



Relatório Final da IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas

20, 21 e 22 de Maio de 2011

Expediente

○ Relatório Final da IX Conferência Municipal de Saúde”

é uma publicação do Conselho Municipal de Saúde de Campinas.

Avenida Anchieta, 200, 17º andar, Centro

Cep- 13015-904

Tel - 19/2116.0184

e-mail - saude.cms.@campinas.sp.gov.br

blog - www.cmsaudecampinas.wordpress.com

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Campinas

José Paulo Porsani - gestão 2011

Secretário Municipal de Saúde

José Francisco Kerr Saraiva

Coordenadora Comissão Organizadora da IX Conferência Municipal de Saúde

Maria Ivonilde Lúcio Vitorino

Sub-comissão de Secretaria e Relatoria

Edson Martins da Silveira

Francisco Mogadouro da Cunha

Iraí Aparecida Betti

Marcia Castagna Molina

Maria Haydée de Jesus Lima

Arte e Diagramação

Adriane Pianowski – **Núcleo de Comunicação da SMS**

*** esta é uma versão preliminar.**

- faltam alguns dados, revisão e finalização.

SUMÁRIO

Apresentação

- Presidente do Conselho Municipal de Saúde **03**

Regimento Interno **05**

Deliberações dos grupos para o âmbito Municipal **16**

- Gestão e Financiamento do SUS **18**
- Organização da Rede Assistencial **22**
- Gestão do Trabalho em Saúde e Relações de Trabalho **34**
- Vigilância em Saúde e Meio Ambiente **44**
- Saúde e Direitos de Cidadania **49**
- Controle Social **54**

Deliberações para encaminhamento às etapas Estadual e Nacional **62**

Moções **74**

Comissão Organizadora **82**

APRESENTAÇÃO

A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas aconteceu nos dias 20, 21 e 22 de maio, com continuação no dia 11 de junho de 2011. Contou com uma Comissão Organizadora composta por representantes da Comissão Executiva e presidente do Conselho Municipal de Saúde, dos cinco Distritos de Saúde, do Núcleo de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde e de convidados.

Foi uma das Conferências mais participativas que Campinas já realizou.

Fizemos cinco Plenárias Preparatórias : “Campinas Rumo à IX Conferência Municipal de Saúde” com a participação de aproximadamente 120 pessoas em cada um destes encontros. Na Conferência participaram aproximadamente 500 pessoas por dia, com representação dos movimentos sociais, sociedade civil, deficientes, trabalhadores da rede pública e privada de saúde, conselheiros locais: usuários e trabalhadores (usuários e trabalhadores) e gestores.

Com o tema “O SUS feito por todos e para todos: política pública e direito constitucional” discutimos questões da maior importância para o futuro do SUS em nível local, estadual e nacional. Entre os temas: Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) versus Lei de Responsabilidade Sanitária (LRS), carreira dentro do Sistema Único de Saúde, fortalecimento da luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29, fortalecimento da Atenção Básica e modelos de gestão, o que incluiu Gestão Pública, Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundação Pública de Direito Privado.

Elegemos nossos representantes para as Conferências Estadual e Nacional de Saúde e marcamos presença com propostas de vanguarda nestes dois grandes encontros de saúde. Ainda que não tenhamos visto aprovada pelo Congresso Nacional e pelo Senado a Emenda Constitucional 29 nos moldes que a Conferência Nacional aprovou, ainda que não consigamos reverter as privatizações do SUS para OSs e OSCIPs em nível nacional como propusemos, as Conferências foram momentos de luta, de conscientização, de amadurecimento, de conquistas de um novo patamar nesta constante construção do Sistema Único de Saúde.

As Conferências são, junto com os Conselhos de Saúde, as instâncias de Controle Social da maior importância para a viabilização do SUS como Política de Estado, independente do Governo que tenhamos.

Assim, como presidente desse Conselho, agradeço à Comissão Organizadora, ao Núcleo de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde, aos participantes das plenárias e da IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas, à Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde todo empenho, trabalho e dedicação que tivemos.

Parabéns Campinas! Uma vez mais fizemos história, marcando presença em uma das lutas que mais valem a pena neste país: Um SUS feito por todos e para todos!

José Paulo Porsani

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Regimento Interno

Artigo 1º

A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas será pautada por este Regimento, proposto pela Comissão Organizadora e referendado por sua Plenária de Abertura.

§ 1º – A Plenária de Abertura poderá fazer quaisquer alterações a este Regimento, desde que aprovadas por maioria simples dos delegados presentes.

§ 2º – A versão definitiva deste Regimento estará disponível para consulta a qualquer momento durante a Conferência, inclusive nas salas dos grupos e durante a Plenária Final

Artigo 2º

A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas terá como tema central “SUS: feito por todos e para todos – Política pública e direito constitucional”.

Parágrafo Único – Conforme o Regimento da 14ª Conferência Nacional de Saúde, a IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas será considerada Etapa Municipal do processo nacional.

Artigo 3º

Poderão participar da IX Conferência Municipal de Saúde com direito a voz e voto 444 delegados, com distribuição paritária (50% representantes dos usuários, 25% representantes dos trabalhadores da saúde e 25% representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde), nos termos da

Resolução 01/2011 do Conselho Municipal de Saúde de Campinas:

Delegação para a IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas

• 444 DELEGADOS

• 222 VAGAS PARA DELEGADOS USUÁRIOS SENDO:

• **44 vagas** para Delegados natos do Conselho Municipal de Saúde Titular e Suplente.

• **76 vagas** para Delegados conselheiros de Conselhos Locais de Saúde constituídos, sendo 01 por Conselho eleitos entre seus pares e assim distribuídos:

Distrito de Saúde Norte: 12 vagas

Cs. Santa Monica, Cs. Jd. Rosália, Cs. Santa Barbara, Cs. Cássio Raposo do Amaral, Cs. Jd. Aurélia, Cs. Jd. São Marcos, Cs. Jd. Eulina, Cs. Vl. Boa Vista, CAPS. Estação, Cs. Br. Geraldo, Cs. Padre. Anchieta, Centro de Referência de Controle de Zoonoses.

Distrito de Saúde Sul: 19 vagas

C.s Parque da Figueira, Cs. Pque. Oziel, CAPS AD Independência, Cs. Jd. São Vicente, Cs. Jd. Nova América, Cs. Vl. Orosimbo Maia, Cs. Jd. Fernanda, CEREST, Cs. São Domingos, Cs. Paranaapanema, Cs. Campo Belo, Cs. São José, Cs. Jd. Esmeraldina, Cs. Vl. Ipê, Cs. Carvalho de Moura, Hospital Dr. Mário Gatti, Cs. Vila Rica, Cs. Faria Lima, CAPS Antonio da Costa Santos.

Distrito de Saúde Leste: 16 vagas

CAPS Esperança, Cs. Centro, Cs. Sosas, CEVI, Cs. Jd. Boa Esperança, Cs. 31 de Março, Cs. Taquaral, Cs. Carlos Gomes, Centro de Referência em Reabilitação, PA Centro, Cs. Joaquim Egídio, Cs. Conceição, Cs. São Quirino, Cs. Vl. Costa e Silva, CAPS Reviver, CRDST/AIDS.

Distrito de Saúde Sudoeste: 15 vagas

Cs. Vila União, Cs. Jd. Capivari, Cs. Vista Alegre, Cs. Santo Antonio, Cs. Jd. Itatinga, Cs. Jd. Aeroporto, Cs. Dic. III, Cs. Dic. I, Cs. União de Bairros, Cs. Tancredão, Cs. Jd. Santa Lúcia, Cs. Jd. São Cristovão, CAPS. Davi Capistrano, CAPS. Novo Tempo, Complexo Hospitalar Ouro Verde.

Distrito de Saúde Noroeste: 14 vagas

Cs. Parque da Floresta, Cs. Perseu L. Barros, Cs. Pque. Itajaí, Cs. Balão do Laranja, PS Campo Grande, CAPS Integração, Cs. Satélite Iris, Cs. Jd. Florence, Cs. Jd. Rossin, Cs. Jd. Ipaussurama, Cs. Pque. Valença, Cs. Integração, Cs. Campina Grande, Cs. Jd. Lisa.

• **102 vagas** para Usuários a serem eleitos entre seus pares nas Pré-Conferências Distritais, assim distribuídos:

Distrito de Saúde Norte: 16 vagas

Distrito de Saúde Sul: 24 vagas

Distrito de Saúde Leste: 22 vagas

Distrito de Saúde Sudoeste: 21 vagas

Distrito de Saúde Noroeste: 19 vagas

• 111 VAGAS PARA DELEGADOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO SUS, SENDO:

• **22 vagas** para Delegados natos do Conselho Municipal de Saúde Titular e Suplente.

• **89 vagas** para Delegados Trabalhadores de Saúde do SUS, a serem eleitos entre seus pares nas Pré-Conferências dos Distritos de Saúde, assim distribuídos:

Distrito de Saúde Norte: 16 vagas

Distrito de Saúde Sul: 20 vagas

Distrito de Saúde Leste: 18 vagas

Distrito de Saúde Sudoeste: 17 vagas

Distrito de Saúde Noroeste: 18 vagas

• 111 VAGAS PARA DELEGADOS GESTORES, UNIVERSIDADES E PRESTADORES DE SERVIÇO, ASSIM DISTRIBUÍDOS:

• **22 vagas** para delegados natos do Conselho Municipal de Saúde Titular e Suplente.

• **15 vagas** para delegados para o Nível Central da SMS;

• **57 vagas** para Delegados para os Distritos de Saúde assim distribuídos:

Distrito de Saúde Norte: 11 vagas

Distrito de Saúde Sul: 13 vagas

Distrito de Saúde Leste: 11 vagas

Distrito de Saúde Sudoeste: 11 vagas

Distrito de Saúde Noroeste: 11 vagas

- **02 vagas** para delegados do Hospital Municipal Dr. Mario Gatti;
- **02 vagas** para delegados do Complexo Hospitalar Ouro Verde;
- **02 vagas** para delegados para Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”;
- **01 vaga** para delegado para DRS VII;
- **01 vaga** para delegado para UNICAMP;
- **01 vaga** para PUCCampinas;
- **08 vagas** para delegados de outros serviços/hospitais conveniados.

§ 1º – Com exceção dos delegados natos do Conselho Municipal de Saúde e dos delegados gestores/prestadores indicados por suas respectivas instituições, os delegados serão eleitos nas etapas distritais (Pré-Conferências) realizadas durante o mês de abril, abertas à participação de todas as pessoas interessadas.

§ 2º – Nas Pré-Conferências distritais, haverá vagas para delegados suplentes, em número correspondente a 30% do total de vagas de delegados titulares para cada segmento. Não haverá suplentes para os delegados natos do Conselho Municipal de Saúde.

§ 3º – Para poder ser eleito delegado nas Pré-Conferências Distritais, o candidato usuário deverá ser morador da respectiva região, não eleitos nas etapas distritais (Pré-Conferências) realizadas durante o mês de abril, abertas à participação de todas as pessoas interessadas.

§ 2º – Nas Pré-Conferências distritais, haverá vagas para delegados suplentes, em número correspondente a 30% do total de vagas de

delegados titulares para cada segmento. Não haverá suplentes para os delegados natos do Conselho Municipal de Saúde.

§ 3º – Para poder ser eleito delegado nas Pré-Conferências Distritais, o candidato usuário deverá ser morador da respectiva região, não trabalhar em serviços de saúde do SUS-Campinas (seja qual for o vínculo) e não ocupar cargo de confiança no Poder Executivo Municipal.

§ 4º – Não poderão participar como usuários, tampouco como trabalhadores nas Pré-Conferências Distritais aqueles que sejam gestores do SUS Campinas, isto é, possuem cargo de confiança no Poder Executivo Municipal.

§ 5º – Os trabalhadores do nível central e área-meio não vinculados a nenhum distrito (exemplo: almoxarifado, trabalhadores administrativos da Secretaria Municipal de Saúde) poderão participar das Pré-Conferências de seus distritos de residência, com direito a votarem e serem votados dentro do segmento dos trabalhadores, desde que não exerçam cargo ou função de confiança.

§ 6º – Caberá aos organizadores de cada Pré-Conferência Distrital encaminhar à Comissão Organizadora a lista de delegados titulares e suplentes até o dia 10 de maio, em formato eletrônico padronizado pelo Conselho Municipal de Saúde.

§ 7º – Todos os delegados titulares deverão comparecer para credenciamento na secretaria da Conferência no dia 20 de maio,

das 09h00 às 19h00, ou no dia 21 de maio, das 8h30 às 11h30. Os delegados titulares que não comparecerem neste prazo perderão o direito ao voto durante toda a Conferência.

§ 8º – No dia 21 de maio, das 11h30 às 14h30, será realizado o credenciamento de delegados suplentes para as vagas cujos titulares não tenham se credenciado, dentro de cada segmento e por ordem de chegada.

§ 9º – Poderão participar da Conferência quaisquer pessoas interessadas (“convidados”), sem limite pré-estabelecido de número, respeitada apenas a lotação máxima das salas e auditórios.

§ 10 – Os convidados terão direito a voz em todas as etapas da Conferência, sendo vedado apenas o exercício do voto.

Artigo 4º

A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas será realizada nas dependências do Colégio Dom Barreto, na Rua Floriano Camargo Penteado, 90, entre os dias 20 e 22 de maio de 2011, com a seguinte programação:

Dia 20 de maio

09h Credenciamento dos Delegados.

10h Mesa: Controle Social da Saúde: Os desafios da construção dos conselhos fortes e democráticos - Os desafios da organização de conferências que determinem as políticas de saúde.

13h30 Lanche Reforçado

Atividade Cultural – Oficina de Música do

Centro de Convivência Tear das Artes

14h Mesa: Desafios da construção da rede assistencial integrada e solidária - O papel da atenção primária na coordenação do cuidado.

17h Mesa: O Desafio do Estado Brasileiro para incorporar o SUS na Política de Seguridade Social.

19h Hino Nacional

19h Solenidade de Abertura da IXª Conferência Municipal de Saúde de Campinas

20h Plenária de Abertura (Leitura e Aprovação do Regimento Interno)

Atividade Cultural – Coral Vozes da Saúde

21h Coquetel de Encerramento

Dia 21 de maio

08h Café da manhã

08h15 Saúde Integrativa – Dr. Willian Hyppólito Ferreira

08h30 Credenciamento dos Delegados

09h Grupos de Trabalho:

1. Organização da Rede de Assistência à Saúde, Humanização e Qualidade do Cuidado - 2 grupos

2. Gestão e Financiamento do SUS - 2 grupos

3. Controle Social - 2 grupos

4. Vigilância em Saúde e Meio Ambiente - 1 grupo

5. Gestão do trabalho em Saúde e Relações de Trabalho – 2 grupos

6. Saúde e Direitos de Cidadania – 1 grupo

11h30 Término do Credenciamento de Delegados Titulares.

Credenciamento de Delegados Suplentes.

12h Almoço
Atividade Cultural – Grupo de Caixeiras
13h Continuação dos Grupos
15h Intervalo
17h Encerramento

Dia 22 de maio

08h Café da manhã
08h15 Saúde Integrativa – Dr. Willian Hyppólito Ferreira
08h30 Assinatura da Lista de presença
08h30 Plenária Final
12h Almoço
Atividade Cultural – Grupo de Samba
13h Continuação da Plenária Final
18h Eleição dos Delegados para a Conferência Estadual e Nacional
19h Encerramento

Artigo 5º

Serão realizados 10 (dez) Grupos de Trabalho simultâneos, com os temas acima citados.

§ 1º – Caberá à Comissão Organizadora elaborar um roteiro de debate para cada grupo, que poderá servir de base para seu relatório final. Esse roteiro poderá ser livremente emendado pelo grupo, inclusive com adição de novas propostas e alteração ou supressão de quaisquer trechos.

§ 2º – O relatório de cada grupo conterà as propostas que forem consensuais ou aprovadas por pelo menos 30% (trinta por cento) dos delegados presentes. Caberá à Subcomissão de Relatoria, com a colaboração dos relatores

dos grupos, agrupar e sistematizar as propostas para votação na Plenária Final, sem qualquer alteração de mérito.

§ 3º – De acordo com o Regimento Interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde, caberá a cada grupo indicar até 7 (sete) propostas que tenham caráter estadual e/ou nacional, para encaminhamento à etapa estadual.

§ 4º – Cada grupo terá 44 (quarenta e quatro) vagas para delegados, sendo 22 (vinte e duas) para usuários, 11 (onze) para trabalhadores e 11 (onze) para gestores e prestadores

§ 5º – Cada delegado poderá inscrever-se em um grupo no momento de seu credenciamento, respeitadas a livre escolha e a ordem de chegada. Até o início dos trabalhos nos grupos, será possível a mudança de grupo, desde que haja vaga disponível.

§ 6º – Durante o trabalho nos grupos, cada delegado só poderá exercer o direito de voto no grupo para o qual se inscreveu. Caso opte por participar de outro grupo, terá neste a condição de convidado com direito a voz.

§ 7º – Cada grupo terá seus trabalhos conduzidos por uma mesa composta por 1 (um) coordenador, 1 (um) relator e 1 (um) facilitador, contemplando os três segmentos, ou seja: 1 (um) usuário, 1 (um) trabalhador e 1 (um) gestor ou prestador.

§ 8º – Caso tenham sido eleitos como delegados, os membros indicados pela Comissão Organizadora para compor a mesa serão automaticamente inscritos em seus respectivos grupos, independente do horário

de chegada. No entanto, sua condição de delegado depende do credenciamento em tempo hábil (artigo 3º, parágrafos 7º e 8º).

§ 9º – Caberá à Comissão Organizadora propor os nomes dos integrantes da mesa, submetendo tal proposta para que o grupo possa referendá-la no início de seus trabalhos.

§ 10 – Havendo vacância de algum dos integrantes da mesa, um substituto será escolhido pelo grupo, respeitando o segmento sempre que possível.

§ 11 – Cada grupo indicará mais 1 (um) representante para acompanhamento da condução dos trabalhos da mesa.

§ 12 – Os membros da mesa coordenadora dos grupos poderão exercer plenamente seu direito a voz (como os demais participantes) e voto (quando tenham sido credenciados como delegados).

Artigo 6º

A Plenária Final, composta pela totalidade dos participantes da Conferência, será seu fórum máximo de deliberação.

