pessoas vivendo com HIV/AIDS/IST/Hepatites/Sífilis e tuberculose, LGBTQI+ e pessoas com deficiência) no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação dos profissionais de saúde e em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS.

17 (RSE3P2) - Fortalecer, ampliar e obter aporte financeiro público próprio para políticas e ações voltadas à população LGBT. Nesse sentido, entre outros, capacitar os profissionais para atendimento da população LGBT, reformulando protocolos, formulários, sistemas de informação do Sistema Único de Saúde que atendam questões de identidade de gênero e orientação sexual para evitar barreiras de acesso aos serviços da população LGBT.

18 (SPE1P5) - Implementar e garantir a saúde integral para as populações vulneráveis, definidas como população em situação de rua, população privada de liberdade, população indígena, população de imigrantes, refugiados e apatriados, população negra, população cigana, população LGBTQIA+, população ribeirinha, pessoas com transtornos mentais, ambulantes, mulheres, pessoas em situação de prostituição, pessoas idosas, pessoas com

deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais, pessoas portadoras de doenças raras e crônicas, pessoas com HIV e outras vulnerabilidades sociais, através da implantação de estrutura física, de RH, insumos, pesquisa e gestão, com ações intersetoriais. Garantir a partir da Atenção Básica o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da mulher, fortalecendo o planejamento familiar, a prevenção e o tratamento de IST-Aids, garantindo os procedimentos médicos relacionados à função reprodutora e as suas interrupções e/ou contracepções, de forma que a mulher tenha autonomia sobre os procedimentos, garantindo a humanização do parto, com foco nas especificidades raciais, sociais, culturais e de orientação sexual.

18 (BAE0P2) - Inserir na rede pública de Saúde, de forma intersetorial, multiprofissional e integral, a atenção às pessoas em situações de violências, estupro, racismo, opressões, fobias, de pedofilia, “bullying”, violências, LGBTTfobia pessoa com deficiência, abandono e outras situações de vulnerabilidade social, que representem impactos nas condições de vida e saúde da população, bem como, a criação de abrigos de forma adequada para os diversos públicos vítimas desses agravos, com garantia de fluxo.

19 (ROE0D2, RNE1P3) - Implantar a rede oncológica no Brasil, garantindo o atendimento imediato para o tratamento dos casos suspeitos ou diagnosticados respeitando a sua prioridade no SUS, inclusive com incentivos financeiros para fortalecer as práticas de promoção e educação em saúde.

20 (ESE1P4) - Ampliar o acesso das pessoas com deficiência, ao serviço de órtese e prótese de forma satisfatória.

21 (ESE1P4) - Ampliar o acesso das pessoas com deficiência, ao serviço de órtese e prótese de forma satisfatória.

22 (MAE1P1) - Inserir na equipe de núcleo de apoio a saúde da família (NASF) profissionais

especialistas em libras e braile, em conformidade com a Portaria GM/MS no 2436/2017 e realizar a implementação de outros profissionais de acordo com o perfil epidemiológico do território.

23 (MAE1P4) - Garantir o acesso em todos os serviços de saúde e políticas públicas, em todos os âmbitos e abrangências para os portadores de Transtornos Espectro Autista (TEA) e pessoas com deficiência, garantindo oferta de recursos humanos especializados e multidisciplinares no Programa Saúde na Escola (PSE), para efetiva promoção de saúde, visando a aplicabilidade da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

24 (ROE1P5) - Implantar o disque saúde com informações sobre os serviços disponíveis em nível estadual e/ou macrorregiões. Serviços que promovam a acessibilidade da pessoa com deficiência agregando a central de libras em regime integral, utilizando vídeo chamadas, e em casos mais graves, o deslocamento do profissional tradutor e interprete de Libras. Garantir a aplicação da Lei no 13.146/2015, que dispõe sobre a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento as pessoas com deficiência, respeitando o Decreto Federal no 5.626/2005.

25 (RJE1P5) - Assegurar junto ao Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, o fornecimento regular dos medicamentos especializados, em todo o elenco de medicamentos propostos na grade de medicamentos, reduzindo tempo de cadastramento e fornecimento de medicamento aos usuários do SUS, além de garantir o repasse estadual de medicamentos e insumos em referência ao suprimento farmacêutico da PNAISP (Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde Prisional) -

26 (SPE1P3) - Garantir a equidade no atendimento do usuário SUS e em especial das populações vulneráveis (pessoas com doenças raras e negligenciadas, pessoas com

deficiência, população carcerária, indígenas, negras, cigana em situação de rua, idosos, pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), profissionais do sexo e população LGBTQI) e outras que sofrem em decorrência de violências sociais e institucionais, ampliando a acessibilidade com adequação dos serviços às pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, adequação de recursos humanos (intérprete de libras, táteis para braile) - Garantir a inserção dentro do sistema e-SUS em todas as esferas do governo. Abrangendo tipificações/especificações de cada deficiência, efetivar e ampliar programas de suporte à saúde para a pessoa idosa incluindo práticas integrativas para a garantia do envelhecimento saudável. Afinal, no Artigo 196 da Constituição diz que saúde é direito de todos e dever do Estado.

27 (SPE1P4) - Implementar a formação dos gestores e trabalhadores para garantir a acessibilidade linguística, libras, libras tátil, Tadoma e outros nos serviços de saúde, bem como ampliar o acesso aos Centros de Reabilitação para todas pessoas com deficiências e doenças raras, conforme a lei brasileira de inclusão (LBI no 13146/15) -

28 (DFE1P2) - Exigir que o Governo Federal e o Ministério da Saúde garantam o Direito Constitucional de participação das representatividades dos povos Indígenas e suas organizações na construção, implementação e melhorias da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), através do fortalecimento da SESAI, CASAI, DSEI, Polos Base, CONDISI, respeitando as deliberações estabelecidas durante as conferências de saúde indígena, se posicionando contra as ações de municipalização e estadualização da política de atenção à saúde indígena.

29 (CEE1P1) - Reabilitar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena conforme a Lei no 8.080/90 respeitando suas especificidades étnicas, cultural e territorial, mantendo seu

financiamento pela união com Revogação imediata da resolução no 32 (CIT), portaria 75.888 e portaria interministerial no 02/2017 e a expansão das equipes de saúde indígena com a formação de polos de saúde dentro das aldeias. (comunidades indígenas), garantindo a implementação da política de educação popular em saúde, as políticas de promoção da equidade e a política de saúde indígena nos entes federados, integrando-as com as políticas de saúde por meio das abordagens pedagógicas da educação popular nas escolas, serviços de saúde e espaços comunitários, promovendo a acessibilidade, a intersetorialidade, o diálogo entre o saber acadêmico e popular, a integração entre as políticas como espaços de formação para o fortalecimento da participação popular, do controle social e da cidadania, para melhoria dos mecanismos de gestão participativa envolvendo todos os integrantes dos serviços de saúde.

30 (GOE1P1/1) - Impedir a celebração de acordos realizados pelo Governo Federal ou apoios a projetos de lei, realizados sem consulta pública/plebiscitos, que contenham dispositivos Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights - TRIPS-Plus, (Ex.: MERCOSUL, União Europeia), que impactem no acesso a medicamentos no Brasil, de modo que o financiamento para produção seja garantido.

31 (GOE1P1/2) - Fiscalizar a distribuição e o acesso aos medicamentos de uso contínuo, de baixa, média e alta complexidade, para que seja 100% financiado pelo governo federal, garantindo a manutenção da farmácia popular, de forma complementar, segundo a política nacional de assistência farmacêutica do SUS, e que as prescrições realizadas pela/o enfermeira/o sejam executadas pelas farmácias populares e outros dispensadores de medicamentos, por meio de inclusão desses prescritores nos sistemas de informação da ANVISA e Ministério da Saúde, efetivando os protocolos de atendimento elaborados e validados pelos conselhos de classe que normatizam os atendimentos, prescrições de

medicamentos, solicitação de exames e institui tratamentos.

32 (PBE0P4) - Incluir no elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) o Canabidiol, destinado aos pacientes autistas, com doenças crônicas, depressão e ansiedade.

33 (PEE0P5) - Garantir a continuidade do Programa Farmácia Popular com repasse financeiro para a assistência farmacêutica baseado no número de municípios cadastrados no e-SUS e não no censo demográfico populacional do IBGE.

34 (BAE1P1) - Garantir o direito da população à assistência farmacêutica gratuita, com fornecimento e distribuição de medicamentos; acesso rápido a novos medicamentos à lista do RENAME, através de um programa municipal, estadual e federal; com investimentos fiscais ou fomentos, num plano nacional de desenvolvimento em pesquisa de medicamentos essenciais, tributação diferenciada, fortalecimento dos institutos nacionais (ex: Instituto Butantã, Fiocruz, indústrias farmacêuticas estaduais e federais, entre outros), com a garantia da manutenção da rede própria do Programa de Farmácia Popular assegurando a liberação dos medicamentos prescritos pelos enfermeiros, conforme previsto pelo Ministério da Saúde, em cumprimento a Lei no 7.498/86 e Decreto no 94.406/87.

35 (AME1P2) - Retomar o Programa Farmácia Popular para que a população tenha acesso aos medicamentos básicos, inclusive os fitoterápicos.

36 (ROE1P2) - Garantir o diagnóstico, tratamento clínico, multidisciplinar, com acompanhamento de exames de termografia e medicamentos para portadores de fibromialgia.

37 (GOE1P3, PAE1P3) - Revogar as autorizações do uso de agrotóxicos nocivos à saúde,

proibindo sua utilização na área urbana e rural construindo e implantando uma Política Municipal, Estadual e Nacional de Redução do seu uso, incentivando a produção de alimentos orgânicos pela agricultura familiar.

38 (SEE1P1) - Exigir a fiscalização dos órgãos competentes quanto ao uso abusivo de agrotóxicos e a venda somente com receituário agrônomo.

39 (PBE1P4, PRE1P2) - Implantar protocolo de atendimento específico para casos de contaminação por agrotóxicos criando mecanismos de conhecimento dos riscos do uso a população, proibindo, punindo e aumentando o incentivo a agricultura orgânica.

40 (ESE1P5) - Garantir e ampliar a inserção de equipes multiprofissionais e qualificar as equipes de Estratégia de Saúde da Família.

41 (PIE1P1) - Garantir que a saúde permaneça como o que preconiza o artigo 196 da Constituição Federal – Saúde como direito de todos e dever do Estado e desta forma, a política de seguridade social, composta pelo tripé: saúde, previdência e assistência como direito de todos.

42 (PIE1P2) - Assegurar e fortalecer todas as políticas do SUS, em especial a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), estendendo-a ao conjunto de práticas no processo de produção dos cuidados com a saúde e garantindo o acolhimento, conforto e respeito na atenção ao cidadão usuário.

43 (PIE1P3) - Garantir e fortalecer a Política de Educação Permanente e a Política Nacional de DST/AIDS e manter o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde – MS.

44 (RJE1P1, SCE1P4) - Garantir que todos os entes federados (união, estados e municípios) cumpram o disposto na Constituição Federal e Leis Complementares efetivando

o direito à saúde universal, integral e equânime. Reafirmar o princípio da universalidade do SUS garantindo o direito de todos, a todos os serviços oferecidos pelo SUS segundo a Lei no 8.080/90 e Lei no 8.142/90, de forma que o mercado privado de saúde não se sobreponha às necessidades e ao direito à saúde no sistema público, na baixa, média e alta complexidade.

45 (SCE1P5) - Criar, implementar e fortalecer políticas públicas para a valorização dos trabalhadores da saúde pública, por ente federativo, desenvolvendo um plano de carreira, com salário adequado e melhores vínculos institucionais, garantindo os direitos trabalhistas, assistenciais e previdenciário de acordo com a carga horária do profissional.

46 (RNE0P5) - Transformar o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) em uma política pública de saúde, com garantia de financiamento nas três esferas de governo.

47 (SPE1P2) - Fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada do SUS com a ampliação das RAS (Redes de Atenção à Saúde) em todas as linhas de cuidado. Em especial, a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), conforme a reforma psiquiátrica (Lei no 10.216/2001) para garantir e fortalecer as conquistas e avanços advindos da luta antimanicomial por meio da revogação da Nota Técnica (no 11/2019) intitulada “Nova Política de Saúde Mental”, e do Decreto no 9.761/2019 intitulada “Nova Política Nacional sobre drogas” e assegurar a Política de Redução de Danos, para que o cuidado seja efetivado em liberdade nos serviços de base comunitária e no território de forma a seguir a lógica da Atenção Psicossocial Antimanicomial com implantação de CAPS e suas variadas modalidades, serviços de residência terapêutica, trabalho e geração de renda, consultório na rua, ampliação de leitos psiquiátricos em hospital geral, ações de apoio matricial na Atenção Básica – NASF, entre outros, ampliando assim o acesso em todos os níveis de atenção à saúde. Para tanto, é preciso adequar e efetivar o financiamento nas três esferas

de governo.

48 (RSE1P4) - Implantar e implementar com abrangência regional, planos de enfrentamento ao HIV/Aids e a Coinfecção com a TB e comitês de mortalidade para serem trabalhados os pontos em comum, em resposta aos casos de HIV/AIDS que continuam com altos índices epidemiológicos de novas infecções e altos índices de mortalidade nas populações mais vulneráveis, para diminuição dos índices epidemiológicos.

