



RELATÓRIO FINAL
6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

SÃO PAULO
setembro/ 2011



MESA DE ABERTURA



Serra Negra

31/08/2011

Conferência de Abertura

Mestre de cerimônia – Senhoras e senhores, muitíssimo obrigado. Eu peço perdão pelo atraso, mas iniciaremos agora. Vou pedir somente um pouquinho de silêncio para que nós comecemos.

Senhoras e senhores, muito boa noite. Boa noite a cada um de vocês. Sejam todos muito bem vindos.

A 6ª Conferência Estadual de Saúde foi convocada pelo Decreto nº. 56.913, de 7 de abril de 2011. Teve seu regimento interno aprovado na reunião extraordinária do pleno do Conselho Estadual de Saúde, realizada em 13 de maio de 2011.

Esta conferência é a etapa estadual preparatória para a 14ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema é “Todos usam o SUS – SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro”.

As conferências de saúde são conquistas do povo brasileiro e constituem espaço democrático em que os municípios, os estados e a própria nação brasileira, por meio dos seus representantes, têm a oportunidade de se fazer ouvir sobre o SUS.

Desta vez nós teremos algumas inovações tecnológicas incorporadas, com sistemas e treinamentos de apoio que facilitarão o retrato das demandas e anseios para o nosso Estado.

Uma grande conferência se inicia. Porém, essa 6ª Conferência Estadual de Saúde pode ser definida por dois poemas: um de Carlos Drummond de Andrade e outro de Fernando Pessoa. Os dois juntos demonstram que as nossas dificuldades, aliadas à nossa crença, são os impulsos para fazer acontecer.

“Tivemos percalços. No meio do caminho tinha uma pedra. Tinha uma pedra no meio do caminho.”

Mas, como diz Pessoa: ser feliz é reconhecer que vale a pena viver. Apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. Nossos agradecimentos sinceros às Anas, às Marias, às Lúcias, às Reginas, às Veras, às Elizabeths, às Aparecidas, às Meires, às Kátias, às Valérias, às Naiaras, às Ritas, também aos Antônios, aos Otelos, aos Florianos, aos Lucas, aos Massahiros, aos Robertos, aos Manuéis, aos Giovanis e também a todos aqueles não mencionados que compartilharam conosco o dia a dia, as aflições e decisões para estarmos aqui hoje.

“Pedras no caminho, guardo todas. Um dia eu vou construir um castelo. Mas também vou construir essa estrada, cada vez mais ampla e segura, que nos leva para o SUS que tanto almejamos.”

Uma ótima conferência a cada um de vocês.



Gostaria de convidar para compor a mesa de abertura Sr. Antonio Luigi Ítalo Franchi, prefeito de Serra Negra, Dr. José Manoel de Camargo Teixeira, Secretário de Estado da Saúde em exercício, presidente do Conselho Estadual de Saúde e dessa Conferência. Também o Sr. Marcos Martins, Deputado Estadual e Presidente da Comissão de Saúde. Convido o Sr. Jamil Murad, Deputado Estadual. Permitam-me a correção: nesse momento vereador de São Paulo, Sr. Jamil Murad. Seja muito bem vindo. Sr. Demétrius Ítalo Franchi, Presidente da Câmara Municipal de Serra Negra. Sr. Felipe Amadeu Pinto da Fonseca, Vice-Prefeito de Serra Negra. Dra. Eliane Cruz, que nesse ato representa o Sr. Dr. Alexandre Padilha, Ministro do Estado da Saúde. Também convido o Sr. Manoel Barros Bértolo, coordenador da 6ª Conferência Estadual da Saúde. Compõe também a nossa mesa o Sr. Antônio Roberto Siqueira Filho, Secretário Municipal de Saúde de Serra Negra. Convido Maria Adenilda Mastelaro, representante do Conselho Estadual, segmento usuário. Também o Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis, representante do Conselho Estadual, segmento gestor. Vamos fechar a composição da nossa mesa com o Sr. Otelo Chino Jr., representante do Conselho Estadual, segmento trabalhador.

Sejam todos muitíssimo bem vindos.

Para essa oração inicial, para as palavras de abertura passo então a palavra ao Sr. Manuel Barros Bértolo, coordenador da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

Com a palavra então o Sr. Manuel Barros Bértolo, para suas considerações iniciais.

[Hino do Brasil]

Sr. Manuel Barros Bértolo

(Coordenador da 6ª Conferência Estadual de Saúde.)

Boa noite a todos. Quero inicialmente cumprimentar a presença de todos que estão aqui, usuários, trabalhadores e gestores, para iniciar um trabalho que visa à melhoria, a qualidade, a integralidade e equidade do nosso SUS.

Eu quero cumprimentar também a Mesa, nosso secretário de Saúde do Estado de São Paulo, José Manoel de Camargo Teixeira, o prefeito de Serra Negra, que nos recebeu, Antonio Luigi Franchi, a quem eu estendo o cumprimento a todos os outros membros da mesa.

Acho que estamos fazendo aqui um evento com muita dificuldade. Escolhemos os temas que vêm de Brasília, discutimos, fizemos as conferências municipais, regionais e estávamos todos preparados para a data, a qual nós mantivemos, de hoje, amanhã e depois de amanhã, mas sofremos uma dificuldade, onde nós não pudemos trabalhar com uma empresa organizadora de eventos.

A comissão trabalhou arduamente para que pudéssemos manter essa data. Nós nos comprometemos de manter esta data, todos da comissão deixaram suas atividades e nessa última semana fizemos um trabalho intelectual e braçal. Conseguimos arrumar este local para a conferência, viemos ontem, trabalhamos realmente braçalmente, carregamos caixas, fizemos o credenciamento de todos e todos que estão presentes aqui sabem que nós trabalhamos fazendo esse credenciamento nós mesmos.



Então eu gostaria, nesse momento, de pedir a compreensão de todos pelas dificuldades que nós tivemos, as dificuldades de vocês de se alojarem aqui neste hotel ou em hotel próximo e agradecer a intensa contribuição que todos os membros da comissão tiveram para que nós pudéssemos manter essa data, porque era um compromisso essa data.

Estamos aqui, obviamente, em mais um momento histórico de construção do SUS. Queremos melhorar o SUS através de novas propostas que vieram dos municípios, regiões, das reuniões regionais e vamos amanhã e depois de amanhã tentar aperfeiçoar essas propostas, aprová-las e homologar os delegados que irão nos representar em Brasília.

E tudo isso, é claro, teremos um trabalho árduo. Dois dias inteiros para a gente discutir maduramente o que nós queremos do SUS. Todos nós que estamos aqui queremos um SUS que atinja toda a população no Brasil inteiro, não apenas em alguns segmentos. Que todos possam ser atendidos de maneira igual, com equidade e grande qualidade. Estamos trabalhando para isso.

E agradeço a presença de todos aqui para que amanhã a gente inicie essa atividade com as propostas que vieram dos municípios e das regionais.

Agradeço a presença de todos e bom trabalho a todos nesses dias.

Obrigado.

[Aplausos]

Mestre de cerimônia – Nós ouvimos as palavras do Sr. Manoel Barros Bértolo, a quem agradecemos.

Passo então a palavra a Dra. Eliane Cruz, que neste momento, neste ato representa o Sr. Dr. Alexandre Padilha, Ministro de Estado da Saúde.

Dra. Eliane Cruz

(Ministério da Saúde)

Boa noite a todas e todos delegados e delegadas presentes.

Gostaria de cumprimentar a mesa, o Sr. Antonio Luigi, Prefeito de Serra Negra, o Felipe Amadeu, Vice-Prefeito, o Sr. José Manoel, Secretário Estadual de Saúde em exercício, o deputado estadual e presidente da Comissão de Saúde Marcos Martins; Demétrius Franchi, Presidente da Câmara Municipal de Serra Negra, Sr. Antonio Roberto, Secretário Municipal de Serra Negra, Manoel Barros, Coordenador da 6ª Conferência, a Maria Adenilda, representando o Conselho Estadual de Saúde – o segmento dos usuários; o Arthur Chioro, representando também o Conselho Estadual de Saúde – o segmento gestores – pela segunda vez, e presidente do COSEMS (eu me lembro, em 1991), Otelo Chino, representando os trabalhadores – também o segmento trabalhador do Conselho Estadual; nosso Roberto Gouveia, ex-deputado federal e ex-deputado estadual, presente; Jamil Murad, vereador de São Paulo; às vezes a gente chama de deputado estadual, mas é deputado federal também.

Gostaria de cumprimentar também os membros do Conselho Estadual presentes, do Conselho Nacional (encontrei aqui a Marisa Furia), secretários municipais, senhoras e senhores.



Em segundo lugar, eu gostaria de dizer que o ministro Alexandre Padilha tem se esforçado, tem na sua agenda todas as conferências estaduais que vão ocorrer até o final de outubro. Hoje e amanhã ocorrem três conferências: a Conferência do Distrito Federal, essa conferência – a Conferência de São Paulo, e a Conferência do Rio Grande do Sul. Como pediram que ele chegasse aqui até a hora da abertura, ele pede, solicita aos delegados e delegadas, aos membros do Conselho Estadual e da Comissão Organizadora a oportunidade de falar com vocês amanhã, às 11h45. Ele solicita a oportunidade de falar com vocês nesse plenário antes do horário do almoço, que é a forma como ele pode se fazer presente nessa conferência e honrar o estado dele, que é o estado de São Paulo e valorizar a etapa estadual da Conferência de São Paulo.

Acredito que o acordo está feito. Eu vou comunicar ao ministro. Tenho certeza que vai ser muito bom para todos nós.

Gostaria de fazer algumas considerações. Tenha certeza então que o ministro amanhã vai poder falar ao conjunto da conferência. Gostaria de dizer que para nós discutir que todos usam o SUS é uma bandeira; todos usam o SUS, quando nós estamos dentro de uma conferência como essa, nós sabemos o que é isso, mas é muito importante que a gente consiga dialogar com a sociedade sobre o que é o Sistema Único de Saúde. E nós acreditamos que a 14ª Conferência [Nacional de Saúde] é um momento ímpar para o SUS. É um momento ímpar de consolidação do Sistema Único de Saúde, de superar qualquer intenção de que o Sistema Único de Saúde seja seletivo e garantir um Sistema Único universal para todos e todas.

Depois, uma (outra) questão é sobre o desenvolvimento nacional. Hoje nós trabalhamos para ser a 5ª economia no mundo (quando a gente trabalha com Brasil, Índia, China, Rússia), e queremos que, para ser a 5ª economia do mundo, é importante que a saúde também esteja no 5º lugar no mundo. Nós não podemos trabalhar com uma economia de 5º, uma economia num patamar alto e uma saúde ainda insuficiente para o povo brasileiro.

E, nessa política de desenvolvimento nacional, chamar atenção da importância que hoje têm os trabalhadores de saúde do país. Hoje, 10% da força de trabalho, 10% dos empregos formais no Brasil são de trabalhadores da saúde. Isso significa a importância que a saúde tem para o país, também para a economia e, principalmente, para a população que todos os dias frequentam serviços de saúde (os postos de saúde, os hospitais), seja quais forem as suas necessidades e angústias, e que busca um atendimento de qualidade. Portanto, a importância de regulamentação da Emenda Constitucional 29. Creio que todos vocês estão acompanhando essa semana à discussão de que regulamentar a emenda é muito importante e que a gente tenha uma fonte de financiamento a mais, para que a gente não regule a emenda sem mais recursos para a área de saúde.

Então são questões importantes, que eu tenho certeza que essa Conferência deve debater e que a Conferência Nacional de Saúde vai debater e que, com certeza, amanhã o ministro Alexandre Padilha pode aprofundar com vocês, às 11h45.

Muito obrigada e boa conferência a todos vocês.

São Paulo com certeza puxa o país.

Mestre de cerimônia – Muito obrigado, Dra. Eliane Cruz, por suas palavras.

Ouiremos então o Dr. Marcos Martins, deputado estadual e presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa de São Paulo.



Dr. Marcos Martins

(Deputado estadual e Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa de São Paulo)

Quero saudar a todos e a todas defensores, lutadores da saúde pública do nosso país e que aqui estão presentes. Saúdo o Prefeito Luigi, nosso Secretário, Dr. Manoel, representando aqui o nosso Guido Cerri. Cumprimento a Eliane, representando aí o Ministro da Saúde, o Manoel, que acabou de falar também (conversamos aí – ele é lá da Unicamp); e os vereadores aqui presentes – o Jamil e o Demétrius. Em nome deles saúdo todos os vereadores que porventura estejam presentes aqui, nos honrando com a presença. E o Dr. Arthur, que representa todos os secretários de Saúde do Estado; é o Conselho, ele é presidente do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde. E assim eu estendo o cumprimento para os demais que aqui se fazem presente.

Nesse momento tão importante, para que a gente reflita a real situação da saúde pública e a participação popular, a participação dos vários conselhos. E que a gente tire daqui um reforço para a defesa do SUS, para que ele continue sendo público, universal, igualitário, gratuito – e que a gente não permita que haja retrocesso.

Esse esforço é extremamente importante com a participação das várias delegações que aqui já estão presente e outros que poderão chegar, para que a gente possa garantir as mudanças; além da Emenda 29, outras alterações precisam ser feitas para que a gente garanta recurso para a saúde pública e para que a gente possa fazer com que a saúde seja pública e ressarcida do privado. O privado precisa ressarcir aquilo que é utilizado de público. E assim a gente construa uma saúde pública com dignidade para todos.

Quero deixar um abraço fraterno, dizer que nós estamos na Assembléia Legislativa à disposição para que juntos possamos garantir a saúde pública e o SUS, que jamais pode ser apagado; ou que haja retrocesso nesse sistema que é mirado inclusive no mundo. Nem os Estados Unidos tem.

Um grande abraço a todos.

Muito obrigado.

Mestre de cerimônia – Muitíssimo obrigado, Dr. Marcos Martins.

Gostaria de aproveitar o ensejo para agradecer imensamente a presença da Sra. Zaira Antunes Franchi, primeira-dama de Serra Negra. Muito obrigado. Muito nos honra com a sua presença.

E agradecemos o Dr. Seixas, assessor da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Muito obrigado.

Passo então a palavra ao Dr. José Manoel de Camargo Teixeira, Secretário de Estado da Saúde em exercício, presidente do Conselho Estadual e dessa Conferência.

José Manoel de Camargo Teixeira

(Secretário de Estado da Saúde em exercício)

Presidente do Conselho Estadual e da 6ª Conferência Estadual de Saúde)



Boa noite a todos e todas. É uma satisfação muito grande poder estar aqui com todos. Uma noite meio fria, meio distante, mas, com certeza, o calor aqui presente vai compensar esse esforço de todos estarem aqui presentes.

E mais esse evento, mais essa conferência, que é um ponto importante de toda a trajetória das conferências municipais, estaduais e regionais que passamos durante todo esse ano, foi um trabalho bastante intenso, bastante árduo; 488 conferências municipais, 20 conferências regionais; uma população atingida nessas conferências de 39 milhões de pessoas, representadas nessas conferências municipais.

Eu queria cumprimentar os componentes aqui da nossa mesa. Antonio Luigi, Prefeito de Serra Negra. Sra. Zaira, primeira-dama de Serra Negra; Marcos Martins, deputado estadual, Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia (hoje de manhã estivemos na Assembléia discutindo em audiência pública a nova lei de controle, de uso de bebida alcoólica em população infantil e em adolescentes, junto com o nosso Presidente da Assembléia, Dr. Barros Munhoz); Sr. Demétrius, presidente da Câmara Municipal; Felipe Amadeu Pinto, Vice-Prefeito de Serra Negra; Eliane Cruz, representante do nosso ministro Alexandre Padilha; Jamil Murad, nosso colega, vereador de São Paulo; Prof. Manoel Barros Bértolo, membro do Conselho Estadual de Saúde, Coordenador da 6ª Conferência Estadual de Saúde, em nome do qual eu quero cumprimentar, parabenizar toda a Comissão, todo o esforço que a Comissão fez, vencendo uma série de obstáculos. Foram muitas pedras no caminho, como disse aqui o nosso apresentador, que tiveram que ser vencidas.

E também gostaria de parabenizar todos os componentes e conselheiros do Conselho Estadual de Saúde, nossos colegas que trabalharam bastante árduo na elaboração, na programação, na organização dessa 6ª Conferência Estadual de Saúde.

Cumprimento o Sr. Antonio Roberto Siqueira Filho, Secretário Municipal de Saúde, Sra. Maria Adenilda Mastelaro, uma fiel lutadora do Conselho Estadual de Saúde (temos tido bastante contato e ela trabalhou muito para que esta Conferência chegasse a esse ponto); Dr. Arthur Chioro dos Reis, também representando o Conselho Estadual – segmento gestor – e presidente do COSEMS (também um contato bastante intenso com o COSEMS nesse começo de gestão, fazendo algumas integrações e afinações de conduta); o Otelo Chino Jr., representante também do Conselho – segmento trabalhador – representante do CIMESP (também um trabalho bastante intenso com o nosso trabalho no dia a dia); nosso deputado Roberto Gouveia, aqui presente, sempre deputado (também nosso colega, com quem temos trabalhado bastante tempo); e os demais membros do Conselho. Não vou nomear todos que estão aqui presentes dando brilhantismo a esse evento. Cumprimento o Dr. Seixas, nosso assessor, velho defensor da Reforma Sanitária e também do nosso Sistema Único de Saúde.

Eu trouxe uma mensagem aqui da Secretaria de Estado da Saúde, que gostaria de ler rapidamente.

6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, etapa estadual da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que tem como tema geral “Todos usam o SUS – SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro”. Não custa dizer, não custa lembrar, rememorar a importância e a luta que se teve da Reforma Sanitária para se chegar até esse momento que nós estamos hoje.

Nessa ocasião se reúnem amplos segmentos sociais para realizar debates municipais, estaduais e nacionais sobre as realizações e problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, buscando propostas no sentido do seu aperfeiçoamento.

Algumas reflexões sobre saúde pública, o desenvolvimento do SUS após 23 anos de sua criação, seus avanços e desafios atuais podem colaborar com os importantes trabalhos que se seguirão.



A saúde é assunto de grande complexidade. Os perfis de saúde são determinados por variados fatores, como o desenvolvimento econômico. Estamos aí para ser, como foi falado, a 5ª economia do mundo. Merecemos um SUS compatível com essa 5ª economia. São fatores importantes a situação de emprego, de renda, condições habitacionais, saneamento, níveis educacionais, hábitos e costumes, entre muitos outros aspectos de uma dada sociedade, entre os quais se destacam a organização e a oferta de serviço de saúde como uma das partes importantes desse sistema.

É sempre preciso lembrar que antes de 1988 a assistência em saúde era garantida apenas aos cidadãos que podiam arcar com seus custos ou aqueles que já estavam incluídos no sistema previdenciário. Existia um processo excludente. Existia uma população de excluídos, também chamados até de indigentes. Essa distorção ocasionava que justamente os segmentos sociais mais desfavorecidos da população tivessem que buscar o atendimento de suas necessidades por meio da caridade ou da filantropia, como é o exemplo o atendimento de hospitais beneficentes e as santas casas.

Contudo, com o impulso de movimentos sociais e políticos, houve evolução nas concepções e valores, evoluía a questão da saúde. Com a Constituição Federal de 1988 reconheceu-se a saúde como direito de todos, tal como já ocorrera em outras nações. Esse direito seria garantido conforme o artigo 196 da Constituição, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos, e o acesso universal, igualitário, às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para garantir o acesso universal foi estabelecido o Sistema Único de Saúde – SUS, cujas diretrizes (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação da comunidade, a participação social); princípios que forma um arcabouço orientador para todas as políticas estaduais de saúde.

No estado de São Paulo, a situação de saúde da população e dos serviços de saúde públicos e privados, e mesmo antes da criação do SUS, já eram diferenciados. O estado foi o principal pólo da industrialização no país. O seu grande desenvolvimento econômico teve conseqüências positivas para nossos indicadores sociais e de saúde. Além disso, a assistência à saúde prestada pela Previdência Social, antes do SUS, favorecia os trabalhadores da economia formal, sendo a maior parte dos recursos aplicada nos estados com maior número de beneficiários. Ou seja, exatamente naqueles mais desenvolvidos, entre os quais São Paulo. Da mesma forma, as grandes empresas paulistas garantiram o desenvolvimento de plano de saúde suplementar para atendimento de seus trabalhadores, com cobertura ampla.

Contudo, esse desenvolvimento não impediu a existência de desigualdades regionais no próprio estado, com áreas menos favorecidas, como por exemplo, a periferia das grandes regiões metropolitanas e algumas áreas do interior, que ficaram à margem do desenvolvimento econômico e que apresentam piores condições de saúde do que a média estadual.

No que se refere aos serviços próprios do governo estadual antes do SUS, São Paulo já dispunha de hospitais públicos destinados inicialmente às moléstias infecciosas, que mais tarde foram modificados para se tornarem unidades hospitalares gerais, além de dispor de grande rede de centros estaduais de saúde. Da mesma forma o Estado criou algum dos maiores e melhores hospitais universitários do país, que se tornaram serviço de referência tecnológica e científica.

Essa realidade também é distinta da maioria das unidades da federação, que não dispõem de serviços de saúde próprios na qualidade e quantidade de São Paulo, apresentando dificuldades em garantir a integralidade no atendimento de saúde de suas populações.



Esse cenário é o cenário no qual o SUS passou a ser implantado no estado de São Paulo. Pouco antes da criação do SUS já havia sido iniciada a municipalização de unidades básicas de saúde estaduais, que foram concluídas em 2002. E a partir de então a atenção básica em saúde passou a ser totalmente gerida pela esfera municipal, de acordo com as diretrizes do sistema.

As diferentes formas de gestão municipal e estadual foram estabelecidas nos moldes previstos nas normas do ministério da Saúde. Mais recentemente registraram-se avanços, como por exemplo, o pacto de gestão e a configuração dos 64 colegiados de gestão regional, que foram constituídos de forma participativa entre estado e municípios. Eles se constituíram, para cada região de saúde, em espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre os gestores, fundamental para que ocorra a integração das ações de saúde entre todos os serviços de uma dada região.

Além disso, os investimentos municipais e estaduais que continuaram a ser efetuados no Sistema garantiram que o estado de São Paulo mantenha a maior e mais complexa rede de saúde do SUS de todo o país, com o atendimento e as necessidades, que vão desde procedimentos de atenção básica à saúde, atenção primária (como vacinação), até aqueles de alto custo, como os transplantes.

Grandes resultados podem ser comemorados nesses 23 anos do SUS. A queda da mortalidade infantil, o controle e eliminação de uma série de doenças preveníveis, como sarampo, poliomielite (pela vacinação), a melhoria do atendimento ao parto, o fornecimento de medicamentos conseguiu o controle de doenças mais frequentes, e também medicamentos de alto custo, que nunca haviam sido garantidos de forma sistemática pelo poder público; a ampliação de procedimentos e recursos de alta complexidade, garantindo a integralidade na atenção do SUS.

Entretanto, o grande desenvolvimento do SUS também traz importantes desafios para o momento atual, desafios que deverão estar sendo, com certeza, discutidos nessa conferência, e tirado uma série de orientações e diretrizes para a Conferência Nacional.

Entre esses desafios podemos destacar a reorganização da rede SUS, a regionalização e a hierarquização do SUS São Paulo, tal como no restante do Brasil, que foi provavelmente o setor do sistema que apresentou avanços mais nítidos. Tal fato decorre da complexidade envolvida nessa questão, com múltiplos atores, entre os quais gestores de estado, de municípios, prestadores filantrópicos, hospitais de ensino, serviços básicos especializados, cuja distribuição nas regiões é desigual e muitas vezes inadequada.

Melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços. É preciso aperfeiçoar os modelos gerenciais do serviço de saúde, desenvolver novas tecnologias de informação para auxiliar a reestruturação das redes, realizar a avaliação e monitoramento dos serviços de forma adequada; apoiar a educação, formação e capacitação de recursos humanos para a gestão do sistema; desenvolver protocolos e cuidados, linhas de cuidados e protocolos técnicos.

Todas essas são condições fundamentais para garantir qualidade e humanização das ações do SUS, com respeito, reconhecimento e atendimento das necessidades individuais de pacientes e familiares e das necessidades da comunidade.

Outro desafio, aqui também já citado, é o financiamento estável e crescente para garantir a extensão da atenção, continuidade e qualidade.

Salienta-se que o envelhecimento da população, ampliação de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis e a incorporação de novas tecnologias e terapêuticas ocasionam encarecimento da atenção à saúde.



Esperamos que a participação da comunidade, ferramenta indispensável para superar esses e outros desafios, tenha essa participação garantida como uma das diretrizes do sistema, seja por meio do funcionamento dos conselhos de saúde ou da realização periódica de conferências de saúde. Na verdade, as conferências de saúde, que antecedem o próprio SUS, têm um papel fundamental nas características do sistema aprovado na Constituição Federal.

Finalizando. Todos reconhecem que existem desafios que devem ser enfrentados para que o SUS continue progredindo. Mas é inegável que o SUS é o maior e mais duradouro programa social do país e, certamente, ampliou o acesso de todos ao serviço de saúde, mesmo enfrentando um contexto de dificuldades relacionadas com a realidade econômica e social.

É claro que novas e constantes modificações são necessárias para que o sistema público de saúde consiga chegar cada vez mais perto do ideal expresso na Constituição. Mas a análise do longo caminho já percorrido permite perceber que a universalidade, a integralidade e a equidade na saúde para a população não são apenas metas generosas, mas objetivos factíveis dependentes da continuidade no avanço das políticas do SUS.

E, nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde apóia firmemente os trabalhos da 6ª Conferência de Saúde de São Paulo e espera que seus resultados possibilitem acelerar o avanço do SUS, beneficiando a qualidade de vida e saúde de todos os paulistas, e contribuindo para a definição de políticas de saúde, cujas ações alcancem todos os brasileiros.

Muito obrigado.

Mestre de cerimônia – Nós ouvimos o Secretário da Saúde em exercício Dr. Manoel de Camargo Teixeira. Muitíssimo obrigado, doutor, pelas suas palavras.

Passo então a palavra ao Sr. Antonio Luigi Ítalo Franchi, Prefeito de Serra Negra.

Sr. Antonio Luigi Ítalo Franchi

(Prefeito de Serra Negra)

Eu quero desejar uma boa noite a todos. Quero saudar aqui o Sr. Manoel Barros Bértolo, Coordenador da 6ª Conferência Estadual de Saúde; Dr. José Manoel de Camargo Teixeira, Secretário de Estado da Saúde em exercício; Sra. Eliane Cruz, representando nesse ato o ministro de Estado de Saúde; Dr. Roberto Gouveia, ex-deputado federal – e é o nosso palestrante; o deputado estadual Marcos Martins, que se encontra aqui ao meu lado, e a quem, nesse momento, quero fazer uma agradecimento público pelo fato dele ter conseguido aprovar essa lei: é a lei que extingue o amianto do nosso meio. Parabéns Sr. Deputado.

E quero também saudar o vereador Jamil Murad.

Senhoras e senhores, eu quero desejar a todos vocês que, realmente, nesse encontro da 6ª Conferência Estadual de Saúde os senhores, naturalmente com um esforço muito acentuado, consigam encontrar novas fórmulas para a melhora da saúde.

E eu queria fazer uma recomendação aos senhores maridos: senhores, não se esqueçam de deixar o cartão de crédito com suas senhoras porque Serra Negra tem tudo de bom para vender a vocês.

Uma boa noite a todos e muito obrigado.



Mestre de cerimônia – Muitíssimo obrigado, Sr. Antonio Luigi Ítalo Franchi, Prefeito da cidade de Serra Negra, por suas palavras, pela sua apresentação gostosa dessa cidade que hoje todos nós habitamos.

Gostaria também de agradecer imensamente a presença de cada um dos integrantes dessa nossa mesa de abertura, que nesse momento se desfaz. Foi muito importante contar com a presença de cada um de vocês.

[Aplausos]

Eu agradeço, mais uma vez, a participação de cada um dos integrantes da nossa mesa de abertura.

Gostaria de anunciar agora a nossa programação. Teremos a presença do deputado federal, Sr. Roberto Gouveia, médico sanitário, autor da Lei do Direito dos Usuários e do Código de Saúde, entre outras também. Seja muito bem vindo.

O Sr. Roberto Gouveia vai fazer a Conferência Magna com o tema “Todos usam o SUS – SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro.”

Seja muitíssimo bem vindo.

Roberto Gouveia

(Deputado Federal)

Inicialmente, eu quero dar boa noite a vocês e dizer que com esse convite vocês mexeram comigo, hein!

[Aplausos]

Depois de 2007, que eu perdi a eleição, eu achei digno um certo recolhimento. Andei recusando alguns convites (estão dizendo muitos). É que eu achei correto e necessário abrir espaço para novas lideranças. Mas esse convite de vocês eu não dei conta de recusar.

E eu digo isso com emoção porque vocês estão me colocando com uma grande responsabilidade, com uma demonstração de confiança e me dando uma rara oportunidade, que é de 4 em 4 anos. Mas uma rara oportunidade de dirigir algumas palavras a vocês numa conferência estadual, numa conferência de São Paulo, preparatória para a 14ª Conferência Nacional de Saúde do país, num momento importantíssimo em que todos os estados e municípios do Brasil retratem a saúde pública de todos nós.

Então não dá nem para expressar e explicar para vocês a emoção que sinto nesse momento.

Eu queria ter um papo assim, muito franco e aberto, com vocês. Em primeiro lugar, essa emoção e essa possibilidade é muito importante porque aqui nós estamos dialogando com a liderança sanitária do Estado.

E eu queria cumprimentar os delegados e delegadas dos segmentos que compõem as conferências, os conselhos, e mais do que isso: essas forças sociais e políticas que estão aqui nesse plenário são a nossa aliança estratégica que garantem a nossa sobrevivência e são a nossa fonte de inspiração. São os vários interesses: aqui nós temos a população usuária – metade da delegação – e não poderia ser diferente, porque é a quem se destina a política. A centralidade é o direito à saúde – usuário. Por isso tem metade da delegação, não é por outro motivo, é esse o motivo. E nós tivemos a cautela, o cuidado de colocar na delegação a outra metade – 50% trabalhadores, 50% gestores.



Então eu queria aqui cumprimentar a delegação de usuários, dos trabalhadores, no nome do Otelo, dos gestores no nome do José Manuel e do Arthur Chioro, que aqui representam os gestores municipais.

[Aplausos]

Em primeiro lugar, saiu numa revista internacional, acho que vocês viram, um número dedicado ao Brasil e à nossa política nacional de saúde. Uma revista inteira da *Lancet*. Sabe o que diz na capa da revista? Eu fiz questão de trazer o pensamento da capa da revista, que é uma das conclusões do primeiro artigo, importantíssimo. Para quem tem dificuldade com inglês, como eu, já saiu a tradução.

Então, no quadro das mensagens principais do artigo, em última análise, os desafios enfrentados pelo SUS são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica, só poderão ser solucionados com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade.

E na capa, na capa da revista, em última análise, o desafio é político, exigindo um engajamento contínuo pela sociedade brasileira como um todo, para assegurar o direito à saúde para todos os brasileiros.

Veja, em primeiro lugar, essa aliança que conseguiu reunir as três forças sociais e política que nos inspiram, e é o movimento da Reforma Sanitária. Essa aliança nos trouxe até aqui e vai nos levar ao futuro. Nós não vamos ficar devendo para o país. E essa aliança nos levou a várias vitórias – várias vitórias. E é importante dizer aqui, sem demérito para ninguém: o SUS é da sociedade brasileira, não é de nenhum governo, de nenhum partido político.

[Aplausos]

Então eu queria dizer muito francamente dos nossos desafios aqui para esse plenário, porque essa política pública nós estamos construindo com amplo protagonismo social no Brasil, mas é um momento, de repolitizar o SUS; política no sentido maior do que representa uma prática essencial à humanidade. E como é que nós vamos fazer isso? Em primeiro lugar, nós temos que realmente convencer a sociedade brasileira a defender o direito à saúde e a compreender o que ele representa. E quando eu digo sociedade brasileira eu estou dizendo a população, os profissionais de saúde – trabalhadores, gestores e prestadores de serviço. Porque convenhamos, senhoras e senhores, convenhamos: na 13ª Conferência [Nacional de Saúde] eu vi: participaram 1 milhão e 300 mil pessoas do processo todo. Espero que da 14ª participem muito mais. Considerando isso em relação à sociedade e à população do nosso país, ainda é uma pequena parcela.