§ 1º – Caberá à Plenária Final proceder à votação das propostas oriundas dos grupos, sistematizadas pela Subcomissão de Relatoria. As propostas aprovadas integrarão o Relatório Final da IX Conferência Municipal de Saúde.

§ 2º – Havendo agrupamento ou consolidação de propostas pela Subcomissão de Relatoria, fica dispensada a leitura das propostas originais, que estarão disponíveis para consulta caso haja algum questionamento.

§ 3º – A Plenária Final só poderá ser instalada com quorum mínimo de 50% + 1 (cinquenta por cento mais um) do total de delegados credenciados, e só poderá deliberar enquanto estiverem presentes pelo menos 30% (trinta por cento) do total de delegados credenciados.

§ 4º – Todas as deliberações da Plenária Final serão tomadas por maioria simples entre os delegados que fizerem uso do voto, excluídas as abstenções. Durante o processo de votação os delegados deverão manifestar-se levantando o crachá, e a contagem será feita pela mesa, com auxílio da equipe de apoio. A mesa poderá dispensar a contagem apenas em casos de evidente contraste visual.

§ 5º – A Plenária Final terá seus trabalhos conduzidos por uma mesa paritária, indicada pela Comissão Organizadora, composta por 2 (dois) Usuários, 1 (um) Trabalhador e 1 (um) Gestor/Prestador. Havendo vacância de algum desses, um substituto será escolhido pela Plenária, respeitando o segmento sempre que possível.

§ 6º – Caberá à Comissão Organizadora propor os nomes dos integrantes da mesa, submetendo tal proposta para que a Plenária possa referendá-la no início de seus trabalhos.

§ 7º – No processo de deliberação sobre as propostas, todas serão lidas pela mesa e aprovadas em bloco, exceto aquelas em que algum integrante da Plenária levantar destaque ou pedir esclarecimento.

§ 8º – Os destaques poderão ser:

a) pela supressão total ou parcial da proposta

b) pela adição de trechos à proposta, dentro do mesmo assunto tratado

c) pela inclusão ou exclusão da proposta entre aquelas que serão encaminhadas à etapa estadual.

§ 9º – Os destaques que tratem da inclusão ou exclusão da proposta entre aquelas que serão encaminhadas à etapa estadual serão apreciados pela Plenária em separado, no final da discussão de cada grupo, portanto após ter sido encerrado o debate sobre os destaques que tratem do mérito das propostas daquele grupo.

§ 10 – As propostas que forem destacadas poderão ser discutidas por 2 (dois) participantes da Plenária, falando primeiro o que defender o destaque e depois o que defender a manutenção do texto original, tendo 2 (dois) minutos cada fala. A critério da mesa, poderá haver réplica ou tréplica de até 1 (um) minuto cada.

§ 11 – Na hipótese de uma proposta ser destacada por dois ou mais participantes da plenária, a mesa anotará seus nomes e estes tentarão chegar em acordo para que apenas um use a palavra. Não havendo acordo, será garantida a palavra a no máximo 2 (dois) participantes da plenária, desde que sejam apresentados por escrito 2 (dois) destaques distintos. Em última hipótese, a mesa procederá o sorteio para definir quem fará uso da palavra.

§ 12 – Na hipótese de dois ou mais participantes da plenária pretenderem defender

a manutenção de uma proposta, valerá o mesmo procedimento do parágrafo anterior.

§ 13 – Se for aprovada alguma deliberação que delegue decisões à Plenária da Conferência (exemplo: constituição de uma comissão), estas serão tomadas ao término da votação de todas as propostas.

Artigo 7º

Na Plenária de Abertura, nos Grupos de Trabalho e na Plenária Final será assegurado a todos o direito à manifestação por questão de ordem ou pedido de esclarecimento, limitada a 1 (um) minuto, exceto quando iniciado o regime de votação.

§ 1º – A questão de ordem deve tratar da condução dos trabalhos, quando se considerar que algum dispositivo deste Regimento não for observado. Após a manifestação da Mesa, a questão será submetida à votação quando necessário.

§ 2º – O pedido de esclarecimento deve tratar de uma proposta específica, quando sua redação gerar dúvida, sem debater o mérito. Sua resposta será dada pela Mesa ou por qualquer participante em até 2 (dois) minutos.

Artigo 8º

Serão submetidas à Plenária Final as Moções assinadas por pelo menos 20% (vinte por cento) do total de delegados credenciados. Uma vez aprovadas, terão divulgação imediata e integrarão o Relatório da Conferência.

Parágrafo Único – As moções deverão ser entregues por escrito diretamente aos relatores dos grupos, até o término de seus trabalhos. Os relatores encaminharão as moções recebidas à Subcomissão de Relatoria no momento da entrega de seus relatórios.

Artigo 9º

Ao término da Plenária será realizada a eleição de delegados para as etapas estadual e nacional, de acordo com o número de vagas disponível para cada segmento, inclusive suplentes se for o caso.

§ 1º – A mesa abrirá inscrições por segmento, podendo ser candidatos os delegados que estiverem presentes nesse momento.

§ 2º – A eleição será por voto secreto em urna, permitida a hipótese de aclamação caso haja candidatos em número igual ou inferior ao número de vagas.

§ 3º – Havendo votação em urna, cada delegado poderá votar em um número de candidatos correspondente, no máximo, ao número de vagas disponíveis para a etapa estadual.

Artigo 10

Caberá à Comissão Organizadora produzir o Relatório Final da IX Conferência Municipal de Saúde, assim como o produto que será enviado às etapas estadual e nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

§ 1º – A Comissão Organizadora terá apenas autonomia para organizar a ordem das

propostas e corrigir pequenos erros, sem quaisquer alterações de mérito.

§ 2º – O Relatório Final será apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e divulgado abertamente à população de Campinas dentro de até 90 (noventa) dias após o término da Conferência, inclusive no Diário Oficial do Município e na página eletrônica da Prefeitura Municipal de Campinas.

Artigo 11

Na hipótese de encerramento da Plenária Final sem que tenham se esgotado as matérias a serem votadas, caberá à Comissão Organizadora convocar uma Plenária complementar em horário e local que possibilitem a ampla participação dos delegados, divulgada com antecedência razoável.

Parágrafo Único – Havendo Plenária complementar, aplicam-se a ela todos os dispositivos deste Regimento para a Plenária Final, assim como a mesma relação de delegados já credenciados.

Artigo 12

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos por uma comissão representativa do Conselho Municipal de Saúde, composta por 02 (dois) conselheiros usuários, 1 (um) conselheiro trabalhador e 1 (um) conselheiro gestor ou prestador, indicados pelo Conselho ou por sua Comissão Executiva antes do início da Conferência.*

Parágrafo Único – Havendo discordância do que for decidido por tal comissão, qualquer participante da Conferência poderá recorrer à Plenária da Conferência, como última instância para resolução dos casos omissos.

* Em reunião realizada no dia 11/05/2011, a Comissão Executiva do Conselho Municipal de Saúde delegou essa escolha à Comissão Organizadora da IX Conferência Municipal de Saúde. A Comissão Organizadora indicou os conselheiros: Maria Helena Nogueira (usuária), Neide Aparecida de Faveri Alves (usuária), Francisco Mogadouro da Cunha (trabalhador) e Edison Martins da Silveira (gestor).

Deliberações para o Âmbito Municipal

GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SUS

Grupo 1

Coordenador - Fábio Forte de Andrade

Relatora - Hellen Rodrigues

Facilitadora - Izabel Pereira de Oliveira.

Grupo 2

Coordenador - Felipe Monte Cardoso

Relator - Adilson Rocha Campos

Facilitadora - Neide Aparecida de Faveri Alves.

ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

Grupo 1

Coordenadora - Maria da Graça Silva Xavier

Relatora - Carla Aparecida de Almeida Figueira Machado

Facilitadora - Maria Donizete Santana.

Grupo 2

Coordenador - Roberto Mardem

Relatora - Vera Elisa de Oliveira

Facilitadora - Maria Helena Nogueira.

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E RELAÇÕES DE TRABALHO

Grupo 1

Coordenadora - Ilione de Cássia Pinto

Relator - Rodrigo Fernando Presotto

Facilitador - Ademar José de Oliveira

Grupo 2

Coordenadora - Alóide Ladeia Guimarães

Relatora - Marina Akemi Shinya Fuzita

Facilitador - Severino Alves Bezerra.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Coordenadora - Maria Filomena de Gouveia Vilela

Relatora - Eloisa Israel de Macedo

Facilitador - Lúcio Rodrigues.

SAÚDE E DIREITOS DE CIDADANIA

Coordenadora - Elizabete Gonçalves Zuza

Relator - Paulo Tavares Mariante

Facilitadora - Marlene Feliciano Oliveira.

CONTROLE SOCIAL

Grupo 1

Coordenador - Gerardo Mendes de Melo

Relator - Bruno Mariani de Souza Azevedo

Facilitador - Edison Martins da Silveira

Grupo 2

Coordenadora - Nayara Lúcia S. de Oliveira

Relatora - Vânia M. C. Barthmann

Facilitador - Armando Bota.

GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SUS

1. Modelo de Gestão

1.1 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas manifesta-se em defesa intransigente dos princípios constitucionais do SUS, com ênfase na concepção da Saúde como direito de cidadania e dever do Estado, considerando que esse princípio deve nortear toda a atuação da gestão, execução e financiamento do SUS em todos os níveis.

1.2 – A IX Conferência reitera a deliberação da VII e VIII Conferências e do Conselho Municipal de Saúde contrária à delegação da gestão dos serviços públicos do SUS-Campinas para a gestão privada das OSs, OCIPs e ONGs ou outras entidades privadas congêneres.

1.3 – A IX Conferência reitera a deliberação do Conselho Municipal de Saúde que determina que a Secretaria Municipal de Saúde desencadeie ações para num prazo de seis meses implantar a gestão pública do Hospital Municipal do Ouro Verde.

1.4 – A IX Conferência Municipal de Saúde define que apenas entidades de Direito Público estão autorizadas a gerenciar serviços e

contratar trabalhadores relativos ao Sistema Único de Saúde da cidade de Campinas. A IX Conferência se mostra ainda solidária com os demais setores ligados à prestação de direitos sociais, como Educação, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, em sua luta para que apenas Entidades de Direito Público prestem serviços públicos.

1.5 – A IX Conferência determina à Prefeitura Municipal de Campinas que convoque imediatamente Concurso Público para o provimento dos cargos na Saúde necessários, tanto para recuperar as vagas em aberto, quanto para ampliação dos serviços, a ser determinada por um Plano de Expansão da Rede aprovado no Conselho Municipal de Saúde.

1.6 – Nenhuma alternativa de contratação de pessoal diferente do Concurso Público e regime estatutário deverá ser executada enquanto a prefeitura de Campinas tiver margem para sua realização na Lei de Responsabilidade Fiscal. Caso a necessidade de assistência não permita a espera pelos prazos necessários à realização dos concursos públicos, a Secretaria Municipal de Saúde deverá submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde, que deverá deliberar sobre outras formas de contratação emergenciais. Se por ventura o provimento de profissionais ficar limitado de fato pela LRF,

formas alternativas de contratação podem ser consideradas desde que: (1) seja garantida a gestão pública dos serviços; (2) seja garantido o controle social paritário; (3) o regime de contratação seja equivalente ao Regime Jurídico Único com relação aos direitos dos trabalhadores, como estabilidade, acesso por concurso público, aposentadoria integral, entre outros.

1.7 – Todas as atuais e futuras contratações devem estar em conformidade com os seguintes critérios: (1) seja garantida a gestão pública dos serviços; (2) seja garantido o controle social paritário; (3) o regime de contratação seja equivalente ao Regime Jurídico Único com relação aos direitos dos trabalhadores, como estabilidade, acesso por concurso público, aposentadoria integral, entre outros. Os atuais contratos deverão ser revistos no prazo de 6 meses para o cumprimento desta deliberação, sendo fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Distritais e Locais de Saúde.

1.8 – A Secretaria Municipal de Saúde deve criar mecanismos que viabilizem a participação do conjunto dos trabalhadores e dos Conselhos de Saúde na elaboração do seu planejamento, através de um processo ascendente, baseado nas diretrizes políticas aprovadas nessa Conferência, acompanhado e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde.

1.9 – A Secretaria Municipal de Saúde deve criar medidas que garantam a criação, em todos os serviços, dos Colegiados Gestores com a participação de representantes de todos os trabalhadores, com função deliberativa sobre os processos de trabalho, sendo a criação acompanhada pelo Conselho Municipal de Saúde.

1.10 – O Modelo de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas deve ser o de privilegiar a Atenção Primária, especialmente a Estratégia de Saúde da Família, com os parâmetros determinados pela Portaria 648, do Ministério da Saúde, cuja resolutividade deve ser de 85% dos atendimentos. Qualquer iniciativa que não considere este princípio deverá ser discutida com antecedência pelo Conselho.

1.11 – Os princípios que orientam o pacto pela Saúde: a qualificação da relação intergestores, construção de redes regionais de atenção à saúde, a qualificação da atenção, devem ser valorizados com arranjos mais flexíveis, garantindo a autonomia do gestor municipal do SUS frente à variedade das necessidades de saúde das populações.

1.12 – Considerados os indicadores de vulnerabilidade da população, uma vez definido o número de habitantes por equipe de saúde da família, o Conselho Municipal de

Saúde deverá definir o percentual de investimentos em atenção básica necessários para a ampliação do número de equipes de saúde da família com aumento anual não inferior a 10% do número dessas equipes.

1.13 – A IX Conferência Municipal de Saúde reitera a necessidade de uma reforma administrativa que envolva todas as secretarias do governo municipal para agilizar e desburocratizar a utilização de recursos destinados à saúde, legitimando o SUS perante a sociedade.

2. Financiamento

2.1 – A IX Conferência Municipal de Campinas determina que todos os recursos destinados ao SUS-Campinas, incluindo os repasses federais, estaduais e os recursos do orçamento próprio do município sejam administrados pelo Fundo Municipal de Saúde, com acompanhamento e fiscalização do Conselho Municipal de Saúde.

2.2 – A IX Conferência Municipal de Campinas determina que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde desenvolvam todas as ações dentro do seu espaço de atuação para que a proposta orçamentária do município considere no mínimo o exercício executado no ano anterior,

acrescido do valor inflacionário do período.

2.3 – A IX Conferência Municipal de Campinas reitera que a Secretaria Municipal de Saúde deve atender com agilidade – prazo máximo de 15 dias – as solicitações de documentos contábeis e fiscais feitas pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo Conselho Fiscal, conforme determina a legislação.

2.4 – A Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde devem fazer gestões junto às instâncias competentes para elaboração de projeto de lei que crie a autonomia financeira e administrativa da Secretaria Municipal de Saúde e dos Distritos Sanitários, devidamente acompanhada da definição de competências técnicas e administrativas para execução do orçamento da saúde de acordo com o planejamento dos distritos, com participação, acompanhamento e fiscalização dos Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde.

2.5 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá elaborar um plano de metas, com a participação do controle social, com base nos bancos de dados epidemiológicos existentes, para ampliação gradual do percentual do orçamento da Atenção Primária/Atenção Básica que garanta: ampliação das equipes, qualificação das unidades, garantia de abastecimento, ampliação da resolutividade e

humanização do atendimento.

3. Atividades administrativas e de apoio à gestão

3.1 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá desenvolver ações intensivas para acompanhamento da execução do orçamento, visando diagnosticar as causas de forma participativa, para superar as atuais enormes dificuldades, emperramentos burocráticos e morosidade que desmoralizam o serviço público.

3.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá descentralizar e garantir a gestão por distritos dos serviços de manutenção predial, para adequar: o funcionamento, as condições de trabalho e de bem-estar dos usuários e trabalhadores nos serviços de saúde.

3.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deve promover em parceria com a universidade, por meio dos Conselhos Locais, pesquisas periódicas do grau de satisfação dos usuários e trabalhadores com os serviços, com a finalidade de analisar os resultados, estabelecendo prioridades no aprimoramento da gestão.

3.4 – O Conselho Municipal de Saúde e a

Secretaria Municipal de Saúde devem prover maiores investimentos na capacitação dos conselheiros e gestores quanto a aspectos conceituais e técnicos da gestão em saúde.

3.5 – A Secretaria Municipal de Saúde deve prover todos os seus cargos de gestão, até o nível distrital, por meio de processo seletivo, realizado entre os servidores de carreira; o provimento dos demais cargos de gestão deve ser feito preferencialmente da mesma forma, com avaliação periódica pelo respectivo conselho de saúde.

3.6 – A Secretaria Municipal de Saúde deve contar com um Portal de Transparência para efetivar uma prestação de contas on-line detalhada, em tempo real, para acompanhamento do Controle Social. O orçamento público municipal deverá ser disponibilizado para o Controle Social no formato de planilhas eletrônicas (tipo Excel).

3.7 – A Secretaria Municipal de Saúde deve priorizar a informatização dos serviços de saúde, garantindo transparência e eficiência na gestão e no trabalho, com o uso universal do cartão SUS.

3.8 – Implantação pela Secretaria Municipal de Saúde da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidades) para colher informações referentes à saúde funcional da população

Organização da Rede Assistencial, Humanização e Qualidade do Cuidado

1. Atenção Primária e Saúde Mental

1.1 – Para que a Atenção Primária em Campinas avance no seu papel de principal porta de entrada, de ordenadora do modelo de atenção, da humanização, da construção de vínculo e da responsabilização pelos usuários, pelo território e da atenção integral, a Secretaria Municipal de Saúde deve canalizar para as unidades básicas recursos orçamentários crescentes. Dessa afirmativa decorre que a Secretaria Municipal de Saúde deve estabelecer metas para discussão no Conselho Municipal de Saúde em relação a:

- Expansão de equipes e profissionais de acordo com critérios de dimensionamento de pessoal compatíveis com o modelo assistencial híbrido vigente em Campinas, contemplando uma organização do processo de trabalho que conte com profissionais em número compatível com acolhimento da demanda espontânea e realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Expansão no número de unidades para regiões descobertas e/ou com população

muito concentrada e acompanhamento da expansão populacional;

- Criação de um sistema de manutenção predial mais ágil e mais qualificado, descentralizado e por distrito;
- Revisão do sistema de abastecimento, imprimindo mais racionalidade e agilidade nessa função;
- Aquisição de equipamentos e materiais que garantam incorporação racional e modernizadora de tecnologia adequada ao desempenho das ações de saúde.
- Nas ações administrativas citadas acima, que seja garantida a transparência e o controle social com acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde.
- Participação da Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde no planejamento urbano de projetos de expansão populacional, visando garantir acesso, condições de saúde, e qualidade de vida.