49 (CEE1P3) - Revogar a Portaria Ministerial no 2.436/17 (PNAB 2017), revisando o atual modelo de atenção a partir da revitalização da atenção básica, considerando a atenção integral aos cidadãos(ãs) com acolhimento humanizado levando em consideração as vulnerabilidades e especificidades individuais e ou coletivas, através de ações de promoção, prevenção com a devida implementação do sistema de tecnologia da saúde e garantia que as atividades dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Combate as Endemias (ACE), sejam realizadas a luz da Lei Federal no 11.350/06, recentemente alterada pela lei federal 13.595/18, garantindo que as atividades realizadas por estes profissionais tenham como base a Lei Federal no 13.595/18.

50 (PIE1P4) - Garantir, fortalecer e ampliar a política de álcool e outras drogas de adição, priorizando o tratamento e o financiamento em dispositivos de meio aberto, espontâneo e comunitário (CAPS); E efetivar a política de aumento dos impostos sobre cigarros e produtos do tabaco, por consequência o aumento dos preços destes produtos, sendo uma medida efetiva para reduzir o consumo de tabaco pelos jovens e crianças, e combater a epidemia do tabagismo.

51 (PIE1P5) - Manter e fortalecer o Conselho Nacional de Segurança Alimentar - CONSEA, e conseqüentemente, a garantia do enfoque por uma alimentação saudável e ao combate aos alimentos ultra processados, como também, ao uso excessivo de agrotóxicos que está

causando a morte de milhões de abelhas e prejudicando a saúde da população brasileira.

52 (PAE1P2) - Garantir e tornar obrigatório que as três esferas de governo implantem em todas as UBS e nas demais redes assistenciais, equipes multidisciplinares voltadas à saúde do trabalhador, garantindo assim o acesso e assistência continuada, evitando o seu adoecimento e tratando os que já estão adoecidos.

53 (BAE1P5, PAE1P4) - Garantir a obrigatoriedade de que o cartão nacional do SUS tenha a validade em todo o território nacional e de forma integral, utilizando o mesmo número em todos os estados da federação, vinculando a numeração já no ato do registro da certidão de nascimento, sem a necessidade de atualização ou alteração de endereço.

54 (RSE1P3) - Investir na promoção e prevenção em saúde no que se refere aos condicionantes, como: acesso à alimentação adequada, de qualidade e orgânica, à atividade física, ao lazer e ao transporte público, com ampliação das ofertas de cuidado variado que superam a lógica médico centrada, como, por exemplo: NASF, Equipes de Apoio Matricial, SRT, CAPS, pontos de cultura e saúde, atenção farmacêutica, PSE, PICS; Utilizando o princípio da equidade, assegurando que as condições e fatores que expõem as pessoas a vulnerabilidades em saúde sejam reconhecidas e sanadas, garantindo o direito à saúde em cada território, e que suas especificidades sejam respeitadas, bem como, o acesso aos serviços da rede de saúde fora do território para todas as pessoas que tenham impedimentos devido a estigma, discriminação e preconceito.

55 (ALE1P4/1, CEE1P2, DFE1P1, MGE1P4, RJE1P2) - Garantir a efetivação da política de saúde mental, sem retrocessos e contra a política de internações de longa permanência, mantendo os princípios contidos na lei no 10.216, ('Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira), baseada na manutenção, ampliação e fortalecimento dos dispositivos territoriais substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – CAPS Tipo III, CAPS

Álcool e Drogas (CAPS AD) e CAPSI (infantil) , assim como os Centros de Convivência e Cultura, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, assegurando a desinstitucionalização e fechamento dos manicômios e ampliando as Equipes Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) com obrigatoriedade da participação de profissional de saúde mental.

56 (ACE1P1) - Fortalecer as ações de saúde mental com a implantação de novos CAPS considerando as especificidades da região amazônica.

57 (SEE0P3) - Revogar a Nota Técnica N° 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS a qual explicita mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas.

58 (PEE1P2, MGE1P5/2) - Garantir e manter a participação social nos Conselhos de Saúde, em todos os âmbitos, revogando o Decreto Federal no 9.759/2019 que extingue e estabelece limites para colegiados da administração pública.

59 (PEE1P3) - Fortalecer os Conselhos de Saúde e as instâncias de pactuação de políticas públicas de saúde como Comissões Intergestoras Regionais (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Centro de Informações Toxicológicas (CIT), bem como a descentralização de modo a garantir aos Estados e aos Municípios exercer a governança e gestão participativa.

60 (DFE1P3) - Fortalecer a infraestrutura dos conselhos de saúde para efetivar o controle social, de acordo com o Art. 44, da Lei no 141/2012, com técnico designado para essas atividades. Garantir a participação social nos conselhos de saúde, bem como a alternância das representações dentro dos conselhos, assim como a qualificação dos conselheiros.

61 (MAE1P5, PEE1P1) - Fortalecer o controle social nas três esferas de governo e exigir a revogação do Decreto Presidencial n° 9.759/2019, e a criação de mecanismos que

assegurem canais de comunicação (aplicativos) para ajudar a divulgação de atividades e deliberações além do próprio SUS, inclusive em canais de comunicação abertos.

62 (BAE1P2) - Fortalecer os Conselhos de Saúde, garantido maior suporte técnico, apoio institucional, acesso às informações, estrutura física adequada, materiais e programas de educação permanente para conselheiros e apoiar o Conselho Nacional de Saúde no sentido de implantar Conselhos Locais nos municípios.

63 (DFE1P4) - Promover a saúde por meio das academias da saúde, ações e orientação à população, fortalecendo a APS para que seja a ordenadora efetiva da rede de saúde.

Ampliar e manter as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) em todas as unidades de saúde, abrindo a participação de usuários e trabalhadores, além da criação de centro de referência de práticas integrativas de saúde e a inserção das PICS no Programa Saúde na Escola (PSE) -

64 (SEE1P2) - Priorizar e estruturar, nas três esferas do Governo, as PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) e o EDPOPSUS. (Curso de Educação Popular em Saúde) -

65 (PIE0P1) - Fortalecer e garantir do Governo Federal a continuidade das ações de práticas integrativas e complementares – PICS - com direito de todo cidadão brasileiro.

66 (AME1P1) - Fortalecer as práticas tradicionais, como, por exemplo, as parteiras tradicionais e indígenas para garantir uma maior assistência às gestantes nos partos de baixo risco nas áreas mais distantes dos Centros de Saúde, incluindo essas práticas na PNAB, inclusive com acesso à inserção de dados de procedimentos realizados por esses profissionais às gestantes no cartão do pré-natal.

67 (APE1P3) - Disponibilizar sistemas de informação mais compatível com o cenário tecnológico da Amazônia legal.

68 (APE1P5) - Garantir a implantação do serviço de emergência (SAMU) e o custeio nos municípios com menos de 50 mil habitantes.

69 (PBE1P3) Fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde e a Política de Educação Popular em Saúde nos três níveis de Atenção à Saúde, como estratégia de garantia de formação de todos os profissionais do SUS, assim como qualificar os trabalhadores para a participação popular e o controle social.

70 (ACE1P2) - Priorizar a atenção materno infantil com a implantação de novas maternidades considerando as especificidades da região amazônica.

71 (ROE1P4) - Garantir implantação do centro obstétrico e neonatal nas regionais de saúde para melhor acompanhamento das gestantes de alto risco.

72 (PEE1P5) - Alterar Portaria GM/MS no 1.459/2011 quanto ao critério populacional para implantação dos equipamentos da rede cegonha de referência microrregional, garantindo assim o parto de risco habitual mais próximo do seu território, respeitando as necessidades e parâmetros, de acordo com a necessidade epidemiológica.

73 (PIE0P3) - Garantir o direito ao aborto legal, assegurando a assistência integral e humanizada à mulher.

74 (AME1P4, GOE2P5) Alterar a Lei de Planejamento Familiar / saúde sexual e reprodutiva para consolidação da autonomia da mulher quanto à laqueadura, com orientação psicológica a respeito da perda irreversível favorável ao ato, sem precisar assinatura do companheiro. Adequar os critérios de acesso ao planejamento familiar e direitos sexuais.

75 (PIE0P4/2) - Garantir as cirurgias transexualizadoras: a) que seja considerada como prioridade os critérios para ser realizada em outros estados por meio dos recursos dos tratamentos fora do domicílio (TFD); e b) que seja deferido um plano de qualificação dos hospitais de alta complexidade, preferencialmente o hospital universitário para realizar

procedimentos cirúrgicos.

76 (PAE0P2) - Garantir a revisão da carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Usuárias, reforçando a divulgação para a comunidade por meio de veículos de comunicação e ações intersetoriais entre empresas, escolas, igrejas, sindicatos, associações de moradores, produtores, profissionais da saúde, movimentos sociais e outros.

77 (PIE0P4/1) - Garantir a atualização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) para doenças inflamatórias intestinais (DIIS) -

78 (ROE0D) - Estabelecer pactuação tripartite entre os gestores do Brasil e dos países fronteiriços nos atendimentos aos pacientes de fronteiras, garantindo um cadastro de entrada dos povos estrangeiros, assim como organizando os serviços de saúde, assistência social e de vigilância em saúde.

79 (PIE3D) - Reconhecer que as pessoas são expostas a fatores e condições que fragilizam e vulnerabilizam a sua saúde. Considerar que o SUS deve ter seu financiamento adequado.

80 (CEE1P5) - Garantir e fortalecer os programas e ações existentes relacionados ao acesso à água, ao acesso à terra, à assistência técnica, além de projetos intersetoriais para controle e prevenção de doenças e agravos, como o controle e fiscalização do uso indiscriminado de agrotóxicos, controle das arborvíroses, dentre outros. E extensão rural para a agricultura familiar e assentamentos da reforma agrária, com vista a favorecer a produção agroecológica de alimentos e garantir sua aquisição através de compras institucionais integrando, portanto, os setores de produção de alimentos, saúde e promoção de alimentação saudável.

81 (RJE1P3) - Promover a inclusão nos espaços dos Conselhos de Saúde e Comissões de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como

mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra, indígena, quilombola, LGBT e mais, população em situação de rua, pessoas com deficiência, necessidades especiais.

82 (MTE1P1) Fortalecer os Conselhos de Saúde através de ações como: estruturação física, recursos humanos, educação permanente dos conselheiros e população em geral para que estes sejam espaços participativos estratégicos nas reivindicações, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde, ampliando os conselhos gestores inclusive nas zonas rurais e propor a alteração da lei que versa sobre a presidência dos Conselhos de Saúde com a inclusão da eleição direta para o cargo.

83 (AME1P3) - Propor que tenha mudanças de critério por parte do Ministério da Saúde e Estados nas políticas de saúde, visando que os municípios com menos de 20.000 habitantes, possam ter direito aos programas de saúde conforme critérios epidemiológicos.

84 (AME1P5) - Propor a reformulação do Programa Saúde na Hora atendendo as especificidades e sazonalidades da Região Norte para habilitação.

85 (MTE1P4) - Assegurar a capacitação dos conselheiros de saúde e a fomentação da sociedade civil a participarem da elaboração dos instrumentos de Gestão (LOA, LDO, PPA, PES, PMS, RAG entre outros) a saúde como direito considerando o princípio da transparência e autonomia, através do portal da transparência. Garantir o respeito dos gestores pelas decisões e deliberações tomadas nos fóruns democráticos de planejamento e gestão em saúde, bem como a efetivação do processo de pactuação, revisão e monitoramento da PPI, nos espaços de CIR e CIB.

86 (MTE1P5) Garantir a Realização da Conferência de Saúde Mental nas três esferas de governo.

87 (MGE1P2/1) - Fortalecer os programas de saúde da trabalhadora e do trabalhador para garantir condições de trabalho adequadas no setor público, privado e filantrópico, evitando assim doenças ocupacionais e acidentes, assegurando a oferta de equipe técnica especializada em saúde da trabalhadora e do trabalhador para identificar agravos, ofertando educação permanente e suporte técnico periódicos a todos os municípios.

88 (MGE1P2/2) - Disponibilizar maior número de auditoras e auditores do Ministério do Trabalho para avaliação e emissão de Laudo de Insalubridade de profissionais da Saúde, segundo o que determina a Norma Regulamentadora no 15, não tem 15.4.1.1, a fim de estabelecer um percentual igualitário para todas as trabalhadoras e trabalhadores. Melhorar a valorização de profissionais (salarial, moral e condições de trabalho) garantindo condição de ambiência acolhedora nos serviços e qualificação profissional para o atendimento humanizado, o que vai gerar maior estímulo, conseqüentemente melhorar e aumentar a produtividade. Capacitar profissionais de saúde em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), para facilitar a comunicação com usuárias e usuários surdas (os) –

89 (MTE1P3) Implantar/implementar a Política Nacional de Ouvidoria do SUS no âmbito de participação e controle social vinculada aos órgãos colegiados, CNS, CES e CMS, que sejam autônomos e eleitos pelo pleno, implantando um sistema de avaliação das políticas públicas de saúde nas três esferas de governo em sistema de rede.