Nós temos que ampliar o nosso poder de convencimento e a legitimidade da política pública. Vocês se lembram que nós sempre fizemos as nossas campanhas e os nossos abaixo-assinados, antes do Congresso Constituinte se reunir, eleito, em [19]88, na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nós deliberamos, na nossa opinião, o que deveria constar da Carta Maior, da Lei Maior. Saiu da deliberação da 8ª Conferência Nacional e nós não nos conformamos e fomos aos quatro cantos do Brasil colher assinaturas. Quando os deputados constituintes se reuniram em Brasília nós já chegamos lá com a nossa opinião. O movimento da Reforma Sanitária chegou com a proposta que tinha para a saúde no Brasil, não saiu da cabeça de meia dúzia de iluminados, nasceu do protagonismo social, da nossa maturidade política de conseguir costurar no Brasil o que outras nações, até mais poderosas do que nós, do ponto de vista econômica, passam vergonha e não conseguiram fazer até hoje. Estou me referindo à América do Norte. O SUS hoje é inspiração e patrimônio da humanidade, como muito bem diz o tema.

Nós temos que ampliar o convencimento em relação ao direito à saúde para ampliarmos o protagonismo social em relação à nossa política e, nesse sentido, fortalecer a nossa aliança. E eu fico emocionado aqui porque toda a vez que nós reunimos uma



conferência nós estamos celebrando essa aliança. Nós não vamos fazer aqui um campeonato de quem é mais SUS. Nós não somos adversários aqui, aqui nós somos aliados. Temos que enfrentar os adversários, isso sim.

[Aplausos]

Me desculpem aqui a verve e a emoção. Eu quero chegar até o fim da minha fala. E aí eu quero raciocinar com vocês no sentido de que para de fato ampliar o acesso à saúde, porque, como disse aqui o José Manoel, os princípios do SUS...

Nós tivemos as nossas vitórias: conseguimos universalizar o acesso, superamos a indigência, mas fomos além. Além de deixarmos claro que nós não queríamos mais a lei do mais forte, que o direito à saúde era apenas a quem podia pagar; além de deixar claro que nós queríamos superar a indigência, que em saúde não se brinca e nós não podemos fazer o serviço pela metade. O mosquito da dengue não pergunta se o cara tem carteira assinada ou não. Para fazer uma política séria nós não podemos pensar a um palmo do nariz. Por isso nós universalizamos o acesso. Mas nós não paramos aí. E, nesse ponto, a saúde fala fundo no coração e ajuda inclusive a extrapolar barreiras partidárias.

Nós conseguimos demonstrar que nós não podemos parar o serviço na metade. Por isso nós aprovamos a integralidade, por isso nós aprovamos que nós temos que ir da prevenção, da promoção, do diagnóstico precoce até o transplante, e temos que distribuir a medicação.

Por que nós aprovamos a integralidade? Na época foi fácil? Nós tivemos que vencer grandes resistências no Congresso, na época Congresso Constituinte. O Banco Mundial defendia que nós tínhamos que oferecer apenas uma cesta básica de serviços, que o público tinha ir só até certo ponto, que dali para frente eram as leis de mercado. E nós dizíamos: quem tem dinheiro vai à farmácia e compra o remédio. E quem não tem, morra? Não é esse o caminho que a sociedade brasileira está escolhendo.

Nós conseguimos aprovar a universalidade e a integralidade porque nós não pensamos a um palmo do nariz. Não dá pra pensar saúde num país que é 47% da América do Sul, que é do tamanho de um continente, sem reconhecer a universalidade e a integralidade. Agora, lógico que nós apontamos como um horizonte.

Nós chegamos, conquistamos já o acesso universal e integral no Brasil? É evidente que nós temos seríssimas dificuldades, e vamos continuar tendo por um certo tempo, mas o conceito e o caminho que está na Carta Constitucional é o que aponta um processo civilizatório, como disse a 8ª Conferência, calcada no princípio e nos valores da solidariedade. Que eu me lembro muito bem da 8ª Conferência, e o Sérgio Arouca, que não dá para esquecer, chegou e disse. Veja que interessante a revista internacional ir buscar. O Sérgio Arouca disse que o SUS não é apenas um projeto técnico, e a 8ª Conferência disse isso: o SUS era um projeto civilizatório para o país, fundado nos valores da solidariedade.

Então nós temos que ampliar a defesa do SUS. Nós temos que ampliar o protagonismo social. Nós temos que fortalecer a aliança que está aqui nesse plenário. E a 14ª Conferência Nacional de Saúde terá uma grande missão, nesse momento. Mas nós temos que ir mais fundo. Nós temos, como o próprio SUS pensou: a descentralização, a co-responsabilidade união, estados e municípios; é tripartite. Tem o PAC e agora, inclusive, o decreto que regulamentou a Lei 8.080, e a portaria da Atenção Básica. Avanços importantes. Além de tudo isso, de celebrar a nossa aliança nas conferências – e nos conselhos –, porque os conselhos são locais onde nós cuidamos da nossa aliança. Quem ama, cuida. Tem que reunir, porque se deixar perdida na esquina, pelas ruas da vida, vai enfrentar dificuldade; pode se esgarçar. Aí nós celebramos e fortalecemos a nossa aliança.

Onde que eu quero chegar? Eu quero chegar no desafio que nós temos nos tempos de hoje, de estabelecer um amplo compromisso de co-responsabilidade, não só das esferas da União, dos movimentos organizados, dos setores. Nós temos que



estabelecer um processo de co-responsabilidade que chegue à família, que chegue à pessoa, que chegue ao indivíduo, porque é assim que nós vamos convencer a sociedade brasileira. É ampliando o conhecimento com relação à doença, em relação à saúde, em relação à educação em saúde. Muitas vezes nós mesmos que estamos aqui nesse plenário... Uma pessoa chegou para mim e disse: “Poxa, você emagreceu.” Eu falei: “Pessoal, eu estou dando aula de hábitos saudáveis, como é que eu posso ficar gordo?”

Eu tenho que emagrecer! Veja, nós precisamos começar a levar esse diálogo, porque o Código de Saúde, a Lei 8.080 deixa claro que o dever do Estado em tutelar o direito à saúde não exime de responsabilidade as pessoas, as famílias, as empresas e a sociedade. Portanto, nós temos que ampliar esse debate da saúde lá no território, lá na comunidade; cobrar responsabilidade de cada cidadão. A nossa tendência é usar o corpo de carroceria. O corpo é para dar prazer. Tome tranco! Quando é que você dialoga com ele? Quando você está de cama.

Aí tem o paternalismo. Aí tem aquela cultura “abaixo de Deus no céu é o de branco na terra, não é?” Cuida! Cuida da carroceria porque está indo pelos bagaços. Quando se recupera volta a fazer todas essas presepadas que fazia antes, não é?

Ora, nós do SUS, nós, que queremos preservar essa política, nós temos que levar esse debate profundamente, temos que gerar co-responsabilidade, para que o cidadão seja sujeito do processo de construção da política nas conferências, mas seja sujeito do processo de defender a saúde lá no território, no dia a dia, de estabelecer co-responsabilidades, de desenvolver hábitos saudáveis. E aí a saúde tem que penetrar todos os espaços, tem que está presente na escola, a saúde tem que estar presente nos movimentos, nas associações e nas cooperativas.

Temos que estabelecer um esforço intersetorial, com todos os outros setores: educação, assistência social, trabalho, economia solidária. A saúde não pode parar no portão da fábrica, no balcão da repartição pública, na porteira da fazenda. Nós temos que botá-la para dentro, nós temos que convencer a sociedade brasileira, temos que ter capacidade de ampliar o protagonismo social, de fazer a repolitização. Aí eu acho que a gente vai continuar porque nós estamos no caminho correto. Eu acredito. Aliás, nós estamos fazendo um verdadeiro milagre. Eu costumo brincar que até milagre tem limite. Depois eu vou falar sobre isso.

Mas vejam vocês, a integralidade quer dizer isso. Essas conferências elas têm que estabelecer uma política de educação e saúde ampla para levar o debate sobre a saúde de forma integral, lá no território, reunindo todos os setores, estabelecendo esse processo. O país espera isso de nós.

As outras políticas públicas, quando se reúnem se inspiram em quem, pessoal? Vocês já pensaram nisso? A Assistência Social... Aliás, nos últimos 10 anos nós tivemos conferências em todos os setores de políticas sociais e de políticas públicas no Brasil. Quando eu estava lá em Brasília eu perdi a conta de quantas conferências nós fizemos. A Eliane está dizendo que a gente fez 60 conferências – conferências que tiveram início nos municípios; município, Estado e União. Quem aprovou sistema de política aprovou o quê? A Assistência Social, nossa irmã do capítulo da seguridade social, aprovou a LOAS. LOAS 8.080 é o mesmo escopo, aprovou o SUAS. O que é o SUAS? É o Sistema Único de Assistência Social no Brasil. Qual é o paradigma? Quem é que inspira o SUAS? É o SUS. E aí vamos pegar a área de habitação. Nós tivemos mais de 1 milhão de assinaturas no projeto do Fundo Nacional de Moradia, assim como nós tivemos mais de 1 milhão na nossa iniciativa popular para a Constituinte, e aí nós aprovamos o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social. É conferência municipal, conferência estadual, conferência nacional; conselho estadual, municipal, nacional; Fundo a Fundo. O que é isso, pessoal? O SUS.

Então, veja, o país espera essa postura nossa. E aí nós temos que estabelecer um amplo processo de educação e de debate com relação à questão da saúde, para convencer a sociedade brasileira a defender o direito à saúde, para que a gente possa ter cada vez mais legitimidade. Na vida você tem que ter argumento e legitimidade. Eu estou substituindo por força, porque pode dar a



ideia de ditadura. Argumento e legitimidade. Isso é fundamental. E aí nós vamos dar conta da integralidade, porque nós vamos começar lá. Primeiro, a nossa maior responsabilidade qual é? O sistema único não é Sistema Único de Saúde? Ou por acaso é Sistema Único de Doença. A política nacional de saúde é política nacional de saúde ou política nacional da doença? Secretaria, ministério. Como é que é o nome disso tudo aí? É política nacional de saúde, então, em primeiro lugar, a nossa responsabilidade é manter a saúde de quem tem. É por isso que nós temos que fazer educação, promoção.

Veja, a Ana estava me lembrando: a política nacional de promoção é de 2003, 18 anos depois. Antes tarde do que nunca. Mas nós temos que fazer então todo esse processo: promoção, prevenção; chegar cedo na doença. O Programa de Saúde da Família ajuda muito, a atenção primária, atenção básica; qualificar. Quanto mais cedo você chega à doença, menor é o dano, menor é o gasto. É o diagnóstico precoce. E aí a regionalização, tudo que foi falado aqui: regionalização, referência, contra-referência, indo até o transplante. E quando a gente fala isso, tem gente que fala: “Mas o transplante?” Sim senhores! Os meios de comunicação às vezes não nos ajudam e muitas vezes nos combatem. Eles não reconhecem. Qual é o país que mais faz transplante no mundo, em número absoluto? São os Estados Unidos. Qual é o segundo no mundo? O segundo país que faz mais transplante no mundo? É o Brasil! Qual é a diferença, pessoal? Aqui faz pelo SUS, lá é particular. Vocês sabiam que o Brasil é o país que mais faz transplante no mundo na área pública? De longe, em disparado.

Pessoal, fizeram uma loucura de me colocar aqui e não controlar o meu tempo, certo?

[Risos]

Então vocês vão me controlar. Eu me comprometi a falar 45 minutos. Até agora eu estou na metade. Passou a primeira folha aqui, ó! [Risos]

Sabem como é que eu nomeei essa folha? Renovar o sonho e a esperança.

Uma coisa que eu não posso esquecer: veja, pessoal, esse negócio de repolitizar, esse negócio de fortalecer o protagonismo. Isso aí tem consequência. Isso daí leva a uma coisa, que chama disputa de poder. Vocês têm alguma dúvida disso?

Plenária – Não!

Se você politiza, fortalece a aliança, aprofunda... Isso daí mexe na estrutura de poder, não mexe?

Plenária – Mexe.

Esse negócio de “abaixo de Deus no céu é o médico na Terra” é ideia da Grécia antiga, porque acreditava que quem mexia com saúde e doença tinha uma parte com a divindade, tinha o poder da cura delegado pelos deuses. Ora, será que nós estamos fazendo direito? Será que não precisa equilibrar essa relação?

Eu não estou puxando a orelha de um ou de outro não, isso é uma cultura, pessoal. Aliás, nós vivemos muito mais períodos de ditadura do que de democracia. A democracia mais longa que nós tivemos é esse último período de 25 anos. Então o paternalismo está arraigado em nós. Essa história de usar o corpo como carroceria e depois cobrar da autoridade, isso daí... E ao mesmo tempo a autoridade gosta, não é?

E abaixo de Deus no céu é o profissional de saúde na Terra. Ora, precisa equilibrar essa relação. E aí vai ter que dividir poder, vai ter que dividir a responsabilidade. O cidadão vai atuar como sujeito, vai ter autonomia, vai decidir junto com a equipe. Não é isso que a gente tem que fazer? Isso daí não é repolitizar? Evidente, porque não tem ampliação de protagonismo e repolitização



sem divisão do poder. Então, pessoal, é muito importante o Pró-saúde, o PET-saúde e todas as modificações que nós estamos tentando fazer no aparelho formador. E aí a centralidade é o usuário. Eu fico preocupado. Quando eu fico vendo ato do médico, ato da enfermeira, ato do psicólogo. E a equipe multiprofissional, como é que vai ficar? E a política pública, como é que vai se virar? E então? Então nós vamos ter que discutir isso. Agora, só nas corporações? Não.

Vinte minutos [para acabar o tempo da apresentação]?

Então, pessoal, eu preciso falar também de uma questão que está me preocupando muito, e por isso que eu disse que até milagre tem limite. Nós conseguimos tudo isso. Sabe qual é o *per capita*/dia que nós temos, público, para cuidar da saúde no Brasil? Se eu pegar todo o dinheiro que a União, os Estados e os municípios; os 27 (Distrito Federal, os municípios), todo o dinheiro que eles dão para a saúde, dinheiro público; se somar tudo isso e dividir por 365 dias e pelo número de habitantes, sabe quanto é que dá por dia o per capita? Dá R\$ 1,85. É meia passagem de ônibus. Meia passagem de ônibus!

E aí? Nós temos que reconhecer aqui nesse plenário que a gente conquistou muitas vitórias, mas nós não nos demos conta até hoje de resolver a questão do financiamento da saúde. Esse ponto é central. Não dá mais para adiar. Quando nós votamos, nós não tivemos força de fazer a previsão orçamentária no corpo permanente da Constituição. Na hora “H” nós fizemos a previsão de 1/3 do orçamento da seguridade social. Seria mais do que o dobro do dinheiro que nós temos hoje. Nós não fomos irresponsáveis, só que nós fizemos a previsão [orçamentária] no ato das disposições constitucionais transitórias. Vocês perceberam onde mora o perigo?

Nós chegamos num ponto em que até milagre tem limite, porque com R\$ 1,85... Nós estamos vivendo um constrangimento orçamentário insustentável. Isso é perigo. É como brincar com fogo. Isso esgarça, isso fragiliza e cria problema para a nossa aliança no dia a dia.

E falta dinheiro? Tem muita gente que fala que falta dinheiro. Eu peguei aqui alguns dados. O que nós estamos querendo na regulamentação? Primeira coisa: nós temos que fazer o dever de casa, qualificar gestão? Temos. Nós temos que ser implacáveis com a corrupção? Temos. Mas nós não podemos mais... o desvio do dinheiro da saúde pelos governadores, senhoras e senhores.

[Aplausos da plenária]

Não dá mais! Os governadores estão devendo mais de 27 bilhões para o SUS no Brasil.

Vocês sabem que eu sou mineiro. Mineiro, virou e mexeu, não tem jeito. Olha para Minas Gerais. Aliás, eu adorei, porque aqui eu estou chegando perto dela.

Veja bem. Vocês acreditam que o governador de Minas Gerais, durante vários anos, pagou vacina brucelose, das vacas mineiras, com dinheiro do SUS? Secretaria da Agricultura, mas pegou dinheiro do SUS. Ora, convenhamos. Mineiro adora leite. Queijo então, nem se fala! Vaca é ser humano? Tenha paciência! Tenha paciência, não é? Tem governador que asfalta a estrada que passa na frente do hospital, paga com o dinheiro do SUS e diz que é para melhorar a acessibilidade ao hospital. Então eu vou parar por aqui porque vocês já viram que a criatividade não tem limite. A regulamentação tem que dizer. Aliás, a Lei 8.080 já diz. Mas no Brasil é assim, você tem que dizer “o preto no branco”. Então lá diz o que pode e o que não pode. Tem que regulamentar a emenda, porque se o cara rouba é crime hediondo para a saúde. Eu acho isso! Agora, permitir que haja um desvio [público] oficial por conta dos governadores... Tenha paciência! Onde nós vamos parar?



Agora colocaram um destaque na regulamentação da emenda dizendo que os 12% que tem que aplicar e o Estado tem que destinar para a saúde, não tem que ser aplicado no Fundeb. Ué! Os governadores estão devendo, e agora já estão tentando anistiá-los. Que história é essa, pessoal? E aí eu não estou aqui para passar a mão na cabeça de ninguém. O governo federal também está devendo – 8 bi! É desse governo? Não, é de vários governos. Vários governos, mas também está devendo 8 bi. Quando eu fui para Brasília, no primeiro ano, eu quase fui para o psiquiatra.

[Risos]

Quase fui para o psiquiatra! Primeira lei orçamentária do meu governo (porque vocês sabem que eu sou do PT), o Executivo mandou lá para o Congresso uma proposta que tirava dinheiro do SUS para o Bolsa Família. Eu falei: “Ué!” Mas isso é a Emenda Constitucional 31. E por acaso nós ganhamos a eleição para colocar quem precisa de um prato de comida brigando com quem precisa da vacina? Foi para isso que a gente ganhou a eleição? Para pegar o dinheiro da saúde e fazer superávit primário? Sabe o que eu tive que fazer? Ainda bem que eu fiz! Para mandar mostrar que o mandato serve é pra isso. Fui para o Ministério Público. Entrei com a representação lá no Fonteles,¹ o Cláudio Fontes mandou o Executivo corrigir a proposta de orçamento porque era inconstitucional. Aí corrigiram a proposta de orçamento. Então vocês vejam: isso daí não é de um partido ou de um governo.

[Aplausos]

Isso daí virou um *modus operandis*. Nós precisamos cortar isso daí: o *modus operandis*. Eu não estou aqui querendo ser melhor do que ninguém, mas nós temos que deixar claro as coisas, porque aqui é para pensar o futuro. Não é para pensar o futuro?

Plenária – É.

Sem dúvida. Mas, veja, aí vocês vão dizer: “Mas, governo, está faltando dinheiro.” Pessoal, sabe o que nós estamos querendo da União? Porque para a União é o que gastou no ano anterior mais a inflação e o que o país cresceu, que é o PIB nominal. Só que isso não dá conta do crescimento demográfico e nem da inflação do setor da saúde. O que nós estamos querendo? Para os estados não é 12%? Para os municípios não é 15? Então para a União 10% das receitas correntes brutas.

[Aplausos]

É isso que nós estamos querendo. Aí eu fui ver: em 1995, o orçamento do ministério [da Saúde] era equivalente a 9,6% das receitas correntes brutas. Isso em 1995. A única coisa que nós estamos querendo é voltar ao patamar de 1995. Para 2004 baixou de 9,6 para 7,5%. Cresceu que nem rabo de cavalo: para baixo. Vocês perceberam. Mas aí vocês vão dizer: “Mas as receitas correntes diminuíram?” Não diminuíram. Em 1995 elas equivaliam a 19,6% do PIB. Em 2004 elas pularam para 26. Portanto elas aumentaram. Porque não diminuiu? Porque usou o dinheiro para garantir meta, meta fiscal. Usou o dinheiro para pagar juro. Então diga, mas não diga que não tem dinheiro. E aí eu fico pensando: a economia é um fim em si própria? Será que a economia por acaso é um fim em si própria? Ou ela é meio? Eu me lembrei do Código de Saúde. O Código de Saúde diz lá no parágrafo segundo que o desenvolvimento econômico é instrumento do desenvolvimento social e do bem-estar coletivo, e que as regras econômicas devem ser formuladas em função das regras sociais. Pelo amor de Deus! Nós aprovamos isso lá no Assembléia.

¹ **Deputado Nazareno Fonteles**

Presidente da Frente Parlamentar da Segurança Alimentar do Brasil (FSA) Nota da redação



Disseram que o governador ia vetar, mas não vetou. Diziam: “Era para isso estar no Código.” O que acontece na prática é outra coisa. Eu falei: “Mas o que é eticamente defensável? O que é moralmente defensável?” / “Vamos fazer o seguinte: você vai para a tribuna e diz que tem que ser o contrário.” / “Eu vou, e vou me defender (eu não sou intransigente) e a gente vota, se eu perder, perdi.” Ninguém apareceu para defender. Mas como é que pode, pessoal?

Crescimento econômico todos nós defendemos, tem que ter e está tendo. E vamos admitir as correções que estão sendo feitas, porque o Brasil está crescendo, gerando riqueza, renda, trabalho. Mas o Celso Furtado já dizia que tem que ter distribuição de renda, então além de desenvolvimento econômico tem que ter desenvolvimento econômico e social. E mais recentemente nós aprendemos mais lições. Nós aprendemos que o correto é fortalecer uma visão de desenvolvimento sustentável, que inclui políticas sociais, aliás, inclui os sistemas nacionais de políticas públicas que o SUS é inspiração. É isso. Essa é a luta que reúne a aliança. Eu fiz questão de falar aqui isso, porque é o seguinte: gente, nós temos nossas divergências? Várias. Vamos continuar tendo? Sempre, sabe por quê? Porque vida inteligente é assim: a gente diverge, tem pontos de vida diferente, mas essa divergência tem que ser contextualizada e tem que ser enfrentadas com seriedade, com respeito; elas devem ser solucionadas, e tem os fóruns para solucioná-las. Mas nós não podemos nos engalfinhar internamente, porque aí os nossos adversários vão se deleitar as nossas custas. Nós não podemos nos engalfinhar internamente, nós temos que ter grandeza para puxar a aliança, e para puxar a aliança tem que ter coragem. Para puxar a aliança tem que montar o caminho correto e o interesse da política. Nesse momento eu digo para vocês: nosso interesse é enfrentar essa visão atrasada de desenvolvimento da economia no país que não reconhece a necessidade do desenvolvimento sustentável e da qualidade de vida.

Por acaso é só o orçamento da saúde que está sendo sub-financiado, comprimido? Não. Eles são pragmáticos. Eles disseram: “Vocês querem atender a todos? Que bonito! Ah, vocês querem fazer de tudo? Nossa, que bonito! Universalidade e integralidade. Sabe o que eles estão fazendo? Fechando a torneira, porque isso obriga a gente a racionalizar, tanto universalidade como integralidade. Nós vamos ficar assistindo isso? Nós vamos ficar nos engalfinhando internamente, sob uma pressão insustentável? Porque o que está acontecendo conosco... Eu repito: nós estamos fazendo um milagre, milagre porque a política é boa, porque tem protagonismo e sustentação social. Mas até milagre tem limite. Nós estamos correndo seriíssimos riscos e essa conferência tem que lançar essa perspectiva. Tem que resolver agora! Nós temos que buscar o que nós deixamos no meio do caminho e nós temos que resolver a questão do financiamento. Isso é urgência.

E eu queria aqui ressaltar e alertar vocês: saídas individuais podem questionar e rachar a aliança. Nós também temos que reconhecer? Alguma coisa o cara tem que se fazer. Alguma coisa tem que se fazer. “A água vai subindo, o cara tem que nadar.” Então tem que tratar a divergência contextualizando ela. O que nós não podemos é nesse fórum aqui, com a responsabilidade que nós temos, fazer qualquer amaciamento. Aqui nós não podemos amaciar. Não podemos passar a mão na cabeça de ninguém – de nenhum governo, de nenhum partido. Aqui nós precisamos cobrar o que precisa ser feito historicamente. E eu tenho certeza que a 14ª Conferência não vai ficar devendo para o Brasil.

Eu queria encerrar dizendo a vocês o seguinte: esse é um momento muito sério. Eu queria encerrar dizendo que lá no território nós vamos encontrar nossos irmãos e irmãs das outras políticas sociais, não vamos? Eu fiquei falando que lá no território, para defender a saúde e a qualidade de vida nós vamos ter que nos encontrar com a assistência social, com a previdência, com a educação, com o trabalho. Eu não fiquei falando isso? Fiquei falando isso e vou falar de novo agora. Pessoal, nós precisamos nos encontrar na grande política com os outros setores – na grande política com os outros setores. Nós precisamos nos reunir. O SUS não é fonte de inspiração para os outros sistemas nacionais de políticas públicas? Nós não analisamos isso aqui?



A nossa responsabilidade hoje extrapola a área da saúde. É isso que eu estou querendo dizer a vocês. Para enfrentar essa visão da macroeconomia dos operadores monetaristas de plantão nós vamos ter que ter força, nós temos que ter legitimidade e peso na balança para afirmar a nossa política de desenvolvimento sustentável. Por isso nós temos que nos encontrar com aqueles setores que nós vamos estar costurando. Lá no território nós temos que ter grandeza política, e eu vejo aqui líderes com capacidade de fazer isso. Nós temos que ter grandeza política para costurar essa aliança para a grande política. Nós temos que ter maturidade.

Eu fui chamado para ser conferencista na 13ª Conferência, falei isso lá e vou repetir aqui. Aliás, lá foi aprovada até uma moção, mas eu não vi isso se desdobrar. Pessoal, a 14ª Conferência precisa chamar, e a saúde tem legitimidade para isso, os outros setores para realizar a 1ª Conferência Nacional de Seguridade Social no Brasil.

[Aplausos]

Nós temos que fazer a 1ª Conferência Nacional de Seguridade Social no Brasil! Porque senão, sabe o que acontece? Fica muito fácil brigar entre a gente. Eu vejo aqui pessoas que têm história de luta. Veja, eu cansei de ver isso na minha vida. Fica muito fácil brigar com o que está do lado. Não é fácil? É fácil brigar com quem está do lado. É muito mais cômodo acusar um ao outro. E eu repito: aqui nós não somos adversários não, aqui nós estamos celebrando a aliança do movimento da Reforma Sanitária. É esse que deve ser o clima aqui. Porque nós sabemos que as deliberações de uma conferência, para sair do papel, até o universo tem que conspirar a favor. Não é assim?

Plenária – É.

Então! Veja, é fácil brigar entre si, pessoal! Eu fico vendo companheiros que são implacáveis na briga com os outros setores. Eles rugem que nem leão na briga entre si, mas para fazer a grande disputa da macroeconomia, enfrentar a presidente ou o presidente, enfrentar o Congresso Nacional, que mia que nem gatinho de madame! [Aplausos]

Aí é fácil. É fácil encher a veia do pescoço e ficar brigando entre si aqui. Eu quero ver se nós vamos ter coragem para enfrentar a grande política e a grande luta que nos espera, que é resolver essa questão, para que de fato a gente possa construir um processo civilizatório diferente no Brasil. Se a gente conseguir fazer isso, eu acredito que nós vamos estar respondendo à altura o nosso desafio.

Eu queria só ler, e isso não demora nem 30 segundos, uma formulação do Herbert José de Souza, do Betinho. Eu espero que isso aqui nos inspire. Olha o que diz o Betinho aqui:

“Uma poderosa energia transformadora abre novos caminhos para a nossa sociedade. Nessa onda está o drama, mas também a possibilidade de outro desfecho. Está o nó e a faca, o grito e o desafio, a morte, mas também a vida. No limite é que ocorrem os fatos. Já passamos várias vezes do limite. A vida está com pressa de nascer.” Herbert de Souza

Então eu quero agradecer o convite que vocês me fizeram, essa honra de dirigir, com toda a sinceridade, algumas palavras a vocês, e dizer que eu confio nessa liderança sanitária que se reúne aqui. E eu tenho certeza que a 14ª Conferência Nacional de Saúde vai fazer o seu papel e nós não vamos dever para o pai, nós vamos continuar a nossa trajetória, construindo um processo civilizatório baseado em valores virtuosos, baseados em valores da solidariedade, da fraternidade, do companheirismo, da vida em comunidade, da cultura de paz. E aí sim eu acredito que nós vamos estar construindo a nossa felicidade futura, como nós vínhamos fazendo nesse processo todo.



Um grande abraço e sucesso na conferência.

[Aplausos]

FIM DA CONFERÊNCIA DE ABERTURA

6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

(01/09/2011 – Serra Negra, São Paulo)

Sr. Antonio Luigi Ítalo Franchi

(Prefeito de Serra Negra)

Boa tarde a todos. Eu quero saudar aqui o grande ministro da Saúde Alexandre Padilha, que está aqui ao meu lado. Eu queria saudá-lo e saúdo a todos os membros que compõem essa mesa.

Eu já falei ontem a vocês e quero apenas dizer que é uma honra muito grande ter aqui em Serra Negra o nosso ministro da Saúde. Serra Negra o recebe de braços abertos. E que todos vocês, congressistas, naturalmente vou fazer a mesma coisa: recebê-los de braços abertos, com o respeito que é natural de vocês, com o carinho de vocês e para dar um alento a vocês para fazer com que esse momento tenha um brilhantismo naturalmente muito maior.

Muito obrigado, Ministro, pela sua presença. Nós o recebemos dessa forma.

Conferência do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha

Boa tarde a todos, boa tarde a todas. Vocês comeram?

Plenária – Não.

Eu também não almocei. Eu estou meio enjoado ainda, porque chegar aqui em Serra Negra (viu, prefeito?), essa bela cidade que nos recebe tão bem... A última vez que eu estive aqui foi num congresso, uma audiência dos municípios com os prefeitos aqui de São Paulo, e estava uma chuva danada, então o carro vinha mais devagar. Hoje veio mais rápido, para ver se chegava na hora. Andar de carro nessas curvas enjoa um pouco, não enjoa não?

Vocês chegaram bem aqui?

Plenária – Sim.



Eu queria saudar o nosso prefeito Antonio Luigi Italo Franchi, nosso prefeito municipal aqui de Serra Negra, saudar o Secretário Municipal aqui de Serra Negra, o Roberto Siqueira Filho, saudar o Coordenador da 6ª Conferência Estadual da Saúde, o Prof. Manoel Barros Bértolo. Eu queria saudar a Maria Adenilda que representa aqui o segmento usuário no Conselho Estadual de Saúde, saudar o membro que representa os gestores, que está aqui também, o Arthur Chioro, que representa o COSEMS – saudar em nome do Arthur todos os secretários municipais de saúde aqui juntos conosco. Uma grande saudação ao Chino, que representa aqui os trabalhadores no Conselho Estadual. E eu queria dar uma saudação especial a esse nosso companheiro, símbolo da luta pela saúde no país, o Naelson, não só na luta do SUS, mas no processo de democracia do país.

E um grande abraço a todos que participam dessa Conferência Estadual, que vieram até Serra Negra enfrentar as curvas, um pouquinho mais de horas de viagem... Mas cada esforço que a gente puder fazer, todos nós, que estamos há anos construindo o SUS (e nunca foi fácil a vida para cada um de nós na construção do SUS).

Cada esforço que a gente tenha que fazer é pequeno diante do desafio que nós temos. A gente sabe, todo mundo pode ter ficado um pouco enjoado, demorou, teve que reorganizar a agenda, teve que se reorganizar para vim para Serra Negra. Mas vale a pena o esforço que cada representante, que cada delegado fez, porque eu não tenho dúvida nenhuma... E quem está falando aqui não é só o Ministro da Saúde, é também o presidente do Conselho Nacional de Saúde hoje. Não tenho dúvida nenhuma que essa Conferência Estadual de Saúde de São Paulo é um momento fundamental e histórico na defesa de um SUS público, não só aqui no estado de São Paulo, mas em todo o país.

O esforço que todo mundo teve aqui (os gestores estaduais, os gestores municipais, representantes dos trabalhadores, dos usuários) de estar aqui, debater ao longo desses dias e se preparar para a etapa nacional, foi um esforço que cada um vai poder nos próximos dias, nos próximos meses, nos próximos anos reconhecer a importância que teve para a construção do Sistema Único de Saúde e para aquilo o que Naelson falou. Nunca foi fácil para nós a construção do SUS. Vai continuar sendo difícil, vai continuar sendo uma grande luta, mas mesmo aqueles que tentam ameaçar o SUS público... Eu ia continuar... Eu vi a sua frase que estava falando: “eles passarão”. Tem um poema que fala “nós passarinho”, não é? Eles passarão, mas o SUS fica. O patrimônio do povo brasileiro fica – um patrimônio público, construído por nós, por todos nós: por todos os segmentos dessa sociedade, desde o cidadão mais pobre até o cidadão mais rico do país, no desafio que o Brasil assumiu, em 22 anos, e que poucos países do mundo tiveram a coragem de assumir.

Por isso não é um desafio pequeno. Por isso que a gente sabe que a gente tem que trabalhar muito para construir um SUS de qualidade, porque não é um desafio pequeno. O Brasil, quem já me ouviu já está cansado de ouvir isso, mas eu faço questão (e às vezes a gente não faz, não reproduz questões tão marcantes na construção do SUS). Nós somos os principais responsáveis pelo SUS.