1.2 – A Secretaria Municipal de Saúde, em todos os níveis de gestão, deve garantir as condições para que as equipes da Atenção Primária desenvolvam atendimento integral à saúde, o que implica em atuar sobre o território (os bairros da área de cobertura), nos ambientes de trabalho, nos domicílios e na atenção às famílias e às pessoas, promovendo saúde, prevenindo doenças, e cuidando de quem já adoeceu e de quem está em risco de adoecer. Para desenvolver atenção integral a

rede básica precisa garantir o cuidado dos pacientes crônicos, ao longo da vida e também acolhimento dos casos agudos, no momento em que o usuário procura o serviço. Deverá ainda garantir a manutenção do vínculo com a atenção primária e o atendimento compartilhado com as demais instâncias secundária e terciária do Sistema (mantendo a continuidade do cuidado), com necessidade de reuniões das equipes para a elaboração de projetos terapêuticos.

1.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá abrir amplo debate para elaborar estratégias adequadas de abordagem da demanda espontânea na Atenção Primária, com posterior divulgação para a comunidade sobre a atribuição de cada instância do Sistema.

1.4 – A Atenção Primária deve priorizar o cuidado aos grupos mais vulneráveis ao adoecimento ou com maiores riscos, dedicando a esses grupos maior atenção e cuidado e de maneira coerente com os princípios da Universalidade e Equidade, disparando ainda a construção de linhas de cuidado que garantam a integralidade na atenção à Saúde.

1.5 – Os gestores e as equipes das Unidades Básicas devem debater suas agendas com os Conselhos Locais e usuários em geral, tornando mais transparentes os critérios de organização das mesmas.

1.6 – A Secretaria Municipal de Saúde deve garantir que as unidades e as equipes tenham um território bem definido sob sua responsabilidade, para que possam planejar suas ações, assumir com clareza suas responsabilidades e para que os recursos possam ser disponibilizados de acordo com as necessidades. Além disso, é preciso criar condições para que se estabeleça entre os profissionais e os usuários uma relação de confiança e uma referência segura, o que temos chamado de “vínculo”, e que tem sido reconhecido como fator de enorme importância no cuidado em saúde. A definição desse território deve ser alvo de debate amplo com a participação da população e entidades representativas da comunidade.

1.7 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver ações gestoras para que a Atenção Primária possa atuar a partir do trabalho em equipes de saúde, ampliando, com o olhar dos vários profissionais a capacidade de entender os problemas e de cuidar das pessoas e das famílias. Nesse sentido, a Atenção Primária deve envolver o trabalho da equipe multiprofissional organizado em equipe de referência, incluindo profissionais de: saúde bucal, saúde mental, técnicos da visa, e matriciamento de profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, educadores físicos, psicólogos,

assistentes sociais e outros.

1.8 – Os distritos devem ter autonomia para organizar o apoio multiprofissional das equipes da rede de atenção primária constituindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), adequado às necessidades de saúde de cada território e amplas discussões no Conselho Municipal de Saúde. Os NASFs devem ser compostos com novas equipes formadas por novas contratações.

1.9 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver ações para que os profissionais da Atenção Primária ampliem sua capacidade de atendimento das questões de saúde mental, revertendo a lógica do simples encaminhamento, através de uma política consistente de uma educação permanente para os trabalhadores e não apenas para os gestores.

1.10 – Para que a Atenção Primária atue na conformação da rede e no modelo assistencial todas as normas e os protocolos que determinam os fluxos de acesso aos outros serviços da rede assistencial devem ter a participação dos profissionais da Atenção Primária em caráter paritário em relação à participação dos profissionais dos outros níveis do sistema.

1.11 – A Secretaria Municipal de Saúde,

através dos Distritos, deve ter a iniciativa de constituir espaços coletivos para a discussão das ações intersetoriais, envolvendo principalmente a educação, assistência social, cultura, esportes, lazer, segurança e habitação e organizações não governamentais, Conselhos Locais de Saúde, movimentos sociais e associações de moradores.

1.12 – A Atenção Primária deve contribuir para a formação de novos profissionais e para troca de experiência com as instituições de ensino, constituindo-se em campo de estágio em toda a rede e contribuindo para a formação de profissionais voltados para o SUS.

1.13 – A IX Conferencia Municipal de Saúde reitera as deliberações da II Conferencia Municipal de Saúde Mental, realizada em 2010, sendo essas deliberações publicadas em, no máximo, trinta dias.

1.14 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver plano de expansão dos CAPS (Centros de Apoio Psicossocial) III, CAPS AD (Álcool e Drogas), CAPSi (Infantil), Centros de Convivência, projetos de geração de renda e serviços residenciais terapêuticos que contemple a necessidade das regiões hoje com difícil acesso e sobrecarga de demanda.

1.15 – A Secretaria Municipal de Saúde deve estabelecer diretrizes que regulamentem os

Centros de Convivência e serviços de geração de renda a partir de discussões dos respectivos fóruns, dos espaços de controle social e espaços mais amplos de discussões dos trabalhadores.

1.16 – A Secretaria Municipal de Saúde deve estabelecer metas de expansão do atendimento de saúde bucal, garantindo coberturas crescentes, através de concursos públicos, compra de equipamentos, expansão predial que contemple gradualmente as necessidades totais da população nesta área.

1.17 – Ampliar a oferta de prótese dental e implementar o serviço de laboratório próprio.

1.18 – Intensificar a capacitação dos profissionais da Atenção Primária para prestar cuidados no momento da amamentação.

2. Serviços Especializados e de Retaguarda Diagnóstica

2.1 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá ampliar os mecanismos de integração da Atenção Primária com os serviços especializados através da: participação dos profissionais da Atenção Primária na Câmara Técnica de Especialidades; expansão da estratégia do matriciamento e criação de

espaços coletivos de discussão das principais linhas de cuidado entre os profissionais dos diferentes serviços. As Equipes de Saúde da Família devem priorizar estes espaços como forma de qualificação das práticas, garantindo a organização deste momento de integração e identificando previamente as necessidades de cada equipe para que o matriciador possa preparar o matriciamento.

2.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá ampliar a oferta de serviços especializados e de diagnóstico nas áreas reconhecidamente estranguladas através da ampliação de Recursos Humanos, prioritariamente por concurso público, aquisição de novos equipamentos e adequação dos espaços físicos, diminuindo as filas e o tempo de espera, com prioridade para as áreas que colocam em risco a saúde dos usuários e necessitam de diagnóstico e tratamento imediato.

2.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá estabelecer mecanismos que criem solidariedade e parcerias efetivas entre os diferentes serviços para: comunicação ágil, seguimento qualificado dos usuários, implementação de prontuário eletrônico, realização de teleconferências, agendamentos, fornecimento de pareceres médicos, resultados de exames e através da setORIZAÇÃO do atendimento especializado. Esse sistema de

comunicação deve visar a ampliação do papel da Atenção Primária como ordenadora do cuidado e a humanização da Atenção, diminuindo o tempo de resposta aos usuários.

2.4 – Revisar e ampliar a lista de exames oferecida pelo SUS, garantindo o acesso de alguns grupos específicos de acordo com critérios pré-estabelecidos (retaguarda dentro da linha de cuidados).

2.5 – Desenvolver um projeto de vigilância sobre laudos alterados de todos os exames realizados nos serviços públicos e nos serviços contratados.

2.6 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver as ações necessárias para garantir o pleno funcionamento do Laboratório Municipal de caráter público e através da administração direta, com priorização na adequação de Recursos Humanos e estrutura física, de acordo com a necessidade da rede.

2.7 – Garantir, ampliar e qualificar a resposta laboratorial para os serviços de urgência e emergência de forma mais rápida.

2.8 – Ampliar o número de Postos Avançados de Coleta (PAC) de exames laboratoriais na cidade, destinando recursos adequados.

2.9 – Ampliar o atendimento do Serviço de

Atendimento a Pacientes Especiais e Crônicos (SAEC) para garantir, dentro dos critérios estabelecidos, a todos os usuários que necessitem de transporte para especialidades, exames e alta hospitalar.

2.10 – Garantir o laudo on line dos resultados do laboratório para todas as Unidades, mantendo a impressão dos mesmos no fluxo atual.

2.11 – A Secretaria Municipal de Saúde deve ampliar recursos para garantir a infra estrutura para modernização dos serviços especializados já existentes.

2.12 – A Secretaria Municipal de Saúde deve garantir em caráter prioritário a construção do novo prédio da Policlínica II, a partir de projeto e recurso orçamentário já destinado para este fim.

3. Unidades de Urgência e Emergência e SAMU

3.1 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver ações intensivas na rede de urgência/emergência para a qualificação e humanização dos serviços, através da adoção de Política de Educação Permanente para as equipes.

3.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deve adotar a classificação de risco para o atendimento em todas as unidades de urgência e emergência, sem excluir o acolhimento adequado de todos os usuários e com garantia de acesso.

3.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver estratégias para maior aproximação entre as Unidades de urgência e emergência com a rede de Atenção Primária, para construir maior parceria e solidariedade entre as equipes no cuidado ao usuário, que garantam a integralidade do cuidado e a vigilância aos agravos.

3.4 – A Secretaria Municipal de Saúde deve estabelecer protocolos de fluxos e condutas na urgência e emergência, buscando no atendimento de emergência o menor tempo possível, de acordo com normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

3.5 – A Secretaria Municipal de Saúde deve estabelecer mecanismos que tornem as unidades de urgência e emergência observatórios da rede e identificação de casos sentinela.

3.6 – A Secretaria Municipal de Saúde deve proporcionar para todos os Prontos Socorros e Unidades de Pronto Atendimento da rede SUS, condições que garantam o conforto e o

respeito à privacidade dos usuários entre elas: equipe completa, salas de espera adequadas, banheiros com condições de higiene adequadas, lençóis e cobertores, água e ventilação e o aumento do número de profissionais médicos nos plantões dos Pronto Socorros.

3.7 – A Secretaria Municipal de Saúde deve realizar estudos sobre necessidade de expansão da rede de urgência, com dados técnicos que permitam a comparação com parâmetros de referência, avaliando a oferta atual e a demanda dos atuais serviços, sua capacidade de expansão e eventual necessidade de criação de novos serviços e submeter esses estudos ao debate no Conselho Municipal.

3.8 – Efetivar a Implantação da rede de pronto atendimento odontológico por distrito, com articulação do cuidado na Atenção Primária, com atendimento ininterrupto e profissionais com formação em Buco-Maxilo.

3.9 – A Secretaria Municipal de Saúde deve realizar campanhas de mídia periódicas regulares, voltadas à população sobre o uso responsável do telefone do SAMU.

3.10 – A Secretaria Municipal de Saúde junto com os Conselhos devem desenvolver campanhas regulares para esclarecer a

população para o uso mais adequado dos serviços do SUS Campinas e sobre as atribuições das Unidades do Sistema de Saúde.

3.11 – A Secretaria Municipal de Saúde deve construir junto com o Serviço de Atendimento a Pacientes Especiais e Crônicos (SAEC) um projeto que vise garantir transporte de retorno para os usuários a partir dos hospitais e unidades de urgência e emergência, principalmente no período noturno.

3.11.1 – A SMS deve garantir a descentralização de viaturas para realizar as transferências e altas das unidades de urgência e emergência (uso deste recurso conforme necessidade social dos casos). OBS: item apresentado pela Érica e aprovado pela Plenária

3.12 – A Secretaria Municipal de Saúde deve levar os projetos de regionalização do SAMU para debate no Conselho Municipal de Saúde.

3.13 – A Secretaria Municipal de Saúde deve equipar e qualificar o transporte dos recém-nascidos de risco pelo SAMU com equipe capacitada.

3.13.1 – A SMS deve garantir recursos humanos e materiais para a descentralização do laboratório de urgência e emergência nos pronto-atendimentos.

3.14 – A Secretaria Municipal de Saúde deve comunicar com a maior rapidez possível às Unidades de Atenção Primária às mudanças de atendimento nos Pronto Socorros dos hospitais PUC, Unicamp e Mario Gatti.

3.15 – A Secretaria Municipal de Saúde deve garantir recursos e capacitação de pessoal para atendimento de urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde, com prioridade para as Unidades com maior demanda nesta área.

4. Assistência Hospitalar

4.1 – Conforme deliberação do Conselho Municipal de Saúde a Secretaria Municipal de Saúde deve elaborar imediatamente o projeto para a gestão pública do Hospital Ouro Verde, incluindo plano para o funcionamento pleno de sua capacidade instalada e atendendo as necessidades de ampliação de leitos do município, de acordo o prazo definido pelo Conselho Municipal de Saúde.

4.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver ações para ampliar os mecanismos de integração do Hospital Mário Gatti, nos moldes do que vem acontecendo com o Distrito Sul, para toda a rede. O Hospital Municipal Dr. Mário Gatti deve ser subordinado ao

organograma da Secretaria Municipal de Saúde.

4.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deve garantir leitos psiquiátricos para internação em hospital geral. Possibilitando a eliminação dos leitos em hospitais psiquiátricos no município.

4.4 – A Secretaria Municipal de Saúde deve garantir leitos hospitalares para internação clínica em hospital geral para paciente da Saúde Mental, DST-AIDS e procedentes do atendimento dos SAIDs, respeitando suas singularidade e necessidades.

4.5 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver políticas afirmativas para combater qualquer forma de discriminação, inclusive a institucional, na rede hospitalar da cidade.

4.6 – A Secretaria Municipal de Saúde deve garantir que todos os leitos próprios, contratados e conveniados do SUS, estejam na central de regulação para garantir equidade, racionalização e priorização com critérios transparentes e acesso a essa central por parte dos Centros de Saúde, Serviços de Atendimento e Internação Domiciliar (SAID) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

4.7 – A Secretaria Municipal de Saúde deve incluir nos convênios com os prestadores,

cláusulas para a efetivação do projeto de humanização da assistência ao parto que garantam: maior autonomia das gestantes, diminuição das cesáreas, maior integração com a Atenção Primária no acompanhamento da gestação de risco, garantia de acompanhante durante o parto, apoio à amamentação e garantia de seguimento ao recém nascido e à puérpera na Atenção Primária.

4.8 – A Secretaria Municipal de Saúde deve intensificar as campanhas de incentivo ao parto normal e a amamentação exclusiva até o 6º mês.

4.9 – O Conselho Municipal de Saúde deve priorizar e fortalecer os grupos de acompanhamento de todos os convênios, garantindo a presença de conselheiros usuários capacitados para integrar estas comissões.

4.10 – A Secretaria Municipal de Saúde deve estabelecer mecanismos de comunicação entre hospitais e Atenção Primária que garantam o acesso ao relatório de alta de todos os pacientes egressos de internação hospitalar, guardando as normas éticas que garantam a privacidade de tais relatórios.

4.11 – A Secretaria Municipal de Saúde deve criar leitos de retaguarda para atendimento de queimados, qualificar e responsabilizar todos

serviços do município para atendimento aos pequenos e médios queimados, garantindo aos grandes queimados vagas especializadas e transporte para acessar os serviços da rede.

4.12 – A Secretaria Municipal de Saúde deve ter a iniciativa de construir uma política municipal (intersectorial), para cuidar de pessoas que não tenham rede de cuidados e que necessitem de cuidados temporários ou paliativos.

5. Centros de Referência e Serviços de Atendimento e Internação Domiciliar

5.1 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá providenciar adequação imediata do número de profissionais nos centros de referência, em particular no CEREST, com trabalhadores estatutários, de modo a garantir a ampliação das ações de matriciamento da rede básica. Deve aproximar seus profissionais das equipes locais e debater constantemente seus critérios de acesso e fluxos, buscando cada vez mais uma atuação complementar e integrada com a Atenção Primária.

5.2 – Retomar a seguinte proposta da 7ª e 8ª Conferência Municipal de Saúde: A Secretaria Municipal de Saúde deve ampliar os serviços

de Reabilitação de forma regionalizada, considerando os recursos já existentes no CHOV, no Mario Gatti e centros de reabilitação públicos e conveniadas (PUCC, Lucy Montoro e CRR Sousas), contemplando a dificuldade de acesso dos usuários e a demanda não atendida dos distritos e das unidades.

5.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deve criar novos Centros de Especialidades Odontológicas que ampliem a capacidade de atendimento nessa área e contemplem o acesso dos usuários de todas as regiões da cidade. A inserção destes profissionais nos Centros de Especialidade Odontológica (CEOs) deve ocorrer através de processo seletivo interno transparente tentando aproveitar os profissionais com especialização para área e com perfil para tal atividade, com possibilidade de ampliação de carga horária, mediante aprovação em processo seletivo, com imediata substituição nas Unidades de origem destes.

5.4 – A Secretaria Municipal de Saúde deve avaliar a atuação do Centro de Referência do Idoso, visando aprimorar, com a participação do Conselho Local de Saúde e Conselho Municipal do Idoso: a relação com a rede básica e hospitais, a adesão dos idosos ao serviço (distante dos locais de moradia), a utilização potencial X real dos recursos

instalados e os critérios de acesso.

5.5 – Realizar capacitação dos profissionais das unidades básicas de saúde na atenção a Saúde do Idoso, aumentando a resolutividade da Atenção Básica na referida área, na lógica da educação permanente e do apoio matricial.

5.6 – A SMS deve criar condições para que todos os usuários que necessitem de transporte possam dar continuidade ao seu tratamento através do benefício. A SMS também deve realizar o acompanhamento junto a Secretaria de Transporte, inclusive com revisão da lei que rege a concessão do benefício, de acordo com as necessidades dos usuários do SUS.

5.7 – Criar equipe do SAID para cada distrito com número de profissionais suficiente para atender a demanda já existente e adequar as necessidades de equipamentos e retaguarda. Nos SAIDs já existentes, completar as equipes.

6. Assistência Farmacêutica

6.1 – A Secretaria Municipal de Saúde deve construir junto às outras Secretarias (Administração, Jurídico, Finanças) um fluxo prioritário para as licitações dos produtos essenciais ao funcionamento da rede assistencial, agilizando a aquisição, e criando

mecanismos que qualifiquem os itens adquiridos, buscando instrumentos legais que visem buscar o menor preço de tais licitações, mantendo a qualidade.