DIRETRIZES DO EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

1 (PEE2D, PRE2D2, ROE2D1, RRE2D, RSE2D, SCE2D2, MGE2P4/1, AME2D/, BAE2D, AME1D) - Consolidação do SUS como Política Pública inserida num projeto de Nação que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas, garantindo o cumprimento do Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece o caráter público e universal do direito à saúde a toda cidadã e a todo o cidadão, sem distinção, com os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS, garantindo a resolutividade da atenção à saúde, pautada por uma gestão regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com participação popular para o fortalecimento do SUS.

2 (ACE2D, ALE2D, ESE2P2, MAE2P1, PBE2D, SEE2D) - Consolidação dos princípios do SUS, mantendo-o de forma integral, equânime, universal e de gestão pública, garantidos na Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis no 8.080/1990 e no 8.142/1990, sem terceirização, de forma a concretizar e fortalecer o sistema, reduzindo suas fragilidades a partir de uma gestão estratégica e participativa, com ênfase na regionalização, na ampliação dos espaços de participação e controle social.

3 (ESE2D) - Fortalecimento e ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde.

4 (MAE2D1, PAE0D) - Reafirmação, impulsionamento e efetivação dos princípios e diretrizes do SUS - Universalidade, Integralidade e Equidade - para garantir a saúde como direito humano e como base nas políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, garantindo e incentivando a participação e o apoio para as políticas de saúde

aos povos da Amazônia.

5 (DFE2D, PAE2D, RNE1D, RNE2D, MTE2D, SPE1D) - Defesa do SUS público, universal, integral, equânime, descentralizado e regionalizado, hierarquizado e com comando único, valorizando a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e base da regionalização, qualificando o modelo de atenção integral à saúde, garantindo e ampliando o acesso às ações e serviços de saúde, às Redes de Atenção e à Política Nacional de Humanização, com classificação de risco e regulação adequada e transparente, assegurando qualidade e resolubilidade no tempo adequado, em conformidade com o perfil epidemiológico da região e as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto no 7.508/2011 e de forma a concretizar os princípios da equidade, universalidade, integralidade transparência e participação popular e controle social efetivo a fim de garantir o direito à saúde segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.

6 (GOE2P1, PIE2D0, CEE2P1) - Ampliação e otimização do acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade, com justiça social, respeitando as diversidades pessoais e coletivas, ambientais, sociais e sanitárias das regiões, com acessibilidade plena e respeito a diversidade de gênero, buscando reduzir as mortes e morbidades evitáveis, melhorando as condições de vida das pessoas e aprimorando a política de Atenção Primária, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, fortalecendo o processo de regionalização-descentralização, ampliando o acesso a atendimentos de especialidades de média e alta complexidade, em tempo oportuno, com investimento das três esferas de governo, respeitando os princípios do SUS, a Lei Federal no 10.216/2001,

que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS regionais e integrais, incluindo atenção psicossocial nos espaços comunitários e abertos, de forma humanizada.

7 (RJE2D) - Aprimoramento da relação federativa do SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde com revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidade dos municípios, estados e União, visando oferecer cuidado integral ao cidadão; fortalecer, garantir e defender as instâncias de controle social, fomentando a participação social em articulação com os movimentos sociais e suas pautas, garantindo a participação cidadã, o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, mantendo as conquistas constitucionais e ampliando a universalização, integralidade e equidade do SUS, construindo estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções das Conferências.

8 (ACE1P3, DFE3P2/1, MGE1P3) - Realização de concurso público para quadro permanente de trabalhadores para todas as políticas nacionais, incluindo a saúde indígena e das pessoas com deficiência (PCD), com todas as especialidades necessárias, sendo disponibilizadas ações de atenção básica e de média complexidade nas três esferas de governo, assegurando o fornecimento de equipamentos e materiais de consumo de qualidade e de forma permanente, para garantir condições de trabalho aos profissionais e atendimento digno à população.

Propostas Eixo II – Consolidação dos Princípios do SUS

1 (ACE0P4) - Manter o subsistema de saúde indígena de acordo com a Lei Federal no 9.836/1999 (Lei Arouca) -

2 (APE2P4) -Alterar o Artigo 16, da Portaria GM/MS no 3.388/2013, que habilita a

implantação de laboratórios credenciados para realizar os exames de detecção e rastreamento precoce de câncer de colo de útero (PCCU), considerando o fator amazônico.

3 (ACE2P4, PBE3P5) - Considerar as especificidades da Região Norte, aplicando a equidade entre as regiões, como critério para destinação dos recursos para à saúde e atualizar e revisar periodicamente a Programação Pactuada Integrada (PPI), observando a base populacional mais recente, o perfil situacional dos municípios e as referências estabelecidas, reprogramando-as quando necessário.

4 MTE2P2) - Fortalecer as regiões de saúde de modo a viabilizar a Programação Pactuada e Integrada (PPI), garantindo o acesso às ações e serviços de saúde aos usuários do SUS, por meio do processo de qualificação do SISREG e definição dos Planos de Investimentos Regionais que atendam os objetivos preconizados pela Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no 37, de 22 março de 2018.

5 (ALE0P1) Regular, de forma compatível com a saúde humana, o setor privado que atua na área da saúde, enfrentando temas relevantes como as coberturas contratadas, o reajuste de preços dos planos e seguros, os conteúdos essenciais dos contratos, os subsídios públicos, a proibição - com penalização - de práticas como a dupla porta, a relação dos entes federativos com os hospitais universitários e, a vedação da existência de planos de saúde para servidores e agentes públicos pagos com recursos públicos.

6 (ACE0P3) - Fortalecer a vigilância de saúde do trabalhador, com articulação entre as vigilâncias em saúde.

7 (PEE2P5) - Adequar o teto do número dos agentes de vigilância ambiental nos municípios, considerando todas as ações de vigilância ambiental (vetores, zoonoses, vigiagua etc.), com repasse financeiro, de acordo com o número de imóveis cadastrados no sistema de informação vigente.

8 (GOE1P1) Qualificar a gestão da informação nas três esferas do SUS, melhorando a

interface entre os sistemas de informações municipais, estaduais e federais, mantendo-os sempre atualizados para que possam ser utilizados de maneira articulada e que sejam compatíveis com a realidade de cada Estado/Município, prevendo corte financeiro e/ou desligamento do programa caso o município não informe os dados a cada trimestre, além disso, padronizar, mediante fluxograma, de modo claro e compreensível pela população, as informações dos atendimentos e serviços oferecidos pelo SUS como consultas, exames, medicamentos, procedimentos, cirurgias, tratamentos, locais e regionais e as formas de acessá-los, utilizando todas as mídias e redes sociais, especialmente as mais populares, informando também sobre os indicadores de saúde que orientam as tomadas de decisão, para que a cidadã e o cidadão entendam como preservar sua saúde e qualidade de vida e como acessar o Sistema Único de Saúde sempre que necessitar.

9 (MGE2P1) Fortalecer e aprimorar o Prontuário Eletrônico da Cidadã e do Cidadão nos municípios, com aporte de incentivo financeiro federal, e criar um documento pessoal unificado, que permita consolidação do cartão único de saúde (cartão único de saúde, identidade, CPF, carteira de motorista, etc.), vinculando também o número do cartão à certidão de nascimento e implantar um sistema digital que possa ser acessado em qualquer unidade de saúde do país, contendo todas as informações de saúde em tempo real do paciente, histórico de enfermidades e atendimentos, alergias, medicamentos de uso, dentre outras informações.

10 (ACE2P2, DFE2P4, MSE2P1, PRE2P1, RRE2P2) Implementar o e-SUS (Sistema de Informação da Atenção Básica), garantindo a implantação da rede de informatização, em toda a atenção básica, média e alta complexidade, e integrando os diversos pontos da rede de atenção (Atenção Básica, Atenção Hospitalar e SAMU), por meio do Cartão do SUS e do prontuário eletrônico do paciente, possibilitando o acesso aos dados do paciente nos

diferentes pontos de cuidados, bem como a interoperabilidade entre os diferentes sistemas para a gestão do cuidado, com garantia de treinamento e suporte a todos os envolvidos e tecnologia adequada, incluindo internet que dê suporte ao pleno funcionamento e integração dos sistemas informatizados do SUS (e-SUS, SISREG, SINAN, SISCAN, entre outros), inclusive com capacidade de transmissão de imagem.

11 (SCE1P2) Unificar os sistemas de informação, usando como base o cartão nacional, para que as informações fiquem contidas num único sistema, efetivando a contra referência por meio do acesso de um único banco de dados via cartão SUS valorizando a universalidade e integralidade do paciente.

12 (RRE2P4) - Criar regiões especiais de saúde em áreas fronteiriças, para minimizar os impactos da imigração sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) -

13 (ALE2P4, CEE2P1/3, BAE2P1/1) Estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, articulando outras políticas intersetoriais, como reforma urbana, segurança, transporte, acesso à terra e a água, e segurança alimentar e nutricional, considerando a determinação social da saúde e ações intersetoriais entre ONG, instituições religiosas, associações, lideranças comunitárias, incluindo a realização de processos de formação e articulação com as comunidades, pautadas na educação popular em saúde, como estratégia de mobilização de usuários, e inclusão de saberes e práticas locais nas ações de saúde, no diálogo entre universidades, serviços, movimentos sociais e populares.

14 (DFE2P4/, RRE2P1) - Garantir a utilização de ferramentas de monitoramento e avaliação, bem como a realização de diagnóstico situacional, para efetivar, implantar e implementar uma territorialização e regionalização dos serviços de saúde que leve em consideração não apenas o número populacional, mas principalmente o perfil

epidemiológico e vulnerabilidades de cada território, observando as especificidades da Região Amazônica.

15 (AME2P5) - Garantir a construção e o funcionamento de centros de transplantes em regiões de grande dispersão populacional, como a Região Amazônica, que tem demandas e necessidades atualmente resolvidas somente em outras regiões do país.

16 (SPE2P3) Consolidar a rede de cuidados em todo território nacional, com acolhimento qualificado, humanizado e singularizado, observado as especificidades de pessoas ou grupos, desde a concepção do indivíduo, com atendimento integralizado em todas as fases da vida, com equidade para todos independente de gênero, raça, cor, etnia, classe social, credo religioso, patologia, doenças raras e necessidades especiais.

17 (DFE0P1) - Estabelecer a rede de atenção integral às pessoas em situação de violência com a implantação da linha de cuidado, garantindo os prazos emergenciais de atendimento às vítimas de violência sexual, acesso aos medicamentos profiláticos e vacinas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis.

18 (ESE2P1) - Implantar e implementar serviços de referência para atendimento às pessoas com doenças raras, em consonância com a Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Portaria GM/MS no 199/2014), de modo a garantir tratamento integral, com equipe multidisciplinar, para os pacientes com fibrose cística, demais doenças raras e degenerativas, em nível municipal, estadual e nacional.

19 (GOE2P3) - Implantar políticas de saúde integradas com outras políticas públicas (educação, habitação, assistência social) de promoção da saúde mental desde a primeira infância, que envolvam os diversos níveis de atenção (planejamento familiar, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, dentre outros) com ações que

previnam violências, promovam saúde e a cultura de paz, práticas de cuidado e socialização compatíveis com o desenvolvimento infantil, que fortaleçam os vínculos parentais, conforme evidências e documentos da Organização Mundial de Saúde.

20 (PBE0P1, RNE2P1) - Viabilizar junto as três esferas de governo, a ampliação e qualificação da prestação de serviços através da implantação de centrais de regulação que atendam aos municípios e estados e contemple a média e a alta complexidade, urgência e emergência, para melhorar o acesso a cirurgias, consultas e exames, implantando e implementando a transparência do Sistema de Regulação (SISREG), com a modalidade SISREGWEB, visando a gestão da fila de espera, a otimização do monitoramento dos procedimentos, garantindo o acesso à informação aos servidores e usuários, de modo a acompanhar e avaliar a oferta de serviços e a classificação do usuário na lista de espera.

21 (ALE2P2, PBE2P5, SCE2P1) - Arquivar o Projeto de Lei 6.922 /2002 (PEC do Veneno), bem como as portarias que liberam o uso dos agrotóxicos na produção agrícola que são proibidos em outros países e causam consequências nocivas à saúde da população, do trabalhador rural e ao ambiente, criando mecanismos para controlar e fiscalizar ostensivamente seu uso, como o fortalecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e reativação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), além de desenvolver pesquisas obrigatórias acerca das suas consequências e reformular a lista de agrotóxicos proibidos nas atividades agrícolas, utilizando critérios mais rigorosos em busca de uma melhor qualidade de vida da população e de um meio ambiente protegido, estimulando a produção e comercialização de produtos provenientes da agricultura familiar e orgânicos e, proibindo a importação de produtos do exterior que usem os mesmos agrotóxicos.

22 (BAE3P2) - Revogar a Lei 13.429/2017 e a Lei 13.467/2017, que regulamentam a

terceirização no serviço público e dispõem sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros, além do Decreto 9.507/2018, que dispõe sobre a execução indireta, mediante contratação, de serviços da administração pública federal direta, autárquica e fundacional e das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União.