O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes, no planeta, e onde todos construímos um sistema nacional público, universal e para todos. Nenhum dos países da nossa dimensão optou por esse desafio. A China não fez, a Índia não fez, o Paquistão não fez, a Indonésia não fez, os Estados Unidos não fez (vocês sabem que o sistema americano é basicamente privado). Aqueles países que são referência para nós em relação à condução do sistema nacional público, como é o Canadá, como é a Inglaterra, todos eles têm menos de 100 milhões de habitantes. A Inglaterra tem 60, 62 milhões, o Canadá tem 32, 33 milhões; 34, 36 milhões foi o número de brasileiros, que nos últimos 8 anos do governo do presidente Lula, saíram da miséria e ascenderam à classe média.

[Aplausos]



Foi como se nos últimos anos nós tivéssemos tirado um Canadá inteiro, uma população inteira que incluiu o sistema nacional público no Canadá, e colocasse na classe média.

Por isso que nosso desafio não é um desafio pequeno. Nós fizemos muito ao longo desses últimos 22 anos. Nós sabemos. Nós reduzimos a mortalidade infantil, nós incluímos talvez um dos maiores programas nacionais de imunização. Nós temos que voltar vacinar as nossas crianças para o sarampo não porque não tenha caso de sarampo no Brasil, mas porque a França teve 7 mil casos de sarampo, e os 18 casos de sarampo que nós tivemos no Brasil foram pessoas que viajaram para a Europa, pegaram na Europa e voltaram para o Brasil. Por isso o nosso SUS precisa atuar nesse sentido, através das vigilâncias estaduais e vigilâncias municipais.

Nós temos hoje o maior banco de leite humano do mundo. A maior rede de leite humano do mundo pública é aqui no Brasil. Este ano nós vamos ter 226 bancos de leite humano espalhado pelo nosso país, consolidando a maior rede pública de banco de leite.

Quando nós começamos a construir o SUS, o debate na Constituinte que vários de nós atuou, das mais variadas formas (eu e o meu companheiro Odorico[?], que hoje é secretário de gestão no Ministério da Saúde). Um dos fatores simbólicos que pesava a favor da gente conseguir colocar um capítulo da Constituição a ideia de um sistema nacional público, com um controle público, era o fato de, naquele momento, existia no país venda de sangue. Tinha clínica privada de transfusão de sangue no país. O hospital, para ter acesso a sangue ou derivado do sangue, comprava o sangue na conta...privada. Era um verdadeiro mercado de venda daquilo que é tão decisivo para o ser humano, que é o sangue. Isso levava não só à insegurança – o mercado de sangue humano, mas também à tragédia de transmissão de doenças infecciosas que tantos companheiros nossos pegaram em transfusões de sangue sem segurança naquele momento. Nós, através do SUS... E por isso que todos usam o SUS.

Nós, através do SUS, construímos talvez uma das grandes redes de hemocentros do país, que não deixa a desejar para nenhum país desenvolvido, porque inverteu e controlou o risco de transmissão de doença infecciosa no sangue, porque acabou com esse mercado, porque transformou isso em público, e que serve ao mais pobre brasileiro, até o mais rico, como disse o Nelson. Todos usam o SUS na hora de fazer as suas cirurgias ou quando precisa receber algum hemoderivado de sangue.

Ao longo desses anos nós tivemos a capacidade de construir aquele que já é hoje o maior programa de atenção primária do mundo. Nenhum país do mundo tem 100 milhões de pessoas acompanhadas por um programa como a Estratégia de Saúde da Família – a atenção básica. Nenhum país do mundo tem. São 200 mil agentes comunitários de saúde espalhados pelo país, lutando às vezes com dificuldades de condições de trabalho (com precarização do trabalho), mas não arredam o pé. Literalmente não arredam o pé. E, com isso se conseguiu prevenção, promoção, acompanhamento permanente do cuidado às pessoas da atenção básica.

Nós construímos muito ao longo desses anos. Agora, o que está em disputa hoje? Essa disputa real e concreta, se nós, da saúde, não percebermos... Nós podemos ter várias divergências legítimas entre nós. Às vezes nós temos interesses, posições, preocupações que são legítimas, de cada segmento. Às vezes dentro de um mesmo segmento tem posições diferentes, tem interesses legítimos. Tem vezes que os trabalhadores têm uma posição em comum, mas entre eles é um “pau” danado, não é? Entram as posições, entram as preocupações... O segmento usuários tem posições comuns, mas quando senta para discutir entre eles é uma briga danada, uma discussão. No segmento dos gestores também é assim. Tem posições comuns, mas quando senta numa sala, só gestores, também é uma disputa danada.



Nós podemos e devemos ter divergências, percepções diferentes, interesses diferentes. Faz parte do SUS esse debate democrático, mas nós temos que perceber que um ataque que o SUS pode sofrer hoje existe em nós. Além de continuar alimentando nossas posições legítimas, o interesse de cada um dos segmentos, da diversidade que é uma conferência, que é um conselho, é o controle social do SUS, mas, sobretudo, nos unirmos, nos questionarmos e estarmos todos juntos frente a esse grande desafio ao qual o SUS pode sofrer um grande ataque, porque o que está em jogo é que esses 36 milhões de brasileiros que nós tiramos da miséria e colocamos na classe média, esse Canadá inteiro que nós tiramos da miséria e passamos a garantir a essas pessoas um certo padrão de consumo; é que esse brasileiro teve o sonho e o projeto de garantia do direito à saúde, à conquista e a consolidação do SUS, ou se vão entrar naquele que pode ser o sonho mais fácil da compra de um plano de saúde. É isso que está em jogo no Brasil hoje e é isso que tem que fazer com que todos nós aproveitemos as conferências municipais. Aliás (a Eliane Cruz, que acompanha lá no gabinete diariamente as conferências municipais), pela primeira vez na história do SUS, nós já temos 12 estados brasileiros que realizaram 100% das conferências municipais do seu Estado.

[Aplausos]

Nós já temos mais de 4.200 conferências municipais realizadas para a preparação dessa nossa etapa nacional. Estamos começando agora as etapas estaduais. Já teve a de Minas Gerais, ontem nós abrimos a de Brasília, hoje aqui a de São Paulo, mais tarde eu vou abrir a do Rio Grande do Sul, daqui a pouco tem a do Ceará, e assim vai.

Nós temos que aproveitar as conferências estaduais para reforçar entre nós que apesar das diferenças que cada um possa ter, há que ter uma forte defesa, em primeiro lugar, de um SUS público, controlado pelo público, regulado pelo público, garantindo acesso público a todos.

E o público pode ter parceria? É lógico que pode ter parceria. Esse debate nós fizemos quando nós criamos o SUS. Quando nós criamos o SUS nós criamos o SUS compreendendo que ele poderia ter sim as parcerias, e as parcerias foram fundamentais ao longo desses anos para consolidar... 54% dos leitos disponíveis ao SUS hoje são leitos estatais, e se não tivéssemos leitos estatais nós não poderíamos dizer que estamos garantindo acesso universal. Quantas parcerias com organizações não-governamentais, com entidades do terceiro setor, com a Pastoral foram fundamentais e decisivas para a construção do SUS?

Essas parcerias foram decisivas, serão e continuarão a ser decisivas para que a gente possa conseguir o acesso o mais rápido possível, independente dessa diversidade eleitoral do nosso país, a diversidade local. Esse país é muito diferente. Esse país é muito diferente para alguém pensar que possa não existir um modelo exclusivo, único e que cabe em todo o lugar.

Aqui no estado de São Paulo nós convivemos com a maior cidade do país, que é a cidade de São Paulo, que tem a população de Portugal inteiro, quem nos descobriu. O país que nos descobriu... Hoje tem na cidade de São Paulo a população de todo o país que nos descobriu. Aqui no estado de São Paulo, São Paulo, a maior cidade do país convive com Borá, que tem 800 habitantes e é o menor município do país. Esse país é muito diverso para alguém achar que... E nisso o SUS é generoso, e é isso que permite o SUS ser um projeto público, voltado para o usuário, porque todos nós temos que nos assumir também como usuários do SUS.

Se a gente não se assumir como usuário do SUS, a gente não vai, independente do segmento que a gente estiver, não vai lutar pelo o que a gente tem que lutar para garantir um SUS de qualidade para a população de usuários. Por isso que essas etapas estaduais e a Conferência Nacional têm que, sobretudo, reafirmar o nosso compromisso com o SUS público, sobre tudo reafirmar a nossa posição de que nós não podemos permitir qualquer medida, mesmo que bem intencionada, que venha tornar o acesso público ao SUS mais desigual, que venha criar privilégio no acesso público ao SUS, que venha criar categorias diferentes no acesso ao SUS.



[Aplausos]

Não pode ser. Não podemos permitir em nenhum momento qualquer retrocesso no acesso público, universal e gratuito a cada equipamento que é fruto da nossa história de 22 anos de construção do SUS, que é patrimônio do povo brasileiro.

Para isso nós precisamos cumprir um desafio político. Eu tenho dito isso desde a minha posse: tem um desafio político que nós precisamos cumprir: entre nós é fácil defender o SUS. Entre nós, da saúde, é fácil saber que todo mundo defende o SUS ou que todos usam o SUS. Entre nós é fácil dizer que construímos o patrimônio do povo brasileiro, mas se a gente não construir uma aliança com o conjunto da sociedade, com quem não entende as nossas normas, as nossas portarias, esse monte de números; quando vem me falar a Portaria número... Espera aí, o que é essa Portaria. Por exemplo, a Lei do Servidor². O que é essa lei? O debate entre nós, os nossos jargões. Se a gente não dialogar com o conjunto da sociedade, para fora da sociedade.

Essa sociedade deve mostrar o SUS como um projeto seu, e a única forma do SUS ser um projeto que se consolide, seja sustentável é se ele tiver a sociedade do nosso lado. Por isso que os trabalhadores têm que trazer, cada vez mais as centrais sindicais. Já trazem, mas trazer o segmento das centrais sindicais que não são dos trabalhadores da saúde. Por isso que os usuários têm, cada vez mais, trazer o segmento do usuário – segmento não tão organizado, porque às vezes não estão muito organizados. Com um grau maior de organização, e o debate entre nós. Por isso que nós, gestores, temos que trazer cada vez mais outros segmentos de gestão e debater isso.

Na Conferência Nacional a Comissão Organizadora é coordenada por uma usuária, a Jurema, que é do Conselho Nacional de Saúde. Ela está trabalhando isso para que as mesas da Conferência Nacional tenham as mesas que a gente participa, todos nós e nossos segmentos, mas traga empresários às mesas, traga jornalistas, colegas da imprensa aqui para a mesa para falar, para a gente contrapor e discutir. Trazer companheiros e companheiras de outras políticas públicas, como a educação. A educação nos últimos anos conseguiu uma aliança com o conjunto da sociedade em defesa da escola pública. Pode ser fazer esse discurso para fora, só, como a gente fala, para inverter. Mas hoje até mantê-lo... O industrial, que nunca vai ter um filho dentro da escola pública, faz discurso em defesa da escola pública de qualidade e do crescimento da economia do país, para que o país se desenvolva. É fundamental que a gente faça alianças agora com a sociedade, porque sem a sociedade junto conosco... É aquilo que o Naelson falou, que é um setor quase decisivo de consolidação do SUS para enfrentar o tema da regulamentação da Emenda Constitucional 29. Sem a sociedade junto conosco nós não regulamentamos essa emenda.

O que eu quero é que cada representante aqui olhe muito bem esse processo de votação. Ontem eu fiz uma reunião com vários líderes para alertar: se o resultado da regulamentação da Emenda Constitucional 29... O texto já está na Câmara dos Deputados hoje, já foi aprovado e vai ter a segunda votação, vai tirar 6 milhões de reais dos cofres públicos. Além de não botar R\$ 1,00 a mais, vai tirar 6 milhões de reais, porque o texto, como está lá, quando calcula os 12% dos Estados, antes de computar os 12% desconta 20% da receita dos estados daquilo que ele contribuiu para o Fundeb. Ou seja, ao invés de ser 12% de 100 da receita, é 12% de 80 da receita. Isso tira de uma hora para outra 6 milhões de reais [da área da saúde].

Nós temos que qualificar a defesa da Emenda Constitucional de 29. Nós temos que dizer que, para nós, a defesa do SUS público, para consolidar o SUS, a regulamentação da Emenda Constitucional tem que vir junto. Mais recursos para a saúde no país!

[Aplausos]

² Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990



Nós estamos tomando uma medida importante. A presidente Dilma assinou há duas semanas e foi para a Medida Provisória aumentar em 300% o imposto sobre cigarro e junto com o aumento do imposto sobre o cigarro estabelecer uma regra de preço mínimo para a venda de cigarro no país. Porque é fundamental que você combata as duas frentes: de um lado aumente o imposto, mas do outro combata a venda de cigarro pirata. E porque esse dinheiro não pode vir para a saúde? Porque nós fazemos com que os tributos federais e estaduais sobre o álcool venham para a saúde? A gente sabe que o álcool é um grande fator de risco que impacta na saúde hoje.

Hoje o Brasil vive uma epidemia de acidente de moto. Foram 143 mil internações por acidente de trânsito no SUS, custeadas pelo SUS, no ano passado. Nos últimos 6 anos multiplicou 7,5 vezes o número de acidente de moto no país. Por que o seguro que é pago para a compra da moto... Por que não pode aumentar? Hoje vai 45%³ para a saúde, por que não pode aumentar a participação desse seguro para a saúde no país? Cada um vai pensar um pouco. O pré-sal pode ser uma fonte.

Certamente a nossa criatividade é grande para poder pensar outras fontes, mas a defesa da regulamentação da Emenda Constitucional 29 tem que ser uma defesa associada à mais recurso para a saúde, senão a gente vai perder uma bandeira de 11 anos de luta e a regulamentação. Vamos louvar a nossa bandeira e vamos enfrentar um problema sério e importante, que é o financiamento da saúde no país. Nós precisamos nos posicionar nisso para que entre na Câmara e no Senado, para que haja uma negociação entre a Câmara e o Senado e se encontre um texto adequado no final da votação. Tem que sair da Câmara, vai para o Senado, vai voltar para a Câmara talvez, mas que garanta isso.

Terceiro grande desafio do SUS, que é o eixo principal da Conferência, é o tema do acesso. Ou nós colocamos a ampliação do acesso e o acesso de qualidade como tema central de qualquer conversa entre nós... Qualquer processo de planejamento entre nós, qualquer debate entre nós. Antes de tudo tem que vir a ampliação do acesso e da qualidade do acesso. Isso tem que ser objetivo final e decisivo de qualquer esforço do controle social, dos nossos segmentos, do planejamento da atenção.

Para melhorar o acesso, ampliar e qualificar o acesso nós temos que, em cada município desse país, em cada estado do país assumir como prioridade absoluta a atenção básica em saúde.

[Aplausos]

Saúde se faz próximo onde as pessoas vivem, moram, trabalham. Ninguém faz saúde no hospital. Vem para o hospital é fácil, toma remédio na hora certo, come na hora certa, come só com 5 gramas de sal por dia. Se estiver esquecendo a hora do remédio já vem a enfermeira, o enfermeiro, o médico, a médica ou técnico de enfermagem e põe o remédio na sua boca, mas ninguém faz saúde no hospital. Por isso que a atenção básica tem que ser prioridade para todos os níveis de governo. O Ministério da Saúde está assumindo esse compromisso, os estados estão assumindo esse compromisso e tem que assumir cada vez mais.

Por isso que nós, dentro do PACII, naturalmente o PAC era só saneamento, estrada, ponte, obra... A presidente Dilma fez questão de no PAC II colocar grande programa de construção, reforma, ampliação das básicas de saúde desse país. Nós, só aqui no Estado de São Paulo, já começamos, já liberamos recursos para a conta dos municípios; Vários já começaram a fazer licitação.

³ Comentário: 45% das indenizações pagas pelo seguro obrigatório dos veículos automotores (DPVAT) vão para cobrir indenizações de acidentes de motos



Eu já fui a vários eventos regionais, início de obras. Só aqui em São Paulo nós já começamos a construção de mais de 265 unidades básicas de saúde. Há anos que não sai recurso do Ministério da Saúde para a construção de unidades básicas com o Programa.

E mais (os gestores municipais sabem): nós criamos dentro desse programa a estruturação, um programa de reformas. O Ministério da Saúde está passando recurso para os municípios para a reforma das unidades básicas de saúde do país. Nós queremos, até 2014, garantir a reforma de todas as unidades básicas de saúde do país que já funcionam com um padrão mínimo, de tamanho mínimo, autorizado pela ANVISA. São 9 mil unidades básicas de saúde no país, e um programa de ampliação, de mais 15 mil no país.

Agora, a Atenção Básica não é só investir em estrutura. Investir é também importante. Porque nós temos que parar com essa história... O companheiro corintiano ali, que está com a camisa do Corinthians, no dia do aniversário do Corinthians; 101 anos. O Brasil tem dois patrimônios do povo: um é o SUS, outro é o Corinthians!

Mas, melhorar a Atenção Básica não é só construir unidade. Mas é importante. Outro dia eu fui lá com a Cidinha inaugurar uma unidade de saúde em Diadema e eu fiquei muito feliz e orgulho, porque aquilo que é unidade básica de saúde no padrão do SUS. Porque por muitos anos se consolidou a ideia de que unidade básica de saúde do SUS é aqueles “postinhos”, que não cabe nem equipe multiprofissional dentro do posto, não é? Aquela ideia de que pobre merece coisa de baixa qualidade. No SUS tem a afirmação clara de que todo brasileiro merece um SUS de qualidade, saúde de qualidade. Por isso que novas unidades de saúde no padrão novo é decisivo para as condições de trabalho dos profissionais de saúde, para que tenham condições de trabalho na unidade básica de saúde, para que possam trabalhar com qualidade.

[Aplausos]

Mas não é só isso. Para consolidar, melhorar a Atenção Básica no país é importante também que haja recurso de incentivo para a contratação das equipes. Nós criamos pela primeira vez um incentivo de qualidade, independente da população e da contratação das equipes. É um incentivo de qualidade.

O Ministério da Saúde está disposto a dobrar o que repassa para a equipe de Atenção Básica, dobrar os recursos que passa para o município, de acordo com cada equipe de Atenção Básica, desde que aquela equipe, desde que o programa de acompanhamento dê qualidade de atendimento à população. Quem quiser atender bem a população, garantir qualidade de atendimento recebe mais recurso. E dentro desse componente de avaliação de qualidade tem um componente chamado Satisfação do Usuário. É a gente colocar uma Ouvidoria, uma Ouvidoria ativa, como eu vi lá em São Bernardo, que o Arthur Chioro está construindo. A gente vai de forma ativa consultar a população daquela equipe de atenção básica, de qual é a avaliação que ela faz do acesso, da equipe multiprofissional, do atendimento, para que a gente possa premiar sim quem está se comprometendo e criando formas de fazer melhor.

Nós temos um grande desafio para consolidar a Atenção Básica, como forma do acesso, que é garantir o problema escassez, que todo mundo sabe que existe. Eu sou médico, já disse aos meus colegas médicos da dificuldade que tem de fixar o profissional médico para trabalhar na atenção básica. Por isso que o Ministério da Saúde está tomando uma série de iniciativas. Ninguém pode achar que num Brasil, tão diferente, uma iniciativa única vai ajudar a resolver e estimular a fixação de médicos. Ninguém pode achar que uma iniciativa única vai ajudar isso. Tem que ter projeto de carreira. As carreiras têm que ser regionais, tem que ser com base local e vão ter formatos diferentes porque o Brasil é diferente. O Brasil é muito diferente, por isso tem que ser regional, tem que ter base local.



Vamos fazer um conjunto de ações, mas nós já tomamos algumas decisões que acredito que vão ter um impacto mais imediato. Primeiro foi a regulação do FIES, que é o crédito nacional. Qualquer estudante, qualquer médico formado, que durante a sua formação tenha utilizado o crédito educacional para garantir a sua formação, a cada ano que ele trabalhar na atenção básica do SUS, nas áreas mais vulneráveis, de maior concentração de pobreza, ou na região interior, mais rural, que é mais difícil; a cada ano que ele trabalhar ele desconta da dívida dele com o crédito educacional, como estímulo para que esse profissional vá trabalhar na atenção básica.

A segunda medida que nós já aprovamos, já foi aprovado na Comissão Nacional de Residência Médica: na próxima tripartite nós vamos pactuar um detalhe do programa, que é o fato do programa de valorização... Vamos começar com médico, odontólogo e enfermeiro, depois nós vamos ampliando para as outras profissões. Quem, depois de formado, foi trabalhar na Atenção Básica, aonde a gente precisa desse profissional; se ele trabalhar um ano num programa que é supervisionado pelo Ministério em parceria com os estados e municípios e com as instituições de ensino, ele ganha 10% na hora de prestar a prova de Residência; se ele trabalhar dois [anos], ele ganha 20%. Quem quiser atender patologia, quem quiser fazer cirurgia plástica, se trabalhar na Atenção Básica 1 ano vai ganhar ponto na hora de prestar a prova de cirurgia plástica ou dermatologia. Se quiser trabalhar 2 anos, vai ganhar duas vezes mais pontos, como estímulo para que a gente tenha profissionais médicos. E mais do que isso: vai mudar. Quem é professor de instituição de ensino, de faculdade de medicina, sabe que é um estímulo importante. Porque hoje, às vezes, o aluno do 6º ano, ao invés dele estar lá atendendo o internado no hospital, de estar na unidade de saúde aprendendo, ganhando habilidade e competência para ser um bom médico, ele está é mais preocupado em ficar estudando, fazendo prova teórica, fazendo um monte de curso para prestar a prova de Residência.

Eu quero terminar com uma coisa importante em relação a acesso. Nesses 22 anos nós tivemos vários avanços, mas tem uma taxa, tem um indicador de saúde que nós não podemos continuar convivendo, sem assumir um compromisso forte de enfrentá-lo. O Brasil corre o risco, em 2015, de cumprir quase todos os objetivos do milênio: redução da mortalidade infantil, o enfrentamento da tuberculose; nós, nesse ano, tivemos o menor índice de malária dos últimos 25 anos. Vamos cumprir o enfrentamento de um conjunto de outros indicadores, dos objetivos do milênio, mas nós ainda corremos o risco de não alcançar a redução da taxa de mortalidade materna, e a Rede Cegonha veio para isso.

Nós estamos fazendo uma série de ações na política de atenção à saúde da mulher: combate ao câncer, à violência. Isso se estende às Margaridas, que são as trabalhadoras rurais. Estamos fazendo ações específicas para trabalhadoras rurais e nós vamos fazer em relação à saúde da mulher, à saúde mental. O tema do climatério, que é um tema importante também da saúde mulher, mas nós temos que enfrentar com uma grande prioridade o tema do cuidado às gestantes e às crianças – e a Rede Cegonha veio para isso. Estamos fechando com os estados e municípios o investimento na Rede Cegonha. São 9 milhões de reais para qualificar desde o pré-natal, passando pela especialidade quando precisa (em função da gravidez de alto risco); para a maternidade; projetos humanizados. Vamos fazer centros de parto normal, Casa da Gestante e do Bebê, UTI materna e UTI neonatal, quando precisar. Mas nós temos que assumir isso como um grande compromisso.

Nós estamos tomando uma medida que depende muito do controle social. Todas dependem. É importante que o controle social acompanhe a implantação da Rede Cegonha, dialogue com o município. Mas tem duas medidas que nós estamos tomando que nós vamos depender muito da mobilização de cada um.

Nós temos que enfrentar um indicador, que tem que nos envergonhar, a todos, das mulheres gestantes, da mortalidade neonatal. As mulheres, à assistência às mulheres ao parto, a rede pública e privada do país...



Há muitos casos de violência verbal, ou mau-trato, ou negligência. O meu perdão para essas mulheres (por tudo que a gente já conhece hoje, todas as técnicas e terapias que a gente já conhece hoje), que se sentiram desrespeitadas; e o direito que elas têm, por lei, de ter um acompanhante no momento do parto, para se sentir mais segura, ainda não foi respeitado.

Por isso que o Ministério da Saúde baixou uma medida, e é importante que vocês acompanhem a implementação dela. Agora, na ficha de internação de AIH, vai ter um campo para que se coloque contato telefônico do paciente que está sendo internado, e a partir de fevereiro vai ser obrigatório. Baixamos uma medida agora, em julho, tem 6 meses de implantação. Vai ser obrigatório. Nós só vamos pagar AIH se for informado o contato telefônico. Nós implantaremos um sistema e a ouvidoria do Ministério da Saúde vai ligar para cada gestante desse país e perguntar se sentiram violentadas na hora do parto ou durante algum procedimento.

[Aplausos]

Isso será obrigatório para todos: para os gestores estaduais saberem, porque não é de responsabilidade, às vezes, do gestor estadual; para os gestores municipais saberem, para os diretores das unidades saberem, para o controle social, para o conselho municipal, para o conselho estadual, os gestores de hospitais, os diretores técnicos, para os profissionais de saúde e para os conselhos dos profissionais de saúde saberem.

E nós vamos precisar muito de vocês para que cada relatório desses seja não uma atribuição, mas que seja um dado, uma informação para que se reorganize os serviços de saúde, para que as pessoas aprendam que pode fazer diferente, porque às vezes elas aprenderam (na escola médica, na escola de enfermagem, na escola de fisioterapia, de odontologia) que é assim mesmo, que tem que discriminar, que tem que tratar mal. Elas também têm que conhecer experiências.

A Rede Cegonha vai permitir que os gestores, que os trabalhadores, que o controle social tenham essa experiência e conceito de parto normal, de na realidade garantir um parto humanizado, de maternidades que garantam acolhimento, que garantam o direito a acompanhante.

Tem que garantir o direito a acompanhante. Vocês lembram que faz uns 25 anos que se garantiu o direito que a criança tenha o direito a um acompanhante em qualquer unidade de saúde ou hospital? Isso faz uns 25 anos, mais ou menos. Quando se criou isso, o pessoal falou: “Ah, não! Vai ser impossível! Não tem como fazer isso, vai ter que derrubar hospitais e construir outros novos.” “Vai atrapalhar a mãe.” E a gente viu que não, que foi possível. Ninguém teve que derrubar e construir outro hospital. Melhorou o cuidado, o cuidado à criança é melhor; a mãe aprende mais sobre a doença que a criança está tendo – ela passa a ser a cuidadora permanente dessa criança; isso reduz a internação, e o hospital fica mais alegre, mais humano com aquele monte de mãe conversando entre si, com aquele monte de pai, um monte de tio conversando entre si. Ou seja, mudou o hospital.

Então é possível sim garantir o direito que a gestante tem de um acompanhante, para se tornar mais segura. Porque a gente sabe, isso acontece: quando um acompanhante está junto esse índice de violência reduz. Por que falar coisa para a mulher que está sentindo dor no trabalho de parto é fácil, falar quando está do lado dela um acompanhante junto é mais difícil. A pessoa pensa duas vezes se vai falar ou não, não é? Com isso nós vamos mudando as práticas de saúde.



Lá no Vale do Ribeira a gente vai fazer uma homenagem para uma lutadora, que é a Dona Ruth Gouveia,⁴ que tem uma história na formação do nível médio, do nível técnico de saúde em todo o país.

A outra medida é em relação à mortalidade materna. Já é obrigatória, a vigilância já é obrigada a preencher um relatório de cada mulher, durante a gestação. Existe uma regra de que tem que ter o relatório do local, da vigilância, para ver o porquê que aquela mulher morreu, qual foi o motivo e sugestões de mudanças em relação a ele. Tem até um sistema. Nós vamos querer fazer uma coisa a mais. Vocês podem dar sugestões e debater na tripartite. Estamos pensando. Tem país que não conclui o registro de um óbito materno, de um óbito de uma criança quando não ficar provado o porquê aquela mãe ou aquela criança morreu e quais são as medidas para mudar.

Estamos pensando o que nós podemos fazer. Eu acho que devemos começar a defender que nas Assembléias se aprovem leis estaduais, que transforme isso em lei e que isso possa ser uma lei nacional. Porque tem que ir um relatório para o ministro, para o governador, para o prefeito. Nós estamos pensando. Mas nós temos que transformar esse ato, não é? Quando acontece alguma coisa inesperada na nossa casa, a gente não se aquietar enquanto não descobre o que foi. É ou não é? Chega em casa e está um cheiro diferente, você vai andar a casa inteira para saber porque é que está aquele cheiro diferente. É ou não é? É uma coisa inesperada.

Parto não é doença, então a mãe, a gestante morrer é algo inesperado. Tem que ser explicado o porquê que morreu. Criança não veio para morrer. Então se morre a criança é algo inesperado, nós não podemos nos aquietar enquanto a gente não descobrir esse cheiro inesperado dentro dessa nossa casa do SUS. Alguma coisa nós vamos ter que fazer para tornar mais rígido, mais transparente e que suscite mais mudanças na organização dos serviços esse tema da mortalidade materna e da mortalidade infantil.

Eu quero só terminar dizendo uma coisa importante que a presidente Dilma fez, e que se o controle social não se apropriar disso... Tudo o que é a vontade da presidente Dilma, do Ministério da Saúde, do CONASS, CONASEMS, como nós pactuamos a tripartite, e do Conselho Nacional de Saúde, porque nós apresentamos isso no Conselho Nacional de Saúde antes de levar para a presidente assinar, que é um decreto de regulamentação da lei que criou o SUS.

Nós temos a Lei 8.080 há 21 anos. Há 21 anos nós temos a Lei 8.080 e há 21 anos ela não tinha sido regulamentada ainda. A presidente Dilma assinou um decreto que regulamenta essa lei. E um instrumento muito forte e importante dessa nova lei é o chamado contrato de organização de ação pública, que o Ministério da Saúde vai assinar junto com o governador e o Secretário Estadual de Saúde, junto com o Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde.

As diretrizes dos contratos, das metas foram discutidas no Conselho Nacional de Saúde; teve controle social, o órgão máximo do controle social debateu, aprovou o Plano Nacional de Saúde e cada região de saúde vai ter que ter meta de atendimento à população firmado nesse contrato.

Vocês têm que ter uma participação decisiva nisso, porque nós estamos fazendo aos poucos uma mudança muito importante da forma como União, Estado e municípios, que são gestores do sistema, se relacionem entre si. E o controle social é decisivo para consolidar essa relação de forma mais democrática e que a população possa acompanhar. Por isso que é fundamental que vocês

⁴ Enfermeira, diretora do Cefor/Pariqueira-Açu



acompanhem todo o debate da construção dos contratos entre o Ministério, os estados e as regiões e municípios que nós desencadeamos a partir da pactuação da tripartite e o debate do Conselho Nacional de Saúde.

Eu quero dizer que estou muito feliz de estar aqui. Eu vim nessa Conferência Estadual de Saúde no Estado onde eu comecei a aprender o que é o SUS, onde me tornei profissional de saúde, ver a importância da mobilização de cada um de vocês na defesa do SUS público e de qualidade no estado de São Paulo e no Brasil.

Eu sei que cada um quer que eu fale de vários temas, mas eu vou ter que falar de vários temas: dos usuários, várias patologias, vários temas dos trabalhadores, vários temas dos gestores. Eu teria que ficar o dia inteiro falando. Mas como é importante para a construção do SUS a voz do controle social, os debates que vocês estão fazendo, que cada delegado está fazendo. São os debates que valem. É isso que vale na Conferência Estadual. E nós esperamos, lá em Brasília, na etapa nacional, a presença de vocês, com a contribuição forte do controle social de São Paulo, da Conferência Estadual de São Paulo na defesa de um SUS público, controlado pelo público, universal, onde não tem privilégio, onde não pode ser desigual. Que seja um SUS para todos, porque todos usam SUS.

Um grande abraço a vocês.

FIM DA CONFERÊNCIA



RELATÓRIO DOS GRUPOS DE TRABALHO



Um diálogo entre o Discurso do Sujeito Coletivo e o Sisconferência

I-INTRODUÇÃO

A 6ª Conferência Estadual de Saúde São Paulo teve lugar nos dias 31 de agosto, 1 e 2 de setembro de 2011, em Serra Negra, Hotel Vale do Sol.

Participaram da Conferência 832 delegados distribuídos nos segmentos (anexo 1):

Gestor/prestador- 208 delegados

Trabalhador: 208 delegados

Usuário: 416 delegados

O objeto de discussão da Conferência consistiu num conjunto de propostas encaminhadas e agrupadas em um relatório síntese das diversas regiões do Estado de São Paulo. As propostas foram enquadradas em 7 diretrizes NACIONAIS e 7 diretrizes ESTADUAIS abaixo dispostas:

NACIONAIS

Diretriz nacional 1: Reafirmar o SUS como uma política pública de direito na seguridade social, preservando seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, com financiamento adequado das três esferas de governo.