6.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deve atuar na rede assistencial para a qualificação dos profissionais de saúde para o uso racional de medicamentos, através de: educação permanente em saúde para as equipes e aprimoramento dos tratamentos realizados, de forma que respondam às reais necessidades de saúde dos usuários.

6.3 – As equipes devem ser capacitadas para prestar orientações aos usuários para melhor adesão aos tratamentos; maior divulgação das alternativas terapêuticas não medicamentosas e dos benefícios conseguidos pelas mesmas.

6.4 – A Secretaria Municipal de Saúde deve realizar campanhas educativas em relação ao uso adequado de medicamentos, voltadas à população em geral.

6.5 – A Secretaria Municipal de Saúde deve realizar adequação da padronização de forma ágil a partir dos protocolos e das necessidades emergentes, através do trabalho de uma comissão permanente de farmácia e terapêutica com a participação de prescritores da rede assistencial, em consonância com as diretrizes e normas preconizadas pelo

Ministério da Saúde.

6.6 – A Secretaria Municipal de Saúde deve garantir o abastecimento regular da rede assistencial, através de: adequação da área física do almoxarifado da saúde e contratação de pessoal suficiente para distribuição dos insumos necessários, conforme a necessidade das unidades de saúde; estabelecimento de rigoroso controle de estoques, que evite desperdícios e atenda às necessidades da população; aprimoramento da comunicação entre almoxarifado e unidades de saúde; integração entre funcionários das farmácias e equipe assistencial, para acompanhamento da adesão dos usuários aos tratamentos oferecidos; produção de informação que ajude a equipe assistencial a trabalhar com medicamentos (memento, guia farmacoterapêutico, divulgação de protocolos).

6.7 – A Secretaria Municipal de Saúde deve proporcionar para todas as farmácias da rede assistencial condições que garantam o atendimento dos usuários com humanização e respeito à sua privacidade, durante todo período em que estiver aberta a unidade de saúde com: ergonomia para os trabalhadores, número de funcionários adequados e formados (técnicos de farmácia ou auxiliares de farmácia) para o atendimento da demanda; áreas de armazenamento com tamanho e condições adequadas e computadores e

sistema funcionando com manutenção ágil e eficaz.

6.8 – A Secretaria Municipal de Saúde deve realizar concurso público para incorporar o farmacêutico nas equipes de assistência farmacêutica em número adequado.

6.9 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver projeto para incorporar dispensação unitária de medicamentos em todos os Pronto-Atendimentos (PA).

6.10 – A Secretaria Municipal de Saúde deve ampliar o fornecimento de medicamentos fitoterápicos na rede, garantindo o funcionamento da Botica da Família e aquisição dos insumos necessários para essa produção.

6.11 – A Secretaria Municipal de Saúde deve atuar junto à Secretaria de Estado da Saúde para desburocratizar o acesso aos medicamentos de alto custo e ampliar os pontos de dispensação, rever as exigências técnicas desnecessárias, humanizando o acesso a estes medicamentos. (também contemplada como proposta de âmbito estadual – vide final do relatório)

6.12 – A Secretaria Municipal de Saúde deve construir uma relação com o Poder Judiciário que viabilize o parecer técnico da Secretaria

Municipal de Saúde sobre os medicamentos solicitados por ordem judicial, como já ocorre em diversos municípios brasileiros, propiciando o treinamento de profissionais que possam servir de referência ao Poder Judiciário.

6.13 – A Secretaria Municipal de Saúde deve formular e garantir a implementação de política de assistência farmacêutica que estabeleça diretrizes para: padronização, programação, aquisição, consumo/utilização/descarte de materiais e medicamentos.

6.14 – As Unidades devem comunicar aos usuários quais medicamentos estão em falta e ofertar alternativas disponíveis.

Gestão do Trabalho em Saúde e Relações de Trabalho

1. Dimensionamento de Pessoal e Contratações

1.1 - A Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde devem instituir uma comissão paritária e permanente para formular um plano de expansão da rede SUS-Campinas com a finalidade de dimensionar os recursos humanos necessários para uma cobertura de 100% da população. Caberá ao pleno do Conselho Municipal de Saúde eleger as prioridades para execução do plano em curto e médio prazo. Em um segundo momento, caberá a essa comissão acompanhar a execução do plano pela Secretaria Municipal de Saúde.

1.2 - A Secretaria Municipal de Saúde deve estabelecer e reforçar as negociações com outras instâncias da Prefeitura Municipal de Campinas para garantir ao Departamento de Gestão do Trabalho maior agilidade e autonomia nos processos relativos aos trabalhadores da saúde, com suas especificidades, bem como aprimorar as estratégias para qualificação do ingresso de novos trabalhadores por meio de concurso

público (para todas as categorias profissionais) mantendo um único regime jurídico (estatutário) e revendo o número de cargos existentes hoje no plano de cargos da Prefeitura Municipal de Campinas para atender às novas necessidades de saúde da população.

1.3 - A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas considera que a Secretaria Municipal de Saúde deve utilizar os critérios da Estratégia Saúde da Família como critério de dimensionamento de pessoal e modelo de atenção, abandonando o atual modelo médico-centrado.

1.4 - Entendendo que a Atenção Primária pode ser resolutive em 80% dos casos, e considerando a atual sobrecarga de trabalho e a desassistência na atenção primária geradas pelo excesso de usuários por equipe, a IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas propõe que se forme uma comissão paritária no Conselho Municipal de Saúde que rediscuta o modelo atual de Campinas e que se preconize: população adscrita de não mais 2.500 pessoas por equipe; Agente Comunitário de Saúde para não mais de 750 pessoas; que uma unidade não tenha mais que 4 a 5 equipes (conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica); que os especialistas incluídos nesse modelo da Atenção Básica trabalhem na lógica de matriciamento.

1.5 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas exige a plena implantação do modelo Programa Saúde da Família em Campinas.

1.6 – A IX Conferência considera que: deve-se considerar as Licenças para Tratamento de Saúde (LTS) e restrições para o cálculo real dos funcionários por unidade.

1.7 – A IX Conferência considera que o SUS exige, para sua consolidação, profissionais qualificados, que atuem com autonomia, preparados para conviver com a diversidade e com a complexidade de situações muitas vezes de conflito e de tensão psicossocial; a complementação da formação desses profissionais é longa e tem que se dar em serviço, pois infelizmente muitas escolas ainda não proporcionam a formação profissional que atenda as necessidades do sistema; e ainda que, a estabilidade dos trabalhadores no SUS é imprescindível para a construção de vínculos com os usuários e para a humanização do SUS que queremos. Por considerar como essenciais às questões acima, a IX Conferência delibera que o ingresso dos trabalhadores no SUS seja feito sempre por concurso público e a contratação seja num único regime jurídico, o regime estatutário, exceto quando houver necessidade de contratação emergencial, que deve ser realizada através de processo seletivo público com prazo determinado.

1.8 – A IX Conferência considera que a Secretaria Municipal de Saúde deve garantir a participação e o envolvimento dos vários níveis de gestão, de acordo com as especificidades e necessidades de cada serviço, nos processos de elaboração de edital para concurso público e execução de todas as fases do concurso público. Esses processos devem ser acompanhados por uma comissão paritária do Conselho Municipal de Saúde.

1.9 – Criação de uma equipe “itinerante” (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, auxiliares, recepcionistas e outros) nos distritos para dar suporte às equipes das unidades nos moldes da prática estabelecida na área de educação, para substituição de trabalhadores ausentes (férias, Licenças para Tratamento de Saúde ou outros afastamentos).

1.10 – A Secretaria Municipal de Saúde deve rever as diretrizes para distribuição e preenchimento das vagas oferecidas nos concursos, favorecendo o preenchimento de vagas em locais com dificuldade de fixação.

1.11 – A Secretaria Municipal de Saúde deve manter e aprimorar as estratégias para a qualificação do ingresso de novos trabalhadores, garantindo a eles acolhimento, período de adaptação com carga horária distribuída de modo a facilitar a integração

com as equipe de trabalho, realizar reflexões sobre a política de saúde, informações sobre a rede de Campinas (seus fluxos e normas técnicas) e as capacitações necessárias para o desempenho adequado de suas funções.

1.12 – Agilizar a criação de novos cargos e vagas para categorias já existentes e categorias novas de profissionais necessárias ao avanço do trabalho em saúde como técnicos de farmácia, dentistas, redutor de danos, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, especialista em saúde do trabalhador, veterinário, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, instrumentador cirúrgico, farmacêutico, educador social, e outros.

1.13 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas reitera a necessidade de os profissionais que realizam atividades de matriciamento também desenvolverem ações clínicas, como atendimentos compartilhados com outros profissionais da equipe da saúde da família de forma coerente com os princípios da estratégia saúde da família, com vínculo e responsabilização pelos usuários, no sentido de melhorar a resolutividade da Atenção Primária.

1.14 – A Secretaria Municipal de Saúde, através do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde deve revisar e

readequar os valores financeiros pagos em função do Índice de Condições de Vida (ICV) de todos os serviços de saúde, em especial os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que não recebem o ICV igual ao da Atenção Primária, mesmo estando no mesmo território. O ICV deve ser reajustado anualmente, assim como ocorre com o salário base, e deve representar uma pequena parcela da remuneração total. Também deve ocorrer a revisão e readequação dos adicionais de insalubridade de todos os serviços de saúde, de forma articulada com o Departamento de Promoção à Saúde do Servidor (DPSS) da Secretaria Municipal de Recursos Humanos (SMRH).

1.15 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas defende a ampliação do número de profissionais das áreas de Saúde Bucal e Saúde Mental, bem como do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

2. Avaliação de Desempenho

2.1 – A Secretaria Municipal de Saúde deve adotar mecanismos próprios de monitoramento e qualificação das avaliações de desempenho, compatíveis com o sistema geral da Prefeitura Municipal de Campinas, mas que contemplem também as especificidades da saúde.

2.2 – O Departamento de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, com a participação dos Distritos de Saúde, deve constituir um grupo técnico, de apoio aos gestores de serviço para a avaliação de desempenho, com a tarefa principal de qualificar o processo, garantindo que ele tenha um caráter educativo, voltado para o desenvolvimento dos trabalhadores, para a gestão dos conflitos e para a construção de relações de trabalho mais solidárias.

2.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deve apresentar os critérios de avaliação de desempenho de forma clara e transparente para todos os envolvidos (trabalhadores, usuários e gestores) no Conselho Municipal de Saúde.

2.4 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas defende a existência e a necessidade de um modelo de avaliação de desempenho dos profissionais da saúde.

2.5 – Repúdio ao atual plano de cargos e carreiras e modelo de avaliação de desempenho. Elaboração de uma nova proposta com a participação de uma comissão paritária do Conselho Municipal de Saúde, para a formulação de um novo plano de cargos e carreiras que propicie um crescimento vertical dos profissionais de nível médio, que desenvolvam trabalhos específicos nas

unidades.

2.6 – Na elaboração de um novo modelo de avaliação de desempenho a Secretaria Municipal de Saúde deve considerar:

- Que avaliação de desempenho dos trabalhadores ocorra de forma transparente, compartilhada e de forma educativa para o aprimoramento do trabalhador e que esta se estenda a todos os trabalhadores da rede de Campinas independente do seu vínculo empregatício.
- A avaliação deve ter critérios objetivos que não estimulem a competição entre os trabalhadores.
- Deve ser avaliado o desempenho do funcionário no trabalho em equipe e sua relação com o usuário com correspondentes peso avaliativos.
- Os usuários devem participar da avaliação do serviço.
- Apoiadores e gestores devem ser avaliados pelas equipes das unidades onde atuam.
- A avaliação não deve ter caráter punitivo.

2.7 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas solicita que a avaliação de desempenho deve prever que o profissional tenha oportunidade de melhorar o resultado das avaliações, mas que haja formas de monitorar o profissional que é repetidamente mal avaliado através de recolocação e em último caso demissão.

3. Organização do Processo de Trabalho

3.1 – A Secretaria Municipal de Saúde deve fornecer e fazer a manutenção permanente de uniformes e crachás para todos os trabalhadores, conforme proposta aprovada em Conferências anteriores, bem como materiais, equipamentos de proteção individual e medidas coletivas de proteção a saúde do trabalhador. O crachá deve ser de uso OBRIGATÓRIO por todos os profissionais.

3.2 – A Secretaria Municipal de Saúde, ao elaborar projetos de reforma ou ampliação das unidades, bem como ao realizar compras de mobiliário, deve contemplar sempre as necessidades de melhores condições de trabalho como: copa para refeições; vestiário; mobiliário com condições de ergonomia; ventilação onde for necessário, respeitando a Norma Regulamentadora 32 (NR-32).

3.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deve cobrar dos gestores de todos os serviços a criação e o efetivo funcionamento de Colegiados que contemplem a participação de representantes de todos os trabalhadores, eleitos livremente por seus pares, com função deliberativa sobre o processo de trabalho.

3.4 – Os gestores locais devem garantir as

reuniões de equipes com definição de horas, frequência e valorização desse espaço como fundamental ao processo de trabalho em equipe por ser propício à reflexão sobre a prática do cuidado, ao planejamento de ações, à educação permanente e qualificação das relações de trabalho. As reuniões de equipe devem contar também com a participação de recepcionistas, zeladores, técnicos de farmácia e outros profissionais.

3.5 – A Secretaria Municipal de Saúde deve reestruturar o Fórum de Representantes dos Trabalhadores com funcionamento regular e pautas previamente definidas (de forma distrital e posteriormente municipal).

3.6 – A gestão local dos serviços de saúde deve desenvolver ações locais nos diversos coletivos instituídos na unidade (colegiado gestor, reuniões de equipes, CLS, roda de conversa) que contribuam para “desalienar” o trabalhador esclarecendo que as formas de organização e modelos de atenção afetam o processo de trabalho.

3.7 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas defende que a Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com os distritos, discuta e defina o papel do apoiador.

3.8 – A Secretaria Municipal de Saúde deve dialogar, junto com os distritos, com a gestão

local, para priorizar a alocação de recursos de infra-estrutura e equipamentos permanentes.

3.9 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas apóia a redução de jornada de trabalho para 30 horas reivindicadas pelas categorias profissionais, sem redução salarial (enfermagem, psicologia, educadores social e outros profissionais).

3.10 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas defende que a política municipal de saúde de Campinas tenha o usuário como foco de suas ações. O processo de trabalho das unidades deve ser organizado por esse princípio (a necessidade dos usuários).

3.11 – Discutir o pagamento de horas extras e banco de horas de forma mais aprofundada considerando as questões do modelo assistencial e redimensionamento de equipes.

3.12 – A Secretaria Municipal de Saúde, através do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), de forma articulada com o Departamento de Promoção da Saúde do Servidor (DPSS) da Secretaria Municipal de Recursos Humanos (SMRH), deve iniciar uma discussão com trabalhadores, gestores e usuários a respeito do tema assédio moral, com base na resolução do Ministério do Trabalho e Emprego.

3.13 – A Secretaria Municipal de Saúde deve estimular e garantir o espaço para a equipe criar indicadores de avaliação do processo de trabalho, sendo esses indicadores a base das avaliações de qualidade e desempenho.

3.14 – A Secretaria Municipal de Saúde deve estimular o fortalecimento do uso de Tecnologia da Informação e Comunicação na organização do processo de trabalho, de acordo com a Lei Municipal sobre o uso de softwares livres, priorizando o uso e a capacitação destes.

3.15 – A Secretaria Municipal de Saúde deve reformular o Programa Disque-Saúde.

3.16 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas defende a implementação do Cartão Nacional do SUS imediatamente para toda a rede de Campinas, e que seu uso seja realmente de uso nacional.

4. Desenvolvimento, Valorização do Trabalhador de Saúde e Educação Permanente

4.1 – A Secretaria Municipal de Saúde, a partir das linhas de cuidado existentes, deve ampliar as ações educativas através de estratégias que envolvam toda a equipe

garantindo que nos processos educativos estejam sempre presentes reflexões sobre a política de saúde e os direitos de cidadania e os princípios da Política Nacional de Humanização.

4.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deve promover, definindo os responsáveis pela execução, encontros periódicos para os trabalhadores, estimulando a apresentação de experiências bem sucedidas, a integração entre todas as áreas da Secretaria Municipal de Saúde, o debate dos problemas do trabalho e criando um espaço cultural de compartilhamento dos talentos dos próprios trabalhadores. Nesses eventos não deve ser estimulada a competição (premiação), mas sim a cooperação e a solidariedade.

4.3 – No processo de integração Ensino-Serviço, ao fazer contratos de estágios com as escolas, solicitar sempre como contrapartida, processos educativos para as equipes que recebem estagiários, de acordo com as necessidades das mesmas.

4.4 – A Secretaria Municipal de Saúde deve desenvolver estratégias de movimentação de pessoal possibilitando remanejamento, contemplando as necessidades do trabalhador e dos serviços.

4.5 – A Secretaria Municipal de Saúde,

através do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), deve criar e manter atualizado banco de capacitação dos trabalhadores da saúde, visando o mapeamento dos talentos profissionais de forma a potencializar a gestão e transferência de conhecimentos entre os trabalhadores.

4.6 – A Secretaria Municipal de Saúde, com a coordenação do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), deve criar uma comissão paritária entre gestores e trabalhadores (envolvendo representantes das áreas técnicas, dos distritos sanitários de saúde, dos trabalhadores) para organização conjunta de agenda de capacitações, levando em consideração a necessidade dos serviços e usuários, buscando parcerias com as instituições de ensino sempre que necessário.

4.7 – A IX Conferência Municipal de Saúde deve reafirmar que a Política de Educação Permanente é ordenadora dos processos de capacitação e desenvolvimento dos trabalhadores, da gestão e do controle social no SUS Campinas com prioridade dos trabalhadores da assistência conforme a política nacional.

4.8 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas propõe que a Secretaria Municipal de Saúde desenvolva processos de educação

permanente para todos os trabalhadores da rede de saúde tendo em vista a qualificação da assistência oferecida aos usuários (exemplo: Urgência e Emergência).

4.9 – A IX Conferência considera que o SUS exige, para sua consolidação, profissionais qualificados, que atuem com autonomia, preparados para conviver com a diversidade humana e com a complexidade de situações muitas vezes de conflito e de tensão psicossocial; a complementação da formação desses profissionais é longa e tem que se dar em serviço, de forma permanente.