23 (ALE2P1, APE2P5, MAE2P4) - Garantir, comprometer, estruturar e responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS pela oferta de estrutura física, força de trabalho e financiamento adequado, fortalecendo os conselhos de saúde para que os mesmos possam exercer plenamente suas funções e suas atribuições previstas no controle social de fiscalização e monitoramento das ações da Administração Pública, respeitando assim, esse importante mecanismo de fortalecimento da cidadania integrando a sociedade ao Estado.

24 (DFE2P1, MSE3P3, BAE2P1/2) - Garantir o SUS público, 100% estatal e de qualidade, com comando único em cada esfera de gestão, valorizando os princípios do SUS e sua interlocução com outras políticas públicas em especial a da seguridade social, eliminando qualquer modelo privatizante de gestão, rejeitando a terceirização dos serviços de saúde, na busca de uma política substitutiva das Organizações Sociais (OS) na administração do SUS, garantindo como única forma de admissão do trabalhador o concurso público.

25 (GOE0P3) - Garantir aos usuários e às usuárias e aos órgãos de controle, por meio de recursos tecnológicos, a transparência nas filas de espera de atendimento em saúde, tempo real de atendimento, horário de funcionamento dos serviços e tipo de atendimento de cada unidade, inclusive para consultas, exames, cirurgias, outros procedimentos, zerando a fila de espera, pelo atendimento das demandas, em até seis meses, seja por meio de aplicativo específico e/ou uma rede de atendimento para retirar dúvidas – Tele Dúvidas. Garantir o acesso fácil e rápido da população à Ouvidoria SUS em todas as unidades, conduzida e executada por servidores efetivos e com resolutividade, encaminhando respostas aos

usuários em no máximo 5 dias.

26 (MAE2P2) - Divulgar a Cartilha dos Direitos do Usuário do SUS para que, em todas as unidades de saúde, os gestores, as gestoras, os trabalhadores, as trabalhadoras, os usuários e as usuárias incorporem seus princípios e objetivos, seguindo seus protocolos, mudando a cultura de todos que trabalham e utilizam o SUS.

27 (MAE2P3) - Defender que o SUS é essencialmente interfederativo e que requer gestão compartilhada na região de saúde, defendendo a adoção de Contrato Organizativo de Ação Pública (COAPS), previsto no Decreto Federal nº 7.508/2011, como o ajuste jurídico-sanitário das responsabilidades de cada um para com o sistema.

28 (MSE3P4) - Revisar a política de contratualização dos hospitais, buscando maior resolutividade, incrementando financiamento das três esferas, a fim de fortalecer a regionalização das redes de atenção à saúde. Revisar e atualizar a tabela de procedimentos SUS com base no custo real.

29 (PAE2P3) - Reafirmar o SUS como política pública e patrimônio do povo brasileiro, que exige respeito e não pode conviver com desvios na aplicação dos seus recursos, cujas ações devem refletir a realidade e atender à vulnerabilidade e diversidade social, cultural, étnica e de gênero, na busca de melhorar o acesso e o acolhimento em toda sua rede, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde, para garantia da qualidade de vida.

30 (PAE2P5) - Articular junto ao Ministério da Saúde (MS), para que altere os parâmetros da Portaria GM/MS no 1.631/2015, que aprova critérios e parâmetros para planejamento e programação de ações e serviços de saúde, ajustando-os à diversidade de condições territoriais, visando o acesso e o atendimento da população em municípios com menos de 100.000 habitantes a equipamentos e aparelhos de alta complexidade, em resposta aos

princípios da equidade e integralidade do SUS.

31 (RJE2P4, RJE2P4) - Promover a capacitação de Coordenadores de Programas de Saúde, da sociedade civil e movimentos sociais para o exercício de gestão participativa, controle social, financiamento, planejamento e monitoramento, garantindo e estimulando que todos os conselheiros e conselheiras (titulares e suplentes) sejam capacitados imediatamente após a posse e de forma permanente.

32 (ROE2P1, ROE2P4) - Garantir a todos os cidadãos e cidadãs, usuários do SUS, em todos os ciclos vitais, através de equipes multiprofissionais, agilidade dos serviços, a continuidade do atendimento, assegurando à população consultas de especialistas, medicamentos, garantindo seus direitos de acesso à rede de saúde de forma integral. Buscar a melhoria do acesso as pessoas com deficiência (como rampas, Libras, Braille, calçadas com vias baixa, entre outros) respeitando, sem qualquer preconceito e discriminação, conforme rege os princípios do SUS.

33 (CEE2P2) - Garantir e fortalecer a gestão do controle, regulação, avaliação e auditoria dos sistemas e serviços de saúde nas três esferas de governo, promovendo a consolidação e a defesa do SUS participativo com pluralidade, laicidade, autonomia e com qualidade, assegurando o acesso aos serviços de saúde com maior eficiência nos gastos com ações e serviços públicos de saúde, garantindo recursos para o princípio da universalidade em uma saúde pública integral, equânime e gratuita.

34 (CEE2P5) - Garantir e efetivar o processo de planejamento e gestão participativos do SUS nas três esferas de governo, na elaboração dos instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão), na inserção do orçamento público (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes

Orçamentária e Lei Orçamentária Anual) assegurando recursos financeiros, autonomia e funcionamento dos Conselhos de Saúde, garantindo o mandato de conselheiro de saúde por 2 anos, com direito à recondução e cumprimento de interstício por igual período do mandato, com efetivação da política de Educação Permanente em Saúde para o controle social e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde nas instâncias de Controle Social, movimentos sociais e lideranças comunitárias.

35 (AME0P3) - Formular e executar políticas públicas de saúde que promovam ações de redução de riscos de doenças e de outros agravos.

36 (APE2P1, APE1P2, DFE2P2, RNE2P5, RSE2P2, AME0P5) - Ampliar e fortalecer a Atenção Básica em Saúde (ABS) como porta de entrada e como ordenadora do sistema de saúde, considerando as características demográficas e sanitárias da região de saúde, implementando número maior de equipes, favorecendo o acesso universal e garantindo: a) assistência em tempo oportuno, com universalização do acesso nos respectivos territórios, equidade e integralidade; b) a promoção da saúde, com a integralidade da atenção, por meio da implantação e da ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das equipes de saúde bucal; c) a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com mecanismos de referência e contra referência, garantindo a infraestrutura necessária para tanto; d) a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) que interajam com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a demanda de cada região; e) aprimorar os mecanismos de transparência e participação social; garantir financiamento adequado à mudança do modelo de atenção que priorize a atenção básica e a valorização dos profissionais que atuam nesse âmbito.

37 (DFE2P3, MGE1P1/2, MGE1P1/3) - Garantir plenas condições para consolidação da Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede,

por meio de equipes ESF e de Saúde Bucal efetivamente constituídas, como preza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); adequada cobertura de Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) como estratégia para aumentar a resolutividade deste nível de atenção, além da retaguarda dos especialistas dos demais níveis de atenção para garantia da integralidade e longitudinalidade do cuidado, garantindo:

a) equipe completa por território respeitando o limite populacional para cada unidade, com garantia de financiamento, acrescentando mais uma (um) técnica (o) de enfermagem nas equipes de saúde da família e normatizar e financiar a inclusão de equipes de saúde bucal em todas as unidades onde já se encontra em funcionamento as ESF, visando assim ampliar o acesso a saúde bucal e rever e flexibilizar o horário de funcionamento das unidades para melhor atendimento da população e reduzir o número mínimo de equipes da ESF por NASF-AB, fortalecendo as ações da atenção básica com equipes multidisciplinares que possam dedicar mais tempo para cada território adscrito; e b) a requalificação da APS com projetos que visam à construção de unidades de apoio a menores, aumentando a equipe multidisciplinar, elaborando projetos voltados para a prevenção de doenças que acometem a população, revendo protocolos de encaminhamentos, viabilizando uma melhor qualidade de vida, divulgando as ações das ESF no sentido de informar a população o verdadeiro papel das ESF.

38 (ESE0P3) - Reavaliar e alterar a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no que diz respeito à carga horária dos profissionais de saúde para ESF que, atualmente, determina carga horária de 40h semanais para todos os profissionais de saúde, possibilitando a adesão de outros profissionais de saúde com carga horária de 20h e garantindo o quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, conforme a divisão da área por micro áreas, baseado no quantitativo de 700 pessoas por ACS.

39 (SCE2P3) Revisar a PNAB (Portaria no 2436/2017), no que diz respeito ao quantitativo

reduzido de ACS nas Equipes de ESF, visando o fortalecimento da categoria e das equipes de Saúde da Família, mantendo a territorialização e a vinculação do usuário à sua equipe de abrangência, ampliando o número de equipes e considerando todas as categorias profissionais pertinentes, cumprindo o quantitativo mínimo de 2000 a 3500 habitantes por equipe da ESF (Estratégia Saúde da Família), com a cobertura do ACS para 100% da população.

40 (APE0P2, PAE0P1, PBE2P3, PEE2P3, RNE1P5, CEE1P4, SEE0P2, CEE1P4/) -

Revogar a Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir a Equipe de Saúde da Família(ESF) como modelo organizativo, com população máxima adscrita de até 3.500 pessoas por equipe, bem como retomar a obrigatoriedade das equipes de saúde bucal para cada equipe de ESF e rever o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com o mínimo de 5 ACS por equipe, considerando também a necessidade da territorialização, como elemento fundamental para a estruturação das ações de saúde na sua integralidade, incluindo a vigilância em saúde e as condições para sua efetivação.

41 (GOE2P2, CEE2PI/1, MGE2P4/5) - Reestruturar, fortalecer, implementar e expandir as Redes de Atenção à Saúde, integrando-as para potencializar o cuidado multidisciplinar e intersetorial, de forma a garantir a implementação de linhas de cuidado, promovendo o cuidado integral nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, desde a atenção básica e nas regiões de saúde inclusive: a) garantir o acesso da população LGBTQI+, negros e negras, quilombolas, população ribeirinha, indígenas, ciganos, pessoas idosas e seus cuidadores, pessoas com deficiências, usuários de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua, pessoas em

situação de privação de liberdade, pessoas vivendo com HIV/AIDS; b) estruturar serviços de atenção integral a saúde da população rural na própria comunidade, como nos assentamentos e aglomerados rurais, quilombos, dentre outros; c) garantir transporte e equipamentos, quando necessário, e fortalecer o sistema de regulação de urgência, emergência, especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), descentralizando e aumentando a oferta dos serviços laboratoriais e de imagem; e, d) ampliar o acesso a banco de sangue e exames, mesmo nos finais de semana e feriados, em todas as regiões do Estado.

42 (PIE2P3, PAE2P1) - Universalizar a Política Nacional de Atenção Domiciliar (“Melhor em Casa”), incluindo a implementação das modalidades AD2 e AD3 em todos os municípios do país, independentemente do número de habitantes, efetivando a equidade e a integralidade.

43 (MSE3P5/1) - Garantir a efetivação da Lei no 10.742/2003, que define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), revisando e fiscalizando a lei, atualizando o elenco da farmácia básica e dos medicamentos de alto custo.

44 (SEE2P5, PRE2P4) - Revisar, atualizar e ampliar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), de acordo com a necessidade dos usuários, demandas municipais e a realidade dos municípios de pequeno porte, permitindo a flexibilidade na compra de medicamentos.

45 (MGE2P2, MGE2P4/8, BAE0P4) - Fortalecer a Política Nacional da Assistência Farmacêutica, garantindo abastecimento de medicamentos e insumos, envolvendo a compra, distribuição e dispensação de medicamentos, garantindo o fornecimento contínuo e em quantidade suficiente de medicamentos, revisando o elenco do componente

especializado da Assistência Farmacêutica com novas incorporações, inclusive os de alto custo ofertados pela RENAME, para estados e municípios em especial os medicamentos de uso psiquiátrico, com garantia de dispensação nos CAPS e Farmácias Básicas, bem como, para tratamento de doenças raras e crônicas (como exemplos hipertensão, diabetes e hepatites), com contínua revisão, incorporação, padronização, garantindo a periodicidade e desburocratização com redução do tempo em no máximo 10 dias para análise dos processos, de acordo com o perfil epidemiológico.

46 (CEE2P4) - Reativar e efetivar o Programa Farmácia Popular, Farmácia Viva e Fitoterápicos com ampliação de medicamentos, incluindo Cannabis medicinal (Tetrahydrocannabinol - THC e Canabidiol - CBD), insumos e ofertas de produtos nutricionais, garantindo o acesso e o controle dos medicamentos do Grupo 1 e 2 do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS no 2.981, de 26 de novembro de 2009) de acordo com o padrão epidemiológico de agravos e doenças da população.