Diretriz nacional 2: Ampliar a capacidade de gestão e regulação do SUS e fortalecer pactos interfederativos, com sistemas de informação estruturados e regulação pública sobre os prestadores privados

Diretriz nacional 3: Avançar no processo organizativo dos conselhos de saúde e no fortalecimento do controle social e participação popular no SUS, fortalecendo-os como instâncias democráticas

Diretriz nacional 4: Instituir políticas de regulação de recursos humanos em saúde e gestão do trabalho com desprecarização dos vínculos e educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Diretriz nacional 5: Fortalecer as políticas públicas de direitos, com foco na intersetorialidade e atuação do SUS na vigilância, promoção de saúde e comunicação social.

Diretriz nacional 6: Estruturar ações estratégicas no SUS em redes de atenção, com equidade e integralidade, que respondam às necessidades da população, em particular as mais vulneráveis.



Diretriz nacional 7: Ampliar acesso universal aos serviços de saúde da rede do SUS, com centralidade na atenção primária, acolhimento, humanização, qualidade e assistência farmacêutica.

ESTADUAIS

Diretriz estadual 1 .Reafirmar o SUS como uma política pública de direito na seguridade social, preservando seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, com financiamento adequado das três esferas de governo.

Diretriz estadual 2- Ampliar a capacidade de gestão e regulação do SUS e fortalecer pactos interfederativos, com sistemas de informação estruturados e regulação pública sobre os prestadores privados.

Diretriz estadual 3- Avançar no processo organizativo dos conselhos de saúde e no fortalecimento do controle social e participação popular no SUS, fortalecendo-os como instâncias democráticas.

Diretriz estadual 4- Instituir políticas de regulação de recursos humanos em saúde e gestão do trabalho com desprecarização dos vínculos e educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Diretriz estadual 5- Fortalecer as políticas públicas de direitos, com foco na intersetorialidade e atuação do SUS na vigilância, promoção de saúde e comunicação social

Diretriz estadual 6- Estruturar ações estratégicas no SUS em redes de atenção, com equidade e integralidade, que respondam às necessidades da população, em particular as mais vulneráveis.

Diretriz estadual 7- Ampliar acesso universal aos serviços de saúde da rede do SUS, com centralidade na atenção primária, acolhimento, humanização, qualidade e assistência farmacêutica.

II-OBJETIVO

O presente relatório resgata as discussões de grupo desenvolvidas no primeiro dia dos trabalhos de grupo, no dia 1 de setembro e na plenária final ocorrida no período da manhã do dia 2 de setembro.

III-METODOLOGIA

Os delegados participantes dos trabalhos de grupos do dia 1 de setembro foram distribuídos em 6 salas diferentes. No período da manhã foi discutida pelos 6 grupos a diretriz 1. No período da tarde cada sala discutiu uma diretriz sendo que a sala discutiu 2 diretrizes.

A plenária final foi realizada em uma sala única na qual estavam presentes todos os delegados participantes da Conferência.

Os debates ocorridos foram sintetizados com a utilização de 2 *softwares*: o QUALIQUANTISOFT e o SISCONFERÊNCIA .

Com a utilização do QUALIQUANTISOFT foram registrados as opiniões e os debates dos delegados participantes para, com este material, serem construídos discursos sínteses denominados “DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO- DSC” que são agregações depoimentos com sentidos semelhantes reunidos num único discurso. Quando as opiniões não podiam ser somadas em um único discurso, por serem divergentes, utilizou-se o recurso do travessão e foram recuperados os discursos individuais.



Com o *software* SISCONFERÊNCIA foi possível o registro de todos os destaques propostos pelos delegados participantes. Os destaques aparecem nas formas: substituição, supressão (total ou parcial) ou adição.

Propõe-se neste relatório estabelecer o diálogo entre estes dois *softwares*, recuperando dentro do possível o debate ocorrido nas sessões, como poderemos ver nos quadros abaixo.

Os quadros foram construídos com 2 ou com 3 colunas. As discussões havidas sobre cada proposta figuram à esquerda do quadro na forma de DSCs; já os destaques de todo tipo figuram à direita ou ao centro da tabela. Note-se que todas as alterações propostas nos destaques aparecem explicitadas, como proposto pelo SISCONFERÊNCIA. Note-se também que em algumas situações houve debate mas a proposta não foi modificada. As propostas debatidas na Plenária Final aparecem na coluna mais à direita do documento sob a forma de DSCs.

A proposta final, após o debate, aparece ao final do quadro.

IV-QUADROS SÍNTESE DAS PROPOSTAS MUNICIPAIS E REGIONAIS

PROPOSTAS NACIONAIS

DIRETRIZ 1 AMBITO NACIONAL: Reafirmar o SUS como uma política pública de direito na seguridade social, preservando seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, com financiamento adequado das três esferas de governo.

Propostas de Síntese

1. Reafirmar e divulgar para a toda a sociedade, por meio da mídia escrita e falada, a importância e papel do SUS como uma política pública de bem estar social.

DSC GRUPO	DESTAQUES
<p><i>Proponho que a primeira seja aglutinada à segunda não como uma política pública de bem estar social. O SUS não deve pensar em bem estar social porque o SUS é um direito que nós temos à vida e a qualidade de vida.</i></p> <p><i>Também, eu gostaria de melhorar a redação dessa proposta: reafirmar, divulgar e debater, com toda a sociedade: mídia escrita, falada, internet sobre o SUS e o seu papel. Tem a rádio peão, mas não é a mesma coisa que internet e mídia falada.” (DSC N-D1-p1)</i></p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES</p>

2. Cumprir a política de seguridade social, articulando e formando um amplo conjunto de direitos sociais em um sistema de proteção social universal e equânime, com ampliação da participação do setor saúde no orçamento da seguridade social



(OSS) e exigir o cumprimento do artigo 196 da constituição federal, fortalecendo o sistema único de saúde (SUS) como uma política de estado, tendo os seus princípios e diretrizes garantidos na gestão pública, de maneira que os interesses de mercado não estejam acima dos interesses públicos, sendo sua implantação de responsabilidade compartilhada dos entes federados, dos conselhos de saúde e a da sociedade civil organizada.

DSC GRUPO	Destaques
<p><i>“Eu quero um esclarecimento para depois apresentar a minha proposta: eu não tenho conhecimento do que quer dizer participação da saúde e de seguridade social. Eu queria saber: no final do texto está sociedade civil organizada, ou sociedade civil e ponto? Então no final sociedade civil organizada é pouco, tem que incluir sociedade civil mesmo não organizada, com a ampliação da participação, com ampliação do orçamento e acrescentar o poder do voto da população nas conferências.</i></p> <p><i>Solicitamos incluir: “visando garantir a cobertura adequada e qualificada da estratégia de saúde à população rural e comunidades que estejam em situação de risco. Estimular a criação de comitês de ética em pesquisa regionais para que profissionais não ligados a instituições de ensino possam realizar pesquisas.” (DSC N-D1-p2)</i></p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUE</p>

3.Melhorar a gestão e a fiscalização da aplicação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços públicos e privados, considerar os desvios de verbas da saúde como crime hediondo e revisar as portarias editadas pelo Ministério da Saúde (MS) que infringem a Constituição Federal (CF) e Lei 8.080, em especial as que regulam o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

DSC GRUPO	Destaques
<p><i>“Esclarecimento: crime hediondo é o conjunto de crimes sem direito de redução de pena ou liberdade condicional. É um crime Lesa Pátria: a pessoa que cometeu tem que pagar!</i></p> <p><i>Sugiro também o acréscimo: com controle social. Recurso e financiamento sem controle social não tem sentido. E tirar a palavra “melhorar”. Também acho muito boa essa proposta para quando tem essa corrupção que não se consegue controlar. Então tem que ser considerado crime hediondo sim. As leis federais, estaduais e municipais, todas, devem organizar os decretos. .Essas portarias não teriam vigência no sistema legislativo; gostaria que acrescentasse a revisão e a alteração para estar de acordo com as outras portarias.</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>1.Melhorar a gestão e a fiscalização da aplicação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços públicos e privados, <u>punindo efetivamente os desvios de verbas da saúde e atuando pela devolução, aos cofres públicos da saúde, dos recursos desviados</u>considerar os desvios de verbas da saúde como crime hediondo e revisar as portarias editadas pelo Ministério da Saúde (MS) que infringem a Constituição Federal (CF) e Lei 8.080, em especial as que regulam o financiamento do Sistema Único de Saúde</p> <p><u>Foi aprovado o destaque com 71 %</u></p> <p><u>Aditiva</u></p>



E a supressão de parte do texto: “considerar os desvios de verba da saúde como caso criminal”... isso faz parte do judiciário.” (DSC N-D1-p3)

2.Melhorar a gestão e a fiscalização da aplicação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços públicos e privados, considerar os desvios de verbas da saúde como crime hediondo, revisar e alterar todas as leis, decretos e portarias editadas e aprovadas pelo Ministério da Saúde (MS), Governo Federal, governo e secretaria de estados, governos e secretarias municipais que infringem a Constituição Federal (CF) e Lei 8.080, em especial as que regulam o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aprovado 81,58%.

3.Melhorar a gestão e a fiscalização da aplicação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços públicos e privados, considerar os desvios de verbas da saúde como crime hediondo e revisar as portarias editadas pelo Ministério da Saúde (MS) que infringem a Constituição Federal (CF) e Lei 8.080, em especial as que regulam o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Aprovada: 63%**

4.Melhorar a gestão e a fiscalização da aplicação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços públicos e privados, considerar os desvios de verbas da saúde como crime hediondo e revisar as portarias editadas pelo Ministério da Saúde (MS) que infringem a Constituição Federal (CF) e Lei 8.080, em especial as que regulam o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Aprovado 83%.**

5.Melhorar a gestão e a fiscalização da aplicação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços públicos e privados, considerar os desvios de verbas da saúde como crime hediondo e revisar as portarias editadas pelo Ministério da Saúde (MS) que infringem a Constituição Federal (CF) e Lei 8.080, em especial as que regulam o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Proposta Aprovada: Melhorar a gestão e a fiscalização da aplicação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços públicos e privados, considerar os desvios de verbas da saúde como crime hediondo, revisar e alterar todas as leis, decretos e portarias editadas e aprovadas pelo Ministério da Saúde (MS), Governo Federal, governo e secretarias de estado, governos e secretarias municipais que infringem a Constituição Federal (CF) e Lei 8.080, em especial as que regulam o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).



4. Alterar a legislação federal, em especial a lei 8666/93, para que possibilite a aquisição de materiais, medicamentos e produtos diversos da área de saúde que atendam a real necessidade dos usuários e serviços, observando que nem sempre o menor preço contempla tais necessidades.

DSC GRUPO	Destaques
<p><i>“-Gostaria de acrescentar: material cirúrgico órteses e próteses”.</i></p> <p><i>“-Eu fiz o pedido de supressão, uma vez que a lei 8666 prevê outras formas de fazer a licitação. Por outro lado, cabe ao poder público elaborar bem o edital de licitação. Nem sempre o melhor preço é melhor qualidade. Essa legislação já estabelece que o processo licitatório precisa ter os padrões mínimos de qualidade para serviço e produto, porque se aprovarmos esse podemos deixar de apresentar outras coisas mais importantes. Muitas vezes as compras são feitas por interesse da indústria e não por necessidade do local. Deve ser com acompanhamento do conselho gestor e não só do serviço público. Sugiro também acompanhamento dos profissionais (médicos, corpo clínico) para adequação real”.</i></p> <p><i>Não quero alterar a lei, quero manter da mesma maneira. A lei existe há 16 anos. Não é uma questão nacional, nem estadual e sim municipal. Há vício de linguagem. Exclusão do texto, não alterar a lei!”</i> (DSC N-D1-p4)</p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>1. Supressão Total da Proposta <u>Aprovado 89%</u>.</p> <p>2. Supressão Total da Proposta <u>Aprovada com 63% dos votos</u></p> <p>3. Supressão Total da Proposta <u>Supressão do texto com 47%</u></p> <p><i>Aditiva</i></p> <p>4. Alterar a legislação federal, em especial a lei 8666/93, observando os princípios da licitação, para que possibilite a aquisição de materiais, produtos cirúrgicos, órteses e próteses, medicamentos e produtos diversos da área de saúde que atendam a real necessidade dos usuários e serviços, observando que nem sempre o menor preço contempla tais necessidades. Aprovado 79%.</p> <p>5. Aprovado : <u>74%</u></p> <p>SUPRESSÃO TOTAL. Não foi encaminhada a plenária final considerando-se 3 salas com supressão. Após nova análise, verificou-se que em uma delas a porcentagem foi abaixo de 70%, optando-se em manter a decisão de supressão em função da maior intencionalidade desta</p>

5. Lutar pelo fim do superávit primário do governo federal, e pela não reedição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

DSC GRUPO	Destaques	DSC-PLENÁRIA FINAL
<p><i>“-acrescentar: lutar pelo fim do superávit primário do governo federal e pela não reedição da contribuição provisória sobre monitoramento financeiro (CPMF), e apoiar uma reforma tributária que institua, dentre</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>1. Lutar pelo fim do superávit primário <u>nas contas públicas nas três esferas do pacto</u></p>	<p>Votar proposta original VERSUS alternativa:</p> <p>-original: lutar pelo fim do superávit... CPMF</p> <p>-alternativa: lutar pelo fim do</p>



<p>outros, o imposto sobre as grandes fortunas e o capital financeiro. São Paulo tem um excesso de arrecadação e um gasto grande no pagamento de dívidas.”</p> <p>“-proposta de supressão: O que acontece e que a gente precisa ter uma discussão muito mais aprofundada, sobre o que significa a supressão da Contribuição Provisória, o que financiava e não financiava.</p> <p>“ Isso está no regimento (votação de todas as propostas, mesmo das que não têm destaque)?. Se não foi aprovada, não tem de ser discutida. Os outros grupos votaram pela aprovação por bloco.”</p> <p>“Proposta de substituição: Substituir o texto lutar pelo fim do superávit primário nas contas públicas nas três esferas do pacto federativo e apoiar uma reforma tributária que institua, dentre outros, o imposto sobre as grandes fortunas e o capital financeiro” (DSC N-D1-p5)</p>	<p><u>federativo, e apoiar uma reforma tributária que institua, dentre outros, o imposto sobre as grandes fortunas e o capital financeiro</u> do governo federal. e pela não reedição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).</p> <p><u>Destaque aceito por 82%</u></p> <p><u>2. Aprovação 96%</u></p> <p><u>3. Aprovada 54%.</u></p> <p><u>4. Aprovado 75%.</u></p> <p><u>5. Aprovado 50%</u></p>	<p>superávit primário nas três esferas -votação por crachá: <u>aprovada a proposta com modificações</u></p>
---	--	---

Proposta Aprovada: Lutar pelo fim do superávit primário nas contas públicas nas três esferas do pacto federativo, e apoiar uma reforma tributária que institua, dentre outros, o imposto sobre as grandes fortunas, e o capital financeiro.

6. Extinção da Desvinculação das Receitas da União (DRU), principalmente quando incide sobre o orçamento da Saúde e de outras políticas públicas e a realização de auditoria da Dívida Pública, com suspensão de seu pagamento no sentido de garantir a capacidade do Estado em investir em políticas públicas.

Proposta aprovada sem destaques.

7. Rever a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) em relação aos limites de gastos com pessoal da saúde, educação e assistência social, com a exclusão dos contratos terceirizados no cálculo.

DSC GRUPO	Destaques	DSC- PLENÁRIA FINAL
<p>“-A lei de responsabilidade fiscal tem que ser fiscalizada quando se trata de número, de porcentagem e cálculo, para que os conselhos municipais de saúde possam fiscalizar o controle do orçamento.</p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>1. Rever a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) em relação aos limites de gastos com pessoal da saúde, educação e assistência social, com a exclusão dos contratos terceirizados no</p>	<p>Algumas salas aprovaram a original, algumas a supressão e uma aprovou com redação alternativa</p> <p>Votação da original versus supressão</p>



<p><i>Se a gente permite que os prefeitos fiquem amarrados nessa lei de responsabilidade fiscal, a gente fica refém dessas contratações precárias na saúde e os profissionais não formam vínculo. Se deixar como tá vai dar margem para mais terceirização. A alteração do texto deve ter o limite sem autorização estatal.”</i></p> <p><i>–“Só uma alteração: que fosse tirada a palavra exclusão, que fosse revisto; só retirar”</i></p> <p><i>–“Proponho exclusão: defendo a exclusão deste item, por quê? Assim como aconteceu com a 8666, veio para controlar e limita os gastos com o pessoal, se a gente começar a abrir mãos para contratar na saúde, inviabilizará. E o gestor batendo na cabeça da gente... essa é mais uma lei que está colocando não na cadeia, mas que continuam cometendo certos erros. Inclusive no mecanismo da lei... Então é exclusão da proposta e manutenção da lei, só não gosta o gestor</i></p> <p><i>- meu destaque: reforçando que é suprimir com a exclusão os contratos terceirizados. Por que a manutenção da revisão da lei? Porque precisamos da lei de responsabilidade fiscal, mas precisamos também de lei de responsabilidade social. Saúde trabalha também com RH. E o que acontece? Como o RH está no topo da folha acaba batendo no limite dos 53 (%) e não dá pra ampliar serviço, contratação de pessoal. Então a proposta é a exclusão dos contratos terceirizados. (DSC N-D1-p7)</i></p>	<p>cálculo. Supressão Total da Proposta. Aprovada com 46%</p> <p><u>Supressão Parcial</u></p> <p>2. Rever a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) em relação aos limites de gastos com pessoal da saúde, educação e assistência social, com a exclusão dos contratos terceirizados no cálculo. Esses limites adicionais devem ser empregados na administração pública estatal, sem nenhuma forma de terceirização. (modificação da proposta com 63% dos votos.)</p> <p>3. Aprovação: 95%</p> <p>4. Aprovado 62%.</p> <p>5. Aprovado 100%.</p>	<p><i>votação por crachá;</i> <i>(propostas 5 e 7 foram modificadas, por isso votadas na plenária)</i> <i>votação eletrônica: 329</i> <u><i>aprovaram a manutenção da proposta com modificações</i></u></p>
---	--	--

Proposta aprovada: Rever a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) em relação aos limites de gastos com pessoal da saúde,



educação e assistência social, empregando esses limites adicionais na administração pública estatal, sem nenhuma forma de terceirização

8. Aumentar o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) para 25%, com ampliação dos recursos federais e estaduais para os municípios.

DSC GRUPO	Destaques
<p><i>"A minha proposta é acrescentar, exigir a implantação efetiva do fundo de participação e caso não cumpra, que seja punido. Com relação à oitava proposta, participação dos municípios com 15%. A proposta é: passar de 15% para 25%. Meu pedido é aumentar o nível de repasse estadual e federal, a proposta esta bem clara, aumentar para pelo menos 25%. Nós temos o direito. A minha cidade Carapicuíba tem 120 favelas e gastamos 35000000. Logo depois de públicos e privados entra o seguinte texto: punindo efetivamente os desvios de verba da saúde e atuando pela devolução aos cofres públicos da saúde dos recursos e aí continua, acrescentar esse tipo de recurso e exigir que seja cumprido se não cumprir será punido". (DSC N-D1-p8)</i></p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES</p>

9. Retomar a reforma tributária e garantir para a saúde a maior parte dos impostos pagos pelas empresas, cujos produtos causem danos ao indivíduo tais como tabaco e bebidas alcoólicas e criar legislação nacional para aplicação de royalties da atividade econômica na saúde pública, com proposta de destinar uma parte dos royalties do petróleo para todos os Estados para financiar ações e serviços de saúde.

DSC GRUPO	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p><i>"Sobre a destinação do percentual não existe uma definição do percentual. Proponho colocar royalties do pré-sal em vez de petróleo. 10% do percentual do pré-sal para a saúde. Na conferência regional, o município de Ilhabela apresentou uma proposta sobre os royalties : distribuição dos royalties do pré-sal a todos os municípios do Brasil evitando a criação de um novo imposto. É muito dinheiro que entra através de royalties. Deve-se tomar cuidado com este detalhe.</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> 1. Retomar a reforma tributária e garantir para a saúde a maior parte dos impostos pagos pelas empresas, cujos produtos causem danos ao indivíduo tais como tabaco e bebidas alcoólicas e criar legislação nacional para aplicação de royalties da atividade econômica na saúde pública, com proposta de destinar uma parte 10% dos royalties do petróleo <u>e do pré-sal</u> para todos os Estados para financiar ações e serviços de saúde. 2. Retomar a reforma tributária e garantir para a saúde a maior parte dos impostos <u>e multas</u> pagos pelas empresas <u>e indivíduos</u>,</p>	<p><i>Aprovação da original em alguns grupos, aprovações com modificação em 3 grupos (acréscimos diferentes) e 1 proposta de redação alternativa. A relatoria, comissão etc. se reuniram para pactuar qual seria a melhor forma de votação)</i> <i>4 votações: proposta original; 3 propostas de modificação; 1 proposta alternativa</i> <i>Depois, a partir dessa aprovação, com ou sem acréscimo da original, o</i></p>



<p>As DRS's encaminharam 70 propostas. Na questão dos royalties, a proposta, que veio da minha região (Ilha Bela), é que a cota que vai para o governo federal vá para os municípios, ao invés de ser criada uma nova CPMF.</p> <p>Também devemos retomar a reforma tributária, cobrando das indústrias que produzem tabaco, poluição, multas de trânsito e garantir para saúde maior parte desses impostos. A proposta é alterar a constituição. Deve-se retomar aqui a reforma tributária e garantir para a saúde a maior parte dos impostos. Temos que colocar os produtos químicos aqui também, essa é um inclusão necessária porque as pessoas estão sendo intoxicadas. Eu também queria acrescentar: e alimentos industrializados, os alimentos industrializados contém muito sal, uns dos maiores responsáveis por hipertensão arterial.</p> <p>(DSC N-D1-p9)</p>	<p>cujos produtos e ações causem danos ao <u>indivíduo à população</u> tais como tabaco, e bebidas alcoólicas, álcool, poluição e infrações de trânsito, criar legislação nacional para aplicação de royalties da atividade econômica na saúde pública, com proposta de destinar uma parte dos royalties do petróleo para todos os Estados para financiar ações e serviços de saúde.</p> <p><u>Aprovado 76%</u></p> <p>3.Retomar a reforma tributária e garantir para a saúde a maior parte dos impostos pagos pelas empresas, cujos produtos causem danos ao indivíduo tais como tabaco e bebidas alcoólicas e criar legislação nacional para aplicação de royalties da atividade econômica na saúde pública, com proposta de destinar uma parte dos royalties <u>existentes e os novos</u> do petróleo para todos os Estados para financiar ações e serviços de saúde. (modificação aprovada com 51% dos votos.)</p> <p>4.Retomar a reforma tributária e garantir para a saúde a maior parte dos impostos pagos pelas empresas, cujos produtos causem danos ao indivíduo tais como tabaco, bebidas alcoólicas e <u>alimentos industrializados</u>, e criar legislação nacional para aplicação de royalties da atividade econômica na saúde pública, com proposta de destinar uma parte dos royalties do petróleo para todos os Estados para financiar ações e serviços de saúde.</p> <p><u>Destaque aprovado com 53%</u></p>	<p>resultado da votação será confrontado com a proposta de modificação.</p> <p>Relatoria esclarece: são duas rodadas de votação: original X alternativa; se aprovada a alternativa, derruba a possibilidade de modificação. (leitura da proposta original; proposta de modificação 1, proposta de modificação)</p> <p>-“Aprovada a proposta alternativa, que eliminou a votação das 3 propostas de modificação; a gente se sentiu lesado devido a desorganização da equipe, pois não foi apresentado ao grupo a proposta dos royalties, que é muito importante; contra a criação de uma nova CPMF.”</p> <p>Decidido fazer nova votação dessa proposta.</p> <p>-“A diferença é que uma proposta não elimina a outra assim, as discussões que os grupos fizeram podem ser incluídas. Não é uma contra a outra”.</p> <p>Decidido fazer nova redação da n9 e posterior votação.</p> <p><u>aprovada a redação de consenso</u></p>
--	---	--

Proposta Aprovada: Retomar a reforma tributária e garantir para a saúde a maior parte dos impostos e multas pagos pelas empresas e indivíduos cujos produtos e ações causem danos à população tais como tabaco, álcool, poluição e infrações de trânsito, e criar legislação federal que regularize a aplicação de royalties do petróleo, garantindo sua distribuição para o financiamento das ações e serviços de saúde do SUS.



10. Exigir a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29), conforme o texto original, por meio de mobilização popular, e garantir a sua implementação, efetivando o co-financiamento e a co-responsabilidade da União, Estados e Municípios em todos os níveis de atenção à saúde com readequação dos percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, com a alocação de no mínimo 10% do Produto Interno Bruto (PIB) e 15% dos recursos federais, de 15 a 20% dos recursos próprios estaduais e 25% dos recursos municipais, ou mesmo a equiparação entre as três esferas de gestão em 15%.

DSC GRUPO	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p><i>“A emenda 29 teve início no governo federal e foi aprovada por unanimidade, hoje o orçamento é 65 bi. Desfiguraram totalmente, tiraram a obrigação do governo federal de investir 10% e ficou apenas o que é gasto em saúde pública e falta o destaque da criação do recurso de (repass) financeiro.</i></p> <p><i>O que foi aprovado no senado não tem nada a ver com o que está aqui em baixo. Há 10 anos está uma lei para ser regulamentada, a Dilma prometeu e ontem já disse que não quer. O ministro quer, o que está nas nossas mãos é uma nova proposta que dá discussão para mais 10 anos. O que já está aprovado é 10% do orçamento, que já está aprovado no senado por unanimidade. Defendo essa nova proposta para que isso seja regulamentado.</i></p> <p><i>O que está sendo votado essa semana na câmara nós somos contra: tem que voltar para o senado e modificar onde o governo tem que colocar 10% da renda bruta do PIB. Garantir o financiamento é um dos 3 (objetivos) que o ministro está empenhado. Estamos numa luta em cima desse texto, pois na câmara tiraram o que já havia sido aprovado por unanimidade. Destaque a criação ou não de um imposto. A minha proposta é a regulamentação da emenda 29 com texto original, sem criação de um imposto sobre movimentação financeira, estabelecendo o co-financiamento entre União, Estado e Município.</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>1. Exigir a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29), conforme o texto original, aprovado pelo Senado Federal por unanimidade por meio de mobilização popular, e garantir a sua implementação, efetivando o co-financiamento e a co-responsabilidade da União, Distrito Federal, Estados e Municípios em todos os níveis de atenção à saúde com readequação dos percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, com a alocação de no mínimo 10% do Produto Interno Bruto (PIB) e 15% dos recursos federais, de 15 a 20% dos recursos próprios estaduais e 25% dos recursos municipais, ou mesmo a equiparação entre as três esferas de gestão em 15%.</p> <p>2. Exigir a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29), conforme o texto original, por meio de mobilização popular, e garantir a sua implementação, efetivando o co-financiamento e a co-responsabilidade da União, Estados e Municípios em todos os níveis de atenção à saúde com readequação dos percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, com a alocação de no mínimo 10% do Produto Interno Bruto (PIB) e 15% dos recursos federais, de 15 a 20% dos recursos próprios estaduais e manter 15% 25% dos recursos municipais, ou mesmo a equiparação entre as três esferas</p>	<p>Serão 3 votações:</p> <p><i>(leitura das propostas: original, alternativa 1, alternativa 2, alternativa 3)</i></p> <p><i>correção do texto da proposta alternativa 2: alterar de 25% para 15%</i></p> <p><i>Propostas encaminhadas para votação:</i></p> <p><u>Original vs alternativa 1 (aprovada) ;</u></p> <p><u>alternativa 1 vs alternativa 2 (aprovada);</u></p> <p><u>alternativa 2 (aprovada) vs alternativa 3 ;</u></p>



<p><i>Então, não é aprovar, mas regulamentar. O que eu quero é que além da União, Estados e Municípios deve-se colocar também Distrito Federal.</i></p> <p><i>Proponho que na alteração exigir a regulamentação da emenda constitucional, com a aprovação dos delegados da 6 conferência estadual, por meio da mobilização popular. Seria interessante como está representado, aqui já tem bem representado.</i></p> <p><i>Na proposta existem erros de grafia e está confuso. A proposta é exigir regulamentação da emenda constitucional, e manter 15% de recursos municipais e a proposta de destaque é retirar os 15% das políticas federais e colocar a participação do nível federal para 10% do PIB.” (DSC N-D1-p10)</i></p>	<p>de gestão em 15%. Aprovado 82%</p> <p>3. Exigir a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29), conforme o texto original, por meio de mobilização popular, e garantir a sua implementação, efetivando o co-financiamento e a co-responsabilidade da União, Estados e Municípios em todos os níveis de atenção à saúde com readequação dos percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, com a alocação de no mínimo 10% do Produto Interno Bruto (PIB) e 15% 10% dos recursos federais, de 15 a 20% 12% dos recursos próprios estaduais e 25% 15% dos recursos municipais, ou mesmo a equiparação entre as três esferas de gestão em 15%.</p> <p><u>Destaque aprovado com 70%</u></p> <p>4. Aprovado 64%.</p> <p>5. Aprovado 65%.</p>	
---	---	--

Proposta Aprovada: Exigir a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29), aprovada pelo Senado Federal por unanimidade, por meio de mobilização popular e garantir a sua implementação, efetivando o co-financiamento e a co-responsabilidade da União, Distrito Federal, Estados e Municípios em todos os níveis de atenção à saúde com readequação dos percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, com a alocação de no mínimo 10% do Produto Interno Bruto (PIB), 15% dos recursos próprios estaduais e manter 15% dos recursos municipais.

11. Aumentar os recursos do Sistema Único de Saúde por meio da exigência de ressarcimento financeiro, pelo setor privado, dos serviços prestados a seus conveniados, determinar que qualquer empresa ou instituição pública que receba recursos do SUS não possa utilizá-los para financiar planos de saúde para seus trabalhadores e gestores, e proibir qualquer tipo de isenção ou renúncia fiscal em favor do setor privado de saúde.

DSC GRUPO	destaques
<p><i>“-Tem uma lei federal que determina o ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde que não é cumprida. Cobrou 100 milhões, mas só recebeu 20 milhões. Anualmente, os planos deveriam repassar 500 milhões. No Brasil a saúde particular - a saúde suplementar - atende a 47 milhões de pessoas e a saúde pública 140 milhões de pessoas. Só que o país gasta 4,5 do PIB com a saúde suplementar e 3,5 com a saúde pública. Que o governo gaste mais com a saúde pública do que com a suplementar.</i></p> <p><i>-Proponho retirar um pedaço da proposta: essa parte vai sobrecarregar quem paga o plano</i></p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES</p>



de saúde, eu acredito que empresas públicas não deveriam pagar plano de saúde, mas deveriam usar o SUS.

-Respeito a opinião dos colegas, mas não acho justo o convênio quebrar as pernas do SUS e o SUS não fazer nada.

-Não sou contra, mas o texto complica no final: proibir qualquer tipo de isenção fiscal - esqueceram as filantrópicas, as santas casas. Filantropia é isenção e renúncia fiscal" (DSC N-D1-p11)

12.Propor o aumento do percentual de repasse do Seguro de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) para o Sistema Único de Saúde (SUS) de 45% para 47%, a ser destinado aos municípios que possuem atendimento de pronto socorro.

Proposta aprovada sem destaques

13.Garantir a destinação ao SUS de um percentual da arrecadação das loterias, e que esses recursos arrecadados nas lotéricas dos municípios sejam destinados para as entidades filantrópicas do próprio município.

DSC GRUPO	Destaques
<p><i>"-Defendo a manutenção do texto, pois o dinheiro é muito e por que não o dinheiro do jogo para a saúde?</i></p> <p><i>-A questão, em primeiro lugar, está ambígua porque não define um percentual e podemos colocar qualquer bagatela que não nos interessa. Em segundo lugar o acréscimo da fiscalização da arrecadação nos jogos porque senão o município pode ser prejudicado.</i></p> <p><i>-Proposta de modificação: garantir um porcentual ao SUS das loterias... (...) Altero da seguinte maneira pelo SUS pelo fundo de saúde do município. Também onde está : seja destinado para o SUS, retirar as entidades filantrópicas. Sugerimos alterar o texto para garantir um SUS público, considerando as necessidades locais". (DSC N-D1-p13)</i></p>	<p><u>Supressão Parcial</u></p> <p>1.Garantir a destinação ao SUS de um percentual da arrecadação das loterias, e que esses recursos arrecadados nas lotéricas dos municípios sejam destinados para as entidades filantrópicas do próprio município. Aprovado com 83%</p> <p><u>Substitutiva</u></p> <p>2.Garantir a destinação ao SUS de um percentual da arrecadação das loterias, e que esses recursos arrecadados nas lotéricas dos municípios sejam destinados ao fundo municipal para gastos na saúde do município pela administração direta. Aprovado 85%.</p> <p>3.Garantir a destinação ao SUS de um percentual da arrecadação das loterias, e que esses recursos arrecadados nas lotéricas dos municípios sejam destinados para as entidades filantrópicas do próprio município. às ações públicas em saúde ao próprio município considerando as necessidades locais. Aprovado 88%.</p> <p>4.Garantir a destinação ao SUS de um percentual 10% , com fiscalização do Conselho Municipal da arrecadação das loterias, e que esses recursos arrecadados nas lotéricas dos municípios sejam destinados para as entidades filantrópicas do próprio município. ao orçamento da saúde municipal. Aprovação: 82%</p> <p>5.Garantir a destinação ao SUS de um percentual da arrecadação das loterias, e que esses recursos arrecadados nas lotéricas dos</p>



	municípios sejam destinados para as entidades filantrópicas do próprio município, <u>ao SUS, através do Fundo Municipal da Saúde.</u> (A proposta foi aprovada com 79% dos votos.)
--	--

Proposta Aprovada: Garantir a destinação ao SUS de um percentual da arrecadação das loterias, alocados nos Fundos Municipais da Saúde.