4.10 – A Secretaria Municipal de Saúde, através do DGETS/CETS, deve investir na formação de facilitadores de educação permanente em todos os serviços para atuar junto à gestão e equipes potencializando as ações educativas e locais.

4.11 – Que Campinas assuma a posição de cidade escola assumindo também a responsabilidade pela formação dos profissionais que contratar para atenção básica disponibilizando curso de especialização multiprofissional para todos os profissionais de nível superior que ingressarem com duração equivalente ao estágio probatório. A efetivação dos profissionais deve ser condicionada, por meio da avaliação do estágio probatório a sua aprovação nos cursos

de especialização.

4.12 – A Secretaria Municipal de Saúde deve reforçar a necessidade de os gestores assumirem a integração ensino-serviço como um dos seus papéis no desempenho da gestão, garantindo também o processo contínuo de formação dos mesmos para essa atividade.

4.13 – O gestor local deve garantir espaços para que os trabalhadores que participaram de cursos compartilhem com os conhecimentos adquiridos com os demais membros da equipe.

4.14 – A gestão local deve promover espaços cotidianos de reconhecimento e valorização dos trabalhadores.

5. Saúde do Trabalhador

5.1 – A Secretaria Municipal de Saúde, através do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (com a co-responsabilização dos níveis distrital, local e Departamento de Promoção a Saúde dos Servidores – DPSS) deve reformular completamente, ampliando e aprofundando o programa “Cuidando do Cuidador”, divulgando-o amplamente nos serviços, estabelecendo fluxos claros para o acesso dos trabalhadores ao programa e priorizando os

grupos mais vulneráveis ao adoecimento para desenvolver estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças ligadas ao trabalho. Prever que o trabalhador afastado retorne para o serviço em uma atividade diferente da que o adoeceu.

5.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deve manter um serviço de saúde específico para cuidar dos trabalhadores da saúde do município ou readequar o Departamento de Promoção à Saúde do Servidor – DPSS da Secretaria Municipal de Recursos Humanos (SMRH), de modo a cuidar efetivamente dos trabalhadores.

5.3 – A Prefeitura Municipal de Campinas deve desenvolver adequação das condições eliminação de fatores determinantes do adoecimento dentro dos serviços próprios, através do Departamento de Promoção à Saúde do Servidor (DPSS) da Secretaria Municipal de Recursos Humanos (SMRH), com papel suplementar da Secretaria Municipal de Saúde.

5.4 – A IX Conferência propõe que a Secretaria Municipal de Saúde com fiscalização do Conselho Municipal de Saúde (Conselho Municipal de Saúde) faça a implantação na íntegra da Norma Regulamentadora 32 (NR-32).

5.5 – A Secretaria Municipal de Saúde deve

continuar fazendo o monitoramento junto ao Serviço Médico das formas de acompanhamento do trabalhador com restrições/limitações, em conjunto com a gestão local redefinindo suas novas atribuições e fazendo respeitar essas restrições/limitações.

5.6 – A IX Conferência propõe que: a Secretaria Municipal de Saúde crie uma comissão (grupo de estudos) dentro do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES) para mapeamento epidemiológico da saúde do trabalhador e estruturação de formas acompanhamento dos mesmos levando em conta os dados existentes do DPSS/SMRH e do próprio DGTES da saúde.

5.7 – Que a Secretaria Municipal de Saúde realize Educação Permanente (permanente de fato) a partir da demanda dos trabalhadores e que esses sejam “atores” no processo educativo.

5.8 – A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas reforça a importância do respeito ao tempo de práticas integrativas pelos trabalhadores de todas as unidades.

5.9 – O SUS Campinas deve ter um banco de dados que possibilite o remanejamento interno dos profissionais.

6. Relações do Trabalhador com o Usuário

6.1 – As unidades devem utilizar todas as possibilidades existentes para prestar informações sobre o funcionamento do serviço aos usuários (telefone, quadro mural, capacitação do guarda, e outros), conforme apontado nas Conferências Municipais de Saúde anteriores.

6.2 – Conforme apontado nas Conferências Municipais de Saúde anteriores, todas as unidades devem deixar em local acessível a urna para críticas e sugestões dos usuários (proposta pela Política Nacional de Humanização) e avaliar periodicamente na reunião do Conselho Local de Saúde o conteúdo delas visando prevenir conflitos, modificar rotinas de trabalho inadequadas, analisar sugestões e transmitir elogios e aprovação dos usuários às equipes.

6.3 – A IX Conferência propõe que: a Secretaria Municipal de Saúde organize um seminário sobre o tema “relação trabalhador-usuário” no contexto do SUS de Campinas.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

1. Vigilância da Situação de

Saúde: análise dos dados epidemiológicos e análise da ocorrência de doenças e agravos à saúde da população

1.1 – A Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), deverá elaborar e implantar uma comunicação sistemática por meios de grande impacto em diversas mídias, incluindo redes sociais, através de boletins destinados não só aos técnicos, mas também à população em geral, que informem sobre as condições de saúde da população campineira, incluindo todas as ações e programas realizados pela vigilância em saúde (ambiental, sanitária, saúde do trabalhador e epidemiológica). Todo esse material deverá ser encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde, aos Conselhos Distritais e aos Conselhos Locais para ampla divulgação e debates.

1.2 – A Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA,) deverá incluir nos boletins informações referentes às fiscalizações como número de fiscais, ações prioritárias da

vigilância de acordo com os Planos de Ações e Metas (PAM) da Vigilância em Saúde e da Saúde do Trabalhador. As fiscalizações devem ser ampliadas para os diversos estabelecimentos e serviços, nas várias regiões da cidade.

1.3 – Os vários níveis de gestão da vigilância (municipal, estadual e federal) devem criar, implantar e garantir a manutenção de um sistema informatizado via web de Vigilância em Saúde, para integrar as áreas da vigilância e a rede de assistência, que agilize o fluxo de informações, garanta acesso em todos os níveis e facilite a tomada de decisão.

2. Promoção da Saúde: medidas educativas e outras de caráter coletivo para promover saúde, evitar doenças e mortes.

2.1 – A Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Empresa Municipal de Desenvolvimento de Campinas (EMDEC) e outros órgãos responsáveis pelo trânsito, deverão mapear e fazer diagnósticos dos acidentes de trânsito para elaborar ações educativas, ampliando a discussão na Semana Municipal de Trânsito.

2.2 – As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão participar da política de

redução de poluentes (dióxido de carbono e outros poluentes) provenientes da frota de veículos (promoção de saúde).

2.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá articular com as redes de ensino (públicas e privadas) a inclusão nas suas programações da temática da saúde, incluindo a Saúde Ambiental.

2.4 – Os Conselhos de Saúde devem participar na orientação da população sobre os temas de interesse e risco à saúde.

3. Vigilância Epidemiológica: controle das doenças; vacinação; prevenção e controle dos surtos e epidemias.

3.1 – Os vários níveis de gestão da vigilância (municipal, estadual e federal) deverão discutir a ampliação do contingente de profissionais para controle de epidemias e endemias, com manutenção dessas equipes para avançar nas ações do programa municipal de controle de dengue e outras zoonoses, garantindo aporte de recursos.

3.2 – Os municípios devem se preparar do ponto de vista sanitário, de forma articulada e intersetorial, para os grandes eventos nacionais e internacionais (exemplo: Copa do Mundo).

3.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá estabelecer estratégias para aumentar a adesão das pessoas para a vacinação de rotina ou campanhas.

4 – Vigilância em Saúde

Ambiental: vigilância dos fatores de risco ambientais através de ações de fiscalização, identificação e monitoramento de situações que possam interferir na saúde humana, como qualidade da água, áreas contaminadas, resíduos (lixo industrial, lixo residencial), sustentabilidade, entre outros.

4.1 – A Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) e Vigilâncias Distritais, deve mapear as áreas de risco ambiental, sejam esses riscos de contaminação do solo, ar, água, poluição sonora e radiações (antenas de celular, rádio e televisão), sub-habitações com precárias condições de saneamento, de presença de vetores de doenças, e assumir a iniciativa de desenvolver projetos intersetoriais que visem controlar os riscos à saúde e proporcionar ambientes mais saudáveis aos cidadãos. Na ação intersetorial, desde o diagnóstico e a elaboração dos projetos de intervenção, os Conselhos Locais e Distritais

devem estar envolvidos.

4.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deve participar e discutir a política municipal de resíduos articulando-se com outras Secretarias e órgãos relacionados para desenvolver projetos que ampliem e qualifiquem as ações de controle do lixo, de coleta seletiva, coleta e destino adequado de “inservíveis” e de controle das áreas de descarte de sucatas, que degradam o meio ambiente e colocam em risco a saúde da população, incluindo os resíduos especiais como amianto e mercúrio, medicamentos domiciliares, entulho de construção e outros resíduos perigosos, fortalecendo e ampliando os ecopontos. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde deve propor para os órgãos competentes maior rigor e medidas punitivas para os cidadãos e pessoas jurídicas que atuem em prejuízo da população.

4.3 – A Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com os Conselhos de representação da sociedade, deverão participar da elaboração de Política Municipal de Saneamento.

4.4 – Promover a integração das ações de Vigilância de Saúde Ambiental com as ações da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, CETESB (Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental), SANASA (Sociedade de Abastecimento de Água e Saneamento) e

outras secretarias.

5. Controle de Zoonoses: controle da fauna urbana, roedores, raiva animal e outros vetores de interesse para saúde pública.

5.1 – As Secretarias de Estado da Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde devem realizar uma ampla discussão envolvendo os serviços de saúde, os usuários, os conselhos e os técnicos sobre as atribuições do SUS, referentes as ações de: controle de zoonoses, bem estar animal, atendimento clínico e controle da população animal, com definições de linhas de financiamento e atribuições de outros órgãos públicos.

5.2 – A Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e Distritos deverão ampliar o acesso a vacinação anti-rábica animal de rotina, em postos descentralizados em todas as regiões da cidade.

6. Vigilância da Saúde do Trabalhador: vigilância de acidentes e doenças relacionados ao trabalho; intervenções no ambiente de trabalho no sentido de promover saúde e prevenir doenças.

6.1 – Realizar as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador em todos os níveis da atenção a saúde, voltada a totalidade dos trabalhadores do município, conforme priorização dos planejamentos de Saúde do Trabalhador e Vigilância em Saúde, utilizando leis sanitárias, Pactos, Lei Federal 8.080, Lei Estadual 10.083/1998 e Lei Municipal 6.764/1991 em detrimento das normas trabalhistas.

7. Vigilância Sanitária: controle e monitoramento dos processos produtivos, de comércio e de consumo de produtos e serviços que envolvam risco à saúde.

7.1 – O sistema de vigilância sanitária deverá aprofundar a discussão da informação como ferramenta importante do trabalho e integrar os sistema de informação do nível estadual (SIVISA) e federal (ANVISA).

7.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deve adequar as condições sanitárias dos serviços de saúde municipais.

7.3 – Garantir inspeções sanitárias nos serviços públicos e conveniados com autonomia das equipes técnicas, exercendo o papel de autoridade sanitária, sendo os relatórios encaminhados aos respectivos

Conselhos.

7.4 – Divulgar os canais de denúncia da Vigilância para a população e intensificar as ações a partir destas. Realizar campanhas educativas para a população sobre o uso de consumo de produtos clandestinos e seus riscos. Intensificar a fiscalização na área de alimentos e outros (abates clandestinos, consultórios odontológicos, uso de chumbinho, anabolizantes, supermercados e padarias).

7.5 – Capacitar os técnicos das Vigilâncias em Saúde (VISA) para ampliar e qualificar suas ações na avaliação dos estabelecimentos, serviços e programas voltados para prevenção, promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e usuários: Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC), sistema de ar condicionado, resíduos, Programa de Proteção Respiratória (PPR).

7.6 – Aquisição de abrigo de resíduos e fluxo de gestão dos resíduos químicos gerados nos serviços da rede SUS.

7.7 – A Secretaria Municipal da Saúde deve realizar campanha de sensibilização nos serviços próprios para utilização adequada de uniformes e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) com uso somente no local de trabalho.

8. Temas gerais

8.1 – A Secretaria Municipal de Saúde deve aprimorar a articulação da rede de assistência e de uma rede de proteção sanitária em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

8.2 – Considerando a complexidade crescente das tarefas da Vigilância e considerando a absoluta necessidade de que seus técnicos tenham condições estáveis de trabalho e considerando que os investimentos necessários para a formação em serviço desses técnicos é de grande importância, a Prefeitura Municipal de Campinas deve desencadear concurso público para suprir a necessidade de novos profissionais para a área.

8.3 – Garantir condições de trabalhos para as equipes da Vigilância em Saúde, ampliando a infraestrutura de carros, espaço físico, mobiliários e equipamentos.

8.4 – Discussão com esferas estadual e federal do sistema de vigilância para implantação de Laboratório de Saúde Pública municipal para atender as demandas (epidemiológica, sanitária e ambiental e de saúde do trabalhador).

8.5 – Os vários níveis de gestão do sistema de vigilância em saúde devem discutir amplamente a questão do financiamento do

sistema e seus limites, no sentido de garantir o fortalecimento das equipes de Vigilância (contratação, capacitações e atualizações, condições de trabalho, fixação dos profissionais).

8.6 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá promover o debate sobre a intersetorialidade como diretriz de governo e que a saúde participe efetivamente destes espaços na elaboração de ações conjuntas.

SAÚDE E DIREITOS DE CIDADANIA

1. População Negra

1.1 – Que a Secretaria Municipal de Saúde implante e efetive o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com a participação dos grupos de população negra, como estabelece a Portaria 992/MS de 13/05/2009 e implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra na Rede, com ênfase no tratamento e na campanha sobre a anemia falciforme.

2 – População LGTB (Lésbicas, Gays, Travestis, Transexuais e Bissexuais)

2.1 – Que a Secretaria Municipal de Saúde inicie um processo de discussão sobre a realização da cirurgia de transgenitalização no SUS Campinas, independente de demanda mínima.

2.2 – Que a Secretaria Municipal de Saúde garanta a inclusão dos quesitos orientação sexual e identidade de gênero, nos prontuários dos diversos serviços de saúde do município através de um processo de sensibilização/capacitação dos diversos profissionais de

saúde no intuito de diminuir a discriminação em razão da homofobia.

2.3 – Que a Secretaria Municipal de Saúde garanta a implantação de um processo permanente de sensibilização/capacitação para as equipes de profissionais do Programa de Saúde da Mulher, CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, para a atenção às especificidades no atendimento às lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais.

2.4 – Que a Secretaria Municipal de Saúde garanta, promova e apoie a inclusão dos temas: diversidade sexual; identidade de gênero; direitos sexuais e reprodutivos, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS em todas as atividades de informação, formação, mobilização de instituições e espaços de atuação com os setores que trabalham com a população LGBT.

2.5 – Que a Secretaria Municipal de Saúde inclua o tema da Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nos processos de formação e educação permanente/continuada dos trabalhadores da saúde.

2.6 – Que a Secretaria Municipal de Saúde capacite os/as cuidadores/as de pessoas, no que diz respeito às questões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero.

2.7 – Que a Secretaria Municipal de Saúde dê continuidade à realização de pesquisas e estudos para produção de protocolos e diretrizes a respeito de hormonioterapia, implante de próteses de silicone e retirada de silicone industrial para travestis e transexuais, bem como estudos sobre mastectomia e histerectomia em homens transexuais.

2.8 – Que a Secretaria Municipal de Saúde crie/estime a interface entre a Ouvidoria do SUS, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais –Creas LGBT e Coordenadoria de Políticas para a Diversidade Sexual da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social e a Corregedoria do Município, visando parcerias no intuito de tratar demandas de denúncias de violência, e discriminação contra LGBTs nos serviços de saúde do município.

2.9 – Que a Secretaria Municipal de Saúde inclua as temáticas de orientação sexual e identidade de gênero nas capacitações dos Conselhos de Saúde do Município.

2.10 – Que a Secretaria Municipal de Saúde, em trabalho intersetorial com outras secretarias municipais, crie, implante e implemente redes integradas de atenção à população LGBT em situação de vulnerabilidade, violência doméstica, sexual, social, entre outras, garantindo recursos para parcerias com o

Centro de Referência Especializado de Assistência Social de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais -Creas LGBT e Coordenadoria de Políticas para a Diversidade Sexual da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social o Centro de Referência da Mulher, a Sociedade Civil Organizada, implementando a notificação compulsória.

2.11 – Que o Município ofereça apoio psicológico-social às famílias nos bairros, por meio dos profissionais do PSF (Programa Saúde da Família) capacitados para a diversidade e às especificidades de adolescentes e jovens GLBT, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

3. Pessoas com Deficiência

3.1 – Que a Secretaria Municipal de Saúde garanta a manutenção, ampliação e descentralização dos serviços de referência do SUS em reabilitação física, visual, auditiva, intelectual e múltipla.

3.2 – Que a Secretaria Municipal de Saúde implante a Convenção da ONU que prevê a acessibilidade 100% (cem por cento) em todas as unidades de saúde, eliminando as barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais que impedem a atenção integral à saúde das pessoas com deficiência.

3.3 – Que a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal da Assistência Social, dê continuidade à discussão inter setorial sobre os projetos de Cuidadores(as) Domiciliares, Residências Inclusivas e Moradias Assistidas, para pessoas com alto grau de dependência.

3.4 – Que a Secretaria Municipal de Saúde garanta a ampliação e adequação predial do Centro de Reabilitação de Sosas, inaugurado em 2003, e já insuficiente e inadequado para a demanda atual.

3.5 – Que a Secretaria Municipal de Saúde aprimore e amplie o processo de concessão, manutenção e adaptação de cadeiras de rodas e meios assistidos de locomoção, próteses e outros dispositivos auditivos e visuais, de acordo com a necessidade do usuário.

4. Pessoas em Situação de Rua

4.1 – Efetivação da política intersetorial de atenção à população em situação de rua, sendo uma política que garanta os direitos e não violadora, que respeite os direitos.

4.2 – Acolhimento, olhar cuidadoso e escuta sensível à população em situação de rua nos PAs, PSs e UBSs.

4.3 – Agilidade no agendamento de consultas e exames à população em situação de rua, considerando-se a rotatividade dessa população.

4.4 – Atenção qualificada e humanizada nos PAs e PSs à população em situação de rua nas crises de abstinência e desintoxicação decorrentes do uso de substâncias psicoativas, seja na dependência propriamente dita, ou no uso nocivo.