47 (PIE2P2) - Garantir, fortalecer, dar continuidade e a devida importância ao Programa Brasil Sorridente, com a manutenção da coordenação do programa no Ministério da Saúde, a ampliação da assistência odontológica hospitalar e a garantia da presença do cirurgião-dentista nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sem discriminação no atendimento a nenhum usuário

48 (GOE2P1, AME2P2) - Apoiar a aprovação do Projeto de Lei no 8.131, do Senado Federal, que institui a política nacional de saúde bucal como política de Estado e ampliar os recursos para a saúde bucal (Programa Brasil Sorridente), garantindo a implementação dos consultórios nas unidades básicas de saúde, a instituição do programa de aquisição de unidade móvel médico/odontológica para atendimento à zona rural e outros locais sem unidade de saúde, bem como garantir o atendimento de urgência/emergência odontológica

49 horas para todos os municípios e expandir o recurso do programa Brasil Sorridente para a implantação de especialidades odontológicas na média e alta complexidade.

50 (SEE2P4) - Descentralizar e ampliar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) estaduais com o objetivo de aproximar os usuários ao seu território.

51 (PBE1P1) - Ampliar a Rede de Atenção em Oncologia, garantindo atendimento nos três níveis de Atenção com Recursos de Alta Complexidade, aprimorando o acolhimento para redução do tempo de espera e peregrinação do usuário, melhorando o atendimento.

52 (APE1P1) - Revogar a Portaria GM/MS no 158/2016, que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

53 (PAE2P2) - Ampliar e garantir o calendário básico de vacinação na rede SUS, com vacinas e insumos essenciais para população, levando em consideração as especificidades de cada região.

54 (PBE1P5) - Fortalecer a Rede de Atenção Integral às Pessoas com Deficiência, assegurando a disponibilização de equipamentos (órtese, próteses e meios auxiliares) necessários para garantir a acessibilidade para estes usuários aos espaços sociais.

55 (ROE0D3) - Utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) no SUS, inclusive na saúde suplementar, e inseri-la no e-SUS, como ferramenta pedagógica, clínica, estatística e de planejamento que assegura a efetivação de um modelo de atenção e saúde integral, centrada no indivíduo e não na doença.

56 (ROE2P5, RJE2P2, ROE2P2) - Implantar, fortalecer e estruturar os programas de assistência e saúde do trabalhador, inclusive implementando uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora da área de saúde, incluindo a prevenção, a profilaxia e a assistência em saúde mental.

57 (RJE2P3) - Ampliar o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos através de

campanha de cirurgias eletivas financiada pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) independente da média de produção dos anos anteriores.

58 (RNE2P3, RRE1P5) - Garantir a expansão da Rede de Urgência e Emergência em todo o país, ampliando os Hospitais Regionais, as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento e as Unidades de SAMU, incluindo a renovação da frota a cada 03 (três) anos, com financiamento tripartite (municípios, estados e União), e revogar a Nota Técnica no 338/2016, da Coordenação Geral de Urgência e Emergência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

59 (PBE2P1) - Defender os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres sobre sua saúde e sua vida, visando: a) redução das violências sexual, obstétrica e doméstica; b) diminuição da mortalidade materna; c) garantir o planejamento reprodutivo e, d) atendimento humanizado em situação de abortamento.

59 (RRE2P3) - Fortalecer o programa da Rede Cegonha para atender adequadamente o pré-natal.

60 (GOE2P4, MTE2P5) - Garantir que a implementação da política nacional de saúde mental seja efetivada em todos os níveis, estruturando espaços especializados para atender pessoas com doenças do neurodesenvolvimento, incluindo a avaliação neuropsicológica nos procedimentos financiados pelo SUS, obedecendo às definições da Lei Federal no 10.216/2001, que institui a Política Nacional de Saúde Mental, bem como seus critérios para internações compulsória e involuntárias de dependentes químicos, preservando assim a autonomia do indivíduo, implantando/implementando Serviço Especializado de Atenção em Saúde Mental nas regiões de saúde, com ampliação dos

investimentos em políticas voltadas para a promoção de saúde mental e para o tratamento da dependência química e outros transtornos mentais, incentivando a capacitação dos profissionais para lidar com saúde mental mantendo equipes qualificadas para atendimento na rede, ampliando o número de leitos de psiquiatria nos hospitais gerais e serviços de urgência e emergência, viabilizando os consultórios de rua, ainda que por meio de consórcios intermunicipais.

61 (PBE2P2, PEE2P1, PEE2P4, MGE2P4/7) - Revogar a Nota Técnica do Ministério da Saúde no 11/2019, as Portarias GM/MS no 3.588/2017 e no 3.659/2018 e arquivar o PL no 37/2019, fortalecendo a política de atenção integral à saúde mental dos brasileiros e brasileiras, assegurando acesso e continuidade no atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial, na iniciativa de redução de danos e outros serviços na lógica antimanicomial, não financiando as comunidades terapêuticas e outros serviços que se opõem à lógica da política vigente.

62 (PBE2P2, PEE2P1, PEE2P4, PIE2P1, PIE2P4) - Garantir e fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde Mental, respeitando as conquistas da Reforma Psiquiátrica e efetivando as propostas das Conferências de Saúde Anteriores, inclusive a redução de danos por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ações intersetoriais que visem à reinserção social.

63 (DFE2P2, GOE2P4, PBE2P2, PEE2P1, PEE2P4, PIE2P1, PIE2P4, MGE2P4/6) - Fortalecer e capilarizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a implantação e financiamento dos desenhos das RAPS regionais, qualificação profissional e ampliação da sua atuação conjunta com os pontos da Atenção Básica e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando: a) a conclusão de obras e ampliação do número de unidades de CAPS, CAPS AD III, ADI e CER IV; b) a ampliação do número de centros de convivência, GERARTE, Consultórios de Rua e CAPS III nas capitais e interior dos Estados, de acordo

com a demanda e necessidade de atendimento regionalizado; c) a garantia de equipes multiprofissionais, estrutura física e equipamentos adequados para atender todas as regiões, com atendimento 24 h; d) a inclusão no protocolo de implantação dos CAPS, de veículo e motorista à disposição da unidade; e) ampliação dos serviços: de atenção à saúde mental infanto-juvenil (CAPSi, CAPSAD, CAPS I, CAPS II, CAPS III 24h e leitos integrais em hospitais gerais; f) Unidades de acolhimento transitório e infanto-juvenil; g) a supressão da obrigatoriedade de equipes de psiquiatria para os serviços de saúde mental.

64 (ALE1P5) - Garantir na Rede Atenção Psicossocial a implantação de um programa de reabilitação com oficinas estruturadas na perspectiva do direito formal e informal (Economia Solidária e emprego apoiado), englobando a capacitação, produção, divulgação e comercialização.

65 (RJE2P5/, RSE2P1/, SEE2P2/) - Assegurar o cuidado em liberdade para os usuários dos dispositivos de saúde mental, direcionando 100% dos recursos do SUS da saúde mental para rede de atenção psicossocial, garantindo a política de redução de danos como orientadora do tratamento em saúde mental, sem nenhum retrocesso aos princípios da Lei Federal no.10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), e assegurando atenção qualificada aos usuários na Estratégia Saúde da Família (ESF), qualificando a comunicação entre as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ampliação do matriciamento sistemático e o trabalho em rede.

66 (DFE2P5/, RJE2P5/, RSE2P1/, SEE2P2/) - Garantir a implementação da reforma antimanicomial com o cuidado em liberdade para todos os usuários, através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, oficina de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na

rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território), da implementação da política nos diferentes pontos da Atenção Básica e a execução da Política Nacional referente à saúde mental no sistema prisional. Reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas.

67 (DFE2P5/, MSE2P2, RNE0P3, SEE0P5, AME2P1) - Ampliar a implantação de serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, revendo os parâmetros populacionais para a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em municípios com menor número de habitantes e os territórios dos povos indígenas, considerando as necessidades de cada um e a partir da demanda fundamentada em estudos epidemiológicos e sócio demográficos.

68 (ALE2P3, ESE2P4, PAE1P1, PRE2P3, RJE2P1, RNE1P4, RRE0P3, RSE2P3, BAE2P5, MGE2P3, MGE3P2, CEEIP4/1) - Garantir um Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS para os servidores das três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple: a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia; b) jornada máxima de 30 horas semanais; c) dedicação exclusiva; d) política de valorização dos servidores e reajustes salariais dignos; e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira; f) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade; g) isonomia de vencimentos aos servidores de todos os níveis de complexidade e esferas de governo; h) abolir todas as formas de precarização e terceirização dos serviços públicos pelo setor privado; i) incluindo Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemia.

69 (GOE1P4/, SPE2P2/2) - Implantar Carreira de Estado para a Saúde no Brasil para qualificação do SUS, com provimento de 100% dos cargos da saúde por Concurso Público, garantindo continuidade da prestação do serviço e de projetos de longo prazo, sem interrupções pela desprecarização do vínculo e estabilidade do servidor, substituindo os cargos comissionados, credenciados e contratos, valorizando os profissionais da saúde, com gestão do trabalho obedecendo a todas as normas da saúde do trabalhador, combate a todas as formas de assédio moral e sexual no ambiente de trabalho, com lotação regionalizada, com investimento em Educação Permanente para profissionais, contemplando atendimento humanizado ao público, Libras, Braille e outras comunicações inclusivas, garantindo carga horária de 30h semanais.

70 (SPE2P2/1) - Implantar política de Estado que garanta aos trabalhadores e trabalhadoras do SUS, em todos os níveis, a prevenção de acidentes, com uma rede efetiva de informações e comunicação dos serviços desenvolvidos pelo SUS e, também, fortaleça a vigilância em saúde, com autonomia de movimentação dos recursos.

71 (GOE1P4/, MSE1P4) - Criar mecanismo para modernizar a gestão de saúde pública com a retirada do gasto com pessoal em saúde do índice da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) e a revisão dos dispositivos da Lei Federal no 8.666/1993, colocando fim na privatização, terceirização dos serviços de saúde e credenciamento de profissionais, garantindo a realização de concursos públicos e, a partir disso, possibilitar a formação e capacitação específica para gestores do SUS, além de regulamentar a qualificação técnica para os gestores do SUS, garantindo que o cargo de gestor seja preenchido apenas por eleição direta e que só possam concorrer ao cargo de gestor de unidade os profissionais com graduação na área da saúde, de carreira pública em pleito conduzido pela comunidade local da unidade (usuários, trabalhadores e gestores),

acabando com as indicações políticas.

72 (SC0P5) - Criar um Plano de Carreira, Cargos e Salários a nível nacional dos trabalhadores da atenção básica.

73 (PRE2P5) - Criar legislação que estabeleça que a contratação de profissionais para a execução de programas financiados pelos Governos Federal e Estadual não impacte o limite legal da folha de pagamento dos municípios.

74 (MTE2P1) - Garantir que a União apoie o Estado a assumir e financiar o papel de Coordenador do Espaço Regional em conjunto com os municípios, proporcionando meios para a construção de uma governança democrática, através de fortalecimento dos escritórios regionais, assegurando o princípio da descentralização.

75 (DFE2P2/, DFE3P2/1, ESE0P2, SEE1P3, BAE1P3) - Fortalecer políticas de valorização dos trabalhadores e trabalhadoras contemplando os vínculos empregatícios efetivos em todos os âmbitos da atenção e nas três esferas de governo, a atualização salarial, a realização de concursos públicos, a implementação de planos de cargos e salários e a progressão por títulos e méritos, a garantia de aposentadoria especial automática para trabalhadores de atividades insalubres e periculosidade, o fornecimento de equipamentos e materiais de consumo de qualidade e de forma permanente, a garantia das condições de trabalho aos profissionais e atendimento digno à população, combatendo, assim, a precarização do serviço e preservando os direitos sociais conquistados pelos trabalhadores e reduzindo a rotatividade dos profissionais, efetivando o Art. 37 da Constituição Federal.

76 (CEE1P4/3) - Garantir aposentadoria integral aos vinte e cinco anos de trabalho, sem idade mínima, para os profissionais e trabalhadores da saúde.

77 (ACE2P1, APE2P2, GOE1P5, MSE2P5, PAE0P1, RNE2P4) - Garantir, investir e

monitorar a execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para profissionais do SUS e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (PNECS) para conselheiros de saúde e comunidade local, com disponibilidade de recursos materiais e humanos e a ampla divulgação das atividades, incluindo um Programa Nacional de Capacitação de profissionais de saúde no SUS para: a) desenvolver capacidade de comunicação adequada com pessoas com deficiência (libras, braille, etc.) e materiais informativos em braille; b) qualificação das equipes multiprofissionais para o atendimento de populações rurais, tradicionais, indígenas e ribeirinhos e na rede de agricultura familiar; c) garantir a resolutividade do planejamento e das ações de saúde; d) fomentar e consolidar os princípios do SUS; e) ampliar a humanização e o acolhimento durante os atendimentos em saúde; f) respeitar e garantir a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e os intérpretes de língua nativa na rede de saúde;

78 (MTE2P3) - Fortalecer o Programa de Educação Permanente no SUS, consoante a Portaria MS no 3.194/2018. (PROEPE-SUS) e Comissão de Integração de Ensino em Serviços, (CIES) de acordo com a Portaria MS no 1996/2007, que dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

79 (PEE0P1, SCE1P3, BAE2P3) - Instituir programas de incentivo junto às três esferas de governo para interiorização dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de médicos clínicos e de médicos especialistas, desde as Universidades, com ampliação de vagas para residências profissionais em saúde, garantindo acesso sob demanda para profissionais de saúde formados e estímulos à qualificação dos profissionais da Atenção Básica, visando fortalecer o vínculo dessas equipes com a comunidade.