14.Revisar e reajustar, anualmente, os valores dos blocos de financiamento e da tabela de procedimentos do SUS garantindo que os valores sejam de acordo com a complexidade e o custo dos procedimentos, criando um bloco de financiamento único com maior flexibilidade e autonomia na utilização dos recursos.

DSC GRUPO	Destques
<p><i>“Proponho que se mudasse de revisão anual para bimestral. É só um reajuste anual, desejo um reajuste bimestral conforme inflação, e temos que pensar em termos de mundo, para também não quebrar. Acho que deveria revisar e reajustar anualmente o financiamento, de acordo com o custo dos procedimentos. A criação de um bloco único não dá, porque compromete flexibilidade.”</i> (DSC N-D1-p14)</p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>1.Revisar e reajustar <u>ações</u>, anualmente, os valores dos blocos de financiamento e da tabela de procedimentos do SUS garantindo que os valores sejam de acordo com a complexidade e o custo dos procedimentos, criando um bloco de financiamento único com maior flexibilidade e autonomia na utilização dos recursos. <u>Aprovado 93%.</u></p> <p><u>Aditiva</u></p> <p>2.Revisar e reajustar, anualmente, os valores dos blocos de financiamento e da tabela de procedimentos do SUS garantindo que os valores sejam de acordo com a complexidade e o custo dos procedimentos, criando um bloco de financiamento único com maior flexibilidade e autonomia na utilização dos recursos.Aprovado 87%.</p> <p>3. Revisar e reajustar, anualmente, os valores dos blocos de financiamento e da tabela de procedimentos do SUS garantindo que os valores sejam de acordo com a complexidade e o custo dos procedimentos, criando um bloco de financiamento único com maior flexibilidade e autonomia na utilização dos recursos. Aprovação: 93 %</p> <p>PROPOSTA APROVADA SEM MODIFICAÇÕES</p>

15.Elaborar plano de metas, nas três esferas de gestão, com participação do controle social, com o objetivo de ampliar gradualmente a participação da atenção primária nos orçamentos da saúde, como forma de garantir a ampliação das equipes, a qualificação das unidades, o abastecimento ininterrupto, a ampliação da resolutividade e a humanização do atendimento.



DSC GRUPO	Destaques
<p><i>“Alteração no texto é um compromisso do Pacto de Gestão de 2007, frisar essa questão do Pacto da Saúde e indicadores de saúde do plano gestão. Também elaborar plano de metas nas esferas de gestão com participação do controle social e qualificação dos profissionais” (DSC N-D1-p15)</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>1.Elaborar plano de metas, Na elaboração do plano de metas nas três esferas de gestão, <u>a partir das regiões</u> com participação do controle social, com o objetivo de ampliar gradualmente a participação da atenção primária nos orçamentos da saúde, como forma de garantir a ampliação das equipes com adequação das áreas de cobertura para as ESF tendo por base as características populacionais, a qualificação dos profissionais das unidades, o abastecimento ininterrupto, a ampliação da resolutividade incluindo a ampliação do arsenal de procedimentos a serem solicitados pelos profissionais das equipes de saúde da família, ampliação e a humanização do atendimento</p> <p><i>Aditiva</i></p> <p>2.Elaborar plano de metas, nas três esferas de gestão, conforme pacto de saúde e com o termo de compromisso assinado, com participação do controle social (conselho estadual, municipal e federal) com o objetivo de ampliar gradualmente a participação da atenção primária nos orçamentos da saúde, como forma de garantir a ampliação das equipes, a qualificação das unidades, o abastecimento ininterrupto, a ampliação da resolutividade e a humanização do atendimento.</p> <p>Aprovação:89%</p> <p>3.Elaborar plano de metas, nas três esferas de gestão, com participação do controle social, com o objetivo de ampliar gradualmente a participação da atenção primária nos orçamentos da saúde, como forma de garantir a ampliação das equipes, a qualificação das unidades, o abastecimento ininterrupto, a ampliação da resolutividade e a humanização do atendimento. Aprovado 100%</p> <p>PROPOSTA APROVADA SEM MODIFICAÇÕES</p>

16.Aumentar em 100%, e corrigir anualmente pelo índice inflacionário e variação populacional, o valor do Piso de Atenção Básica (PAB), revisão e correção dos valores dos incentivos para a atenção básica, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com ampliação da autonomia dos municípios para realizar a gestão.

DSC GRUPO	Destaques
<p><i>“-Incluir na proposta o centro dia para o idoso e para o autista, porque o autista depois de 12 anos não tem mais onde ficar.</i></p> <p><i>-Supressão do texto, pois já se leva em conta critérios demográficos em distribuição de recursos” (DSC N-D1-p16)</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>1.Aumentar em 100%, e corrigir anualmente pelo índice inflacionário e variação populacional, o valor do Piso de Atenção Básica (PAB), fixo revisão e correção dos valores dos incentivos para a atenção básica, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com ampliação da autonomia dos municípios para realizar a gestão.</p> <p>Aprovado destaque com 87%</p>



	<p><i>Aditiva</i></p> <p>2. Aumentar em 100%, e corrigir anualmente pelo índice inflacionário e variação populacional, o valor do Piso de Atenção Básica (PAB), revisão e correção dos valores dos incentivos para a atenção básica, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro DIA para autista e idoso, com ampliação da autonomia dos municípios para realizar a gestão, desde que seja uma política pública no âmbito da gestão do Estado, e não de Governo. Aprovado 57%</p> <p>3. Aprovado 96%</p> <p>4. Aprovado 100%</p> <p>PROPOSTA APROVADA SEM MODIFICAÇÕES</p>
--	--

17. Propor que os repasses do governo federal e estadual sejam feitos de forma integral, por critérios demográficos e epidemiológicos, garantindo a qualidade das estimativas e transferidos na modalidade fundo a fundo, respeitando o Pacto e o Plano de Saúde e realizar levantamento das necessidades financeiras de saúde, per capita, no sentido de orientar propostas de aumento, distribuição e busca de outras fontes de recursos exclusivas da saúde, conforme a necessidade da população e com intensiva fiscalização institucional e da sociedade.

DSC GRUPO	Destaques
<p><i>“Aqui está falando sobre o repasse. E quando a cidade é manancial? Eles não podem levar indústrias, então que eles repassem esse dinheiro para os municípios da área de manancial. Quando a gente propõe repasses a gente tá esquecendo da questão dos mananciais. A questão geográfica não é considerada. Propomos acrescentar critérios geográficos, demográficos e epidemiológicos. Então, que os municípios de área manancial tenham um repasse especial para que eles possam ir para saúde.</i></p> <p><i>Outra questão é a demora: 6 meses. Precisa ser de forma imediata o repasse. Acrescentar a renda per capita para cidades com mais de 500 mil habitantes.” (DSC N-D1-p17)</i></p>	<p><u><i>Supressão Total da Proposta</i></u></p> <p>1. Propor que os repasses do governo federal e estadual sejam feitos, de forma integral, por critérios demográficos e epidemiológicos, garantindo a qualidade das estimativas, e transferidos na modalidade fundo a fundo, respeitando o Pacto e o Plano de Saúde e realizar levantamento das necessidades financeiras de saúde, per capita, no sentido de orientar propostas de aumento, distribuição e busca de outras fontes de recursos exclusivas da saúde, conforme a necessidade da população e com intensiva fiscalização institucional e da sociedade. Supressão Total da Proposta. <u>Aprovada supressão total com 72%</u></p> <p><u><i>Substitutiva</i></u></p> <p>2.. Propor que os repasses do governo federal e estadual sejam feitos, de forma integral, por critérios geográficos, demográficos e epidemiológicos, garantindo a qualidade das estimativas, e transferidos na modalidade fundo a fundo de forma imediata, respeitando o Pacto e o Plano municipal de saúde Plano de Saúde realizar levantamento das necessidades financeiras de saúde, per</p>



	<p>capita, no sentido de orientar propostas de aumento, distribuição e busca de outras fontes de recursos exclusivas da saúde, conforme a necessidade da população e com intensiva fiscalização institucional e da sociedade. <u>Aprovado 95%.</u></p> <p>3. <u>Aprovado 99%.</u></p> <p>4. <u>Aprovação: 86%</u></p> <p>5. <u>Aprovação: 72% dos votos.</u></p> <p>PROPOSTA APROVADA SEM MODIFICAÇÕES</p>
--	---

18. Ampliar a alocação e garantir a pontualidade dos repasses financeiros da União e Estados para as ações de saúde em todos os blocos de financiamento do SUS, principalmente para ampliação do elenco de medicamentos, insumos e atendimento das ações judiciais com a criação de um fundo financeiro, nas três esferas de governo, para investimento em infra-estrutura, emergências de saúde e ordens judiciais.

DSC GRUPO	destaques
<p><i>“Tem muita necessidade de verba pra atender o básico, então eu não concordo com um fundo pra isso. Tem que atender, mas não criar um fundo. Tem que tirar as ações judiciais que estão constando na proposta. Então, deixar para governo federal e estadual. Tem muita necessidade de verba pra atender o básico, então eu não concordo com um fundo pra isso. Tem que atender, mas não criar um fundo. Tem que tirar as ações judiciais que estão constando na proposta. Deixar para governo federal e estadual.” (DSC N-D1-p18)</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>1. Ampliar a alocação e garantir a pontualidade dos repasses financeiros da União e Estados para as ações de saúde em todos os blocos de financiamento do SUS, principalmente para ampliação do elenco de medicamentos, insumos e atendimento das ações judiciais com a criação de um fundo financeiro, nas três esferas de governo, <u>nas esferas federal e estadual</u> para investimento em infra-estrutura, emergências de saúde e ordens judiciais. Aprovado destaque com 77%</p> <p>2. <u>Aprovação: 99%.</u></p> <p>3. <u>Aprovação 100%.</u></p> <p>4. <u>Aprovação 96%</u></p> <p>5. <u>Aprovação: 51%</u></p> <p>PROPOSTA APROVADA SEM MODIFICAÇÕES</p>

19. Criar incentivo para valorização dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), nos moldes do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), com recursos adicionais advindos da aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29).

DSC GRUPO	destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
-----------	-----------	--------------------



<p>“-Essa proposta esta falando do FUNDEP. Educação infantil, fundamental e educação especial e queremos saber para onde vai este fundo que era pra saúde. Aqui nós estamos votando sem critério nenhum, então eu peço suprimir essa proposta.</p> <p>- Com relação ao destaque, criar um incentivo ao sistema público dos trabalhadores, não especificamente do SUS.</p> <p>- Mudar a redação para não depender da EC 29, IMPLEMENTAR planos de cargos, carreira e salários no SUS de acordo com a lei 8142, esse seria o texto.Se a Emenda 29 demorar para regulamentar vamos ficar esperando”. (DSC N-D1-p19)</p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>1.Criar incentivo para valorização dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), nos moldes do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), com recursos adicionais advindos da aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29).Supressão Total da Proposta <u>Aprovado 62%</u>.</p> <p><u>Substitutiva</u></p> <p><u>2.Implantar o plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) do SUS de acordo com o que preconiza a Lei 8142.—Criar incentivo para valorização dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), nos moldes do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), com recursos adicionais advindos da aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29).</u></p> <p>Aprovada com 79%</p> <p>3. <u>Aprovado 53%</u>.</p> <p>4. <u>Aprovado: 94%</u></p>	<p>votada: <i>Original(aprovada) versus Supressão ; Original versus alternativa (aprovada);</i> <u>Portanto permanece a alternativa...</u></p>
--	--	--

Proposta Aprovada: Implantar o plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) do SUS de acordo com o que preconiza a Lei 8142.

20.Adequar o financiamento das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios, levando em considerando a população flutuante em áreas agrícolas, universitárias, turísticas e de presídios e incentivar financeiramente os municípios mais distantes dos centros de referência regionais, utilizando a distância como critério para liberação de recursos.

Proposta aprovada sem destaques

21.Criar PAB variável para saúde mental e incentivar financeiramente a implantação de programa intersetorial de promoção e prevenção no combate ao álcool e outras drogas, e ações de saúde mental extra-hospitalar, garantindo a inclusão dessas ações nos Planos de Saúde dos entes federados.

DSC GRUPO	Destaques
-----------	-----------



<p><i>“É necessário criar modalidade de transferência de fundo a fundo para a saúde mental na atenção básica. Excluir: recursos enviados de forma variável para saúde mental, que já existe, o restante restaria. Também precisa de mais verba para o CAPS e PAB para saúde mental. Como fica álcool e droga? -Eu queria suprimir a questão, pois o CAPS já recebe.” (DSC N-D1-p21)</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> 1. Criar PAB <u>modalidade de transferência fundo a fundo variável</u> para saúde mental <u>na atenção básica</u> e incentivar financeiramente a implantação de programa intersetorial de promoção e prevenção no combate <u>enfrentamento da problemática de</u> o álcool e outras drogas, e ações de saúde mental extra-hospitalar, garantindo a inclusão dessas ações nos Planos de Saúde dos entes federados, municipais, estaduais e nacional de saúde. <u>Aprovado 88%</u> 2. Criar PAB variável para saúde mental e incentivar financeiramente <u>Garantir e ampliar incentivos financeiros para</u> a implantação de programa intersetorial de promoção e prevenção no combate ao álcool e outras drogas, e ações de saúde mental extra-hospitalar, garantindo a inclusão dessas ações nos Planos de Saúde dos entes federados. <u>Destaque aprovado com 88%</u> 3. <u>Aprovada 72%.</u> 4. <u>Aprovada: 98 %</u></p>
--	--

Proposta Aprovada: Criar modalidade de transferências fundo a fundo e incentivar financeiramente a implantação de programas intersetoriais de promoção e prevenção no combate ao álcool e outras drogas, bem como ações de saúde mental extra-hospitalar, garantindo a inclusão dessas ações nos Planos de Saúde dos entes federados.

22. Prever a isenção de impostos para medicamentos, equipamentos médicos, veículos e materiais essenciais à saúde.

DSC GRUPO	Destaques
<p><i>-“A proposta 22 prevê a isenção de impostos para medicamentos e para equipamentos médicos. Eu queria alterar de equipamentos médicos para equipamentos de tratamento médicos e veículos médicos. Tem odontologia, fisioterapia e tem veículos muito importantes. Materiais para saúde e veículos para área da saúde. Assim, prever a isenção de impostos em materiais essenciais para a saúde. Nós queremos isenção a todas as coisas necessárias para a saúde.” -“Quero suprimir essa proposta porque essa área é a que mais ganha dinheiro, esse é o setor que mais explora o ser humano, se nós isentarmos esse pessoal nós vamos estar fazendo um mal para nós mesmos, o que há de gente dependente desses produtos, gente?” - “Eu concordo que a indústria de medicamentos ganha muito dinheiro, mas em muitos municípios há uma dificuldade de conseguir</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u> 1. Prever a isenção de impostos para medicamentos, equipamentos médicos, veículos e materiais essenciais à saúde. <u>Supressão Total da Proposta Aprovado 90%.</u> 2. Prever a isenção de impostos para medicamentos, equipamentos médicos, veículos e materiais essenciais à saúde. <u>Supressão Total da Proposta Aprovada supressão com 83%</u> <u>Substitutiva</u> 3. Prever a isenção de impostos para medicamentos, equipamentos médicos,</p>



<p>material, precisamos de mais aparelhos, e pra impedir a aquisição, a resposta é sempre que não tem dinheiro para comprar o equipamento. Por exemplo, eu sou dentista e tenho que dividir um aparelho de "fotopolimerização" com mais 3 dentistas e isto é inviável."</p> <p>-“Os seis destacantes chegaram que a proposta deve ser suprimida, pois atende interesses da indústria farmacêutica.” (DSC N-D1-p22)</p>	<p>veículos e materiais essenciais destinados à saúde. Aprovado 76%.</p> <p>4.Prever a isenção de impostos para medicamentos, equipamentos médicos, veículos e materiais essenciais à área da saúde. Aprovada 79%.</p> <p>5.Aprovação:95%</p>
--	--

Proposta aprovada: Prever a isenção de impostos para medicamentos, equipamentos, veículos e materiais essenciais à área da saúde.

23.Garantir que as verbas estaduais e/ou federais para o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (Integrasus) recebidas pelo gestor municipal, destinadas às entidades filantrópicas que possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam repassadas após o recebimento fundo a fundo.

DSC GRUPO	destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p><i>“Proposta de alteração de texto: complementar esse texto com relação às entidades filantrópicas, para a sua utilização em até no máximo dois anos. O serviço complementar não pode ser ad eternum. Se o governo pode pagar indefinidamente pode pagar o funcionário. Então é pela re-estatização em dois anos. A verba ir para a filantrópica não é correto, eu sou contra a proposta pois tira do fundo e encaminha para a atividade filantrópica.</i></p> <p><i>- Para a atividade pilantrópica não! proponho a supressão dessa proposta (Vaias e ovações) Proponho a exclusão da proposta: isso é privatização da saúde. Eu entendo essa proposta como a persistência da privatização da saúde. Proponho a supressão deste item. Aqueles que tem já estão recebendo, se é antes ou depois é problema deles.</i></p> <p><i>- A proposta de supressão é inócua porque esse repasse já existe, apenas se propõe a agilização do encaminhamento dos repasses. Reforça que já existe essa previsão de repasse.</i></p>	<p><u><i>Supressão Total da Proposta</i></u></p> <p>1.Garantir que as verbas estaduais e/ou federais para o Incentivo de Adesão a Contratualização (IAC) e Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (Integrasus) recebidas pelo gestor municipal, destinadas às entidades filantrópicas que possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam repassadas após o recebimento fundo a fundo.Supressão Total da Proposta Aprovado 90%.</p> <p>2.Garantir que as verbas estaduais e/ou federais para o Incentivo de Adesão a Contratualização (IAC) e Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (Integrasus) recebidas pelo gestor municipal, destinadas às entidades filantrópicas que possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam repassadas após o recebimento fundo a fundo. Supressão Total da Proposta Aprovada 91%</p> <p><i>Aditiva</i></p> <p>3.Garantir que as verbas estaduais e/ou</p>	<p><i>Votada:</i></p> <p><i>Original(aprovada) vs Supressão ; Original vs Alternativa</i></p> <p><i>(aprovada);</i></p> <p><i>portanto permanece a alternativa...</i></p>



<p><i>-Voltando a questão das entidades, o Lar Escola Rafael Maurício abriga 41 internos. Tem um processo no conselho de saúde. O orfanato fechou e eu não vou ficar contra as entidades, proponho a manutenção texto. Eu morei em um orfanato e peço pela manutenção do texto.” (DSC N-D1-p23)</i></p>	<p>federais para o Incentivo de Adesão a Contratualização (IAC) e Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (Integrasus) recebidas pelo gestor municipal, destinadas às entidades filantrópicas que possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam repassadas após o recebimento fundo a fundo, <u>como serviço complementar, conforme lei 8080/90 até sua reestatização em no máximo dois anos.</u></p> <p>Aprovada 68%. 4. <u>Aprovado 100%.</u> 5. <u>Aprovado: 76%</u></p>	
---	---	--

Proposta Aprovada: Garantir que as verbas estaduais e/ou federais para o Incentivo de Adesão a Contratualização (IAC) e Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (Integrasus) recebido pelo gestor municipal, destinadas às entidades filantrópicas que possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam repassadas após o recebimento fundo a fundo, como serviço complementar, conforme lei 8080/90, até sua reestatização em no máximo dois anos.

24. Ampliar os investimentos em ações educativas, com a criação e distribuição de material educativo junto às secretarias de saúde, escolas públicas, privadas e meios de comunicação, com parcerias dos ministérios da saúde e da educação com investimento de recursos novos das três esferas de governo nas áreas de educação, saneamento, recursos humanos e equipamentos.

Proposta aprovada sem destaques

25. Criar financiamento diferenciado para o Piso de Atenção Básica (PAB) em cidades consideradas pólo de atendimento à saúde e instituir incentivo financeiro diferenciado para as equipes de saúde que atuam na zona rural, visando garantir a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a população rural.

DSC GRUPO	destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
-----------	-----------	--------------------



<p>“-Se a gente fala em município pólo não posso concordar porque todos os municípios, seja o maior ou menor, recebem para fazer atenção básica. Deve então alterar o financiamento para aumento do teto para os casos de média e alta complexidade para o município pólo. Gente, o piso da atenção básica financia as ações, eu não posso concordar, pois todos os municípios recebem, eu sugiro a supressão.</p> <p>-Propondo manter a proposta porque não é repassado a verba para o PSF.</p> <p>- Mudar o texto e retirar a primeira parte, pois mais da metade da verba já vai para estes pólos, que já tem muito dinheiro. Já na área rural precisa de incentivo, e os agentes necessitam de incentivo” (DSC N-D1-p25</p>	<p><u>Supressão Parcial</u></p> <p>1.Criar financiamento diferenciado para o Piso de Atenção Básica (PAB) em cidades consideradas pólo de atendimento à saúde e Instituir incentivo financeiro diferenciado para as equipes de saúde que atuam na zona rural, visando garantir a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a população rural. Destaque aprovado com 59%</p> <p><u>Substitutiva</u></p> <p>2.Criar financiamento diferenciado para o Piso de Atenção Básica (PAB) variável em cidades consideradas pólo de atendimento à saúde e instituir incentivo financeiro diferenciado para as equipes de saúde que atuam na zona rural, visando garantir a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a população rural. Aprovado 69%</p> <p><u>Aditiva</u></p> <p>3.Criar financiamento diferenciado para o Piso de Atenção Básica (PAB) em cidades consideradas pólo de atendimento à saúde e instituir incentivo financeiro diferenciado para as equipes de saúde que atuam na zona rural, visando garantir a adequada e qualificada cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a população rural e comunidades que estejam em situação de risco. Aprovação:90 %</p> <p>4. Aprovado 56%.</p>	<p>Votada : Original(aprovada) vs Alternativa 1 ; Original vs alternativa 2(aprovada) ; portanto permanece a alternativa 2.</p>
---	---	---

Proposta Aprovada: Criar financiamento diferenciado para o Piso de Atenção Básica (PAB) em cidades consideradas pólos de atendimento à saúde e instituir incentivo financeiro diferenciado para as equipes de saúde que atuam na zona rural, visando garantir a adequada e qualificada cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a população rural e comunidades que estejam em situação de risco.

26.Ampliar os recursos para pesquisas na área de saúde, estimulando as Instituições de Ensino Superior a se dedicarem às pesquisas científicas.



DSC GRUPO	destaques
<p><i>"-Ampliar recursos para a saúde, eu alteraria para a saúde coletiva, aprimorando a política de inovação de tecnologia para a saúde, estimulando instituições de ensino a desenvolver pesquisas científicas voltadas para o SUS. Ampliar recursos para pesquisas científicas em saúde, articuladas no SUS.</i></p> <p><i>-Acréscimo: "...a se dedicarem às pesquisas científicas e criando comitês de ética da pesquisa regionais a fim de que profissionais não ligados ao ensino possam realizar pesquisas".</i></p> <p><i>-Eu queria propor a supressão: as instituições de ensino superior se dedicam à pesquisa científica ruim, que não interessa pra gente; basta a gente ler as revistas especializadas pra gente ver que não tem nada a ver com a vida real</i></p> <p><i>-Ninguém faz um trabalho científico pensando em prejudicar o paciente" (DSC N-D1-p25)</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>1. Ampliar os recursos para pesquisas na área de saúde, estimulando as Instituições de Ensino Superior a se dedicarem às pesquisas científicas. Supressão Total da Proposta <u>Aprovada 57%</u>.</p> <p><u>Substitutiva</u></p> <p>2. Ampliar os recursos para pesquisas na área de saúde, estimulando as Instituições de Ensino Superior a se dedicarem realizar às pesquisas científicas. <u>articuladas às necessidades do SUS. Aprovada 89%</u>.</p> <p>3. Ampliar os recursos para pesquisas na área de saúde, estimulando as Instituições de Ensino Superior a se dedicarem às pesquisas científicas <u>e criando comitês de ética em pesquisa regionais a fim de que profissionais não ligados a instituições de ensino possam realizar pesquisas. Aprovação: 82%</u></p> <p>4. Ampliar os recursos para pesquisas na área de saúde <u>coletiva, aprimorando a política nacional de ciência tecnologia e inovação em saúde com aumento de verbas para o edital PPSUS, estimulando instituições de ensino a desenvolver pesquisas científicas voltadas para o SUS, estimulando as Instituições de Ensino Superior a se dedicarem às pesquisas científicas. (A proposta foi alterada com 86% de votos.)</u></p>

Proposta Aprovada : Ampliar os recursos para pesquisas na área de saúde coletiva, aprimorando a política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde com aumento de verbas para o edital PPSUS, estimulando instituições de ensino a desenvolver pesquisas científicas voltadas para o SUS.

27. Propor aumento do repasse de recursos pelo Ministério da Saúde (MS) para os municípios com população abaixo de 20 mil habitantes, a serem aplicados em prevenção e promoção a saúde, visando o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

DSC GRUPO	destaques
<p><i>-"Incluir: propor aumento do repasse de recursos para municípios com população abaixo de 20 mil habitantes, a serem aplicados em prevenção de saúde, visando aumento do IDH; manter os repasses para melhorar índices alcançados, uma vez que os municípios, ao atingir melhora do IDH, deixam de receber os repasses, o que pode fazer com que</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>1. Propor aumento do repasse de recursos pelo Ministério da Saúde (MS) para os municípios com população abaixo de 20 mil habitantes, <u>garantindo a atenção integral à saúde a serem aplicados em prevenção e promoção a saúde,</u> visando o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Aprovado 81%</p>



<p><i>regridam (instituição de políticas de apoio para manter e incrementar os índices atingidos). Então, proponho o aumento de repasse de verbas para a saúde, não só os governo federal, mas o estadual e municipal. Tem muito município sufocado. Então aumentar o repasse para o município.”</i></p> <p><i>- “Supressão, porque eu acho que a gente precisa conseguir mais saúde como um todo e não só pra municípios pequenos.”</i></p> <p><i>- “Suprimir uma parte referente à aplicação de recursos em prevenção e promoção da saúde visando atenção a saúde integral”(DSC N-D1-p27)</i></p>	<p><i>Aditiva</i></p> <p>2.Propor aumento do repasse de recursos pelo Ministério da Saúde (MS) para os municípios com população abaixo de 20 mil habitantes, a serem aplicados em prevenção e promoção a saúde, visando o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) <u>e instituir, diante do aumento do IDH, políticas de apoio a esses municípios com o objetivo de manter e melhorar os níveis alcançados. Aprovação:83%</u></p> <p>3.Propor aumento do repasse de recursos pelo Ministério da Saúde (MS) <u>e pelas Secretarias de Estado da Saúde</u> para os municípios com população abaixo de 20 mil habitantes, a serem aplicados em prevenção e promoção a saúde, visando o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). <u>Aprovada71%.</u></p> <p><u>4.Aprovado 67%.</u></p> <p><u>5). Aprovado 100%.</u></p>
---	---

Proposta Aprovada: Ampliar recursos para os municípios com população abaixo de 20 mil habitantes, a serem aplicados em prevenção e promoção de saúde, visando o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e instituir políticas de apoio a esses municípios, com o objetivo de manter e melhorar os níveis alcançados.

28.Propor nas Instâncias Legislativas Federais a equiparação dos benefícios previdenciários ao salário real de contribuição e o fim do fator previdenciário, com a criação de incentivo para a redução da carga previdenciária sobre a folha de pagamento com a proporcionalidade, quanto menor contribuição, maior o número de contratação de empregados.

DSC GRUPO	destaques
<p><i>“-Tenho impressão que esse tipo de proposta é irracional pois acaba prejudicando o funcionário quando atrasa os pagamentos de impostos e ele fica sem assistência. A impressão que eu tenho é que isso aqui é tiro no pé, proponho supressão, pois acho que isso pode não dar certo.</i></p> <p><i>- Supressão. “Estamos aqui para discutir saúde.” (DSC N-D1-p28</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>1.Propor nas Instâncias Legislativas Federais a equiparação dos benefícios previdenciários ao salário real de contribuição e o fim do fator previdenciário, com a criação de incentivo para a redução da carga previdenciária sobre a folha de pagamento com a proporcionalidade, quanto menor contribuição, maior o número de contratação de empregados. <u>Supressão Total da Proposta Aprovado 74%.</u></p> <p><u>2. Aprovado 100%.</u></p> <p><u>3. Aprovação: 98</u></p> <p><u>4.Aprovação 65%</u></p> <p>PROPOSTA APROVADA SEM MODIFICAÇÕES</p>



PLENÁRIA FINAL: votadas para a Conferência Nacional: 2, 3, 6, 9 e 10 aprovadas.

DIRETRIZ 2 AMBITO NACIONAL: Ampliar a capacidade de gestão e regulação do SUS e fortalecer pactos interfederativos, com sistemas de informação estruturados e regulação pública sobre os prestadores privados.

Propostas de Síntese

1. Aprimorar e integrar dos vários sistemas de informação do SUS, utilizando uma única base de dados, que inclua informações gerais sobre Seguridade Social, com interfaces on-line do cadastro de estabelecimentos públicos, filantrópicos e privados e de profissionais, prontuário eletrônico, cartão SUS, receitas e despesas financeiras, qualificando as equipes de saúde e gerenciais para utilizá-los de acordo com as necessidades loco-regionais, fortalecendo assim as Redes Regionais de Atenção à Saúde.

DSC	destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
Sem registro de discurso	<p><u>Aditiva</u></p> <p>Aprimorar e integrar os vários sistemas de informação do SUS, utilizando uma única base de dados, que inclua informações gerais sobre Seguridade Social <u>e financiamento, com descrição de</u> receitas e despesas e que mantenha interface on-line com o cadastro de estabelecimentos de <u>serviços de saúde, de profissionais, do cartão SUS e do prontuário eletrônico,</u> qualificando as equipes de saúde e gerenciais para utilizá-lo de acordo com as necessidades loco-regionais, fortalecendo assim as Redes Regionais de Atenção à Saúde.</p>	<p><u>EXPLICAÇÃO INICIAL -MESA</u></p> <p><i>Votação por supressão ou manutenção das propostas. Ao final do bloco, se por exemplo, na sala laranja, que se elegeu 5 propostas, se houver a supressão de 1, elenca-se outra. Essas propostas que estão sendo aprovadas irão compor o relatório de discussão da CNS, o documento final da conferencia que a relatoria vai entregar nos próximos dias e o CNS vai receber e avaliar para depois disponibilizá-lo no site do CNS e será encaminhado para todos os conselhos estaduais e municipais. O site do CN será o espaço oficial de disponibilização.</i></p> <p>Proposta 1 <i>“A mesma pergunta se alguém faz destaque de supressão. Não havendo coloco em votação. Companheiros que aprovam levantem o crachá. Rejeição, supressão? A proposta está aprovada.”</i></p>



Proposta Aprovada: Aprimorar e integrar os vários sistemas de informação do SUS, utilizando uma única base de dados, que inclua informações gerais sobre Seguridade Social e financiamento, com descrição de receitas e despesas e que mantenha interface online com o cadastro de estabelecimentos de serviços de saúde, de profissionais, do cartão SUS e do prontuário eletrônico, qualificando as equipes de saúde e gerenciais para utilizá-lo de acordo com as necessidades loco-regionais, fortalecendo assim as Redes Regionais de Atenção à Saúde.

2. Estabelecer e revisar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em todas as categorias profissionais de acordo com a avaliação de risco, incluindo o setor privado e fluxos para solicitação de procedimentos de média e alta complexidade com adequada referência e contra-referência, incluindo o TFD- Tratamento Fora do Domicílio, com financiamento adequado, vinculando estes protocolos aos processos de judicialização e desenvolvendo também ações para conscientização das autoridades, trabalhadores da saúde e população.

Proposta aprovada sem destaques

3. Garantir recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS, no prazo de 12 meses, com leitura óptica, ampla divulgação e incluindo seu número no RG e para que este seja o registro nacional único de usuários do SUS em todo o território nacional e base para a transferência automática de teto do usuário atendido fora do local de seu domicílio.

DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
Sem registro de discurso	<u>Aditiva</u> Garantir recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS, no prazo de 12 meses, com leitura óptica, ampla divulgação e incluir seu número no RG, para que este seja o registro nacional único de usuários do SUS em todo o território nacional e base para a transferência automática de teto do usuário atendido fora do local de seu domicílio de recursos financeiros referentes aos usuários atendidos fora do seu município.	<i>“A mesa questiona plenária, se alguém quer fazer destaque de supressão. Não havendo, coloco em votação. Por favor, levantem o crachá. Proposta também foi aprovada.”</i>

Proposta Aprovada: Garantir recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS, no prazo de 12 meses, com leitura óptica, ampla divulgação e incluir seu número no RG, para que este seja o registro nacional único de usuários do SUS em todo o território nacional e base para a transferência automática de recursos financeiros referentes aos usuários atendidos fora do seu município.

4. Implementar estratégias de revisão e atualização periódica da PPI (Programação Pactuada Integrada) visando garantir o atendimento integral de acordo com as necessidades loco-regionais, definindo de forma mais clara as competências do SUS, inclusive a responsabilidade de cada esfera de governo por cada uma delas, com correspondente reembolso de



gastos feito por uma esfera que sejam de competência de outra e adequando a oferta à demanda quando necessário.

DSC	Destaques
<i>“ propõe incluir transparência e participação do controle social”</i>	<u><i>Aditiva</i></u> Implementar estratégias de revisão e atualização periódica da PPI (Programação Pactuada Integrada) garantindo transparência e participação do controle social visando garantir o atendimento integral de acordo com as necessidades loco-regionais, definindo de forma mais clara as competências do SUS, inclusive a responsabilidade de cada esfera de governo por cada uma delas, com correspondente reembolso de gastos feito por uma esfera que sejam de competência de outra e adequando a oferta à demanda quando necessário. <u>Destaque aprovado 89%</u>

Proposta Aprovada: Implementar estratégias de revisão e atualização periódica da PPI (Programação Pactuada Integrada), garantindo transparência e participação do controle social, visando garantir o atendimento integral de acordo com as necessidades loco regionais e definindo de forma mais clara as competências do SUS, inclusive a responsabilidade de cada esfera de governo por cada uma delas, com correspondente reembolso de gastos feito por uma esfera que sejam de competência de outra e adequando a oferta à demanda quando necessário.

5.Promover a integralidade e funcionalidade da Informação em Saúde com a instalação de Prontuário Eletrônico Nacional, integrado com os serviços privados e os diversos sistemas de informação onde haja a garantia de investimentos em infraestrutura, manutenção e capacitação de profissionais de saúde com desenvolvimento de padrões e conceitos discutidos com os trabalhadores para os registros em saúde que apontem, dentre outras ações, quais informações devem ser compartilhadas para fazer a gestão do SUS.

DSC	Destaques
<i>“-Eu sou trabalhadora de Campinas. A proposta dos destacantes é suprimir a parte: integrado com serviços privados; minha proposta é que não tenha compartilhamento das informações com o serviço privado.”</i>	<u><i>Substitutiva</i></u> Promover a integralidade e funcionalidade da Informação em Saúde com a instalação de Prontuário Eletrônico Nacional, integrado com os serviços privados e os diversos sistemas de informação onde haja a garantia de investimentos em infraestrutura, manutenção e capacitação de profissionais de saúde com desenvolvimento de padrões e conceitos discutidos com os trabalhadores para os registros em saúde que apontem, dentre outras ações, quais informações devem ser compartilhadas para fazer a gestão do SUS. <u>Destaque aprovado 92,17%</u>

Proposta Aprovada: Promover a integralidade e funcionalidade da Informação em Saúde com a instalação de Prontuário Eletrônico Nacional, integrado com os diversos sistemas de informação, com a garantia de investimentos em infraestrutura, manutenção e capacitação de profissionais de saúde e com desenvolvimento de padrões e conceitos discutidos com os trabalhadores para os registros em saúde que apontem, dentre outras ações, quais informações devem ser compartilhadas para fazer a gestão do SUS.



6. Instituir Política de Transporte Sanitário, que inclua a manutenção e renovação anual da frota, para procedimentos eletivos, incluindo transportes adequados para pacientes com dificuldade de locomoção, de urgência e emergência e de transporte de materiais biológicos, de acordo com a legislação vigente, adequado às necessidades locais, regionais e dos usuários com investimento das três esferas do governo. Instalação de equipamentos modernos de comunicação, principalmente para a zona rural, como rádio amador e GPS. Implantar auxílio alimentação aos pacientes de baixa renda que utilizem o transporte sanitário. Responsabilizar as empresas de convênios privados pelo transporte sanitário de seus pacientes.

Proposta aprovada sem destaques

7. Revisar o sistema de referência e contra referência, visando garantir o acesso e retorno em tempo hábil para resolução do caso, e diminuir o tempo de espera para atendimento e otimização do fluxo do sistema. Criação de centrais de regulação regionais com sistemas de informação gratuitos para urgência e emergência e procedimentos eletivos que englobem todos os prestadores do SUS promovendo assim a integralidade da assistência.

DSC	destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
Sem registro de discurso	<p><u>Aditiva</u> Revisar o sistema de referência e contra-referência do SUS visando garantir o acesso e o retorno em tempo hábil para resolução dos casos, diminuição do tempo de espera para atendimento, otimização dos fluxos do sistema e criação de centrais de regulação regionais com sistemas de informação gratuitos para urgência e emergência e procedimentos eletivos, que englobem todos os prestadores do SUS, promovendo assim a integralidade da assistência.</p>	<p><i>“A mesma pergunta a plenária: se alguém quer fazer algum destaque de supressão. Não havendo destaque de supressão, coloco em votação. Aprovam? Alguém contrário? Abstenções? Acho que é a primeira proposta aprovada por unanimidade.”</i></p>

Proposta Aprovada: Revisar o sistema de referência e contra-referência do SUS visando garantir o acesso e o retorno em tempo hábil para resolução dos casos, diminuição do tempo de espera para atendimento, otimização dos fluxos do sistema e criação de centrais de regulação regionais com sistemas de informação gratuitos para urgência e emergência e procedimentos eletivos, que englobem todos os prestadores do SUS, promovendo assim a integralidade da assistência.

8. Aplicar a legislação pertinente quanto aos serviços de auditoria e controle do sistema de saúde, dando retorno aos serviços de saúde do resultado das auditorias realizadas.



DSC	Destaques
<p><i>“A proposta é incluir: o retorno aos serviços e aos conselhos de saúde, auditoria municipal e estadual.”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> Aplicar a legislação pertinente quanto aos serviços de auditoria e controle do sistema de saúde, dando retorno aos serviços de saúde <u>e aos conselhos de saúde</u> do resultado das auditorias realizadas. <u>Destaque aprovado 90%</u></p>

Proposta Aprovada: Aplicar a legislação pertinente quanto aos serviços de auditoria e controle do sistema de saúde, dando retorno aos serviços de saúde e aos conselhos de saúde do resultado das auditorias realizadas.

9. Implantar novo modelo de contratualização para todas as unidades de saúde, que utilizem a explicitação das responsabilidades sanitárias e metas a partir das reflexões/estudos específicos territorializados, das pactuações de prioridades, considerando necessidades territoriais, definição de prioridades locais e cardápio de ofertas, metas locais/municipais, baseadas em custos, estabelecimento de contrato como "carta de compromisso" e trabalho em equipe, elaboração de metas de resultado e de processo, implementação e divulgação de indicadores para mensurar os resultados obtidos, estabelecendo incentivo financeiro de acordo com o desempenho, com maiores recursos alocados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

10. Assegurar o cumprimento da agenda do Pacto pela Saúde, visando à defesa do SUS, como política de Estado e o enfrentamento de prioridades assistenciais, regionalização, controle social e responsabilização dos entes públicos e privados e a promoção da saúde propondo 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.

Proposta aprovada sem destaques

11. Investir na construção das Redes de Atenção à Saúde, utilizando critérios sociais, visando à integração dos serviços e programas em todos os pontos, com centralidade na atenção básica, fortalecendo o papel dos municípios nos Colegiados de Gestão Regionais garantindo uma maior capacitação da gestão através de encontros temáticos periódicos, reorganização da territorialização da atenção básica, definição de prioridades regionais, elaboração de planos de ação regionais e instituição de consórcios que incluam todas as especialidades.



DSC	destaques
<p><i>“-Os destaques se reuniram e unificamos as propostas porque a preocupação é a mesma: o que acontece nos colegiados? Estão criando uma força que não nos permite que fiquem fora dos conselhos de saúde. Além das atividades se cria uma outra instancia sem controle; portanto apresentamos duas propostas. Onde se fala encontros temáticos periódicos, onde tem uma maior capacitação, alterar para Educação Permanente em Saúde para gestão, na lógica dos pólos de Educação Permanente. A outra é: antes dos colegiados- abrir parênteses e incluir “conselhos municipais e atividades interconselhos regionais”, porque os consórcios são diferentes.</i></p> <p><i>“- Proponho: Colocar a participação dos Conselhos Municipais de Saúde... e imagino o acréscimo como adotar uma política de educação permanente para gestão em saúde.</i></p> <p><i>“-A proposta é incluir o retorno das informações de auditoria também para os respectivos conselhos, conforme for a área. Os conselhos precisam saber o que está acontecendo, portanto é uma proposta de inclusão Acrescentar “aos serviços e ao conselhos de saúde” – (municipal se a auditoria for municipal, estadual se for auditoria estadual); em todos os três conselhos.”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Investir na construção das Redes de Atenção à Saúde, utilizando critérios sociais, visando à integração dos serviços e programas em todos os pontos, com centralidade na atenção básica, fortalecendo o papel dos municípios nos Colegiados de Gestão Regionais <u>(incluindo os Conselhos municipais de Saúde e atividades inter-conselhos regionais)</u> garantindo <u>educação permanente em saúde para a gestão</u> uma maior capacitação da gestão através de encontros temáticos periódicos, reorganização da territorialização da atenção básica, definição de prioridades regionais, elaboração de planos de ação regionais e instituição de consórcios que incluam todas as especialidades. <u>Destaque aprovado em 90%</u></p>

Proposta Aprovada: Investir na construção das Redes de Atenção à Saúde, utilizando critérios sociais, visando à integração dos serviços e programas em todos os pontos de atenção, com centralidade na atenção básica, fortalecendo o papel dos municípios nos Colegiados de Gestão Regionais, incluindo os Conselhos Municipais de Saúde e atividades interconselhos regionais, garantindo educação permanente em saúde para a gestão, com reorganização da territorialização da atenção básica, definição de prioridades regionais, elaboração de planos de ação regionais e instituição de consórcios que incluam todas as especialidades.

12. Cumprir o Decreto Presidencial nº 7508 de 28/06/2011 que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, considerando as responsabilidades de cada esfera de governo, critérios epidemiológicos e uso racional de tecnologias terapêuticas, estimulando o debate com o judiciário, de forma a utilizar os recursos financeiros de acordo com as necessidades da população e prioritariamente para o custeio de serviços e ações de saúde, evitando assim a judicialização e investindo na descentralização dos serviços.



DSC	Destaques
<p><i>“Retirar tudo que está escrito depois de judiciário. As questões judiciais têm de ser protocolados”.</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Cumprir o Decreto Presidencial nº 7508 de 28/06/2011 que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, considerando as responsabilidades de cada esfera de governo, critérios epidemiológicos e uso racional de tecnologias terapêuticas, estimulando o debate com o judiciário, de forma a utilizar os recursos financeiros de acordo com as necessidades da população e prioritariamente para o custeio de serviços e ações de saúde, evitando assim a judicialização e investindo na descentralização dos serviços.</p> <p><u>Destaque aprovado 55%</u></p>

Proposta Aprovada: Cumprir o Decreto Presidencial nº 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19/09/1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, considerando as responsabilidades de cada esfera de governo, critérios epidemiológicos e uso racional de tecnologias terapêuticas, estimulando o debate com o Poder Judiciário.

13. Agilizar os pareceres técnicos do Ministério da Saúde perante as propostas já existentes no Fundo Nacional de Saúde, principalmente as de construção de UBS e Salas de estabilização, para que as mesmas sejam viabilizadas, garantindo a execução técnica e financeira dos programas e projetos e propondo que normas e resoluções das esferas do governo estadual e federal, sejam publicadas em tempo hábil para que os municípios tenham condições de prever orçamento para o ano seguinte.

Proposta aprovada sem destaques

14. Garantir que os municípios com até 50000 habitantes tenham direito a participação nos programas do “PARTICIPASUS”.

Proposta aprovada sem destaques

15. Criar mecanismos e diretrizes como forma de garantir conhecimento técnico e experiência de gestores e secretários de saúde no campo da saúde pública nas três esferas de governo para assumirem essa função gestora.

Proposta aprovada sem destaques

16. Rejeitar a atual política de contratos de gestão ou convênios com entidades privadas ou organizações sociais, incluindo a abertura de 25 % dos leitos destas unidades para convênios, colocando em risco os princípios e objetivos do SUS, apoiando a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1.923/98, que pretende acabar com as Organizações Sociais (OS) nos serviços públicos e manifestação contrária a qualquer tentativa de privatizar ou terceirizar todo e qualquer serviço na área da saúde em todas as instâncias do SUS, inclusive, o projeto de lei que cria a Fundação de Saúde Pública de Direito



Privado e à 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.

Proposta Aprovada: Rejeitar a atual política de contratos de gestão ou convênios com entidades privadas ou organizações sociais, incluindo a abertura de 25% dos leitos destas unidades para convênios, colocando em risco os princípios e objetivos do SUS, apoiando a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1.923/98, que pretende acabar com as Organizações Sociais (OS) nos serviços públicos e manifestação contrária a qualquer tentativa de privatizar ou terceirizar todo e qualquer serviço, ou gestão de serviços na área da saúde, em todas as instâncias do SUS, inclusive ao projeto de lei que cria a Fundação de Saúde Pública de Direito Privado e a 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. (FOI PARA A DIRETRIZ 1?)

17. Recuperar o modelo de gestão prioritariamente público e estatal desta forma devendo garantir, uma política de desprivatização / participação público-privado dos serviços e que estes sejam considerados complementares e temporários, com cronograma para re-estatização, sendo substituído no período máximo de 2 anos.

DSC	Destaques
<p><i>“destaque: e a nossa luta para garantir uma gestão exclusivamente pública, tirar prioritariamente pela exclusivamente. Nossa luta é pra garantir uma gestão publica,exclusivamente publica.Colocar algumas correções: revogar, imediatamente, a Lei... /2010, mudando para-usados de forma exclusiva pelos usuários do SUS- e não- prioritária. Acrescentar-respeitando as deliberações dos Conselhos de Saúde-se a SES respeitasse o controle social seria ideal, mas cadê o núcleo de gestão central?”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> Recuperar o modelo de gestão exclusivamente prioritariamente público e estatal desta forma devendo garantir, uma política de desprivatização / participação público-privado dos serviços e que estes sejam considerados complementares e temporários, com cronograma para re-estatização, sendo substituído no período máximo de 2 anos. <u>Destaque 83%</u></p>

Proposta Aprovada: Recuperar o modelo de gestão exclusivamente público e estatal com garantia de uma política de desprivatização e redução da participação “público-privado” nos serviços e que estes sejam considerados complementares e temporários, com cronograma para reestatização, sendo substituído no período máximo de 2 anos.

18. Criar obrigatoriedade dos convênios privados de saúde de prestarem assistência integral à saúde dos seus conveniados, de modo que os pacientes de planos privados de saúde não utilizem o SUS somente para procedimentos mais complexos e caros, inclusive medicamentos, e quando o fizerem, sigam os fluxos estabelecidos pelo SUS, além da constituição de Câmaras de Compensação nos termos da legislação federal vigente e não custear através dos cofres públicos, verbas para convênios médicos e hospitalares, para os parlamentares e seus dependentes.



DSC	Destaques
<p><i>“proposta 18 manter o texto 16,17 e 18 lutar contra a privatização, contra o roubo do nosso dinheiro. O trabalhador tem um convênio “Furreca”, incluir medicamento de alta complexidade. As propostas acima devem ser levadas para plenária final”.</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> Criar obrigatoriedade dos convênios privados de saúde de prestarem assistência integral à saúde dos seus conveniados, de modo que os pacientes de planos privados de saúde não utilizem o SUS somente para procedimentos mais complexos e caros, inclusive medicamentos de alto custo, e quando o fizerem, sigam os fluxos estabelecidos pelo SUS, além da constituição de Câmaras de Compensação nos termos da legislação federal vigente e não custear através dos cofres públicos, verbas para convênios médicos e hospitalares, para os parlamentares e seus dependentes. <u>Destaque aprovado 85%</u></p>

Proposta Aprovada: Criar obrigatoriedade dos convênios privados de saúde de prestarem assistência integral à saúde dos seus conveniados, de modo que os pacientes de planos privados de saúde não utilizem o SUS somente para procedimentos mais complexos e caros, inclusive medicamentos de alto custo, e quando o fizerem, sigam os fluxos estabelecidos pelo SUS, além da constituição de Câmaras de Compensação nos termos da legislação federal vigente e não custear através dos cofres públicos, verbas para convênios médicos e hospitalares, para os parlamentares e seus dependentes.

19.Integrar a 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 e estabelecer parcerias entre os serviços e as universidades.

Proposta aprovada sem destaques

20.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. Definir política para inclusão de novas tecnologias em saúde, incluindo tecnologias de fácil acesso para elaboração de projetos e ampliação dos estudos dos exames disponíveis para prevenção e tratamento de doenças genéticas e doenças raras em crianças.

DSC	Destaques
<p><i>“providenciar recursos através de parcerias entre os laboratórios e universidades públicas” .</i></p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES</p>



21. Prover a atualização e modernização da ambiência física, estrutural e arquitetônica de todas as Unidades de Saúde, qualificando-as para atenção aos usuários do SUS.

DSC	Destaques
<p><i>“A questão é o seguinte: tem engenheiro que vai reformar UBS achando que é escritório. Não sabe como se faz, como se ocupa o espaço físico na saúde segundo as diretrizes da política nacional de humanização, dentro da política pública que inclui todo esse tipo de coisas”</i></p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES</p>

PLENÁRIA FINAL: votadas para a Conferência Nacional: 1, 3, 7, 10, 16 aprovadas.

DIRETRIZ 3 AMBITO NACIONAL: Avançar no processo organizativo dos conselhos de saúde e no fortalecimento do controle social e participação popular no SUS, fortalecendo-os como instâncias democráticas.

Propostas de Síntese

1. Elaborar o Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde, com ampliação do financiamento das três esferas de governo, em parcerias com instituições formadoras e certificadoras, utilizando diversas estratégias, incluindo educação à distância, divulgação de material educativo, cartilha para conselheiros e participação nas redes sociais, no início de cada mandato dos conselheiros, com conteúdo que aborde amplo conhecimento da legislação e funcionamento do SUS bem



como o papel do Controle Social.

DSC	Destaques
<p><i>“sugiro a palavra implementar e não elaborar o Plano e cartilha com conteúdo que aborde os mecanismos de sistemas de avaliação. Também seria interessante a questão de uma obrigatoriedade, de ter que fazer o curso de uma maneira mais objetiva”.</i></p>	<p><u>Aditiva</u> Elaborar Implementar o Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde, com ampliação do financiamento das três esferas de governo, em parcerias com instituições <u>acadêmicas</u>, formadoras e certificadoras, utilizando diversas estratégias, incluindo educação à distância, divulgação de material educativo, cartilha para conselheiros e participação nas redes sociais, de forma obrigatória no início de cada mandato dos conselheiro, com conteúdo que aborde amplo conhecimento da legislação e funcionamento do SUS bem como o papel do Controle Social e a implantação de mecanismos avaliatórios. Destaque aprovado 86%.</p>

Proposta Aprovada: Implementar o Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde, com ampliação do financiamento das três esferas de governo, em parcerias com instituições acadêmicas, formadoras e certificadoras, utilizando diversas estratégias, incluindo educação à distância, divulgação de material educativo, cartilha para conselheiros e participação nas redes sociais, de forma obrigatória no início de cada mandato dos conselheiros, com conteúdo que aborde amplo conhecimento da legislação e funcionamento do SUS bem como o papel do Controle Social e a implantação de mecanismos avaliatórios.

2. Valorizar e fortalecer o Controle Social, incentivando a participação da sociedade civil e conscientizando os cidadãos quanto a sua co-responsabilidade no funcionamento do serviço e compromisso com as políticas públicas valorizando as conferências, fóruns, audiências públicas, pontuando o trabalho dos conselheiros em concursos públicos das três esferas do governo.

DSC	Destaques
<p><i>“Pra gente entender que é uma pegadinha. O cidadão não é responsável pelo funcionamento do serviço. O Estado é responsável pelo seu funcionamento. Acho importante que o cidadão seja conscientizado sobre como é porta de entrada, mas o cidadão não pode ser co-responsabilizado pelo funcionamento do serviço”.</i></p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES</p>

3. Fortalecer a participação do Controle Social na elaboração de políticas de saúde pública, permitindo acesso irrestrito a todas as informações necessárias sobre os serviços de saúde, incluindo média e alta complexidade, para sua atuação, não só na formulação como no monitoramento, fiscalização e avaliação de todas as ações e condições de funcionamento dos serviços para maior resolubilidade no atendimento das necessidades dos usuários, inclusive através de pesquisas de opinião públicas com usuários e trabalhadores, além de publicizar os resultados.



Proposta aprovada sem destaques

4. Ampliar a articulação dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Executivos Municipais com os poderes legislativo e judiciário, particularmente com o Ministério Público, Defensoria Pública e Tribunal de Contas, com vistas ao fortalecimento das tomadas de decisão.

Proposta aprovada sem destaques

5. Assegurar a paridade nos Conselhos conforme preconiza a Lei 8142/90 e instituir presidência exercitada por colegiado eleito pelo pleno do Conselho, também paritário.

Proposta aprovada sem destaques

6. Garantir assento para as representações das entidades de sociedade civil que tenham legitimidade na defesa dos segmentos vulneráveis, assim como para os agentes comunitários de saúde, fortalecendo o Controle Social.

DSC	Destaques
<i>“garantir assentos para a representação da sociedade civil. A proposta é a exclusão por que: garantir assentos onde? Os trabalhadores já estão no segmento dos trabalhadores. Os usuários também estão contemplados. Por isso a supressão”.</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Garantir assento para as representações das entidades de sociedade civil que tenham legitimidade na defesa dos segmentos vulneráveis, assim como para os agentes comunitários de saúde, fortalecendo o Controle Social. Supressão Total da Proposta (com 83% dos votos.)

7. Criar comissões específicas para fiscalizar a política de concessão de subvenções aos prestadores de serviços, os contratos e convênios firmados entre as instâncias do SUS e entidades parceiras, organizações sociais, fundações e outras.

DSC	Destaques
<i>“Criar comissões específicas para fiscalizar a política de concessão de subvenções aos prestadores de serviços, os contratos e convênios firmados entre as instâncias do SUS e entidades parceiras, organizações sociais, fundações e outras. A gente aprovou logo, está garantido. Acrescentar: serviço complementar com re-estatização em até 2 anos”.</i>	<u>Aditiva</u> Criar comissões específicas para fiscalizar a política de concessão de subvenções aos prestadores de serviços, os contratos e convênios firmados entre as instâncias do SUS e entidades parceiras, organizações sociais, fundações e outras, como serviço complementar, conforme lei 8080/90 até sua re-estatização em no máximo dois anos. (Alterada com 72% dos votos.)

Proposta Aprovada: Criar comissões específicas para fiscalizar a política de concessão de subvenções aos prestadores de serviços, os contratos e convênios firmados entre as instâncias do SUS e entidades parceiras, organizações sociais, fundações e outras, como serviço complementar, conforme lei 8080/90 até sua re-estatização em no máximo dois anos.



8. Criar no Conselho Nacional de Saúde comissão permanente de avaliação de qualidade de vida dos idosos abrigados e Comissão Intersectorial de Doações de Órgãos e Tecidos.

Proposta aprovada sem destaques

9. Disponibilizar infra-estrutura para os Conselhos de Saúde, que garanta sua autonomia e agilidade na tomada de decisões, com sede independente, veículo, suporte tecnológico, recursos humanos e financiamento de no mínimo 0,25% do orçamento.

Proposta aprovada sem destaques

10. Criar Conselhos Regionais paritários no âmbito de cada Departamento Regional de Saúde, com participação dos Conselhos Municipais de Saúde e representatividade de todos os atores, inclusive hospitais e ambulatórios, com fóruns semestrais, organizados pelo Governo Estadual e/ou Nacional, e direito a voz no Conselho Estadual de Saúde para divulgação e monitoramento de metas e planos de aplicação de recursos orçamentários e financeiros.

Proposta aprovada sem destaques

11. Realizar a cada dois anos Conferências de Saúde Regionais com maior detalhamento e explicação do tema, no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional e realizar anualmente plenárias e simpósios de saúde que monitore o cumprimento das deliberações instituindo processos de responsabilização sanitária.

DSC	Destaques
<i>“Essas conferências tem que ter nos municípios e incluir no mínimo a cada 2 anos. E acrescentar a regional e a municipal”.</i>	<u>Aditiva</u> Realizar a cada dois anos Conferências de Saúde Municipais e Regionais com maior detalhamento e explicação do tema, no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional e realizar anualmente plenárias e simpósios de saúde que monitore o cumprimento das deliberações instituindo processos de responsabilização sanitária. (Alterada com 63% dos votos.)

Proposta Aprovada: Realizar a cada dois anos Conferências de Saúde Municipais e Regionais com maior detalhamento e explicação do tema, no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional e realizar anualmente plenárias e simpósios de saúde que monitore o cumprimento das deliberações instituindo processos de responsabilização sanitária.

12. Instituir fóruns e oficinas nas três esferas de governo, formados por delegados e suplentes das Conferências de Saúde e pelos conselheiros de saúde para debater e contemplar nos Planos de Gestão da Saúde as propostas aprovadas nesta e nas últimas Conferências, tanto as Nacionais, quanto as Temáticas, possibilitando o acompanhamento do desenvolvimento das ações propostas nas conferências e capacitando os gestores para esta interlocução.



DSC	Destaques
<p><i>“Essa uma proposta de São Paulo. Quantas conferências vimos andar, implementar? Poucas. Na verdade precisa é instituir um fórum permanente formado por delegados que participaram das conferências e conselheiros que participaram na mesma esfera. Aprovar o que estamos propondo e o seguinte: acompanhar devidamente.</i></p> <p><i>Então, temos que instituir um fórum permanente dos conselheiros que tem obrigação de fazer isso e não conseguem. Temos que “acompanhar o andamento da saúde”.</i></p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES</p>

13. Criar casa de conselheiros para os conselhos municipais terem maior logística, autonomia e independência.

DSC	Destaques
<p><i>“Supressão da proposta treze, porque está mais abrangente na proposta 9”.</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>Criar casa de conselheiros para os conselhos municipais terem maior logística, autonomia e independência.</p> <p>Supressão Total da Proposta (com 89% dos votos.)</p>

14. Criar e organizar Conselhos Gestores em todos os serviços de saúde do SUS, sejam eles de administração direta ou conveniadas, organizações sociais ou universitários em todos os níveis de gestão, com agenda de reuniões periódicas formais, respeitar a paridade de acordo com a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde e fazer o planejamento em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde.

DSC	Destaques
<p><i>“A lei nacional e diz que onde houver dinheiro do SUS tem que ter conselho gestor. Precisa só implementar em todo o Brasil”.</i></p>	<p><u>Supressão Parcial</u></p> <p>Criar Implementar e organizar Conselhos Gestores em todos os serviços de saúde do SUS, sejam eles de administração direta ou conveniadas, organizações sociais ou universitários em todos os níveis de gestão, com agenda de reuniões periódicas formais, respeitar a paridade de acordo com a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde e fazer o planejamento em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde. (A proposta foi alterada com 75% dos votos.)</p>

Proposta Aprovada: Implementar e organizar Conselhos Gestores em todos os serviços de saúde do SUS, sejam eles de administração direta ou conveniadas, organizações sociais ou universitários em todos os níveis de gestão, com agenda de reuniões periódicas formais, respeitar a paridade de acordo com a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde e fazer o planejamento em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde.



15. Alterar o Decreto Presidencial 6680/09 para que seja obrigatória a implantação de Ouvidoria em Saúde com acesso gratuito e on-line, em todos os municípios, nas esferas regionais, estaduais e nacional para receber críticas, denúncias e sugestão em relação ao SUS e que o acesso seja disponibilizado em documentos oficiais como receituários e cartões do usuário.

Proposta aprovada sem destaques

16. Possibilitar a participação da equipe da ouvidoria nos Conselhos Locais, Municipais, Estaduais e Gestores, e que nestas instâncias sejam consolidadas as demandas, transforme-as em indicadores quantitativos e qualitativos e sejam disponibilizados ao público de forma transparente.

DSC	destaques
<p><i>“Proponho a exclusão da proposta. Propiciar a participação dos conselhos municipal, estaduais, elemento qualitativos e quantitativos expostos ao público de forma transparente. Os conselhos são abertos a população, a população pode participar. Nos conselhos está garantido em lei que a população pode ter acesso”.</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u> Possibilitar a participação da equipe da ouvidoria nos Conselhos Locais, Municipais, Estaduais e Gestores, e que nestas instâncias sejam consolidadas as demandas, transforme-as em indicadores quantitativos e qualitativos e sejam disponibilizados ao público de forma transparente. Supressão Total da Proposta (com 78% dos votos.)</p>

17. Disponibilizar de forma clara, transparente e atualizada a prestação de conta detalhada dos gastos na área de Saúde e os Relatórios de Gestão para os Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores permitindo a fiscalização efetiva por estas instâncias.

DSC	destaques
<p><i>“Quero que a gente faça uma proposta bem clara e isso tem que ser nas unidades do governo e dos parceiros. Disponibilizar de forma clara, transparente a prestação de contas dos gastos na área da saúde também e principalmente das Amas e dos Parceiros, que quebram, então: tudo”.</i></p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES</p>

18. Articular a inclusão de informações sobre Controle Social do SUS no currículo escolar, visando à conscientização sobre a importância do Controle Social, a formação sobre direitos e deveres perante o SUS e a importância da participação popular.



DSC	destaques
<p><i>“Seria inclusão dos termos de informações sobre cidadania, seria incluir também noções de cidadania, que seria importante ter para que o processo ande”.</i></p>	<p><u>Aditiva</u> Articular a inclusão de informações sobre Cidadania e Controle Social do SUS no currículo escolar, visando a conscientização sobre a importância do Controle Social, a formação sobre direitos e deveres perante o SUS e a importância da participação popular. (Proposta alterada com 75% dos votos.)</p>

Proposta Aprovada: Articular a inclusão de informações sobre Cidadania e Controle Social do SUS no currículo escolar, visando a conscientização sobre a importância do Controle Social, a formação sobre direitos e deveres perante o SUS e a importância da participação popular.

19.Convocar a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica nas três esferas governamentais a fim de discutir o acesso, dispensação, protocolos e financiamento, dentre outros temas e propor melhorias.

Proposta aprovada sem destaques

20.Criar instrumento legal para justificar a falta ao trabalho do conselheiro que participa de reuniões ordinárias, capacitações, conferências e outras atividades dos Conselhos Gestores e Conselhos de Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

21.Realizar pré-conferências temáticas nos municípios como etapas preparatórias as conferências de saúde, no sentido de estimular a participação efetiva dos Municípios.

Proposta aprovada sem destaques

22.Criar Lei Federal que responsabilize as três esferas do governo pelo financiamento de campanhas publicitárias em mídias impressas, rádios, televisão e internet para divulgação efetiva, de fácil acesso e entendimento para a população em geral e gestores com divulgação de materiais de interesse do controle social; de saúde pública; experiências exitosas; farmácia popular; carta de direitos dos usuários e ações educativas.

Proposta aprovada sem destaques

23.Submeter aos Conselhos de Saúde os Projetos de Lei elaborados pelo Poder Executivo que tenham relação com as políticas públicas de saúde, para apreciação, debate e deliberação antes de enviar ao legislativo.



DSC	destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p><i>“O meu destaque é submeter aos conselhos, aqui estamos falando só dos projetos de lei, acho importante que seja submetido também o processo detalhado dos orçamentos na área da saúde, para que o governo tenha efetividade na formulação dos orçamentos municipais, estaduais.”</i></p>	<p><u><i>Aditiva</i></u> Submeter aos Conselhos de Saúde, <u>durante o processo de elaboração do orçamento da área de saúde,</u> os Projetos de Lei elaborados pelo Poder Executivo que tenham relação com as políticas públicas de saúde, para apreciação, debate e deliberação antes de enviar ao legislativo. (Proposta foi alterada com 90% dos votos.)</p>	<p><i>“A mesa questiona a plenária se alguém quer defender a proposta de supressão da proposta Ok. Antes de você falar, quem defende a proposta do companheiro? Não há proposta de supressão. Se esse é o entendimento, colocamos em votação. Proposta foi aprovada. Vencemos mais uma diretriz”</i></p>

Proposta Aprovada: Submeter aos Conselhos de Saúde, durante o processo de elaboração do orçamento da área de saúde, os Projetos de Lei elaborados pelo Poder Executivo que tenham relação com as políticas públicas de saúde, para apreciação, debate e deliberação antes de enviar ao legislativo.