4.5 – Atenção qualificada e humanizada nos PAs e PSs à população em situação de rua com transtorno mental e/ou comorbidade.

4.6 – Implantação da Casa de Cuidados aqueles usuários que necessitam de cuidados de saúde, que momentaneamente não apresentam autonomia para manter o auto-cuidado e não justificam internação. Que esta casa seja administrada intersetorialmente.

4.7 – Implantação da Casa de Cuidado - nível 3, pessoas que oneram os pronto-socorros e leitos de internação hospitalar em situação de risco devido algum tratamento mais prolongado, que não tem condições de alta ou autonomia, com necessidade de cuidados intensivos.

5. Pessoa Idosa

5.1 – Que a Secretaria Municipal de Saúde faça valer a Política Nacional do Idoso na efetivação do Centro-Dia, regionalizado.

6. Criança e Adolescente

6.1 – A Secretaria Municipal de Saúde, através dos Distritos de Saúde, deve estimular, em todas as regiões da cidade, a constituição de grupos intersetoriais, que desenvolvam projetos para abordagem de crianças e adolescentes em situação de risco social e de maior vulnerabilidade.

6.2 – A Secretaria Municipal de Saúde deve solicitar debates periódicos com os Conselhos Tutelares e com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, para traçar estratégias e elaborar programas que visem o enfrentamento dos principais problemas de saúde, incluindo a implantação de plantões do conselho tutelar para atendimento à crianças e adolescentes em pronto-atendimentos e pronto-socorros.

6.3 – Que a Secretaria Municipal de Saúde descentralize as ações do SADA (Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem).

6.4 – Que a Secretaria Municipal de Saúde amplie a equipe multidisciplinar atual do SADA

(Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem), que é única para toda a rede.

6.5 – Que a Secretaria Municipal de Saúde possibilite a construção de mais equipes especializadas para atender dificuldades de aprendizagem (uma equipe por Distrito de Saúde).

6.6 – Que a Secretaria Municipal de Saúde capacite continuamente profissionais de saúde das equipes de saúde da família (médico generalista e pediatra, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeuta ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.) para garantir fluxo e atendimento aos casos de dificuldades de aprendizagem, além de incluir os profissionais de educação nesta capacitação.

6.7 – Que a equipe de saúde da família, estreite a intersetorialidade com a escola a fim de identificar possíveis casos de dificuldade de aprendizado para serem trabalhados.

7. População Cigana

7.1 – Que a Secretaria Municipal de Saúde estabeleça em sua rede de serviços estratégias que contemplem as necessidades da população cigana e oferecer solução para seu atendimento, em particular dos ciganos nômades no que diz respeito à exigência de

comprovante de residência e formas de registro do atendimento que permitam seguimento ao longo da vida.

8. Pessoas com Transtornos Mentais

8.1 – Que a Secretaria Municipal de Saúde amplie as equipes multidisciplinares da saúde mental da UBS, com o objetivo de qualificar os diálogos com os usuários do seu território de abrangência.

9. Propostas Gerais

9.1 – Que a Secretaria Municipal de Saúde organize e realize capacitação e educação permanente de todos os profissionais de saúde para qualificar o acolhimento e atenção às necessidades de saúde dos grupos em suas especificidades, com a participação também de pessoas com deficiência para capacitá-los.

9.2 – Que a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, crie programa de Acompanhante Terapêutico para diferentes especificidades.

9.3 – Que a Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, amplie Programa de

Cuidadores para diferentes especificidades.

9.4 – Que a Secretaria Municipal de Saúde, em diálogo com a Secretaria Municipal de Assistência Social, interceda junto à Secretaria Municipal de Transportes para que seja garantido e ampliado o direito dos usuários ao transporte gratuito para o acesso aos serviços de saúde e demais atividades do processo terapêutico.

9.5 – Que a Secretaria Municipal de Saúde divulgue para todos os cidadãos os fluxos de atendimento a pessoa em situação de maus tratos e violência já existentes e também acolher as denúncias conforme esses fluxos.

9.6 – Que a Secretaria Municipal de Saúde avance na discussão e implementação do prontuário eletrônico do SUS.

9.7 – Que o Conselho Municipal de Saúde crie um fórum permanente de saúde que reúna usuários, trabalhadores e gestores, para dialogar sobre a saúde, e que este fórum constitua uma comissão de acompanhamento à execução das propostas.

9.8 – Que a Comissão Organizadora das próximas Conferências Municipais de Saúde fique atenta à garantia da acessibilidade 100% (cem por cento).

CONTROLE SOCIAL

1. Papel dos Conselhos e transparência para atuação dos mesmos

1.1 – Os Conselhos Locais precisam se apoderar da análise de situação de saúde de seu território. Para isso, cada unidade deve colocar em local visível (sala de espera, por exemplo) os dados epidemiológicos do território adscrito.

1.2 – As unidades devem disponibilizar, em local acessível, a lista de nomes, horários e jornadas de trabalho de todos os seus trabalhadores.

1.3 – Todas as informações solicitadas pelos conselheiros locais, distritais e municipais de saúde devem ser obrigatoriamente fornecidas pela gestão, desde que não firam as questões éticas e particulares da gestão local e dos trabalhadores.

1.4 – A Secretaria Municipal de Saúde e o Departamento de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde, a gestão da unidade e sua equipe devem criar mecanismos para melhorar as formas de registro da produção, de forma que isso possa ser apresentado e debatido com os trabalhadores

e usuários e suas demandas.

1.5 – A Secretaria Municipal de Saúde e o Distrito de Saúde devem chamar os Conselhos Locais de Saúde para as discussões sobre a criação, reforma ou ampliação dos serviços de saúde, desde a escolha do local, o planejamento para sua instalação e a discussão de sua planta física.

1.6 – A Prefeitura de Campinas e suas Secretarias comprometem-se a envolver os Conselhos Locais e Municipal de Saúde nas discussões sobre o planejamento urbano.

2. Conselhos

2.1 – O CMS deve preparar uma proposta de revisão do seu Regimento Interno, para superar alguns pontos relativos ao seu funcionamento e a eleição de seus representantes, que vêm levantando dúvidas e geraram múltiplas interpretações no processo eleitoral. Uma vez elaborada a proposta, deverá ser levada para votação no Conselho, em reunião agendada especificamente para esse fim.

2.2 – O CMS deve desencadear um debate amplo e democrático sobre a Lei Municipal que o regulamenta. Deve ser estabelecido um prazo que viabilize a participação dos Conselhos e dos Movimentos Sociais interessados nesse

debate. O Projeto de emendas à Lei deverá ser aprovado no Conselho. Só após esse processo, o CMS deverá articular a devida tramitação na Câmara de Vereadores, para a efetivação das mudanças na Lei. O Conselho deve articular com vereadores para que não tenham modificações em suas propostas. O Executivo Municipal deve vetar eventuais mudanças que não tenham aval do Conselho.

2.3 – O CMS deve garantir periodicamente pauta nas reuniões ordinárias sobre: análise de conjuntura da saúde e estratégias de condução dessa política, efetivação das propostas aprovadas na IX Conferência e deliberações de Conferências anteriores não cumpridas. Essa prestação de contas deve ocorrer a cada 3 meses. (assunto também contemplado nas propostas de âmbito nacional – vide final do relatório)

2.4 – O CMS deve buscar as instâncias competentes da Secretaria Municipal de Saúde para debater e implementar medidas que visem garantir mais agilidade na execução financeira dos recursos que lhe são destinados no orçamento. (assunto também contemplado nas propostas de âmbito nacional – vide final do relatório)

2.5 – A Secretaria Municipal de Saúde ao indicar servidores para prestar serviço junto ao CMS deve antes discutir seus nomes com a Comissão Executiva do Conselho e a

efetivação da indicação deve se dar mediante: comum acordo entre CMS e Secretaria Municipal de Saúde, comprovação da real necessidade do servidor na jornada de trabalho proposta e formalização através de mudança de Centro de Custos em que o servidor passa a ser lotado. Em caso de necessidade, a reposição deste funcionário em seu local de origem deve ser garantida.

2.6 – A Secretaria Municipal de Saúde deve elaborar orientações aos gestores de todos os serviços da rede sobre suas obrigações em relação aos Conselhos Locais, objetivando facilitar e estimular o seu funcionamento. Estas obrigações devem ser cobradas dos gestores. Nessas orientações deve constar que cabe ao serviço local: divulgar as reuniões dos CLS, as mudanças ocorridas na dinâmica do serviço e todas as informações de interesse dos conselheiros, bem como desenvolver estratégias que visem à ampliação da participação, incluindo a participação de adolescentes em Conselhos Locais e Distritais, através de convites às Associações de Bairro, lideranças, outros órgãos públicos da região e movimentos sociais com atuação na região. Deve constar ainda que as reuniões dos CLSs devam ser abertas à participação de todos os interessados. Também deve constar uma lista com o nome dos conselheiros locais e o meio de contactá-los.

2.7 – O CMS deve produzir e fornecer de

forma permanente: material de divulgação sobre o SUS, a existência e o papel dos Conselhos e as deliberações do Conselho Municipal de Saúde e relatórios finais das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais, que possa ser utilizado nas mobilizações dos Conselhos Locais, Distritais e Municipal e usuários em geral, o mesmo deve ficar em local acessível para consulta. O CMS deve realizar atividades de mobilização por região. É responsabilidade dos conselheiros garantir a utilização destes materiais em atividades intersetoriais diversificadas voltadas à população. Devem ser implementados meios de divulgação que melhorem a comunicação entre os conselhos locais, distritais e municipal. (assunto também contemplado nas propostas de âmbito nacional – vide final do relatório)

2.8 – O CMS deve providenciar estrutura para que os CLS elaborem quadros para a divulgação de suas reuniões com: dia, horário, local, nomes, telefones e endereços dos conselheiros locais, a serem colocados em áreas visíveis, em cada serviço, que possam ser usados em todos os Centros de Saúde.

2.9 – O CMS deve apoiar os CLS a produzir boletins informativos sobre suas deliberações e outras questões de interesse para ser divulgado dentre a população da região em questão.

2.10 – O Conselho Municipal de Saúde deve pautar um debate sobre a Lei de

Responsabilidade Fiscal e a situação do município de Campinas, para que possa balizar suas decisões com dados transparentes e atualizados. Para esse debate o CMS deve convidar o Secretário de Finanças além de outros envolvidos com o tema. (assunto também contemplado nas propostas de âmbito nacional – vide final do relatório)

2.11 – O CMS deve ser o responsável pelos cursos e capacitações dos conselheiros, realizados periodicamente, buscando efetivá-los através de parcerias com os movimentos sociais interessados na saúde, com os sindicatos de trabalhadores, com as entidades de ensino e com a própria gestão do SUS, porém mantendo autonomia e assumindo a coordenação dos processos. Esses cursos e capacitações devem ser certificados e ter validade nacional. O programa dos cursos deve ser construído também a partir das demandas dos Conselhos Locais. (assunto também contemplado nas propostas de âmbito nacional – vide final do relatório)

2.12 – O CMS deve elaborar um cronograma de debates abertos sobre temas da política de saúde e realizá-los periodicamente nos moldes das Plenárias Rumo a IX Conferência.

2.13 – Os suplentes de conselheiros gestores, usuários e trabalhadores devem acompanhar as reuniões dos Conselhos Local, Distrital e Municipal de Saúde, como fazem os titulares.

2.14 – Ao ser aprovada uma deliberação do Conselho que necessite de formalização em Lei, os conselheiros devem pressionar os vereadores para que votem na decisão do Conselho. Caso a Câmara não cumpra a decisão do Conselho, deve ser acionado o Ministério Público para garantir o que está previsto nas Leis 8.080 e 8.142.

2.15 – Todos os Projetos de Lei elaborados pelo Poder Executivo, que tenham relação com as políticas públicas de saúde, devem ser apreciados pelo Conselho Municipal de Saúde em caráter deliberativo, com tempo hábil para debate aprofundado, antes do envio à Câmara Municipal. (assunto também contemplado nas propostas de âmbito nacional – vide final do relatório)

2.16 – O CMS deve ter uma assessoria jurídica própria, de sua confiança, que possa subsidiar sua atuação no campo legal.

2.17 – Toda discussão no Conselho Municipal de Saúde deve ser feita com tempo hábil para o debate aprofundado, tomando mais de uma reunião se necessário, com possibilidade de pedido de vistas por um ou mais conselheiros. A secretaria executiva do CMS deve garantir antecipadamente, com pelo menos 7 dias de antecedência o envio das pautas aos conselheiros e da documentação para análise (de construções e orçamento, por exemplo), a serem discutidas nas reuniões. Quando se

tratar de Convênios, o processo referente ao assunto tratado deve estar disponível na sala do Conselho com a mesma antecedência, para consulta por qualquer pessoa interessada, e deve estar sobre a mesa durante a reunião.

2.18 – Todo assunto debatido pelo Conselho Municipal de Saúde deve contar com pelo menos duas apresentações, feitas por representantes de segmentos diferentes, com tempo igual.

a. Quando se tratar de alguma deliberação sobre convênio, caberá aos representantes do Conselho Municipal de Saúde na Comissão de Acompanhamento do referido convênio, fazer a segunda apresentação.

b. Quando se tratar da Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde, caberá ao Conselho Fiscal fazer a segunda apresentação.

c. Cabe à Comissão Executiva do Conselho Municipal de Saúde definir quem fará as apresentações nos demais casos.

2.19 – Todo conselheiro tem por responsabilidade repassar as informações aos demais conselheiros e usuários na região onde atua. O CMS deve garantir estrutura para viabilizar boletins informativos dos CLS.

2.20 – O Conselho Municipal de Saúde deve acompanhar os Conselhos Locais de forma a

garantir as funções de coordenação e secretariado dos conselhos locais com independência da gerência local. O coordenador do CLS deve ser escolhido dentre seus participantes. As reuniões não devem deixar de ser realizadas em função da ausência do gestor. A forma como se dará este acompanhamento será decidida pelo pleno do Conselho Municipal de Saúde. Os usuários dos CLS devem ser respeitados pelos trabalhadores e gestores na definição das pautas e nas decisões tomadas durante as reuniões. Os CLS devem funcionar como órgãos colegiados e democráticos, com suas decisões tomadas por consenso ou por maioria.

2.21 – O Conselho Distrital deve garantir a presença de gestores de outros níveis de gestão nas reuniões dos Conselhos Locais.

2.22 – O Conselho Municipal de Saúde, junto com o Conselho Distrital, devem apoiar a construção de regimentos para os Conselhos Locais de Saúde de forma a respeitar a singularidade de cada serviço.

2.23 – A Secretaria Municipal de Saúde, através dos Distritos de Saúde, deve garantir estrutura mínima para o funcionamento dos Conselhos Locais (espaço para as reuniões, materiais de escritório) e para o trabalho dos conselheiros em todas as esferas de atuação, devendo garantir adequado deslocamento aos conselheiros para todos os fóruns relacionados

aos quais precisará comparecer.

2.24 – O CMS deve garantir reunião/plenária, periódica, congregando todos os Conselhos Locais com o Conselho Municipal.

2.25 – O CMS e os CLS devem fazer um planejamento para participação dos conselheiros municipais nas reuniões dos Conselhos Locais, em suas unidades de origem.

2.26 – Os conselheiros locais podem participar das reuniões intersetoriais de seus distritos discutindo as questões de interesse da comunidade, como por exemplo, a abertura de espaços públicos para utilização da população, aproveitando os Centros de Convivência existentes.

2.27 – Deverão ser criadas Comissões Locais para o acompanhamento das obras, tanto para construções novas quanto para reformas. Para obras de construção de novas unidades a comissão será organizada pelo Conselho Distrital e para reformas essa atividade será feita pelos conselhos local e distrital. Disponibilizando aos Conselhos Locais o cronograma da obra. A Prefeitura Municipal de Campinas também deve garantir o diálogo entre estas comissões com o setor de obras (engenheiros e arquitetos), deixando também clara a responsabilidade técnica da obra de forma que isso possa ser cobrado.

2.28 – O CMS deve realizar a revisão e fiscalização dos contratos das obras da Secretaria Municipal de Saúde e de infraestrutura/manutenção adequada dos serviços já implementados, incluindo as de emendas parlamentares, incluindo a apresentação do parecer do Conselho Fiscal ao Tribunal de Contas. (remetido pelo grupo de gestão e financiamento)

2.29 – A gestão deve partilhar os processos de compra e recebimento de materiais com o conselho local de saúde da unidade em questão.

2.30 – Os gestores devem respeitar os conselhos, cumprindo os compromissos assumidos, inclusive ofertar acesso aos seguintes documentos: Plano Municipal de Saúde, Programação Pactuada e Integrada, Relatório Anual de Gestão, que irão subsidiar o Controle Social. Do contrário, o Ministério Público deverá ser acionado.

2.31 – O Conselho Municipal de Saúde deve viabilizar local específico para seu funcionamento, preferencialmente em conjunto com os conselhos de Campinas, com estrutura suficiente para todas as suas atividades, inclusive plenário em formato mais adequado para as reuniões.

2.32 – O Conselho Municipal de Saúde, para se fazer representar em quaisquer comissões

constituídas pelo governo municipal, deve passar por discussão no pleno e indicação de quem serão seus representantes.

2.33 – As decisões relativas ao funcionamento dos serviços tomadas pelo Colegiado Gestor devem ser comunicadas e debatidas com o Conselho Local de Saúde, de forma a garantir uma relação construtiva, democrática e respeitosa entre estas instâncias. O Colegiado Gestor deve se constituir como um espaço de controle social dos trabalhadores. Devem ser garantidos os espaços próprios de reunião internos aos serviços, as responsabilidades da gestão e o papel dos conselheiros de realizar o controle social.

2.34 – Os conselheiros locais ou representantes indicados por eles devem participar dos planejamentos realizados pelos serviços.

3. Conferências

3.1 – O CMS e a Comissão Organizadora da Conferência devem garantir a divulgação do relatório da IX Conferência no prazo de até noventa dias, conforme já prevê o Regimento.

3.2 – As Moções aprovadas na IX Conferência Municipal de Saúde devem ser publicadas no Diário Oficial do Município, na página eletrônica da Prefeitura Municipal de Campinas e encaminhadas a todos os destinatários

citados na semana seguinte a da Conferência.