80 (ROE2P3) - Garantir que todos os profissionais da saúde que tiveram sua formação acadêmica financiada ou oferecida gratuitamente pelo Governo Federal Programa

Universidade para todos (PROUNI) e Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), estadual ou Municipal atuem no mínimo 01 ano no Estado de formação.

81 (ROE1P3, SCE0P2) - Garantir por meio de lei federal que os formados em medicina de universidades públicas ou com financiamento público a prestação serviço remunerado público em unidades públicas de saúde e na atenção primária a saúde por um período mínimo 1 (um) ou 2 (dois) anos como pré-requisito para realizar curso de especialidade em residência médica, atendendo assim as necessidades dos municípios de menor porte e vulnerabilidade.

82 (SCE0PI, SEE1P5) - Proibir cursos de graduação na área da saúde na modalidade de ensino à distância.

83 (APE2P3, RRE2P5) - Incluir conteúdos de políticas de saúde e conceitos e princípios do SUS no ensino fundamental e médio.

84 (ACE2P3) - Inserir a categoria de gestor em saúde coletiva nas equipes dos programas e políticas dos SUS, incluindo o cargo nas leis de planos, cargos, carreiras e remuneração dos órgãos de saúde na União, Distrito Federal, estados e municípios.

85 (ESE2P3/, GOE1P2, ROE0D5, SEE2P1, BAE2P4/1) Fortalecer e garantir a implantação e custeio da Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos serviços públicos de saúde, assegurando que estejam no Plano Plurianual (PPA), nos Planos Nacional e Estadual de saúde, fortalecendo seu uso no território, com repasses de recursos para implementação e execução da Política, melhorando o atendimento e a assistência à saúde da comunidade: a) estimulando o desenvolvimento e a garantia de qualificação de profissionais da saúde nas práticas de fitoterapia, acupuntura, meditação, reiki, dança circular, yoga e outros; b) estruturação de locais apropriados, nos serviços de saúde e em outros dispositivos comunitários como escolas e associações; c) formação

multiprofissional e programas específicos, a fim de propiciar tratamentos complementares aos usuários com menores custos; d) contemplando a oferta e a aplicação das farmácias vivas, equoterapia, osteopatia, PediaSuit, dentre outras; e) assegurar o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde dos povos e comunidades tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde; f) ampliar a oferta de serviços e expandir o elenco de práticas nas unidades básicas de saúde; e g) incluir as PICS na agenda de comunicação e divulgação.

86 (ESE2P3, BAE2P4/2) - Implementar e fortalecer os serviços da Política de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (PICS) nos serviços da RAPS da Política Nacional de Saúde Mental, como forma de promover o cuidado centrado no sujeito, na busca de melhoria, de qualidade de vida, e de sua autonomia, modificando assim a cultura de cuidado baseada na lógica medicalizante e segregatória.

87 (AME2P3) - Fortalecimento da Política de Medicamentos Fitoterápicos no SUS, aproveitando os saberes tradicionais por meio da ampliação dos laboratórios oficiais, centros de pesquisa para o desenvolvimento científico, tecnológico, inovações e produção pública de medicamentos e insumos de interesse do SUS.

88 (ALE2P5) - Fomentar o investimento, as condições de acessibilidade, e o atendimento humanizado às pessoas idosas e pessoas com deficiência, garantindo a construção de uma política mais eficaz voltada para este público, incluindo a segurança alimentar e nutricional.

89 (SEE1P4) - Ampliar campos de pesquisas voltados para problemas de saúde da população negra, em parceria com Universidades e Institutos.

90 (MGE2P5) - Promover gestão junto ao Congresso Nacional, para aprovação do Projeto de Lei no 275/15, que garante o diagnóstico para o Câncer em 30 (trinta) dias e garantir o cumprimento da lei para início de tratamento oncológico pelo Sistema Único de Saúde

(SUS) até no máximo 60 (sessenta) dias a partir do diagnóstico.

91 (ESE2P5) - Implementar programas de saúde do pescador (a) artesanal que contemple o fornecimento de repelentes e protetor solar aos pescadores (com controle por meio de Registro Geral da Pesca), considerando que os catadores marisqueiros e pescadores ficam expostos à locais com muitos insetos, bem como exposição ao sol, apresentando em fator disto, um alto número de câncer de pele e outras doenças dermatológicas.

92 (ALE0P4, MSE1P1) - Garantir a não à municipalização da saúde indígena e fortalecer o subsistema de saúde indígena, através da unificação dos sistemas de informação intermunicipal entre Municípios, Estados e União, garantindo assim, que a população indígena tenha acesso ao subsistema e inserção ao Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e/ou qualquer unidade de saúde.

93 (MSE2P4) - Implantar, estruturar e consolidar o Centro Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), de forma integrada, entre o Ministério da Saúde e os demais Ministérios, rompendo com isso a fragmentação de objetivos e ações na saúde do trabalhador dos Municípios.

94 (PBE2P4, CEE2P1/2) - Garantir o acesso e atendimento qualificado aos serviços de saúde para a população LGBTQI+ com qualificação dos profissionais dos três entes federados, conforme os princípios do SUS.

95 (PRE2P2) - Criar campanhas nacionais que incentivem a população em situação de rua a cuidar de sua saúde integral.

96 (SCE2P5) - Ampliar a cobertura do serviço com aumento do número de profissionais e inclusão de outras categorias como Terapeuta Ocupacional e as atividades de Naturólogo, Arteterapeuta, Equoterapeuta, Musicoterapeutas, no rol de profissões reconhecidas.

97 (MAE2P5, SCE0P4) - Manter e fortalecer o Programa de Residência Médica/Programa

Mais Médicos em parceria com as universidades para benefício da comunidade e defesa da qualidade da formação dos profissionais em atuação, ampliando a cobertura territorial e consequente aumento qualitativo da atenção e do quantitativo da população atendida.

98 (RNE0P4, SCE2P4, BAE2P2) - Assegurar a continuidade do Programa Mais Médicos e consolidá-lo nas diversas regiões de saúde dos estados brasileiros, com a ampliação do número de vagas para os municípios de pequeno porte, garantindo infraestrutura, recursos humanos e financiamento, conforme a necessidade, os indicadores e o Produto Interno Bruto (PIB) do município e levando em conta não somente a análise per capita, como também a análise de vulnerabilidade e oferta do profissional médico.

99 (MAE1P2, MTE2P4) - Ampliar a quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes da atenção básica e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos municípios de acordo com a demanda populacional, com a garantia de recursos materiais e trabalhadores, levando em consideração a formação continuada e permanente desses profissionais de saúde, e a ampliação do quadro de trabalhadores por meio de concurso público para reduzir a rotatividade.

100 (MSE1P2) - Propor reformulação da Lei Federal no 13.595/2018, que define as atribuições profissionais dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias e institui 40 horas de trabalho semanal, propondo a garantia do direito de insalubridade e regulamentação da carga horária em 30 horas semanais para todos os profissionais de saúde.

101 (MSE2P3) - Revisar o parâmetro populacional da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) usado como referência para o número de profissionais a serem concursados para compor o NASF-AB, beneficiando os pequenos municípios.

102 (PEE2P2, AME2P4, SPE2P1/2, MGE2P4/2, SPE0P3) - Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família como ordenadora do cuidado, visando cobertura de 100% do território, possibilitando a equiparação de equipes de saúde da família e saúde bucal, bem como uma equipe NASF para o máximo 4 equipes de saúde da família, garantindo assim equidade para as populações em situação de vulnerabilidade: negra, em situação de rua, LGBT, do campo, das águas e florestas, cigana, profissionais do sexo, com doenças raras, ribeirinha, de imigrantes, circenses, de refugiados, moradores e moradores de ocupações, refugiadas, em situação prisional, indígenas e quilombolas.

103 (PIE0P2, SPE2P1/1, MGE2P4/3, CEE1P4/2) - Garantir, fortalecer e ampliar a Atenção Básica, priorizando a Estratégia Saúde da Família, como base ordenadora das redes de atenção à saúde do município, com pactuação federativa regionalizada como estratégia de garantia do acesso e do cuidado e ainda: a) ampliar o financiamento para esse nível de atenção, garantindo a continuação do Programa Requalifica para reformas e ampliação das UBS; b) ampliar as Equipes de Saúde da Família (ESF) para garantir 100% de cobertura; c) atualizar e acompanhar o quantitativo populacional de residentes em comunidades tradicionais (assentamentos da reforma agrária, remanescentes de quilombos), conforme Portaria no 90/2008, para qualificação e o cálculo do teto de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Saúde Bucal (ESB); d) garantir a contratação por meio de concurso público de profissionais de medicina, enfermagem, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias e equipe de saúde bucal como mínimo para as equipes; e) incluir arte-terapeuta, terapeutas das PICS e pedagogos, de forma a ampliar a equipe da ESF, conforme necessidade territorial; absorver, por meio de concurso público os egressos de Residências em Saúde.

104 (SCE0P3) - Revisar os critérios de inserção de profissionais na Estratégia de Saúde da

Família (ESF), considerando: a) peculiaridades locais e de financiamento; b) redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais a todos os profissionais da equipe; c) estimular os gestores a implantar o horário estendido nas unidades de saúde (mínimo de 60 horas semanais); e d) aprovar piso salarial de acordo com a categoria profissional.

105 (SCE2P2) - Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com inclusão do profissional de psicologia na equipe mínima (no mínimo 20 horas), ampliando o cuidado da saúde mental da população, a fim de proporcionar a redução nos agravos em saúde.

106 (CEE2P3) - Efetivar as Redes de Atenção à Saúde (RAS): Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede Cegonha (RC), Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Saúde Bucal (RSB) e Rede da Pessoa com Deficiência (RPD); no processo de regionalização, efetivando e fortalecendo a Atenção Primária em Saúde – APS, como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado integral contínuo e longitudinal, instituindo sistema de regulação integrado com adequada referência e contra referência, garantindo a formação, provimento e fixação dos profissionais nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo na educação permanente as temáticas e os saberes de saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais.

DIRETRIZ EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS

1 (ALE3D,AME3D,BAE3D,ESE3D,MTE3D,PRE3D,RJE3D,ROE3D,RSE3D,SCE3D) -

Garantia do direito constitucional à Saúde por meio de financiamento adequado, transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do SUS, respeitando as diferenças regionais, o planejamento, o perfil epidemiológico, o demográfico e o socioeconômico e garantindo o direito à saúde, tendo em vista a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e a equidade dos serviços.

2 (ACE3D,CEE0P2,CEE3D,DFE3D,PRE3D,RNE3D,SEE3D) - Garantia do financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde (SUS): melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos; ampliando a parcela mínima do orçamento geral investido em saúde; inovando nas formas de arrecadação, a fim de superar o subfinanciamento atual, para a possibilidade de redução do papel do setor privado nas ações e serviços de saúde e fortalecimento da gestão pública, com comando único em cada esfera de governo.

3 (PB3D) - Garantia do financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde, de modo a ratificar a Seguridade Social como direito universal e indelével para os brasileiros e as brasileiras.

4 (PAE3D) - Enfrentamento do subfinanciamento / desfinanciamento do SUS considerando o Fator Amazônico com respeito as especificidades da Região.

5 (PEE3D) - Garantia de uma reforma tributária com adequada distribuição dos recursos

para Estados, DF e Municípios com vinculação constitucional do financiamento tripartite, em contraposição ao corte de investimentos em saúde (EC-95).

Propostas Eixo III – Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS

1 (ACE3P3, ACE3P4, ACE3P5, ALE3P1, ALE3P2, ALE3P4, AME3P1, AME3P3, APE3P1, APE3P3, APE3P5, BAE3P5/1, BAE3P1, BAE3P3, CEE3P1/1, DFE3P1, ESE3P1, GOE3P1, GOE3P3, MAE3D1, MAE3P2, MAE3P3, MAE3P4, MGE3P1, MGE2P2/1, MGE3P5, MTE3P3, MSE3P1, PAE3P5, PBE3P2, PBE0P5, PEE3P3, PEE0P4, PEE3P4, PIE3P1, PIE3P5, PRE3P3, RJE3P3/1, RNE3P4, RNE3P5, ROE3P1, RRE0P1, RRE0P2, RRE1P3, RRE3P3, RRE3P5, RRE3P4(B), RSE3P1(B), SCE3P1, SCE3P3, SEE3P5, SEE3P1, SEE0P1, SPE2D, SPE0P5, SPE3D, SPE1P1, SPE2P4, SPE3P2, SPE3P5) - Defender junto ao legislativo e executivo: a) A revogação da Emenda Constitucional n. 95 de 2016 que congelou os investimentos públicos em saúde por 20 anos – até 2036; b) A aplicação pela União de no mínimo 10% da sua receita corrente bruta em ações e serviços de saúde e elimine a Desvinculação de Receitas da União (DRU) que retira 30% do orçamento da seguridade social para o tesouro nacional; c) O estabelecimento da contribuição sobre grandes fortunas e da tributação sobre os lucros e dividendos distribuídos às pessoas físicas e jurídicas, com destinação para a seguridade social, e consequentemente para a saúde, bem como ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL para instituições financeiras dos atuais 9 para 18%; d) A criação da Lei de Responsabilidade Sanitária desvinculando a saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal; e) A vinculação da arrecadação do Seguro do Trânsito – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) aos fundos de saúde, assim como, vincular os recursos obrigatórios referentes à Lei Complementar 141/2012 aos fundos de saúde; f) A garantia de

outras formas de captação de recursos como: a extinção de renúncias fiscais e direcionar estes recursos para a saúde; g) A garantia do ressarcimento dos recursos dos atendimentos realizados nos usuários do SUS em trânsito e origem de outros estados/municípios.