24. Garantir o cumprimento da regulamentação do preenchimento de receituário médico e das solicitações de exame com letra legível, preferencialmente com letra de fôrma, e sempre que possível, impressa.

Proposta aprovada sem destaques

DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p>“-pretende acabar com gestão de serviços, A gente veta a terceirização e privatização em serviços e gestão em qualquer atividade do SUS”.</p>	<p><u>Substitutiva</u> Rejeitar a atual política de contratos de gestão ou convênios com entidades privadas ou organizações sociais, incluindo a abertura de 25% dos leitos destas unidades para convênios, colocando em risco os princípios e objetivos do SUS, apoiando a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1.923/98, que pretende acabar com as Organizações Sociais (OS) nos serviços públicos e manifestação contrária a qualquer tentativa de privatizar ou terceirizar todo e qualquer serviço ,ou gestão de serviços, na área da saúde em todas as instâncias do SUS, inclusive, o projeto de lei que cria a Fundação de Saúde Pública de Direito Privado e à 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. Destaque aprovado 92%</p> <p><u>Aditiva</u> Rejeitar a atual política de contratos de gestão ou convênios com entidades privadas ou organizações sociais, incluindo a abertura de 25 % dos leitos destas unidades para convênios, colocando em risco os princípios e objetivos do SUS, apoiando a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1.923/98, que pretende acabar com as Organizações Sociais (OS) nos serviços públicos e manifestação contrária a qualquer tentativa de privatizar ou terceirizar todo e qualquer serviço ou gestão de serviços na área da saúde em todas as instâncias do SUS, inclusive ao projeto de lei que cria a Fundação de Saúde Pública de Direito Privado e à 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.</p>	<p>“A mesa pergunta à plenária se alguém quer fazer algum destaque de supressão Então: quem faz a defesa da proposta? Milena. Milena, 2 minutos”.</p> <p>-“Boa tarde. Eu queria dizer que estamos vivendo um momento do SUS que todos estão se manifestando;já aprovamos 3 moções nessa conferência que falam sobre isso. Temos tido essa preocupação nacionalmente tem um erro conceitual. É que colocam tudo no mesmo balaio da gestão que é pública. Não é relacionado à OS, temos que fazer frente à privatização dando qualidade a gestão pública. Como não pode mudar a proposta, peço a supressão.”</p> <p>-2 minutos para a defesa da manutenção</p> <p>-“A gente quer direito público, não dar direito à privada. Defendemos a manutenção do texto por isso. Nós votamos sim pela manutenção porque não queremos nada do privado. Queremos público público, um SUS de verdade é um SUS público. Temos que ter coerência, então eu voto até por uma questão de coerência.”</p> <p>Mesa – “então em regime de votação. Os favoráveis a supressão levantem o crachá. Os favoráveis a manutenção do texto: Abstenções? Uma votação - por contraste, aprovada a manutenção do texto”.</p>

PLENÁRIA FINAL: votadas para a Conferência Nacional: 1, 3, 9, 18 e 23 aprovadas.



DIRETRIZ 4 AMBITO NACIONAL: Instituir políticas de regulação de recursos humanos em saúde e gestão do trabalho com desprecarização dos vínculos e educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Propostas de Síntese

1. Implementar a PNGTES – Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação e Saúde, através de uma legislação que defina um concurso público como modo de contratação do SUS com intuito de criar força de trabalho estável, qualificada e valorizada que defina a implementação de um plano de carreira, cargos e salários e uma política de educação continuada e permanente para todos os trabalhadores do SUS conforme as diretrizes do PCCS-SUS aprovados desde 2007.

Proposta aprovada sem destaques

2. Abrir de imediato concurso público para a saúde visando suprir a demanda multiprofissional nas unidades do SUS, através de modelo, que possibilite a formação para as necessidades locais com indicadores de qualidade e produtividade, critérios de avaliação; financiado pelas três esferas de gestão, conforme aprovado na mesa nacional de negociação permanente do SUS de 2007, e aprovar a proposta da Emenda Constitucional 362/2009 referente à criação da carreira e piso salarial no Sistema Único de Saúde.

DSC	destaques
<p><i>“Proponho a reformulação do texto, pois estaremos aprovando a complementação da Lei. Também é necessário regulamentar as necessidades dos trabalhadores na saúde, visando um bom funcionamento do atendimento e dos equipamentos, o que aumentaria muito o custo da saúde mas traria grande impacto na qualidade de vida”.</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u> Abrir de imediato concurso público para a saúde visando suprir a demanda multiprofissional nas unidades do SUS, através de modelo, que possibilite a formação para as necessidades locais com indicadores de qualidade e produtividade, critérios de avaliação; financiado pelas três esferas de gestão, conforme aprovado na mesa nacional de negociação permanente do SUS de 2007, e aprovar a proposta da Emenda Constitucional 362/2009 referente à criação da carreira e piso salarial no Sistema Único de Saúde. Supressão Total da Proposta Aprovado 73%.</p>

3. Regularizar a jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os trabalhadores da saúde, respeitadas as especificidades dos profissionais médicos e dentistas, garantindo o seu cumprimento, por meio de controle eletrônico de ponto, em todas as unidades e serviços de saúde, visando o funcionamento dos serviços de acordo com as necessidades dos usuários bem como, exigir que sejam afixados, em todas as Unidades de Saúde, informativos com a equipe de profissionais de saúde e, bem como seus respectivos períodos de trabalho.



DSC	destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p><i>“Deve ser para todos os profissionais, se colocar médico e dentista restringirá apenas a estas 2 categorias.”... garantindo o seu cumprimento em especial a aprovação da PL 2295/2000.</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> Regulamentar a jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os trabalhadores da saúde, respeitadas as especificidades dos profissionais médicos e dentistas, garantindo o seu cumprimento, em especial aprovação da PL 2295/2000 por meio de controle eletrônico de ponto, em todas as unidades e serviços de saúde, visando o funcionamento dos serviços de acordo com as necessidades dos usuários bem como, exigir que sejam afixados, em todas as Unidades de Saúde, informativos com as equipe de profissionais de saúde e, bem como seus respectivos períodos de trabalho. Aprovado 69%.</p>	<p><i>“Leitura da proposta Manifestação da plenária - Os que forem favoráveis a supressão, levantem o crachá. Aprovação? Supressão? Proposta aprovada. Vamos à próxima.”</i> <u>Proposta modificada</u></p>

Proposta Aprovada: Regulamentar a jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os trabalhadores da saúde, respeitadas as especificidades dos profissionais, garantindo o seu cumprimento, em especial aprovação da PL 2295/2000 por meio de controle eletrônico de ponto, em todas as unidades e serviços de saúde, visando o funcionamento dos serviços de acordo com as necessidades dos usuários bem como, exigir que sejam afixados, em todas as Unidades de Saúde, informativos com as equipe de profissionais de saúde e, bem como seus respectivos períodos de trabalho.

4. Implantar a Política de Saúde do Trabalhador, com realização de ações específicas de apoio aos servidores da saúde, com revisão do piso salarial, tratamento humanizado e equipe de apoio multidisciplinar para os casos de doença que garantam condições de trabalho adequadas, conforme as normas de biossegurança, para todos os trabalhadores do SUS para assegurar trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade para o paciente.



DSC	destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p><i>“Se a política é de saúde acrescentar trabalhador da saúde, pela especificidade que implica o termo.”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Implantar a Política de Saude Saúde do Trabalhador <u>da saúde</u>, com realização de ações específicas de apoio aos servidores da saúde, com revisão do piso salarial, tratamento humanizado e equipe de apoio multidisciplinar para os casos de doença que garantam condições de trabalho adequadas, conforme as normas de biossegurança, para todos os trabalhadores do SUS para assegurar trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade para o paciente. Aprovado 100%.</p>	<p><i>Leitura da proposta.</i></p> <p><i>“A mesa pergunta à plenária se alguém quer defender supressão proposta?”</i></p> <p><i>Os que forem favoráveis a manutenção, por favor, levantem o crachá.</i></p> <p><u>Proposta aprovada”</u></p>

Proposta Aprovada: Implantar a Política de Saúde do Trabalhador da saúde, com realização de ações específicas de apoio aos servidores da saúde, com revisão do piso salarial, tratamento humanizado e equipe de apoio multidisciplinar para os casos de doença que garantam condições de trabalho adequadas, conforme as normas de biossegurança, para todos os trabalhadores do SUS para assegurar trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade para o paciente.

5. Criar legislação que regulamente a contratação e definição de piso salarial para a equipe da Estratégia da Saúde da Família em nível nacional que resulte na melhoria da formação médica e na formação de um número maior de médicos, com redução de carga horária, para atender as necessidades de saúde da população, e que contribua para fixação deste profissional nos serviços do SUS, respeitando a autonomia da Gestão Municipal.

DSC	destaques
<p><i>“regulamentação do piso e teto salarial dos profissionais da saúde, aumentando o número de profissionais, buscando formação de equipe multiprofissional.”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Criar legislação que regulamente a contratação e definição de piso <u>e teto</u> salarial para a equipe da Estratégia da Saúde da Família em nível nacional que resulte na melhoria da formação <u>da equipe multiprofissional, aumentando o número de profissionais médica e na formação de um número maior de médicos, com redução de carga horária</u>, para atender as necessidades de saúde da população, e que contribua para fixação deste profissional nos serviços do SUS, respeitando a autonomia da Gestão Municipal. Aprovada 81%</p>

Proposta Aprovada: Criar legislação que regulamente a contratação e definição de piso e teto salarial para a equipe da Estratégia da Saúde da Família em nível nacional que resulte na melhoria da formação da equipe multiprofissional, aumentando o número de profissionais para atender as necessidades de saúde da população, e que contribua para fixação deste profissional nos serviços do SUS, respeitando a autonomia da Gestão Municipal.



6.Solicitar a aprovação do Projeto de Lei Federal 555/2010 que estabelece aposentadoria especial para os trabalhadores da saúde expostos a ambiente insalubre, com revisão dos critérios previdenciários para fins de aposentadoria.

Proposta aprovada sem destaques

7.Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, vigilância , atenção integral à saúde, o controle social, a diversidade étnica,cultural e racial, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS.

Proposta aprovada sem destaques

8.Solicitar a regulamentação da Emenda Constitucional nº. 63 de 4 de Fevereiro de 2010, que dispõe sobre o regime jurídico, o Piso Salarial Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, fiscalizando o cumprimento da Emenda Constitucional 51 e da Lei nº. 11.350/2006, que regulariza em nível estadual e nacional o vínculo empregatício de todos os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, sendo intransigentemente contra a terceirização dos serviços de saúde, pelo Ministério da Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

9.Ampliar os processos de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde nas diferentes áreas de atuação, para fortalecimento das políticas de saúde, com o objetivo melhorar qualidade e integralidade do cuidado, por meio da complementação de conhecimentos técnicos, com ênfase na política de humanização e acolhimento, conformes os protocolos das redes específicas e desenvolver instrumentos contratuais para a gestão de profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultado.

DSC	destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
Sem registro de discurso	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Ampliar os processos de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde nas diferentes áreas de atuação, para fortalecimento das políticas de saúde, com o objetivo <u>de</u> melhorar qualidade e integralidade do cuidado, por meio da complementação de conhecimentos técnicos, com ênfase na política de humanização e acolhimento, conformes os protocolos das redes específicas e desenvolver instrumentos contratuais para a gestão de profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultado. <u>Aprovado 100%</u>.</p>	<p><i>Leitura da proposta 9.</i></p> <p><i>“A mesa pergunta se alguém quer defender proposta de supressão.</i></p> <p><i>Votação.</i></p> <p><i><u>Proposta aprovada”.</u></i></p>



Proposta Aprovada: Ampliar os processos de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde nas diferentes áreas de atuação, para fortalecimento das políticas de saúde, com o objetivo de melhorar qualidade e integralidade do cuidado, por meio da complementação de conhecimentos técnicos, com ênfase na política de humanização e acolhimento, conforme os protocolos das redes específicas e desenvolver instrumentos contratuais para a gestão de profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultado.

10. Pressionar o Ministério da Saúde para que busque soluções para os problemas relacionados com as formas de contratação de profissionais pelos municípios, tendo como meta mudanças jurídicas legais, como alterações na Lei de Responsabilidade fiscal, e maior participação do Governo Federal no Co-financiamento dos gastos com pessoal.

DSC	destaques
<i>“esta proposta pode ser suprimida, já tá considerada na essência em outros lugares”</i>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>Pressionar o Ministério da Saúde para que busque soluções para os problemas relacionados com as formas de contratação de profissionais pelos municípios, tendo como meta mudanças jurídicas legais, como alterações na Lei de Responsabilidade fiscal, e maior participação do Governo Federal no Co-financiamento dos gastos com pessoal.</p> <p>Supressão Total da Proposta <u>Aprovado 95%</u></p>

11. Aumentar as parcerias com as instituições formadoras para a inserção de profissionais de saúde na rede de serviços de saúde do SUS, fortalecendo o vínculo da Universidade com os serviços, com a participação de representantes do SUS nos espaços de discussão e deliberação e buscando em conjunto elaborar estratégias de atuação para integração entre os profissionais de saúde e os programas de assistência visando garantir um atendimento mais qualificado.

DSC	destaques
<i>“garantir que os profissionais permaneçam um tempo mínimo de prestação de serviço, aumentar as parcerias com as instituições formadoras de profissionais da saúde para 5 anos na prestação de serviços para o SUS”.</i>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Aumentar as parcerias com as instituições formadoras para a inserção de profissionais de saúde na rede de serviços, <u>garantindo a permanência do profissional no SUS por, no mínimo, dois anos, para aqueles formados em entidades públicas</u> de saúde do SUS, fortalecendo o vínculo da Universidade com os serviços, com a participação de representantes do SUS nos espaços de discussão e deliberação e buscando em conjunto elaborar estratégias de atuação para integração entre os profissionais de saúde e os programas de assistência, <u>garantindo visando garantir</u> um atendimento mais qualificado. <u>Aprovado 63%</u></p>

Proposta Aprovada: Aumentar as parcerias com as instituições formadoras para a inserção de profissionais de saúde na rede de serviços, garantindo a permanência do profissional no SUS por, no mínimo, dois anos, para aqueles formados em entidades públicas de saúde do SUS, fortalecendo o vínculo da Universidade com os serviços, com a participação de



representantes do SUS nos espaços de discussão e deliberação e buscando em conjunto elaborar estratégias de atuação para integração entre os profissionais de saúde e os programas de assistência, garantindo um atendimento mais qualificado.

12. Garantir a liberação e execução dos recursos financeiros para com vistas à formação e qualificação dos profissionais de saúde, comprometida com a realidade do Sistema com bases em suas diretrizes, utilizando os recursos da Educação Permanente.

DSC	destaques
<i>“Corrigir retirando o para”</i>	<u>Substitutiva</u> Garantir a liberação e execução dos recursos financeiros para com vistas a formação e qualificação dos profissionais de saúde, comprometida com a realidade do Sistema com bases em suas diretrizes, utilizando os recursos da Educação Permanente. Aprovado 100%.

Proposta Aprovada: Garantir a liberação e execução dos recursos financeiros com vistas a formação e qualificação dos profissionais de saúde, comprometida com a realidade do Sistema com bases em suas diretrizes, utilizando os recursos da Educação Permanente.

13. Criar uma Defensoria Pública da Democracia que proteja os trabalhadores da saúde, que têm uma participação ativa e crítica no processo de discussão, elaboração de propostas e avaliação das ações em saúde, de ações silenciadoras do seu protagonismo, que impeça ações de punição em relação a posições antagônicas aos interesses de gestores ou autoridades no sistema fortemente hierarquizado nos serviços de saúde.

DSC	destaques
<i>“São Paulo foi o último estado a implantar a Defensoria Pública, mas ela atende, através do Núcleo de Direitos Humanos, todas as categorias de trabalhadores, por isso, não faz sentido esta proposta. Sugerimos que o texto seja suprimido”.</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Criar uma Defensoria Pública da Democracia que proteja os trabalhadores da saúde, que têm uma participação ativa e crítica no processo de discussão, elaboração de propostas e avaliação das ações em saúde, de ações silenciadoras do seu protagonismo, que impeça ações de punição em relação a posições antagônicas aos interesses de gestores ou autoridades no sistema fortemente hierarquizado nos serviços de saúde. Supressão Total da Proposta Aprovado 91%.

14. Propor junto ao poder legislativo e aos demais órgãos competentes a criação de uma lei que faça com que os médicos formados nas Universidades Públicas e Privadas (financiadas com recurso público e pelas linhas com PROUNI dentre outras) prestem serviço civil obrigatório remunerado na rede do SUS por um período de no mínimo dois anos e rever a política de distribuição de bolsas do PROUNI, ampliando as vagas para o curso de medicina.



DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p>“que os profissionais formados nas instituições públicas se voltem para questões multidisciplinares”.</p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Propor junto ao poder legislativo e aos demais órgãos competentes a criação de uma lei que faça com que os médicos profissionais de saúde formados nas Universidades Públicas e Privadas (financiadas com recurso público e pelas linhas como PROUNI dentre outras) prestem serviço civil obrigatório remunerado na rede do SUS por um período de no mínimo dois anos e rever a política de distribuição de bolsas do PROUNI, ampliando as vagas para os cursos de medicina saúde, de interesse do SUS. Aprovado 95%.</p>	<p><i>Leitura da proposta.</i></p> <p>“Alguém quer defender proposta de supressão? Companheiro quer defender. Vocês têm que se acertar pra ver quem fará a defesa. Aqui é supressão e aqui é defesa. Vocês dois vão fazer supressão? Você também? É pra manter ou pra tirar sua proposta? Vai discutir com eles? Então está bom.</p> <p><i>Votação.</i></p> <p><i>Proposta aprovada. Vamos à proposta .</i></p> <p>“1- eu concordo plenamente,. Essa proposta foi conversada na nossa regional e uma alteração que acho que tinha que fazer é que não vai adiantar enquanto não mudarem as grades das universidades porque hoje os alunos só têm aula de políticas de saúde no 3º ano. Os particulares têm o CV de generalistas e tem aulas até o 6º ano.</p> <p><i>Eu consigo observar a diferença da instituição particular, que o aluno tem uma visão muito melhor do que é o SUS do que o que vem da pública. Essa é a minha observação.”</i></p> <p><i>Mesa - Quem vai defender a proposta?</i></p> <p>“2-Venho de uma outra cidade parecida com a da região de Marília. O que acontece? Na rede publica a gente tem dificuldade; às vezes nós temos condições de atender mais, mas o q acontece é que não temos mão de obra especializada e esses trabalhadores são mantidos em universidade publica e não dão retorno</p> <p><i>Nossos filhos também muitas vezes não chegam à essas universidades. A defesa é que se tenha uma saúde de qualidade, se diminua a falta de profissional e nós defendemos que se deixe da forma que está e para que tenhamos uma boa qualidade e que eles mesmos se profissionalizem melhor”.</i></p> <p><i>Mesa - plenária, em regime de votação</i></p> <p><u><i>Proposta modificada.</i></u></p>

Proposta Aprovada: Propor junto ao poder legislativo e aos demais órgãos competentes a criação de uma lei que faça com que os profissionais de saúde formados nas Universidades Públicas e Privadas (financiadas com recurso público e pelas linhas como PROUNI dentre outras) rever a política de distribuição de bolsas do PROUNI, ampliando as vagas para



os cursos de saúde, de interesse do SUS.

15. Aumentar as parcerias com as instituições de ensino superior e técnico da área da saúde, para o fortalecimento da formação profissional no campo da assistência, da pesquisa e da extensão, incluindo o profissional psicólogo escolar, dentro do corpo docente das escolas como membro permanente, e acrescentando na grade curricular as disciplinas: saúde pública, cidadania e representação social, para elaborar estratégias de atuação para integralização entre os profissionais de saúde e os programas de assistência a comunidade.

Proposta aprovada sem destaques

16. Criar e estimular novas vagas para os cursos de residência nas áreas de neurologia, pediatria, oftalmologia, ginecologia/obstetrícia e psiquiatria, bem como capacitar os profissionais das UBS/USF.

Proposta aprovada sem destaques

17. Rever os parâmetros de produtividade de profissionais de saúde referente às ações básicas de saúde, conforme Portaria Ministerial nº 1.101/2002.

Proposta aprovada sem destaques

18. Criar o Fórum de negociações das relações de trabalho da saúde, com a participação dos trabalhadores, gestor e entidades de representação dos trabalhadores indicados pelos mesmos.

DSC	Destaques
<p><i>“esta proposta é uma furada, devemos recuperar a primeira proposta. Questões mais específicas é com o conselho e sindicato”.</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u> Criar o Fórum de negociações das relações de trabalho da saúde, com a participação dos trabalhadores, gestores e entidades de representação dos trabalhadores indicados pelos mesmos. Supressão Total da Proposta <u>Aprovado 91%</u>.</p>

19. Criar mecanismos de avaliação dos cursos de formação em Saúde numa ação conjunta MEC e Ministério da Saúde para o fortalecimento do SUS com formação adequada, segundo as diretrizes curriculares nacionais de educação.

Proposta aprovada sem destaques



20. Implantar preceptorias nas ESFs para apoio matricial das equipes, bem como expandir o quadro de profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Proposta aprovada sem destaques

21. Ampliar os processos de formação, capacitação e qualificação dos profissionais de saúde nas diferentes áreas de atuação para fortalecimento das políticas de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade e integralidade do cuidado por meio da complementação de conhecimentos técnicos, com ênfase na política de humanização e acolhimento.

DSC	Destaques
<i>“Pela supressão, porque esta proposta está super contemplada em outras propostas.”</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Ampliar os processos de formação, capacitação e qualificação dos profissionais de saúde nas diferentes áreas de atuação para fortalecimento das políticas de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade e integralidade do cuidado por meio da complementação de conhecimentos técnicos, com ênfase na política de humanização e acolhimento. Supressão Total da Proposta Aprovado 90%

22. Propor ao Ministério da Saúde e o Ministério da Educação 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.

DSC	destaques
<i>“esta questão e também as 26 e 15 podem ser substituídas por esta proposta: fortalecer parcerias com ministérios da educação e da saúde, de nível técnico e superior priorizando currículo. Além disso, implantar um curso de geriatria para os profissionais atuantes da saúde”.</i>	<u>Substitutiva</u> Fortalecer parceria entre Propor ao Ministério da Saúde, e o Ministério da Educação e instituições formadoras e profissionais da saúde de nível técnico e superior para reorientação do ensino em saúde que deve ser voltado ampliar as ações indutoras e fiscalizadoras da política de educação em saúde adequadas para as necessidades do SUS, dentro de seus princípios e diretrizes, priorizando nos currículos à política de humanização da atenção da gestão do SUS, a política de educação permanente e promoção da saúde como por exemplo, condicionando as vagas de residência médica ao perfil epidemiológico da população. Aprovação 63%.

Proposta Aprovada: Fortalecer parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação e instituições formadoras e profissionais da saúde de nível técnico e superior para reorientação do ensino em saúde que deve ser voltado para as necessidades do SUS, dentro de seus princípios e diretrizes, priorizando nos currículos à política de humanização da atenção da gestão do SUS, a política de educação permanente e promoção da saúde.



23. Incluir a representação dos municípios na Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação na Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

24. Implantar curso de especialização em geriatria para todos os médicos e dentistas atuantes na Estratégia de Saúde da Família.

DSC	Destaques
<i>“Acrescentar gerontologia e o profissional de enfermagem”</i>	<u>Substitutiva</u> Implantar Garantir o curso de especialização em geriatria <u>e/ou gerontologia para todos em especial para</u> os médicos, <u>enfermeiros</u> e dentistas_ atuantes na Estratégia de Saúde da Família. Aprovado 91%.

Proposta Aprovada: Garantir o curso de especialização em geriatria e/ou gerontologia, em especial para os médicos, enfermeiros e dentistas atuantes na Estratégia de Saúde da Família.

25. Reafirmar o compromisso com a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, por meio do respeito aos direitos sociais e previdenciários e do desenvolvimento de políticas coerentes com os princípios da democratização e humanização.

DSC	Destaques
<i>“Suprimir porque já está contemplado em outras propostas”</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Reafirmar o compromisso com a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, por meio do respeito aos direitos sociais e previdenciários e do desenvolvimento de políticas coerentes com os princípios da democratização e humanização. Supressão Total da Proposta APROVADO 80%.



26. Fazer gestão junto ao Ministério da Educação e Cultura para que as faculdades de medicina e demais cursos da área de saúde incorporem os conceitos de saúde pública, ética, história do SUS, promoção da saúde e cidadania ativa, que aborde temas relacionados ao controle social nas grades curriculares.

DSC	Destaques
<p><i>“Os conceitos já constam dos livros. Propomos a supressão da proposta”</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u> Fazer gestão junto ao Ministério da Educação e Cultura para que as faculdades de medicina e demais cursos da área de saúde incorporem os conceitos de saúde pública, ética, história do SUS, promoção da saúde e cidadania ativa, que aborde temas relacionados ao controle social nas grades curriculares. Supressão Total da Proposta Aprovado 85%</p>

27. Garantia de trânsito do trabalhador do SUS pelas diversas esferas de Governo, sem prejuízo de direitos ou da possibilidade de desenvolvimento na carreira SUS.

Proposta aprovada sem destaques

28. Regular a Força de Trabalho para interiorização e alocação profissional instituindo a Regulação da formação de profissionais de saúde, da residência e especialização médica.

DSC	Destaques
<p><i>“A idéia aqui também é de supressão, uma vez que já estão consideradas as questões normativas com a prestação dos serviços de saúde. As propostas 11 e 14 já garantem isso”.</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u> Regular a Força de Trabalho para interiorização e alocação profissional instituindo a Regulação da formação de profissionais de saúde, da residência e especialização médica. Supressão Total da Proposta Aprovação 92%.</p>

29. Alocar recursos financeiros para a formação e qualificação dos profissionais de saúde, independente do grau de formação e do vínculo, comprometida com a realidade do sistema e com bases em suas diretrizes, utilizando os recursos da Educação Permanente.



DSC	Destaques
<p><i>“Alocar recursos financeiros para qualificação de profissionais de saúde e com ... uso dos recursos de educação permanente e continuada.com incentivo ao profissional de saúde”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> Alocar recursos financeiros para a formação e qualificação dos profissionais de saúde, independente do grau de formação e do vínculo, <u>garantindo a escala do PCCS , comprometida com a realidade do sistema e com bases em suas diretrizes</u>, utilizando os recursos da Educação Permanente <u>e sua efetivação com incentivo ao profissional de saúde.</u> <u>Aprovado 57%.</u></p>

Proposta Aprovada: Alocar recursos financeiros para a formação e qualificação dos profissionais de saúde, independente do grau de formação e do vínculo, garantindo a escala do PCCS, comprometida com a realidade do sistema e com bases em suas diretrizes, utilizando os recursos da Educação Permanente e sua efetivação com incentivo ao profissional de saúde.

PLENÁRIA FINAL: votadas para a Conferência Nacional: 1, 3, 4, 9 e 14 aprovadas.

DIRETRIZ 5 AMBITO NACIONAL: Fortalecer as políticas públicas de direitos, com foco na intersectorialidade e atuação do SUS na vigilância, promoção de saúde e comunicação social.

Propostas de Síntese

1.Fortalecer e financiar programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida nos diferentes ciclos de vida a partir de núcleos intersectoriais como redução do uso abusivo de medicamentos, prevenção do uso de drogas, tabagismo, alimentação saudável, incentivo a atividade física, prevenção de acidentes e cultura da paz e outros com incentivo e responsabilização das instituições públicas, privadas e terceiro setor, visando a articulação com as ações de vigilância em saúde com a integração dos serviços e ações com as redes de atenção básica ampliando programas e campanhas sócio-culturais educativas e de humanização à luz da regionalização com participação e controle social garantindo assim o cumprimento da Agenda do Pacto pela Saúde e a Defesa do SUS como Política de Estado.

DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p>Sem registro de discurso</p>	<p>Proposta aprovada sem destaques</p>	<p><i>“mesa pergunta à plenária se alguém quer defender supressão. Companheiro vai defender a supressão”</i> <i>-“Não é supressão, é um esclarecimento:Alimentação saudável? É só um problema de redação”.</i> <i>-“Então vamos colocar em votação.</i> <i>Companheiros e companheiras favoráveis a manutenção?</i> <i>Votação. <u>Aprovada”.</u></i></p>



2. Intensificar ações na área de comunicação social para ampliar o acesso à informação valorizando os avanços e experiências exitosas no SUS com informações sobre direitos e deveres dos usuários do SUS, por meio da mídia escrita e falada, internet, criação de disque dúvidas, dispositivos para participação de toda sociedade em debates sócio-educativos, produção de vídeos, ações de promoção da saúde com ênfase na intersetorialidade, prevenção de doenças e agravos, além de orientações sobre localização dos serviços existentes na rede.

Proposta aprovada sem destaques

3. Estabelecer parceria com a Secretaria de Educação nos três níveis de governo com o objetivo de desenvolver trabalho educacional nas escolas públicas, privadas e entidades com inclusão nos currículos escolares, desde os primeiros anos de escolarização, de conteúdos e vivências sobre cuidados com a saúde, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, assim como a responsabilidade individual e coletiva com a qualidade de vida, que inclui desde os cuidados com o meio ambiente até a necessidade da participação social como condição para a justiça social (igualdade com respeito à diversidade humana) transformando os alunos em agentes multiplicadores.

Proposta aprovada sem destaques

4. Integrar os vários níveis de gestão da vigilância (municipal, estadual e federal), promover a melhoria da comunicação e implantar sistema informatizado de Vigilância em Saúde que agilize o fluxo de informações, garanta acesso em todos os níveis e facilite a tomada de decisão.

Proposta aprovada sem destaques

5. Fortalecer políticas públicas de direitos, com foco na intersetorialidade, com garantia de acessibilidade, uso da linguagem em LIBRAS, e ações de prevenção que garantam acesso e contemplem as necessidades específicas das populações mais vulneráveis, tais como: pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas, profissionais do sexo e GBBTT, população indígena, negra, dentre outros.

DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
Sem registro de discurso	<u>Aditiva</u> Fortalecer políticas públicas de direitos, com foco na intersetorialidade, com garantia de acessibilidade, uso da linguagem em LIBRAS, e ações de prevenção que garantam acesso e contemplem as necessidades específicas das populações mais vulneráveis, tais como: pessoas com deficiência, pessoas convivendo com doenças raras, pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas, profissionais do sexo e LGBBTT, população indígena, negra, cigana, idosa, dentre outros. Aprovado 80%.	<i>“Leitura da proposta 5. A mesa questiona a plenária se alguém quer defender o destaque de supressão da proposta. Não havendo, em regime de votação. Favoráveis levantem o crachá. Ok. <u>Aprovada a proposta com modificação.</u>”</i>



Proposta Aprovada: Fortalecer políticas públicas de direitos, com foco na intersetorialidade, com garantia de acessibilidade, uso da linguagem em LIBRAS, e ações de prevenção que garantam acesso e contemplem as necessidades específicas das populações mais vulneráveis, tais como: pessoas com deficiência, pessoas convivendo com doenças raras, pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas, profissionais do sexo e LGBBTT, população indígena, negra, cigana, idosa, dentre outros.

6.Fazer cumprir atendimento preferencial nos casos previstos em lei tais como crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência, gestantes, assim como os em situação de vulnerabilidade social.

Proposta aprovada sem destaques

7.Efetivar a fiscalização dos serviços de Vigilância Sanitária no setor público e privado priorizando ações com a participação social como por exemplo do cumprimento da legislação sobre a legibilidade da receita médica e utilização do RENAME na prescrição de medicamentos, avaliação e monitoramento da qualidade dos medicamentos distribuídos pela Farmácia popular, assim como a qualificação dos profissionais quanto ao conhecimento sobre medicamentos biológicos, e realização de programas, campanhas na área de zoonose como por exemplo sobre controle da população de animais como cachorros e doenças causadas por estes com proposta de criação de Lei de Posse Responsável dos animais entre outros.