3.3 – Os Conselhos Distritais devem pautar um debate numa Plenária de Conselhos Locais, aberta à participação de todos os interessados, sobre as deliberações da IX Conferência dentro de 90 dias contados a partir da divulgação do Relatório.

3.4 – O CMS e a Comissão Organizadora da IX Conferência devem garantir que o relatório da conferência seja publicado, encadernado e encaminhado a todos os conselhos do município.

3.5 – O CMS e a Comissão Organizadora de todas as Conferências devem apresentar o que se encaminhou nas propostas colocadas da Conferência anterior.

4. Relação com outras instâncias

4.1 – O CMS, após a IX Conferência, deverá constituir um grupo encarregado de se articular com outros Conselhos Municipais da região Metropolitana e do Estado de São Paulo, realizando uma reunião com o objetivo de angariar apoio para as propostas de Campinas na Conferência Estadual de Saúde.

4.2 – O CMS, após a Conferência, deverá constituir um grupo de trabalho, com apoio da

relatoria da Conferência, para elaborar uma Carta com as principais linhas políticas aprovadas na IX Conferência. A Carta terá como objetivo permitir a ampla divulgação, inclusive a todos os conselhos do município (de forma intersetorial), das propostas aprovadas numa forma mais concisa e mais comunicativa.

4.3 – Os delegados da IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas às Conferências Estadual e Nacional deverão trazer para o CMS as informações de como transcorreram os trabalhos desenvolvidos.

4.4 – O CMS deve buscar estreitar relações intersetoriais com outros conselhos do município, apoiando e estimulando a atuação de conselhos como o Municipal do Idoso e o Municipal da Assistência Social.

4.5 – A Secretaria Municipal de Saúde deve garantir a inserção da pauta da saúde, bem como de todas as esferas intersetoriais, nas discussões de planejamento urbano, discutindo, entre outros assuntos, a mobilidade urbana. Deve haver participação efetiva dos conselhos municipal, distritais e locais de saúde sobre qualquer ação, que mude a configuração da população de determinada região, desde seu planejamento. Para a aprovação de empreendimentos imobiliários, deve ser anexado ao processo de aprovação o parecer da unidade em referência sobre a capacidade

para atender a população que o empreendimento trará.

4.6 – O CMS deve discutir com os outros conselhos (por exemplo meio ambiente) sobre a obrigatoriedade de novos empreendimentos participarem na construção de equipamentos sociais necessários à região. Deve ser discutido também, o local, o planejamento de implementação e a planta, com Conselhos Locais e com o Conselho Municipal de Saúde, buscando garantir que a contrapartida desses empreendimentos seja investida na saúde do território.

4.7 – A Prefeitura Municipal de Campinas deve garantir cotas para acesso às mídias de massa (rádio e televisão) pelo controle social, através do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde.

4.8 – O CMS, em nome dos delegados da IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas, deve exigir à Secretaria Estadual de Saúde que, ao construir novos serviços de saúde, chame os Conselhos Municipais de Saúde das cidades que serão atendidas por esses serviços para debater sobre a instalação dos mesmos.

4.9 – A Secretaria Estadual de Saúde deve garantir que todos os serviços intermunicipais/estaduais tenham Conselhos Locais de Saúde compostos, entre outros, por representantes dos

Conselhos Municipais de Saúde dos municípios atendidos pelo serviço.

5. Educação Permanente dos Conselheiros:

5.1 – O CMS e a Secretaria Municipal de Saúde devem incluir também no espaço de formação/educação permanente os conselheiros trabalhadores e gestores.

5.2 – O CMS, em conjunto com o CLS, deve fazer processos de educação específicos que respeitem as singularidades locais (pelo menos a cada semestre, com temas diversificados).

5.3 – O CMS e a Secretaria Municipal de Saúde devem garantir que os processos de formação para conselheiros sejam periódicos (Cursos longos pelo menos a cada 2 anos e outros processos pontuais de formação pelo menos a cada 6 meses).

5.4 – As atividades de Educação Permanente para Conselheiros devem incentivar e motivar sua atuação e esclarecer sobre o direito à saúde da população.

**Deliberações para
encaminhamento às etapas
Estadual e Nacional.**

DIRETRIZ 1

AMPLIAR A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E CONSOLIDAR OS CONSELHOS

- 1.** O Conselho Estadual de Saúde, em nome dos delegados da Conferência Estadual de Saúde, deve exigir à Secretaria Estadual de Saúde que, ao construir novos serviços de saúde, chame os Conselhos Municipais de Saúde das cidades que serão atendidas por esses serviços para debater sobre a instalação dos mesmos.
- 2.** A Secretaria Estadual de Saúde deve garantir que todos os serviços intermunicipais/estaduais tenham Conselhos Locais de Saúde compostos, entre outros, por representantes dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios atendidos pelo serviço.
- 3.** A Secretaria de Estado da Saúde deve garantir a inserção da pauta da saúde, bem como de todas as esferas intersetoriais, nas discussões de planejamento urbano, discutindo, entre outros assuntos, a mobilidade urbana. Deve haver participação efetiva dos Conselhos Municipal e Conselhos Locais de Saúde (quando houver), sobre qualquer ação que mude a configuração da população de determinada região, desde seu planejamento. Para a aprovação de empreendimentos imobiliários deve-se verificar, antes que seja

aprovado, se a unidade de referência tem capacidade para atender a população que o empreendimento trará.

- 4.** O Conselho Estadual de Saúde deve discutir com os outros conselhos (por exemplo o Conselho Estadual do Meio Ambiente) sobre a obrigatoriedade de novos empreendimentos participarem na construção de equipamentos sociais necessários à região. Devem ser discutidos também o local, o planejamento de implementação e a planta, com Conselho Municipal de Saúde (e com conselhos locais, quando houver), buscando garantir que a contrapartida desses empreendimentos seja investida na saúde do território.
- 5.** A Secretaria de Estado da Saúde deve garantir cotas para acesso às mídias de massa (rádio e televisão) pelo controle social, através do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde (quando houver).
- 6.** Os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional devem garantir periodicamente pauta nas reuniões ordinárias para debater e acompanhar a efetivação das propostas aprovadas nas Conferências.
- 7.** Os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional devem buscar as instâncias competentes para debater e implementar medidas que visem garantir mais agilidade na execução financeira dos recursos que lhe são

destinados no orçamento.

8. Os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional devem produzir e fornecer de forma permanente material de divulgação sobre o SUS, a existência e o papel dos conselhos que possa ser utilizado nas mobilizações dos Conselhos e junto aos usuários em geral. É responsabilidade dos conselheiros garantir a utilização destes materiais em atividades intersetoriais diversificadas voltadas à população. Os Conselhos de Saúde também devem criar canais de comunicação dos conselheiros com a comunidade (por exemplo, jornais), com previsão de financiamento para sua viabilização.

9. O Conselho Nacional de Saúde deve viabilizar Cursos e Capacitações dos Conselheiros, realizados periodicamente, buscando efetivá-los através de parcerias com os movimentos sociais interessados na saúde, com os sindicatos de trabalhadores, com as entidades de ensino e com a própria gestão do SUS, porém mantendo autonomia e assumindo a coordenação dos processos. Esses cursos e capacitações devem ser certificados e ter validade nacional.

10. Todos os Projetos de Lei elaborados pelo Poder Executivo que tenham relação com as políticas públicas de saúde, devem ser apreciados pelo respectivo Conselho de Saúde em caráter deliberativo, com tempo hábil para

debate aprofundado, antes do envio ao Legislativo.

DIRETRIZ 2: CONSTRUIR UMA POLÍTICA PARA OS TRABALHADORES DO SUS QUE INCORPORA OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, SUPERE OS LIMITES IMPOSTOS PELA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E PELA FORMAÇÃO DESVINCULADA DA POLÍTICA DE SAÚDE

1. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde devem posicionar-se de forma favorável à flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal e exigir emenda que permita 70% de gasto com recursos humanos.

2. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde determinam a revogação da Lei de Responsabilidade Fiscal, a auditoria da Dívida Pública (com suspensão de seu pagamento) e a regulamentação imediata da Emenda Constitucional 29, para garantir os recursos necessários para viabilizar as resoluções dessas Conferências.

3. As instituições formadoras de trabalhadores de saúde (universidades e escolas técnicas)

devem garantir a participação de representantes do Sistema Único de Saúde em seus espaços de discussão e deliberação.

4. As relações entre gestores, trabalhadores e usuários devem ser pautadas pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). A gestão deve buscar organizar os serviços de forma a garantir a implementação desses princípios e diretrizes e a debater os conflitos na relação entre gestores, trabalhadores e os usuários.

5. Todos os cursos da área da saúde (de nível médio, técnico e superior) devem incluir em suas diretrizes curriculares os conceitos do SUS e políticas de saúde.

6. As esferas de gestão do SUS devem avançar nas discussões de organização de prontuários, com a participação de trabalhadores, estabelecendo metas para implantação do prontuário 100% eletrônico.

7. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação devem ampliar as ações indutoras e fiscalizadoras da política de educação em saúde adequadas para as necessidades do SUS, como por exemplo, condicionando as vagas de residência médica ao perfil epidemiológico da população.

8. O Sistema Único de Saúde deve incorporar novas categorias profissionais necessárias para

o avanço do trabalho em saúde, como técnicos de farmácia, dentistas, redutores de danos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, especialistas em saúde do trabalhador, veterinários, auxiliares de saúde bucal, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal, instrumentadores cirúrgicos, farmacêuticos, educadores sociais e outros. Esses profissionais devem ter espaço para exercer sua clínica não apenas na forma de matriciamento. O Ministério da Saúde deve estabelecer uma Carreira Nacional para os Trabalhadores do SUS.

9. O seguinte texto deve ser encaminhado à Conferência Estadual de Saúde:
“Nós, delegados da IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas, entendemos, aceitamos e partilhamos, nossa profunda preocupação com o perigo real que o SUS está exposto e submetido ainda hoje através de um processo contínuo, lento e persistente na tentativa de sucatear e desmoralizar o serviço público e o trabalhador. Queremos frisar a necessidade urgente de formar os Conselhos Locais de Saúde (CLS) onde não existem, reativar os existentes e revitalizar os CLS atuantes nos comprometendo em não medir esforços para tal e conscientes de que apenas poderemos reverter este processo em conjunto com a população usuária”.

DIRETRIZ 3: GARANTIR A GESTÃO 100% PÚBLICA DO SUS, QUALIFICANDO-A, DEMOCRATIZANDO-A E TORNANDO-A CADA VEZ MAIS TRANSPARENTE

1. As três esferas de governo devem implementar efetivamente o Cartão SUS como uma ferramenta importante da gestão para a municipalização e reorganização da assistência, com o devido aprimoramento dos sistemas nacionais de informação e compensação dos recursos entre os municípios.

2. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde reiteram a necessidade da repactuação das responsabilidades de cada esfera do governo em relação a gestão do Sistema Único de Saúde, a ser reafirmada em lei, se necessário.

3. As três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde devem criar mecanismos que viabilizem a participação do conjunto dos trabalhadores e dos Conselhos de Saúde na elaboração do seu planejamento, através de um processo ascendente, baseado nas diretrizes políticas aprovadas nas Conferências, acompanhado e fiscalizado pelos respectivos Conselhos de Saúde.

4. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde reiteram as deliberações contrárias à delegação da gestão

dos serviços públicos do Sistema Único de Saúde, inclusive do Estado de São Paulo, para a gestão privada das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Organizações Não Governamentais (ONG) ou outras entidades privadas congêneres.

5. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde propõem ao Congresso Nacional a criação da Lei de Responsabilidade Sanitária, com a definição de responsabilidades e punições para os gestores públicos que não as cumprirem.

6. A Conferência Estadual de Saúde se manifesta pela revogação da Lei Complementar Estadual número 1.131/2010, que amplia a ação das Organizações Sociais (OS) no Estado de São Paulo e permite que até 25% dos leitos hospitalares públicos sejam destinados para atendimento privado.

7. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde se manifestam pela revogação da Medida Provisória 520, de 31 de dezembro de 2010, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, para gerenciar os Hospitais Universitários e de Ensino federais.

8. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde se manifestam favoravelmente à procedência da Ação Direta

de Inconstitucionalidade (ADIN) 1.923/98, que pretende acabar com as Organizações Sociais (OS) nos serviços públicos.

DIRETRIZ 4: CONSTRUIR A REGULAMENTAÇÃO DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE, SUPERANDO OS ENTRAVES BUROCRÁTICOS, AGILIZANDO OS REPASSES E GARANTINDO RECURSOS DE FORMA COMPATÍVEL COM OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DO SUS

1. O Sistema Único de Saúde deve recuperar o princípio constitucional da autonomia dos municípios, considerando que o financiamento através dos “mecanismos indutores de políticas” acaba por ferir esse princípio constitucional. Isso tem ocorrido em função da rigidez dos critérios de repasses financeiros que fragmentam os projetos, induzem a implantação de ações nem sempre compatíveis com a realidade dos municípios e dificultam a efetiva implantação do SUS. Nesse sentido propõe que os repasses do governo federal e estadual sejam feitos, de forma integral, por critérios demográficos e epidemiológicos, todos Fundo a Fundo, incluindo a Programação Pactuada e Integrada (PPI), através da aplicação integral do Pacto pela Saúde, garantindo um modelo assistencial com prioridade na atenção básica estruturada por meio da Estratégia de Saúde da Família.

2. As três esferas de gestão do SUS deverão elaborar planos de metas, com participação do controle social, com base nos bancos de dados epidemiológicos existentes, para a ampliação gradual do percentual do orçamento da Atenção Primária/Atenção Básica que garanta: ampliação das equipes, qualificação das unidades, abastecimento ininterrupto, ampliação da resolutividade e humanização do atendimento.

3. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde defendem a revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal, por entender que a atual restringe o Estado Brasileiro, em particular os municípios, de exercer sua função maior, a execução de políticas públicas promotoras de cidadania. Essa revisão deve ser feita em amplo debate com a sociedade brasileira, e deve incluir a ampliação do limite de recursos investidos em pessoal para patamares superiores a 70%, ao menos nos setores Saúde, Educação e Seguridade Social. O Conselho Nacional de Saúde deve pautar debates sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal nos termos da deliberação desta Conferência, implementando ações junto ao Congresso Nacional para tanto.

4. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde posicionam-se pela extinção da Desvinculação das Receitas da União (DRU), principalmente quando incide sobre o orçamento da Saúde e de outras

políticas públicas. O pagamento de juros não deve, em qualquer hipótese, comprometer a capacidade do Estado para investir em políticas públicas.

5. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde reiteram que o Congresso Nacional deve regulamentar a Emenda Constitucional 29 com a definição do que são os gastos com saúde (recursos claramente investidos para ações em serviços públicos de saúde) e a definição dos patamares mínimos de investimento da receita de 10% para a União, 12% para os Estados e 15% para os municípios, sendo mantido o investimento do ano anterior, acrescido da inflação, para os municípios que já cumprem a meta.

6. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde:

a. tomam posição contrária a qualquer tipo de isenção ou renúncia fiscal em favor do setor privado da saúde, bem como ao financiamento público de planos de saúde para quaisquer servidores públicos, sejam eles municipais, estaduais ou federais.

b. exigem o ressarcimento dos convênios para o SUS dos gastos com usuários conveniados.

c. determinam que qualquer empresa ou instituição que receba dinheiro com verba SUS não poderá utilizar esse recurso para financiar planos de saúde para seus trabalhadores e gestores.

7. A Conferência Estadual de Saúde exige do Estado de São Paulo o cumprimento efetivo de sua responsabilidade em co-financiar a assistência à saúde nos municípios, tanto em investimento quanto em custeio, com especial foco na Atenção Primária/Atenção Básica e na Urgência e Emergência.

8. O Ministério da Saúde deve ampliar o valor do Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo, garantindo o devido financiamento da Atenção Primária/Atenção Básica e a autonomia dos municípios para a realização da gestão.

DIRETRIZ 5: ORGANIZAR A REDE SUS, A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE E LEGÍTIMA, GARANTINDO OS PRINCÍPIOS DA INTEGRALIDADE, DA UNIVERSALIDADE E RESPEITANDO AS REALIDADES LOCO-REGIONAIS E A AUTONOMIA DOS MUNICÍPIOS

1. As três esferas de governo devem ampliar os recursos destinados à assistência farmacêutica para ampliar a lista de medicamentos para as patologias que não tem terapêutica padronizada, de acordo com os protocolos aprovados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

2. O Governo Federal deve encaminhar ao Congresso Nacional um projeto criando o Serviço Civil em Saúde para todas as

categorias profissionais da Saúde.

3. A Secretaria de Estado da Saúde deve desenvolver projetos que melhorem a integração dos Hospitais Universitários com as redes municipais.

4. O Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia devem providenciar recursos necessários para elaborar e coordenar um plano de desenvolvimento de pesquisa em fármacos essenciais, que torne o Brasil independente, barateie o preço de medicamentos e amplie o acesso da população a estes produtos.

5. A Secretaria de Estado da Saúde, de forma integrada com os municípios, deve desburocratizar o acesso aos medicamentos de alto custo, ampliar os pontos de dispensação e rever as exigências técnicas desnecessárias, humanizando o acesso a esses medicamentos.

6. Em relação à atenção a Saúde Mental no SUS, a Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde exigem que seja garantida a continuidade da transposição do investimento do modelo manicomial e hospitalocêntrico para o modelo de rede assistencial substitutiva através da implantação dos serviços estratégicos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I,II,III,IV,AD e AD 24h; Centros de Convivência; Serviços de Geração de Renda; Serviços Residenciais Terapêuticos;

leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais.

7. Para incentivar o crescimento e a legitimação da rede de Atenção Primária/ Atenção Básica, a Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério da Saúde devem co-financiar com os municípios através de repasses financeiros fundo a fundo, respeitando a autonomia dos municípios e vinculados ao cumprimento de metas e resultados, que devem ser construídos de forma ascendente, com a participação de usuários, trabalhadores e gestores.

8. A Secretaria de Estado de Saúde deve desenvolver um projeto de ampliação da assistência à Saúde Bucal no SUS, garantindo atendimento integral e cobertura crescente, e compartilhando seu financiamento com os municípios.

9. A Conferência Estadual de Saúde delibera pela integração da rede de assistência de saúde através de um modelo de gestão único, de direito público, para os hospitais vinculados às universidades públicas, assim como pela reversão dos processos de autarquização desses hospitais, com vistas a garantir a formação dos profissionais integrados à rede pública e o caráter de Hospitais Escola.

10. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde deliberam pela incorporação à política de Saúde Mental da

regulamentação, através de portarias, dos Serviços de Geração de Renda e dos Centros de Convivência, para permitir sua implementação e efetivação como serviços substitutivos que compõem a rede assistencial.

**DIRETRIZ 6:
AMPLIAR OS DIREITOS DE CIDADANIA DOS GRUPOS ESPECÍFICOS, TAIS COMO: IDOSOS, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, POPULAÇÃO LGTB, CIGANOS E POPULAÇÃO NEGRA, AMPLIANDO OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NAS INSTÂNCIAS DO SUS E CRIANDO AS CONDIÇÕES PARA INCORPORAÇÃO DE SUAS DEMANDAS ESPECÍFICAS**

1. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde deliberam pela implantação da Casa de Cuidados para aqueles usuários que necessitam de cuidados de saúde, que momentaneamente não apresentam autonomia para manter o auto-cuidado e não justificam internação. Essa casa deve ser administrada intersetorialmente.

2. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde deliberam pela efetivação da Política Nacional do Idoso, através da implantação do Centro-Dia, regionalizado.

3. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde deliberam pela continuidade à realização de pesquisas e estudos para produção de protocolos e diretrizes a respeito de hormonioterapia, implante de próteses de silicone e retirada de silicone industrial para travestis e transexuais, bem como estudos sobre mastectomia e histerectomia em homens transexuais.

4. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde deliberam pela implantação e efetivação, nos termos do que estabelece a Portaria 992/MS de 13/05/2009, da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra.

5. O Sistema Único de Saúde deve estabelecer, em sua rede de serviços, estratégias que contemplem as necessidades da população cigana e ofereçam solução para seu atendimento, em particular dos ciganos nômades, no que diz respeito à exigência de comprovante de residência. Também devem ser contemplada a necessidade de formas de registro de atendimento que permitam seguimento ao longo da vida.

6. O Sistema Único de Saúde deve implantar a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) que prevê a acessibilidade 100% (cem por cento) em todas as unidades de saúde, eliminando as barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais que impedem a

atenção integral à saúde das pessoas com deficiência. Essa proposta deve ser encaminhada a todos os setores do poder público para sua implementação.

7. O Sistema Único de Saúde deve avançar na discussão e implementação do prontuário eletrônico de seus usuários.

**DIRETRIZ 7:
AMPLIAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, AVANÇANDO NA INTEGRAÇÃO DOS VÁRIOS NÍVEIS DE GOVERNO E ÓRGÃOS RELACIONADOS E ALOCANDO RECURSOS COMPATÍVEIS COM SUA IMPORTÂNCIA PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO**

1. Os vários níveis de gestão da vigilância (municipal, estadual e federal) devem criar, implantar e garantir a manutenção de um sistema informatizado via web de Vigilância em Saúde, para integrar as áreas da vigilância e a rede de assistência, que agilize o fluxo de informações, garanta acesso em todos os níveis e facilite a tomada de decisão.

2. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão participar da política de redução de poluentes (dióxido de carbono e outros poluentes) provenientes da frota de veículos (promoção de saúde).

3. Os vários níveis de gestão da vigilância (municipal, estadual e federal) deverão discutir a ampliação do contingente de profissionais para controle de epidemias e endemias, com manutenção dessas equipe para avançar nas ações dos programas de controle de dengue e outras zoonoses, garantindo aporte de recursos.

4. Os municípios devem se preparar do ponto de vista sanitário, de forma articulada e intersetorial, para os grandes eventos nacionais e internacionais (exemplo: Copa do Mundo).

5. As Secretarias de Estado da Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde devem realizar uma ampla discussão, envolvendo os serviços de saúde, usuários, conselhos e técnicos sobre as atribuições do SUS, referentes as ações de: controle de zoonoses, bem estar animal, atendimento clínico e controle da população animal, com definições de linhas de financiamento e atribuições de outros órgãos públicos.

6. A Conferência Estadual de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde deliberam pela realização de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador em todos os níveis da atenção a saúde, voltada à totalidade dos trabalhadores, conforme priorização dos planejamentos de Saúde do Trabalhador e Vigilância em Saúde, utilizando leis sanitárias, Pactos, Lei Federal 8.080, Lei Estadual 10.083/1998 e leis municipais em detrimento

das normas trabalhistas.

7. O sistema de vigilância sanitária deverá aprofundar a discussão da informação como ferramenta importante do trabalho e integrar os sistema de informação do nível estadual (SIVISA) e federal (ANVISA).

8. As esferas estadual e federal do sistema de vigilância devem garantir a implantação de Laboratórios de Saúde Pública municipais, para atender as demandas da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

9. Os vários níveis de gestão do sistema de vigilância em saúde devem discutir amplamente a questão do financiamento do sistema e seus limites, no sentido de garantir o fortalecimento das equipes de Vigilância (contratação, capacitações e atualizações, condições de trabalho, fixação dos profissionais).

Moções

1. Moção de Repúdio ao Atual Governo Municipal Frente às Recentes Acusações de Corrupção

assinada por 209 delegados

Nós, delegados da 9ª Conferência Municipal de Saúde, estarecidos com o exposto através da operação deflagrada pela Polícia Civil e Ministério Público desde o dia 20 de maio de 2011, decidimos manifestar nosso repúdio à direção do atual governo municipal.

É vergonhosa a situação em que o governo Hélio colocou a cidade de Campinas! Enquanto o patrimônio público é dilapidado por esquemas de corrupção deste governo, a Saúde, assim como outras políticas sociais, sofre com a redução de recursos financeiros acarretando a falta de materiais, medicamentos, profissionais levando à piora da qualidade de assistência à população.

Entendemos que não pode haver tolerância quanto a quaisquer ações que violem o patrimônio público e os direitos de cidadania e que responsáveis por ações de tal natureza devem ser oportunamente afastados de espaços de direção e devidamente punidos.

Diante disso, exigimos:

- 1.** Que as investigações sigam até fase conclusiva e que todos os envolvidos sejam devidamente punidos.
- 2.** Afastamento imediato do atual Prefeito Dr. Hélio e todos os ocupantes de cargos neste

governo envolvidos com o esquema de corrupção sob investigação.

3. A participação popular na administração deste momento de absoluta crise na cidade de Campinas, resguardando assim os interesses da população.

Nossa manifestação é em favor da justiça e respeito ao exercício ético da política em nossa cidade, em nosso país!

Campinas, 22 de maio de 2011.

2. Moção pela Realização de Concurso Público e Revisão de Financiamento para a Vigilância em Saúde.

assinada por 176 delegados

Considerando:

1. Que a Vigilância em Saúde deve fazer a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção e que abrange a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância sanitária;

2. Que as ações de VISA são voltadas a 100%

da população, independente de ser usuária do SUS ou não;

3.Que o município de Campinas constituiu-se como polo de região metropolitana, que com sua dinâmica de circulação de pessoas e produtos, equipamentos instalados, aumento do impacto de questões ambientais, trouxe maior complexidade à situação de saúde, o que é demonstrado pelo perfil de adoecimento onde convivem as doenças crônicas, transmissíveis ou não, como hipertensão, diabetes, doenças relacionadas ao trabalho, tuberculose e também as condições agudas, emergentes e reemergentes como H1N1, dengue, leishmaniose, além de questões extremamente preocupantes para a saúde pública como os acidentes, a violência, as exposições químicas, infecções em serviços de saúde, o abandono de idosos, entre outros;

4.A necessidade de qualificar e modernizar os sistemas de vigilância para o enfrentamento das questões de saúde coletiva presentes e de novos desafios;

5.Que as ações de proteção da saúde conflitam muitas vezes com interesses individuais e econômicos de indivíduos ou grupos, havendo a necessidade de ação através de trabalhadores imbuídos de autoridade sanitária, portanto estatutários, para garantir que prevaleçam os interesses voltados à saúde coletiva;

6.Que o quadro atual de trabalhadores envolvidos com todas as áreas da Vigilância em Saúde é insuficiente para dar conta das tarefas, principalmente para as categorias mais específicas da vigilância sanitária, vigilância ambiental, saúde do trabalhador e controle de zoonoses;

7.Que não ocorre concurso público para provimento de Recursos Humanos para as áreas apontadas no item anterior desde o ano de 2000;

8.Por fim, que as condições de trabalho dos técnicos das diversas áreas de Vigilância em Saúde, incluindo disponibilidade de equipamentos para desenvolvimento das tarefas, ambiência, equipamentos de proteção individual adequados, dentre outros, são insuficientes ou inexistentes;

Nós abaixo assinados exigimos a realização imediata de concurso público para provimento de recursos humanos nas diversas áreas da Vigilância em Saúde, bem como reavaliação do financiamento da área como um todo, no nível municipal, estadual e federal, que deverá contemplar provimento de condições materiais adequadas para a realização da integralidade das ações de vigilância em saúde.

Campinas, 21 de maio de 2011.

3. Moção de Repúdio

assinada por 122 delegados

Os Conselhos e Conferências são garantidos em lei como espaços colegiados legítimos para formulação, fiscalização e deliberação sobre políticas de saúde. Em Campinas, o Conselho Municipal de Saúde tem reassumido um papel proativo na definição de estratégias, comprometido com a construção de um SUS público e de qualidade. No entanto, tem sido notória a resistência do atual governo de Campinas em acatar e implantar as decisões tomadas nos Conselhos e Conferências atuantes na cidade. Isto representa um frontal desrespeito à legitimidade desses espaços e principalmente ao Controle Social e participação da sociedade nas questões que lhe dizem respeito.

A IX Conferência, portanto, vem repudiar veementemente o desrespeito e não cumprimento pela Secretaria Municipal de Saúde em relação às deliberações do Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipais de Saúde.

Exigimos, portanto, que sejam acatadas e cumpridas imediatamente todas as deliberações do Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipais de Saúde visto que estas são definidas em espaços legítimos de representação da sociedade e garantidos legalmente.

4. Moção de Repúdio

assinada por 109 delegados

Nós, delegados da IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas, manifestamos nosso repúdio as recorrentes formas preconceituosas com que a imprensa, governantes e representantes de instituições científicas e acadêmicas tem utilizado ao associar pessoas com diagnósticos de transtornos mentais à situações de extrema violência, contribuindo, dessa forma, a perpetuação de crenças sociais e culturais de que todo o sujeito que faz tratamento de saúde mental seria perigoso socialmente. Reafirmamos, outrossim, a necessidade de que o Estado assuma, de fato, o papel que lhe cabe e implemente uma efetiva rede de serviços públicos para o tratamento digno, de qualidade e em liberdade de todos os que padecem de algum sofrimento mental.

5. Moção de Repúdio ao Programa de Avaliação de Desempenho dos Servidores Municipais de Campinas

assinada por 108 delegados

Os delegados da IX Conferência Municipal de Saúde vêm manifestar seu repúdio à forma como a Prefeitura Municipal de Campinas enseja realizar a avaliação de desempenho dos seus servidores, em especial os da Saúde, expressa na lei 12985/2007 e que passa a acontecer a partir de julho de 2011, e expõem os motivos a seguir:

1.O modelo proposto condiciona a progressão funcional à avaliação de desempenho, baseada nos critérios de evolução da qualificação, avaliação funcional e assiduidade;

2.No que tange à assiduidade, o servidor que apresente faltas, mesmo que justificadas e previstas pelo estatuto do servidor, perderá pontos. Quem tiver mais de cinco faltas (por exemplo, uma servidora em licença maternidade) terá nota zero nesse quesito. O mesmo vale para afastamentos por doenças, mesmo as adquiridas no trabalho;

3.No que tange à avaliação funcional, que concentra a maior parte da pontuação possível, a proposta em vigor permite que os parâmetros de avaliação variem de servidor para servidor, a critério da chefia imediata. Essa forma personalizada de emitir pareceres significa uma perda da transparência na avaliação e progressão, além de dar margem ao abuso de poder e possíveis perseguições;

4.Apenas poderão pleitear a progressão os servidores que tiverem nota total superior à média de seus colegas de categoria funcional;

5.A progressão vertical é restrita a 5% dos servidores por ano, e a progressão horizontal a 20% dos servidores por ano, independentemente do número de servidores aptos a pleitear a progressão;

Os critérios apresentados constituem evidente tentativa de estimular a concorrência entre os servidores, de forma que conseguirão a progressão funcional e o consequente ganho financeiro não necessariamente os servidores que atingirem um nível satisfatório, mas sim aqueles que conseguirem ser melhores que seus colegas de trabalho.

Entendemos que a progressão funcional é um direito do servidor, que pode sim estar condicionada ao seu desempenho no cargo, mas nunca atrelada à competição entre colegas, nem a critérios discriminatórios e injustos como nos casos citados no item 2. Entendemos também que é fundamental que os critérios de desempenho sejam construídos de forma singular, respeitando a diversidade de cenários de prática profissional de Campinas, e construídos em parceria com a comunidade que é usuária dos serviços públicos.

6. Moção pela Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal

assinada por 89 delegados

Considerando que o teto máximo de despesas com pessoal estabelecido pela Lei Complementar 101/2001 (Lei de Responsabilidade Fiscal) para Municípios, Estados e União inviabiliza o avanço de setores sociais, como Educação, Assistência Social e Saúde,

Considerando que tais setores necessitam fundamentalmente de trabalhadores para realização de ações e ampliação da qualidade que desejamos,

A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas, por sua Plenária Final realizada em 22 de maio de 2011, solicita a ampliação dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal para permitir a contratação de trabalhadores para as políticas sociais.

Ao Conselho Nacional de Saúde, À Presidenta da República, Aos Líderes dos Partidos Políticos no Congresso Nacional.

7. Moção de Apoio à Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/98

assinada por 80 delegados

A IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas, por sua Plenária Final realizada em 22 de maio de 2011, APOIA a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/98, contra a Lei 9.637/98, que “Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”.

Consideramos esta Lei inconstitucional, por violação frontal ao princípio da Moralidade na

Administração Pública e por tentar contornar, por vias transversas, todos os sistemas de fiscalização e controle interno e externo dos gastos públicos, além de se constituir em uma afronta direta aos direitos sociais e trabalhistas historicamente conquistados pelos trabalhadores, abrindo sérios precedentes para desvios do erário público.

Essa lei desconsidera a deliberação do Conselho Nacional de Saúde nº 001, de 10 de março de 2005, contrária “à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS)”.

A partir do exposto, reiteramos a solicitação que os Excelentíssimos Ministros do Supremo Tribunal julguem PROCEDENTE a ADIN 1.923.

8. Moção de Apoio à Greve dos Servidores Públicos Municipais de Campinas

assinada por 78 delegados

Considerando que os servidores públicos municipais de Campinas estão em greve desde 13/05/2011, exigindo reposição de perdas salariais acumuladas desde 2005, além de uma ampla pauta de reivindicações;

Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) precisa de trabalhadores bem

remunerados e com condições de trabalho adequadas, para que atendam às necessidades de saúde da população;

Considerando que a greve só foi deflagrada após inúmeras tentativas de negociação que duraram meses, e que a negociação não tem avançado por não terem sido apresentadas novas propostas pela Prefeitura;

Nós, delegadas e delegados à IX Conferência Municipal de Saúde de Campinas:

Manifestamos nosso apoio à Greve dos Servidores Públicos Municipais de Campinas;

Solicitamos a inclusão de itens referentes às condições de trabalho na Saúde na pauta de reivindicações da categoria;

Reivindicamos o imediato atendimento da pauta de reivindicações pela Prefeitura Municipal de Campinas.

Ao Sindicato dos Trabalhadores Municipais de Campinas – STMC;
Ao Prefeito Municipal de Campinas.

Moções que não tiveram assinaturas suficientes

9. Moção de Apoio ao Projeto de Lei de Iniciativa Popular Contra a Privatização das Áreas Sociais – assinada por 65 delegados

10. Moção sobre a Criminalização da Homofobia – assinada por 49 delegados

11. Moção sobre o Kit Homofobia – assinada por 36 delegados

12. Moção de Repúdio (sobre a recusa do governo em apresentar ao Conselho Municipal de Saúde a proposta da “Gestão Compartilhada”) – assinada por 24 delegados

13. Moção de Reivindicação à Segurança nos Serviços de Saúde – assinada por 69 delegados

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



Alóide Ladeia Guimarães

Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde - CETS

Cecília Veiga

Comunicação – Secretaria Municipal de Saúde

Elizabeth G. Zuza

Comunicação – Secretaria Municipal de Saúde

Elizete Aredes Martin

Distrito Norte

Fernanda Borges

Comunicação – Secretaria Municipal de Saúde

Evaristo Paula Aguiar

Distrito de Saúde Sudoeste

Francisca Francinete da Silva

Conselho Municipal de Saúde

Francisco Mogadouro da Cunha

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- CEBES

Iraí Aparecida Betti

Distrito de Saúde Sudoeste

Isabel Cristina Seregatto

Distrito de Saúde Noroeste

Izabel Pereira de Oliveira

Conselho Municipal de Saúde

João Xavier

Distrito de Saúde Sul

José Carlos Bortotto Junior

Secretário Executivo - Conselho Municipal de Saúde

José Maria L. Carvalho

Distrito de Saúde Leste

Lígia Aparecida Neime de Almeida

Conselho Municipal de Saúde

Luciana C. Cantareiro

Distrito de Saúde Sul

Lúcio Rodrigues

Movimento Popular de Saúde

Márcia Molina

Convidada

Marcelo Taricani

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- CEBES

Maria da Graça Silva Xavier

Movimento Popular de Saúde

Maria de Fátima Siqueira Silva

Conselho Municipal de Saúde

Maria Haydée de Jesus Lima

Convidada

Maria Helena Nogueira

Conselho Municipal de Saúde

Maria Ivonilde Lúcio Vitorino

Coordenadora

Maria José Marta da Costa

Conselho Municipal de Saúde

Neide Ap. F. Alves

Distrito Noroeste

Pedro Humberto Scavariello

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Rosa Brasilina

Distrito de Saúde Norte

Savério Gagliardi

Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional – DGDO

Silvia Teixeira Nicolau

Convidada

Teresita Del Niño J.L. N. Quintana

Conselho Municipal de Saúde

Yara de Oliveira Corrêa

Apoio do Conselho Municipal de Saúde

*** esta é uma versão preliminar.**



**Prefeitura
Municipal de
Campinas**