2 (MTE3P2) - Mobilizar a bancada da saúde no Congresso Nacional para reconsiderar a discussão e aprovação do Projeto de Lei Complementar PLP no 1/2003 que dispõe sobre a aplicação mínima pela União dos 10% das Receitas Correntes Brutas em Saúde, assim como, Revogar a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos EC no 95 e a Desvinculação da Receita da União (DRU), dos recursos das Políticas da Seguridade Social.

3 (SCE3P4, RRE0P1) - Ampliar a alíquota da contribuição social sobre lucro líquido das instituições financeiras de 9% para 20%, contando com a articulação do Conselho Nacional de Saúde junto ao Congresso Nacional.

4 (MGE3P4,SPE2P5) - Lutar pela auditoria da dívida pública, pela revogação da Emenda Constitucional 95/2016 que congelou o orçamento da saúde por 20 (vinte) anos, e por uma reforma tributária que garanta a contribuição sobre grandes fortunas e grandes heranças, a tributação das remessas de lucros e dividendos com ampliação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para 18%, e a implementação de alíquotas progressivas de Imposto de Renda (IR), tributar as remessas de lucros e dividendos pelas empresas multinacionais com garantia de destinação para o orçamento da seguridade social, invertendo o modelo que hoje onera mais o consumo do que a renda, prejudicando principalmente a população mais pobre

5 (BAE0P5, BAE3P5/2) - Revisar a LC 141/2012 que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, garantindo que o aumento dos investimentos financeiros para

as políticas de saúde sejam proporcionais ao crescimento da demanda, não inferior a 10% da sua Receita Bruta Corrente ou o equivalente da Receita Líquida Corrente oriunda da arrecadação de impostos.

6 (CEE3P5) - Efetivar a Legislação em vigor cumprindo as diretrizes para bom funcionamento dos Conselhos de Saúde, criando orçamento específico para a manutenção das atividades dos Conselhos de Saúde garantindo a transparência dos recursos destinados aos conselhos de saúde, em todas as suas instâncias regionalizadas e hierarquizadas, conforme preconiza a lei no 141/2012, através da atualização das ferramentas (Portal da Transparência), possibilitando o acompanhamento dos recursos e seu bom funcionamento.

7 (PRE3P5) - Ampliar o financiamento solidário proveniente da União com os Estados e os Municípios para a manutenção de serviços extra-hospitalares na Rede de Urgência, com revisão periódica dos recursos, de modo a manter o percentual de 50% para a União e 25% para Estados e municípios.

8 (AME3P2) - Criar proposta de lei, para garantir percentual obrigatório de repasse intersetorial ao fundo municipal de saúde, referente às multas de trânsito e crimes ambientais aplicadas pelas três esferas.

9 (MSE3P1) - Revogar a Lei nº 13.586/17, oriunda da MP nº795/2017 que da isenção fiscal as petrolíferas, para que seja destinada o percentual de 5% a saúde.

10 (PEE3P3/1) - Apoiar a ADI 5658 em tramitação no Supremo Tribunal Federal (STF) com objetivo de vetar a Emenda Constitucional No 95.

11 (PEE3P2) - Garantir a destinação mínima de 15% da receita bruta para aplicação em saúde, bem como, a ampliação de novas receitas contemplando as áreas de investimento e custeio.

12 (SCE3P2) - Instituir o repasse mínimo, de dez por cento da receita corrente bruta, por parte do Governo Federal para aplicação em saúde e exigir o controle dos tribunais de contas quanto a aplicação dos percentuais: 12% do governo estadual e 15% dos municipais.

13 (MGE3P3) - Criar meio de penalizar o estado quando não aplicar na Saúde Pública o percentual garantido por lei (12%), conforme preconiza a Lei Complementar nº 141/12.

Inclusive, realizando bloqueio imediato do Fundo de Participação do Estado (FPE) -

14 (RJE3P4) - Extinguir o subsídio público e renúncia fiscal para os planos privados de saúde, aprimorando a cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar. Tributar as grandes fortunas com direcionamento de no mínimo 10% para o SUS, com prioridade de recursos para atenção básica e assistência social; Sendo as remessas de lucro e dividendos das empresas multinacionais destinados ao orçamento da seguridade social.

15 (AME3P5, CEE3P3/1, PIE3P2, SPE3D/1, SPE3P4) - Regulamentar e garantir a tributação das grandes fortunas e repasse de 5% das apostas de Loterias Federais, como forma de aumentar o financiamento do SUS, assim como, por meio de royalties do petróleo, dos recursos advindos dos leilões de bens e imóveis federais, estaduais sem uso e bens apreendidos pela justiça e destinação de imposto sobre produtos industrializados (IPI) -

16 (MTE3P4) - Aumentar os recursos federal e estadual taxando as grandes fortunas e propriedades, lucros e dividendos para a assistência à saúde que possibilitem a oferta de ações e serviços do Sistema Único Saúde - SUS que atendam as necessidades da população, garantindo a regularidade dos recursos financeiros para o processo de regionalização, apoio aos Consórcios intermunicipais de saúde, bem como aos Hospitais Regionais além de ampliar e adaptar espaços em unidades, adequando-os para

atendimentos específicos.

17 (RJE3P1, RNE3P4) - Mobilizar a sociedade propondo um plebiscito para revogação da Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), que altera o ato das disposições constitucionais transitórias, instituindo um novo regime fiscal, garantindo a vinculação da aplicação mínima de 10% da receita bruta da união em ações e serviços de saúde e revogar a desvinculação da Receita da União (DRU) que retira recursos da Saúde. Rejeitar a permanência da DRU, que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do referido orçamento.

18 (ALE3P4) - Promover a partir do orçamento de 2020 a extinção da Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do referido orçamento.

19 (GOE3P4) - Alterar o percentual de financiamento para o SUS sendo: 10% do PIB Nacional bruto, 15% do estado e 15% do município.

20 (APE3P5, CEE3P1/2, GOE3P4, ROE3P4, MAE3P1) - Trabalhar junto ao Congresso Nacional para desarquivar e aprovar o Projeto de Iniciativa Popular (PLP321/2013) que prevê aplicação de 10% da Receita Corrente Bruta da União.

21 (CEE3P1/3, RJE3P3/2) - Propor o aumento do percentual mínimo do município destinado à saúde de 15% para 20%, aumentando o investimento na atenção básica.

22 (DFE3P4) - Reduzir o gasto tributário da União com isenções fiscais a pessoas físicas, jurídicas e entidades filantrópicas e privadas, garantindo que esses recursos sejam investidos em serviços próprios do SUS, com implementação do Sistema Nacional de Auditoria nas três esferas de governo – Lei no 8689/93, garantindo a efetivação e execução dos recursos destinados ao SUS, definindo a carreira de auditoria do SUS, de caráter multiprofissional.

23 (GOE3P5) - Reduzir os benefícios, incentivos e isenções fiscais concedidos a grandes empresas para aumentar a arrecadação, destinando parte deste recurso à saúde.

24 (ALE0P3) - Defender a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar.

25 (PIE3P5) - Garantir o ressarcimento do valor que as empresas privadas devem ao SUS e a tributação das remessas de lucros e dividendos sobre os lucros de empresas internacionais que atualmente são isentas de pagar o valor destinado para a Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social) -

26 (CEE3P3) - Estabelecer e destinar para a seguridade social, 50% do seguro DPVAT e dos royalties do Pré-Sal, a taxaço sobre as grandes fortunas; aumento da alíquota dos imposto sobre heranças; instituir impostos sobre lucros e dividendos das instituições financeiras, assim como aumentar os impostos sobre todos os produtos reconhecidamente que causam danos a saúde (fumo, bebidas alcoólicas, etílica e bélica, agrotóxicos, refrigerantes e etc) -

27 (SEE3P5, SPE3P4) - Aumentar as alíquotas da tributação sobre bebidas açucaradas, álcool, tabaco, motocicletas, como meio de fortalecer fontes de financiamento exclusivas da seguridade social e do SUS em particular.

28 (GOE3P2, SPE3P3) - Realizar reforma tributária solidária que promova a progressividade da tributação direta, fazendo com que quem tem menos, pague menos, tributando as empresas multinacionais que estão isentas, as grandes fortunas, grandes heranças, embarcações e aeronaves, aumentando a tributação sobre produtos danosos a saúde, como bebidas alcoólicas, alimentos com alta concentração de açúcar e sódio, tabacaria,

agrotóxicos, conservantes, corantes e outros, que geram alto custo para o Sistema Único de Saúde, e alocar estes recursos nos serviços destinados à Prevenção, Promoção, Tratamento e reabilitação de doenças decorrentes do consumo e exposição a estes produtos pela população e pelo setor produtivo, revendo imediatamente a política de renúncia fiscal, convertendo os aumentos de arrecadação para investimento na seguridade social, além de dividir os Royalties do petróleo para todos os municípios do país, com porcentagens de 30% divididos igualmente entre saúde, educação e previdência social.

29 (PEE3P4) - Impedir que os recursos da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência) sejam utilizados para o pagamento da dívida pública

30 (MAE3P4,SPE3D) - Criar um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) -

31 (MSE3P2) - Implantar financiamento para os municípios de fronteira com incremento nos repasses para a saúde, sistematizando o atendimento a estrangeiros, com implementação de política de regularização imigratória.

32 (RRE3P1) - Estabelecer normativas financeiras temporárias aos municípios e capitais de fronteiras internacionais sempre que agravos/doenças colocarem em risco a saúde da população no território.

33 (RRE0P4,SPE3D) - Garantir os princípios do SUS como forma de acesso democrático e universal em situações migratórias que não se efetivam sem a observação dos incrementos populacionais na garantia do financiamento das ações e serviços de saúde, desta forma, além do cálculo populacional e estimativa do IBGE o SUS deve utilizar de outros instrumentos públicos para a definição de seus valores de financiamento da Atenção Básica.

34 (ESE3P2,PRE3P2,RSE3P5) - Garantir o financiamento tripartite para serviços de base territorial e comunitária, não manicomial como CAPS tipo I, II, III, AD, AD III e infantojuvenil, com ênfase em CAPS III e CAPS AD III, de forma a fortalecer e ampliar o cuidado em

saúde mental de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e da Lei Federal No 10.216 de 2001, fortalecendo a política de cuidado de Atenção Integral e Intersetorial ao usuário de álcool e outras drogas, pautado na Política de Redução de Danos, garantindo o direito à saúde e à vida, respeitando a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o caráter não-asilar, fomentando o cuidado em serviços substitutivos de base territorial e recomendando ao Governo Federal que atualize e incremente o valor de custeio mensal dos CAPS, que permanece inalterado desde 2008.

35 (MTE3P5) - Garantir recursos para desenvolver os programas de promoção, prevenção, atenção e reabilitação de usuários de substâncias psicoativas, contemplando os diferentes níveis de complexidades, na perspectiva da estratégia de redução de danos, considerando os aspectos preconizados na lei 10.216/2001

36 (ALE1P4/2) - Aumentar e garantir os recursos para o funcionamento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, e que os recursos financeiros investidos nas Clínicas de Internação Involuntária sejam revertidos para a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS AD, Unidade de Acolhimento, CAPS III (24h); CAPS Infanto-juvenil, Centro de Convivência e Residências Terapêuticas) para prosseguimento do tratamento dos usuários de substâncias psicoativas e transtornos.

37 (RRE3P2) - Garantir o financiamento federal passível de contratação de agentes de combates às endemias levando em consideração o registro geográfico de imóveis para atender o preconizado pelo Ministério da Saúde.

38 (ESE3P5) - Garantir o repasse de recurso financeiro para os agentes de saúde e de endemias de forma a comunitários de saúde, de forma a oferecer cobertura territorial de 100% dos municípios, instituído pela lei 13.708/18, garantindo o quantitativo de até 750 pessoas por micro área coberta pelos agentes comunitários de saúde e o piso salarial

destes profissionais.

39 (MAE3P5) - Aprovar a PEC 22- piso salarial dos Agentes de Combate às Endemias e Agente Comunitário de Saúde.

40 (ROE3P2) - Garantir junto ao Ministério da Saúde portaria exclusiva que garanta o repasse adicional anual aos Agentes Comunitários de Saúde e Endemias, observando que mais de 120 Municípios já destinam este recurso aos profissionais.

41 (ESE3P3) - Valorizar todos os profissionais da Atenção Primária em Saúde, financeiramente, como meio de fortalecer e defender a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção resolutiva no cuidado em saúde no SUS com Planos de Cargo, Carreira e Salários.

42 (ACE3P2, ROE3P3) - Construir e implantar para todos as categorias de funcionários do SUS, garantindo o piso nas 3 esferas de governo, um plano de cargos, carreiras e salários conforme as diretrizes nacionais para a gestão do trabalho no SUS, incluindo esta meta nos termos de compromisso de gestão (Pacto pela Saúde), conforme determina a Lei Complementar no 8142/90

43 (ESE3P4) - Garantir mais recursos na saúde bucal para equipar melhor os consultórios odontológicos nas UBS, como aparelho de radiografia digital em salas adequadas, para que possa escanear as imagens do PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), material de consumo de melhor qualidade, financiar cursos de especialização, ampliação das equipes e aperfeiçoamento dos profissionais para melhor atender ao usuário.

44 (APE3P2,DFE3P2/1/2,PEE3P5, PIE3P3,RJE3P2, RSE3P4,SEE3P1) - Promover a revisão da tabela SUS, (sem reajuste linear há 17 anos), em conformidade com o grau de complexidade, adequando os valores crescente, criando estratégias para viabilizar o aumento dos valores e a adequação do rol de procedimentos, junto ao Governo Federal; bem como, a revisão dos valores e custos das consultas, exames e todos os

procedimentos, estabelecendo cronograma e revisão a cada dois anos.

45 (PRE3P1) - Atualizar, pelo Ministério da Saúde, os valores da tabela SUS, com garantia de pagamento equivalente aos prestadores de serviços em saúde, no que se refere às autorizações de internamento hospitalar(AIH) e ao boletim de produção ambulatorial (BPA) -

46 (ALE3P3) - Garantir, por parte da União, o repasse de 20% do recurso para a saúde, reajustando a cada quatro anos os valores dos procedimentos constantes na tabela SUS.

47 (PRE3P4, RNE2P2) - Garantir financiamento global das ações e serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), respeitando as diversidades loco regionais e populacionais, de modo a viabilizar a constituição das redes regionalizadas e integrais de atenção à saúde, revisando-se, anualmente, a cota de valores dos procedimentos do SUS, de acordo com os índices de inflação, de modo fortalecer os hospitais regionais e aumentar a oferta de exames e especialidades médicas em nível municipal e estadual.

48 (PIE2P5) - Fortalecer e garantir recursos para a regularização das redes de atenção à saúde (RAS), Rede de Atenção psicossocial; rede de urgência e emergência; rede cegonha e rede de pessoas com deficiência.

49 (SEE3P2) - Garantir recursos financeiros e assistência aos pacientes renais, desde a assistência médica ao transplante.

50 (CEE3P4) - Definir recursos financeiros da União garantindo a Política Nacional de Práticas Integrativas; Complementares em Saúde (PICS), de Educação Popular em saúde em todos os níveis de atenção com o estímulo à formação dos profissionais de saúde nessas áreas e infraestrutura.

51 (SEE3P3) - Destinar incentivo e recursos financeiros para a produção de hortas, farmácias vivas, PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) nas Unidades de Saúde da Família e nos serviços da Rede de Saúde Mental, CAPS (Centro de Atenção

Psicossocial), residências terapêuticas nas UBS (Unidades Básica de Saúde) e incentivar a população na manutenção das hortas.

52 (SCE3P5, RRE1P4) - Definir o ordenamento jurídico pátrio, por meio de inserções de dispositivos na Lei no 8.080/1990 e no Decreto no 7.508/2011, a competência dos municípios e Distrito Federal quanto ao financiamento complementar das ações e serviços da Atenção Básica, bem como da União e Estados Federativos, quanto ao financiamento das ações e serviços de Média e Alta complexidade, especialmente de procedimentos especializados ambulatoriais e hospitalares e, de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica.

53 (BAE3P1, RSE3P1(a), RRE3P4(a)) - Revogar a emenda constitucional nº 86 (oitenta e seis), que trata do orçamento impositivo, por retirar recursos da saúde pública, possibilitar que as emendas parlamentares do orçamento impositivo sejam contabilizados como gastos com saúde, e retirar 25%(vinte e cinco por cento) dos recursos do Pré-Sal com aplicação adicional ao mínimo em ações e serviços públicos em saúde;

54 (GOE3P4) - Investir 10% do orçamento impositivo (emendas parlamentares) em pesquisas e desenvolvimento de tecnologias para a saúde.

55 (PBE3P1) - Assegurar a utilização dos recursos oriundos da participação da União na exploração de petróleo e gás natural do “Pré-Sal” para investimentos nas áreas de saúde e educação, conforme previa a extinta Lei 12.351 de 22 de dezembro de 2010.

56 (RNE3P3) - Propor Emenda à Constituição (PEC) para que os royalties do pré-sal (Petrobrás), tenham 20% dos valores recebidos destinados para a saúde.

57 (DFE3P3, RSE3P3) - Revogar imediatamente a Portaria 3992/2017 que termina com os seis blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos) e passe para dois

blocos (Investimento e Custeio), para fins de garantir as atividades preventivas e facilitar as atividades do controle social e dos serviços de auditorias.

58 (ROE3P5) - Estabelecer o repasse do Ministério da Saúde (MS) para os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) dentro da Vigilância em Saúde e não no teto da Média e Alta Complexidade (MAC), a fim de garantir o funcionamento do CEREST, com equipe suficiente, transporte e insumos para execução das ações planejadas.

59 (RNE3P1) - Ampliar os recursos para garantir Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) nas distintas regiões de saúde do país, em particular, em áreas que atendem ao trabalhador rural.

60 (PAE3P2) - Definir que os Estados, a União e os Municípios revejam e atualizem os valores dos repasses de recursos do SUS, em percentual que garanta 100% do financiamento necessário respeitando-se os parâmetros quantitativos e qualitativos, atendimento da população, conforme portaria no 1631 decreto no 7.508 e lei complementar no 141, garantindo-se as especificidades regionais – FATOR AMAZONICO.

61 (ACE3P1) - Destinar os recursos para a saúde respeitando as especificidades loco regionais, aumentando o recurso financeiro das estratégia de saúde da família e da saúde indígena na região da Amazônia Legal, e atualizar os repasses federais referentes as equipes de saúde da família e saúde bucal.

62 (PAE3P3) - Aumentar em 100% e corrigir anualmente pelo índice inflacionário e variação populacional, valor do piso da Atenção Básica (PAB), revisão e correção dos valores dos incentivos para a Atenção Básica; considerando o fator Amazônico.

63 (APE3P4) - Garantir uma política de financiamento diferenciada para a região Amazônia legal, garantindo no mínimo 20% mais que as outras regiões, para efetivar a equidade de condições para o desenvolvimento das políticas públicas baseadas nos parâmetros de

extensão territorial e densidade demográfica regionais.

64 (MSE3P5/2) - Realizar o aumento dos incentivos financeiros para medicamentos e realizar a fabricação do canabidiol pela portaria 344/98, credenciados e fiscalizados pela ANVISA.

65 (RNE1P1) - Ampliar recursos para oferta de medicamentos para pessoas com doenças crônicas, mediante o devido repasse financeiro dos governos estadual e federal.

66 (CEE3P5/2, PEE0P5, SEE2P3) - Reativar, ampliar e fortalecer do Programa Farmácia Popular e que o repasse financeiro para a assistência farmacêutica seja baseado no número de municípios cadastrados no e-SUS e não no censo demográfico populacional do IBGE, garantindo a fiscalização adequada.

67 (PEE3P1) - Garantir e ampliar os repasses financeiros das três esferas do governo (federal, estadual e municipal) para aquisição de medicamentos do componente básico, estratégico e especializado.

68 (RNE3P2) - Garantir o financiamento e ampliação dos Laboratórios oficiais e dos Centros de Pesquisa Nacionais, destinando recursos federais para o desenvolvimento científico, tecnológico, bem como para inovações, fortalecendo o intercâmbio entre pesquisas científicas e políticas de saúde, sobretudo, a produção pública de fármacos que sejam de interesse do SUS.

69 (PIE3P4) - Aumentar o financiamento de Pesquisas Estratégicas e o desenvolvimento de novas Tecnologias em Saúde para fortalecer o intercâmbio entre os achados, as Políticas de Saúde e a efetividade dos serviços.

70 (DFE3P5) - Aumentar a proporção de recursos públicos investidos na atenção primária em saúde garantindo a ampliação de estrutura e a cobertura populacional, instituindo a responsabilidade sanitária com envolvimento do controle social. Para atender as

necessidades específicas de cada região de saúde, mantendo o financiamento do programa Mais Médicos, em capitais com perfil 3 que apresentam áreas de perfil 4 a 7.

71 (ALE1P1) - Ampliar o investimento financeiro pelo ente federal para a Atenção Básica, visto que se trata da porta de entrada dos serviços de saúde, reajustando os valores de repasse do PAB Fixo e do PAB Variável, considerando as diferenças Regionais do país, perfis epidemiológicos e as variáveis do IDH-M.

72 (RNE1P2) - Pleitear financiamento junto ao Ministério da Saúde para os municípios realizarem compra de Unidades Básicas de Saúde Móveis, com o objetivo de levar o atendimento da Atenção Básica a todas as comunidades rurais e de difícil acesso.

73 (SCE1P1) - Aumentar os repasses para ESF com redução da população adscrita para 2.500 habitantes, Saúde bucal, assistência farmacêutica, dentre outros, utilizando o cartão nacional de saúde CNS para cálculo per capita de custeio transformar as estratégias saúde da família (ESF) em política de estado, e estudar o repasse federal do 13o salário para todos os programas.

74 (CEE3P2,GOE3P1,SPE1P1/1,SPE3P1) - Otimizar os gastos em saúde, ampliando o financiamento tripartite para garantir financiamento estável e sustentável do SUS, fortalecendo e ampliando o investimento na Atenção Primária em Saúde como ordenadora do cuidado, revogando a PNAB 2017, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família, o número de equipes e de profissionais nos NASFs, Saúde Bucal, Promoção de Saúde, Saúde Mental e no atendimento de média complexidade e investindo nos processos de educação permanente em saúde dos trabalhadores (as) em gestão pública de saúde.

75 (MGE1P1/1) - Fortalecer e qualificar a Atenção Primária a Saúde (APS) através do aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo a ampliação de seu financiamento, fortalecendo as

Políticas Públicas de Promoção à Saúde, fortalecendo a atenção básica com equipe multiprofissional e comissão terapêutica multidisciplinar e cumprimento do Programa Saúde da Mulher à nível Federal, bem como modelo de atenção centrado nas pessoas e territórios organizados em redes assistenciais ancorados na APS, como elemento coordenador/ordenador do sistema, garantindo integralidade dos cuidados e cobertura da ESF para 100% da população.

76 (SEE0P4) - Garantir que o financiamento dos serviços de saúde ofertados ao cidadão em qualquer território nacional via cartão SUS (Sistema Único de Saúde), seja creditado Município/Estado, de atendimento visando garantir o acesso universal e a compensação de gastos para entes federados que ofertam os serviços.

77 (PAE3P1) - Garantir pela União de forma definitiva o aporte de recurso financeiro e tecnológico necessário para a implementação do (Prontuário Eletrônico de Cidadão) PEC em toda a região norte.

78 (RJE3P5) - Financiar e Incentivar a educação permanente e continuada de acordo com os princípios do SUS, priorizando as necessidades de saúde vigente, com aumento de aporte financeiro federal para os estados e municípios, ampliando e fortalecendo as tecnologias/informatização em Saúde visando à interação da rede de Saúde.

79 (PAE3P4) - Garantir o custeio do Governo Federal para fórmulas alimentares para pacientes com necessidades específicas, de acordo com a demanda dos municípios.

80 (SEE3P4) - Destinar financiamento para reforma de imóvel público para implantação de Unidade de Saúde para atendimento veterinário.

81 (PBE3P3) - Revogar a Lei que aprovou a entrada do capital estrangeiro na saúde.

82 (ALE3P5) Reverter para o SUS os valores arrecadados com a venda de carros

apreendidos, após prazo legal de recurso, passíveis de leilão.

83 (PAE2P4) - Garantir Investimentos nos assentamentos quilombolas, ribeirinhos, assentados e afins para construções de Unidades de Saúde de acordo com a peculiaridade local.

84 (ALE1P3,(SPE1P1/2) - Garantir aos usuários de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) a tabela por diária compatível com os custos reais.

85 (AME3P4,BAE3P4) - Criar leis específicas que garantam a devolução aos cofres públicos dos crimes de corrupção na área da saúde.

86 (MTE3P1) - Garantir a revisão e atualização dos valores da tabela SUS em todos os níveis de atenção à saúde considerando as diferenças regionais e o custo operacional dos serviços de saúde em cada estado da federação através de vinculação de recursos extras oriundo da taxação dos produtos de exportação.

87 (SPE1P1/1) - Estabelecer uma política de custeio e investimento no transporte sanitário.

88 (MGE2P2/2) - Promover plebiscitos populares e discussões sobre financiamento para redefinir paradigmas e estratégias, afastando, também, qualquer projeto de privatização do serviço que envolva compra, distribuição e dispensação.