DSC	Destaques
<p><i>“Minha proposta é manter só a participação social e retirar todo o resto. Lembrar que o depósito de zoonoses tira gente do hospital”</i></p>	<p><u><i>Supressão Total da Proposta</i></u> Efetivar a fiscalização dos serviços de Vigilância Sanitária no setor público e privado priorizando ações com a participação social como por exemplo do cumprimento da legislação sobre a legibilidade da receita médica e utilização do RENAME na prescrição de medicamentos, avaliação e monitoramento da qualidade dos medicamentos distribuídos pela Farmácia popular, assim como a qualificação dos profissionais quanto ao conhecimento sobre medicamentos biológicos, e realização de programas, campanhas na área de zoonose como por exemplo sobre controle da população de animais como cachorros e doenças causadas por estes com proposta de criação de Lei de Posse Responsável dos animais entre outros. Supressão Total da Proposta Aprovado 67%.</p>

8.Priorizar ações de vacinação com disponibilização adequada do envio de materiais aos municípios, valorização do cartão vacinal como documento pessoal segundo calendário nacional de vacinação para crianças, adolescentes, adultos e idosos e inclusão do grupo de risco para doenças como por exemplo influenza H1N1, e inclusão de outras não contempladas como HPV, meningite e catapora.

Proposta aprovada sem destaques



9. Implantar agenda ambiental na administração pública, nas três esferas de governo, envolvendo as Secretarias Estaduais e Municipais, na participação na política de redução de poluentes provenientes da frota de veículos, propondo a conscientização de todos os níveis da população na recuperação e manutenção do meio ambiente saudável, com a criação de programas de conscientização para coleta seletiva do lixo e resíduos gerados pelo serviço de saúde e agrotóxicos, vigilância na proteção de mananciais e monitoramento da destinação final de resíduos sólidos, produtos contaminantes e/ou degradantes e exigir e participar na implantação de políticas públicas, que minimizem os danos causados pelas queimadas e conseqüente impacto social da mecanização da colheita da cana assim como implementar política de saúde ambiental para trabalhador rural considerando a repercussão sobre sua saúde e sobre o meio ambiente.

Proposta aprovada sem destaques

10. Garantir o cumprimento dos programas de Saúde como por exemplo SIS Pré natal, Hiperdia, SISCOLO, SISVAN, bolsa família, tuberculose, hanseníase entre outros e implantar um sistema informatizado de gestão em saúde via web e de Vigilância em Saúde em todos os níveis de gestão, 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.

Proposta aprovada sem destaques

11. Estabelecer ações intersetoriais e criar parcerias com ONGs para a implementação da Política de combate a violência, redução de preconceitos e estabelecimento de uma cultura de paz na sociedade, com o incremento da notificação dos casos de violência, qualificação dos profissionais para acolhimento das pessoas em situação de violência, produção e redistribuição de materiais educativos e de direitos (Lei Maria da Penha) e fortalecimento da rede de proteção e combate a violência.

DSC	Destaques
Sem registro do discurso	<u><i>Aditiva</i></u> Estabelecer ações intersetoriais pelo poder público direto, nas três esferas, para a implementação da Política de combate a violência, redução de preconceitos e estabelecimento de uma cultura de paz na sociedade, com o incremento da notificação dos casos de violência, qualificação dos profissionais para acolhimento das pessoas em situação de violência, produção e redistribuição de materiais educativos e de direitos (Lei Maria da Penha) e fortalecimento da rede de proteção e combate a violência, em todos os setores sociais. Aprovado 91%.

Proposta Aprovada: Estabelecer ações intersetoriais pelo poder público direto, nas três esferas, para a implementação da Política de combate a violência, redução de preconceitos e estabelecimento de uma cultura de paz na sociedade, com o incremento da notificação dos casos de violência, qualificação dos profissionais para acolhimento das pessoas



em situação de violência, produção e redistribuição de materiais educativos e de direitos (Lei Maria da Penha) e fortalecimento da rede de proteção e combate a violência, em todos os setores sociais.

12. Criar Plano de Atendimento a desastres e constituir comissão permanente de emergência, envolvendo Secretarias de Saúde, corpo de bombeiros, defesa civil e forças vivas dos municípios bem como preparar os municípios do ponto de vista sanitário, de forma articulada e intersetorial para os grandes eventos nacionais e internacionais (exemplo: Copa do Mundo).

DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p>"A proposta é apenas para acrescentar mais uma unidade aqui nos municípios: acrescentar as guardas municipais".</p>	<p><u>Aditiva</u></p> <p>Criar Plano de Atendimento a desastres e constituir comissão permanente de emergência, envolvendo Secretarias de Saúde, corpo de bombeiros, defesa civil, guardas municipais e forças vivas dos municípios bem como preparar os municípios do ponto de vista sanitário, de forma articulada e intersetorial para os grandes eventos nacionais e internacionais (exemplo: Copa do Mundo). Aprovado 85%.</p>	<p><i>Leitura da proposta 12.</i></p> <p><i>"Alguém quer defender a proposta de supressão da proposta? O companheiro quer?"</i></p> <p><i>Alguém pela manutenção do texto. Vamos lá".</i></p> <p><i>-Não dá pra colocar uma coisa que já existe no município; a defesa civil já faz isso"</i></p> <p><i>-"Votação pela manutenção"</i></p> <p><i>-"Trabalho na emergência, sou enfermeira. Realmente já existe, mas não está estruturado isso em muitos municípios. Ela só existe no papel, por isso acho que deve manter a proposta. Se não tiver um plano, um acidente qualquer pode ter grande impacto, vide região de Teresópolis, RJ, por isso temos que ficar muito atentos. Se não tiver uma articulação boa, vamos repetir tudo o que já aconteceu em 2009, 2010, 2011".</i></p> <p><i>Mesa - em regime de votação.</i></p> <p><i>"Os que são a favor da supressão levantem o crachá. Os que são contra"?</i></p> <p><i>Texto mantido.</i></p>

Proposta Aprovada: Criar plano de atendimento a desastres e constituir comissão permanente de emergência, envolvendo secretarias de saúde, corpo de bombeiros, defesa civil, guardas municipais e forças vivas dos municípios bem como preparar os municípios do ponto de vista sanitário, de forma articulada e intersetorial para os grandes eventos nacionais e internacionais como por exemplo a Copa do Mundo.

13. Garantir que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde cumpram com o direito à saúde da população negra, em todos os níveis de atenção, em especial para os agravos mais prevalentes nessa população, possibilitando a efetivação de ações afirmativas de combate ao racismo institucional a garantia de aporte financeiro destinado à pesquisa em saúde da população negra, formação para o trabalho das parteiras quilombolas, criação e implantação da política nacional que contemple direitos e necessidades dos portadores de anemia falciforme.

Proposta aprovada sem destaques



14.Rever a legislação que normatiza a política de leites e fraldas, conforme Resolução nº 39 de 09/12/2010 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome –Conselho Nacional de assistência Social, além de Revisar a LOAS, garantindo ao deficiente a continuidade do benefício em caso de desemprego .

Proposta aprovada sem destaques

15.Implantar os mesmos direitos de licença da mãe biológica para a mãe adotiva, independente da idade da criança adotada e solicitar à Secretaria de Segurança Pública condições estruturais e técnicas pelo sistema penitenciário para alojamento conjunto das mulheres que tenham filhos menores de seis meses e estão amamentando.

Proposta aprovada sem destaques

16.Implementar a integração da política de Seguridade Social, previdência Social e SUS, além das parcerias intersetoriais, garantindo os direitos dos trabalhadores bem como o acesso e ampliação dos programas de promoção e proteção à saúde e prevenção de doenças a partir dos dados epidemiológicos do SUS e da Previdência Social, além de propostas como por exemplo a de pactuação com o SST (Superintendência de Segurança e Saúde no Trabalho),INSS (Instituto Nacional da Seguridade Social) e Centros de Referência e COVISA, para usar os recursos das multas das empresas para a reabilitação profissional dos usuários da seguridade.

DSC	Destaques
Minha proposta em relação a este item é tirar tudo o que diz respeito a usar os recursos de multas das empresas para reabilitação profissional de usuários	<u>Aditiva</u> Implementar a integração da política de Seguridade Social, previdência Social e SUS, além das parcerias intersetoriais, garantindo os direitos dos trabalhadores bem como o acesso e ampliação dos programas de promoção e proteção à saúde e prevenção de doenças a partir dos dados epidemiológicos do SUS e da Previdência Social, além de propostas como por exemplo a de pactuação com o SST (Superintendência de Segurança e Saúde no Trabalho),INSS (Instituto Nacional da Seguridade Social) e Centros de Referência e COVISA para usar os recursos das multas das empresas para a reabilitação profissional dos usuários da seguridade na efetivação das ações. Aprovado 74%.

Proposta Aprovada: Implementar a integração da política de Seguridade Social, previdência Social e SUS, além das parcerias intersetoriais, garantindo os direitos dos trabalhadores bem como o acesso e ampliação dos programas de promoção e proteção à saúde e prevenção de doenças a partir dos dados epidemiológicos do SUS e da Previdência Social, além de propostas como por exemplo a de pactuação com o SST (Superintendência de Segurança e Saúde no Trabalho),INSS (Instituto Nacional da Seguridade Social) e Centros de Referência e COVISA na efetivação das ações.



17. Garantir condições de trabalho adequadas e dignas para os profissionais da saúde, incluindo maior segurança nas Unidades de Saúde, assegurar avaliação periódica da saúde ocupacional dos funcionários, fortalecer as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes – CIPA's, intensificando a fiscalização do cumprimento da NR 6, NR 32, e NR 17 e propor Política de Saúde Ambiental para trabalhador rural e sua repercussão sobre a saúde de trabalhador e meio ambiente.

DSC	Destaques
<i>“A gente está propondo o seguinte: é retirar toda a linha sobre o profissional da saúde, a proposta é que isso passe para o trabalhador rural.”</i>	Proposta aprovada sem destaques

18. Discutir com o Ministério da Saúde e da Assistência Social, a Resolução n.º 39/2010 do CNAS, que dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política da Assistência Social em relação à Política de Saúde, fortalecimento e integração entre a Previdência Social e Programa de Saúde do Trabalhador, objetivando o fluxo de informações.

Proposta aprovada sem destaques

19. Implementar as ações da saúde do trabalhador na população, em parceria com empresas públicas, privadas, entidades profissionais e de classe, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho com investimento para Capacitação dos profissionais da saúde sobre acolhimento com qualidade para incentivar a Promoção da Saúde priorizando o uso de tecnologia leve.

DSC	Destaques
Sem registro de discurso	<u>Substitutiva</u> Implementar as ações da saúde do trabalhador na população em parceria com sindicatos para capacitação continuada dos profissionais da saúde sobre acolhimento com qualidade para incentivar a Promoção da Saúde priorizando o uso de tecnologia leve. Aprovado 72%.

Proposta Aprovada: Implementar as ações da saúde do trabalhador na população em parceria com sindicatos para capacitação continuada dos profissionais da saúde sobre acolhimento com qualidade para incentivar a Promoção da Saúde priorizando o uso de tecnologia leve.

20. Estabelecer rotatividade aos peritos do INSS em diferentes municípios a cada 06 meses e que os mesmos não tenham vínculos empregatícios com empresas privadas bem como discutir com a União e INSS a contratação de uma equipe multiprofissional para atuar em perícias no INSS, agilizar o agendamento de perícias médicas e entrega de laudo pericial com CID para portadores de transtorno mental e/ou dependentes químicos e demais especialidades e incluir na isenção tarifária as patologias conforme CID: TB, hanseníase, Hepatite B e C, renal crônico e doenças oncológicas nas



esferas de governo competentes .

DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
Sem registro de discurso	<p><u>Aditiva</u></p> <p>Estabelecer que os médicos peritos do INSS não tenham vínculos empregatícios com empresas privadas bem como discutir com a União e INSS a contratação mediada por concurso publico de uma equipe multiprofissional para atuar na concessão de benefícios previdenciários, agilizar o agendamento de perícias médicas e entrega de laudo pericial com CID para todos os segurados. Fortalecer ações intersetoriais com CEREST.</p> <p>Aprovado 91%.</p>	<p><i>Leitura da proposta 20</i></p> <p><i>“Alguém quer defender proposta de supressão. Quem quer manter? Dois minutos</i></p> <p><i>“1 - Defendo a supressão dessa proposta porque isso não é saúde, isso é seguridade social e o que compete à saúde é a proposta anterior; comunicação entre assistência social e o Ministério da Saúde. Acho q podemos perder oportunidade de fazer uma ação para a saúde e não para a seguridade”.</i></p> <p><i>“2 - Eu estou aqui pra defender porque sou consultor; é um absurdo requerer benefício para esses médicos; quem está no INSS está defendendo interesse da iniciativa privada</i></p> <p><i>Votação: <u>aprovada com modificações.</u></i></p>

Proposta Aprovada: Estabelecer que os médicos peritos do INSS não tenham vínculos empregatícios com empresas privadas bem como discutir com a União e INSS a contratação mediada por concurso publico de uma equipe multiprofissional para atuar na concessão de benefícios previdenciários, agilizar o agendamento de perícias médicas e entrega de laudo pericial com CID para todos os segurados. Fortalecer ações intersetoriais com CEREST.

21.Garantir que os trabalhadores assistidos pelos programas de geração de renda das esferas Federal, Estadual e Municipal, tais como: agricultura familiar, reciclagem de lixo etc. tenham total assistência da Previdência Social, como item obrigatório para inclusão do programa, criar Implantar e desenvolver centros de Convivência e Cooperativa – CECCO, apoiando sua implantação de forma escalonada levando em conta a demografia das regiões, de acordo com os princípios do SUS e seu modo de estruturação.

Proposta aprovada sem destaques

22.Recomendar que a ANVISA reveja a proibição da prescrição de medicamentos específicos para obesidade em todo o território nacional.



DSC	Destaques
<i>“Eu defendo a supressão da proposta”</i>	<u><i>Supressão Total da Proposta</i></u> Recomendar que a ANVISA reveja a proibição da prescrição de medicamentos específicos para obesidade em todo o território nacional. Supressão Total da Proposta Aprovado 91%.

DIRETRIZ 6 AMBITO NACIONAL: Estruturar ações estratégicas no SUS em redes de atenção, com equidade e integralidade, que respondam às necessidades da população, em particular as mais vulneráveis.

Propostas de Síntese

1. Implementar a Política de Saúde Bucal garantindo assistência universal e integral aos usuários do SUS, de acordo com as necessidades regionais assegurando maior repasse de recursos federais com co-financiamento das Secretarias de Estado da Saúde viabilizando o atendimento odontológico com equipe completa em todas as modalidades de Atendimento Básico de Saúde por 8 horas diárias, o acesso universal a escova, fio e creme dental, a ampliação do atendimento odontológico nas escolas e a implantação de Unidade móvel odontológica para atendimento das populações domiciliadas em locais distantes.

Proposta aprovada sem destaques

2. Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios de Prótese Dentária segundo parâmetros populacionais incluindo ortodontia, próteses e implantes, ampliar as referências de alta complexidade e organizar o acesso a estes serviços através da central de vagas de maneira ágil com monitoramento das ações.

Proposta aprovada sem destaques

3. Assegurar a continuidade da construção da rede de atenção à saúde mental através da implantação dos serviços estratégicos, respeitando-se as diferenças de tratamento dos diversos agravos de saúde mental e proporcionando espaços adequados para as diversas propostas terapêuticas, com financiamento tripartite incluindo o atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica com ampliação, capacitação contínua, matriciamento da equipe multiprofissional e promoção de ações de saúde mental para os profissionais de saúde, com avaliação e monitoramento através da criação do Sistema de Informação em Saúde Mental pelo Ministério da Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

4. Estabelecer convênio/parceria de apoio institucional com Universidades para criação de plantões de serviços de



psicologia, avaliação e seguimento psiquiátrico de casos oriundos de psiquiatria forense e criação e organização de Fóruns de debates sobre saúde mental com a participação dos diversos segmentos da sociedade.

Proposta aprovada sem destaques

5. Garantir financiamento para a implantação de CAPS I e CAPS Ad em toda a rede de saúde reduzindo-se as exigências em relação aos municípios de pequeno porte de forma a possibilitar a implantação de Comunidade Terapêutica e CAPS Intermunicipal e Regional a cada 50 km.

DSC	Destaques
<p><i>“pedido de alteração: comunidade terapêutica não é serviço SUS. Vários conselhos são contrários a isso”</i></p>	<p><u><i>Aditiva</i></u> Garantir financiamento para a implantação de serviços de saúde mental que respeitem os princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial em toda a rede de saúde reduzindo-se as exigências em relação aos municípios de pequeno porte de forma a possibilitar a implantação desses serviços. Aprovado 96%.</p>

Proposta aprovada: Garantir financiamento para a implantação de serviços de saúde mental que respeitem os princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial em toda a rede de saúde reduzindo-se as exigências em relação aos municípios de pequeno porte de forma a possibilitar a implantação desses serviços

6. Implantar políticas públicas de acordo com as diretrizes da política nacional sobre o uso de álcool e drogas, alinhada aos preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, garantindo assistência universal e integral ao usuário, e apoio aos familiares visando à reestruturação familiar e demais formas de redução de danos, promovendo a inclusão social do grupo familiar ao qual pertence, exigindo do Estado participação tripartite no financiamento para implantação de Centros de Recuperação através de credenciamento de serviços terapêuticos na modalidade de internação prolongada, ressaltando-se que seja assegurado espaços específicos para tratamento de mulheres e adolescentes, ampliação de leitos hospitalares para desintoxicação em hospital geral, consultórios de rua, expansão de CAPS AD incluindo tratamento compulsório de dependentes que recusam o tratamento.



DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p>-“Proposta 6 tem coisas graves: tem internação compulsória. A internação compulsória é uma agressão ao paciente, vários conselhos se posicionaram contra isso, e além disso aqui, está presente também a internação de longa estada, que exclui e abandona o paciente no hospital psiquiátrico”.</p> <p>-“Internações em algum caso são necessárias, pacientes que não tem condições e que ficam em casa se drogando”.</p>	<p><u>Aditiva</u></p> <p>Implantar políticas públicas de acordo com as diretrizes da política nacional sobre o uso de álcool e outras drogas, alinhada aos preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, garantindo assistência universal e integral ao usuário, e apoio aos familiares visando a reestruturação familiar e demais formas de redução de danos, promovendo a inclusão social do grupo familiar ao qual pertence, exigindo do Estado participação tripartite no financiamento, ampliando os CAPS AD e CAPSi e leitos hospitalares para desintoxicação em hospital geral, consultórios de rua.</p> <p>Aprovado 82%.</p>	<p><i>Leitura da proposta 6.</i></p> <p><i>“A mesa questiona se alguém quer defender supressão proposta.</i></p> <p><i>Não havendo, regime de votação. Os que forem favoráveis a manutenção, por favor, levantem o crachá. Contra? Abstenções? Uma abstenção.</i></p> <p><u><i>Proposta aprovada com modificações.</i></u></p>

Proposta aprovada: Implantar políticas públicas de acordo com as diretrizes da política nacional sobre o uso de álcool e outras drogas, alinhada aos preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, garantindo assistência universal e integral ao usuário, e apoio aos familiares visando a reestruturação familiar e demais formas de redução de danos, promovendo a inclusão social do grupo familiar ao qual pertence, exigindo do Estado participação tripartite no financiamento, ampliando os CAPS AD e CAPSi e leitos hospitalares para desintoxicação em hospital geral e consultórios de rua.

7. Destinar recursos financeiros de implantação e de custeio, das três esferas de governo para a implementação da Política de Saúde da Pessoa Idosa pautada no atendimento interdisciplinar e multisetorial, criando-se convênios com a Assistência Social para manutenção de Instituições de Longa Permanência para Idosos, viabilizando a criação de Centro-Dia, ambulatório especializado em saúde do idoso frágil, Centro de Referência do Idoso com centros de convivência, Programa de Acompanhante de Idosos, Cuidador de Idosos e Atenção Domiciliar atuando de forma integrada com a Atenção Básica.

Proposta aprovada sem destaques

8. Pautar junto à comunidade e Controle Social as Políticas Públicas para os idosos para obter recursos para promoção de ações que auxiliem na manutenção da saúde desta população tais como, curso de cuidadores formais e informais que incluam familiares e profissionais especialmente da estratégia da saúde da família, agregação à equipe de saúde do



profissional de Podologia para tratamento do pé diabético, distribuição de leite entre outros.

DSC	Destaques
<p><i>“...incluir profissionais de geriatria, psicologia, fisioterapia, psiquiatria pois atualmente este profissionais não participam da política pública dos idosos”</i></p>	<p><u><i>Aditiva</i></u> Pautar junto à comunidade e Controle Social as Políticas Públicas para os idosos para obter recursos para promoção de ações que auxiliem na manutenção da saúde desta população tais como, curso de cuidadores formais e informais que incluam familiares e profissionais especialmente da estratégia da saúde da família, agregação à equipe de saúde do profissional de Podologia, geriatria, psiquiatria, psicologia e hematologia para tratamento do pé diabético e peças convivendo com hanseníase, distribuição de leite entre outros. Aprovado 88%.</p>

Proposta aprovada: Pautar junto à comunidade e Controle Social as Políticas Públicas para os idosos para obter recursos para promoção de ações que auxiliem na manutenção da saúde desta população tais como, curso de cuidadores formais e informais que incluam familiares e profissionais especialmente da estratégia da saúde da família, agregação à equipe de saúde do profissional de Podologia, geriatria, psiquiatria, psicologia e hematologia para tratamento do pé diabético e pessoas convivendo com hanseníase, distribuição de leite entre outros

9. Implantar o Programa de Atenção e Internação Domiciliar com financiamento tripartite, a fim de atender as necessidades da população, desde cuidados às pessoas acamadas até pessoas com deficiência intelectual severa e famílias desassistidas e impossibilitadas de atendimento ambulatorial.

Proposta aprovada sem destaques

10. Implantar a Política de Saúde do Trabalhador, considerando as especificidades das atividades profissionais, com financiamento das três esferas de governo, garantindo que a verba específica da RENAST- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador seja aplicada apenas nos projetos do CEREST priorizando a descentralização das ações, financiamento para os municípios e a ampliação da equipe, divulgando o trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em todos os segmentos da sociedade.



DSC	Destaque
<p><i>“ Adicionamos apenas as palavras sancionar e implementar”.</i></p>	<p><u>Aditiva</u> Sancionar e implantar a Política de Saúde do Trabalhador, considerando as especificidades das atividades profissionais, com financiamento das três esferas de governo, garantindo que a verba específica da RENAST-Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador seja aplicada apenas nos projetos do CEREST priorizando a descentralização das ações, financiamento para os municípios e a ampliação da equipe, divulgando o trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em todos os segmentos da sociedade. Aprovado 95%.</p>

Proposta aprovada: Sancionar e implantar a Política de Saúde do Trabalhador, considerando as especificidades das atividades profissionais, com financiamento das três esferas de governo, garantindo que a verba específica da RENAST-Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador seja aplicada apenas nos projetos do CEREST priorizando a descentralização das ações, financiamento para os municípios e a ampliação da equipe, divulgando o trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em todos os segmentos da sociedade

11. Firmar parceria entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Sindicatos, Secretaria Municipal de Assistência Social e o INSS, para formulação de protocolo de encaminhamento e atendimento para fins de tratamento, reabilitação profissional e pericial pelo CEREST junto ao INSS e readaptação do trabalhador, por ocasião de acidente de trabalho com incapacidade.



DSC	Destaques
<i>“Acréscitar acidentes de trabalho”.</i>	<p><u><i>Aditiva</i></u></p> <p>Firmar parceria entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Sindicatos, Secretaria Municipal de Assistência Social e o INSS, para formulação de protocolo de encaminhamento e atendimento para fins de tratamento, reabilitação profissional e pericial pelo CEREST junto ao INSS e readaptação do trabalhador, e agravamento da saúde do trabalhador e acidente de trabalho com incapacidade.</p> <p>Aprovado 98%.</p>

Proposta aprovada: Firmar parceria entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Sindicatos, Secretaria Municipal de Assistência Social e o INSS, para formulação de protocolo de encaminhamento e atendimento para fins de tratamento, reabilitação profissional e pericial pelo CEREST junto ao INSS e readaptação do trabalhador, e agravamento da saúde do trabalhador e acidente de trabalho com incapacidade

12. Elaborar legislação de apoio aos trabalhadores com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, para que os mesmos tenham garantias trabalhistas para o seu tratamento.

DSC	Destaques
<i>“ Proponho que seja assegurado aos usuários a integridade de atenção a saúde com aparelho de amplificação sonora, com recursos das 3 esferas, nacional, estadual e municipal.”</i>	<p><u><i>Aditiva</i></u></p> <p>Elaborar protocolo de articulação entre previdência social, saúde e trabalho, e apoio aos trabalhadores com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, para que os mesmos tenham garantias trabalhistas para o seu tratamento. Aprovado 96%.</p>

Proposta aprovada: Elaborar protocolo de articulação entre previdência social, saúde e trabalho, e apoio aos trabalhadores com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, para que os mesmos tenham garantias trabalhistas para o seu tratamento.

13. Implementar o Serviço Regional de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador, com equipe multiprofissional e equipamentos adequados para estabelecimento denexo causal, avaliação laboral e reabilitação, para auxiliar os municípios.



DSC	Destaques
<p><i>“Proponho suprimir, pois vai de encontro ao CEREST, isto já é um trabalho do CEREST”</i></p>	<p><u><i>Supressão Total da Proposta</i></u> Implementar o Serviço Regional de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador, com equipe multiprofissional e equipamentos adequados para estabelecimento denexo causal, avaliação laboral e reabilitação, para auxiliar os municípios. Supressão Total da Proposta Aprovado 86%.</p>

14. Capacitar os serviços de saúde para realizarem atendimento diagnóstico e notificação dos agravos da Saúde do Trabalhador estabelecendo rede de referência e contra referência para o diagnóstico, tratamento, reabilitação, dos trabalhadores vítimas do acidente de trabalho e agravos relacionados ao trabalho.

DSC	Destaques
<p><i>“Isto é de responsabilidade da previdência social, e não do SUS, bem como a reabilitação profissional”.</i></p>	<p><u><i>Supressão Parcial</i></u> Capacitar os serviços de saúde para realizarem atendimento diagnóstico e notificação dos agravos da Saúde do Trabalhador estabelecendo rede de referência e contra referência para o diagnóstico e tratamento dos trabalhadores vítimas do acidente de trabalho e agravos relacionados ao trabalho. Aprovado 84%.</p>

Proposta aprovada: Capacitar os serviços de saúde para realizarem atendimento diagnóstico e notificação dos agravos da Saúde do Trabalhador estabelecendo rede de referência e contra referência para o diagnóstico e tratamento dos trabalhadores vítimas do acidente de trabalho e agravos relacionados ao trabalho

15. Garantir que sejam considerados pela Previdência Social os diagnósticos e nexos de agravos à saúde relacionados com o trabalho, estabelecidos pelos profissionais do CEREST.

Proposta aprovada sem destaques

16. Garantir o cumprimento da Política Nacional de Atenção às Urgências com custeio pelas 3 esferas de governo, conforme previsto na legislação vigente, Portaria GM/MS nº1600 e nº 1601 de 07/07/2011 atentando tanto para a



reforma das unidades como para a instalação de equipamentos de alta resolução, desfibriladores, eletrocardiógrafos, cardioversores, etc, com suporte do SAMU cuja equipe deve ser específica para este fim, procedendo também à renovação das frotas de veículos da saúde, com a aquisição de novas ambulâncias adaptadas (inclusive UTI) melhorando assim, a qualidade do transporte de pacientes.

Proposta aprovada sem destaques

17. Ampliar e efetivar a Política Nacional de Atenção a Pessoas com Deficiência com financiamento tripartite, garantindo a qualidade da assistência à população em todos os serviços de saúde, assegurando acesso regionalizado às ações básicas e de maior complexidade, aos procedimentos de reabilitação, ao recebimento de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e com adequação de todas as Unidades de Saúde do país, com equipes multiprofissionais qualificadas, e veículos da rede de saúde adaptados para transporte de deficientes físicos.

Proposta aprovada sem destaques

18. Assegurar aos usuários da Rede de Atenção à Saúde Auditiva no âmbito das três esferas (municipal, estadual e federal), a integralidade da atenção, inclusive com a dispensação de AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual, de acordo com as necessidades loco-regionais.

Proposta aprovada sem destaques

19. Implantar o teste do pezinho, a triagem auditiva e a triagem oftalmológica com inclusão do exame para retinoblastoma em todas as maternidades do país assegurando que estes exames sejam realizados na maternidade de nascimento da criança.

Proposta aprovada sem destaques

20. Solicitar ao Ministério da Saúde a revisão do protocolo para realização de mamografia de rastreamento, ampliando o acesso das mulheres na faixa etária a partir dos 40 anos de idade para a realização de pelo menos um exame anual assegurando o controle e acompanhamento dos casos de câncer confirmados, oferecendo atendimento multiprofissional específico.



DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p><i>“O INCA é uma entidade reconhecida e dá a diretriz de trabalho. Priorizar o exame bienal quando não há caso de câncer em família é desnecessário, pois causa uma angústia desnecessária fora o dinheiro que é gasto nestes exames de mamografia, por exemplo.”</i></p>	<p>Proposta aprovada sem destaques</p>	<p><i>Leitura da proposta 20.</i> <i>A mesa pergunta à plenária se alguém tem alguma proposta de destaque ou supressão.</i> <i>Os que forem favoráveis a manutenção, por favor, levantem o crachá.</i> <i>Por favor, levantem o crachá os que forem favoráveis.</i> <i>Contrários? Abstenções?</i> <u><i>Aprovada.</i></u></p>

21. Investir e implementar a política de saúde do homem, visando a promoção e prevenção, especialmente ações de prevenção ao câncer de próstata, com retaguarda ambulatorial e diagnóstico.



DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<p><i>“ -Fazer esse exame de câncer de próstata, ou não fazer, não aumenta a qualidade de vida do paciente, existe um caderno que pode ser acessado por qualquer pessoa, o caderno de rastreamento, eu queria dar esses dados. Ainda o INCA define o ultrassom, o PSA, exame de toque, e fazer ou não fazer estes exames não aumentam a qualidade de vida do paciente. O que seria necessário nestes casos é a atenção e conscientização dos hábitos de vida saudáveis e maior atenção as DST's e ao abuso do consumo de álcool, tabagismo”</i></p> <p><i>- “É uma área difícil, vamos ter problemas sérios de câncer de próstata, temos que levar esse pessoal para fazer exame sim!”</i></p>	<p>Proposta aprovada sem destaques</p>	<p><i>Leitura proposta 21.</i></p> <p><i>‘A mesa pergunta à plenária se alguém quer defender supressão proposta?’</i></p> <p><i>Destaque de supressão’.</i></p> <p><i>Manifestação da plenária, que vaia.</i></p> <p><i>1 – “bom, queridos, meu nome é ..., sou médica de família da Sociedade Brasileira de Medicina de Família. O porque dessa questão é porque nós estamos vivendo porno-prevenção, o excesso de prevenção de doença. Os homens acabam se submetendo à práticas dolorosas não cientificamente provadas. Não há motivo pra se fazer determinados rastreamentos. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família é contra porque beneficiamos a indústria pela porno-prevenção”.</i></p> <p><i>2. Defesa: “a atenção básica ESTÁ FECHADA. EU DEFENDO ISSO de abertura das unidades no sábado e domingo. Política específica para o homem, inclusive de check-up. Muitos não fazem. Eu falo pras mulheres se já levaram seus maridos pra fazerem exame de próstata, ou o marido, irmão etc. Então precisa remanejar os horários para isso, pra atender essa demanda. Em Sorocaba tem o ano do homem. Acho que uma política específica de câncer de mama também porque está acontecendo casos em homem.</i></p> <p><i>Votação: <u>aprovada a manutenção do texto.</u></i></p>

22. Ampliar o acesso dos usuários ao programa de planejamento familiar, com a prestação dos serviços de vasectomia e laqueadura, e garantia do ultrassom endovaginal após implantação do DIU.

Proposta aprovada sem destaques

23. Continuar a realização de pesquisas e estudos para produção de protocolos e diretrizes de hormonoterapia, implante de próteses de silicone e retirada de silicone industrial para travestis e transexuais, bem como estudos sobre



mastectomia e histerectomia em homens transexuais, e pelo estabelecimento do acolhimento em todas as unidades de saúde para Homossexuais, Bissexuais, Travestis e Transexuais seguindo o princípio de equidade, viabilizando o registro do nome social da população LGBT, na ficha de atendimento nas Unidades Municipais de Saúde, além do nome que consta no RG.

Proposta aprovada sem destaques

24. Garantir o acesso ao Pronto Atendimento, Pronto Socorro e internações hospitalares de referência para pacientes soropositivos.

Proposta aprovada sem destaques

25. Definir ações que garantam atenção integral a saúde das pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de rua.

Proposta aprovada sem destaques

26. Implementar e divulgar programa de atendimento às vítimas de violência com prioridade para crianças, adolescentes e mulheres, estabelecendo protocolos de atendimento que incluam grupos de apoio às famílias tendo em vista o arcabouço jurídico existente e criar centros de referência para atendimento a vítimas de violência doméstica e sexual com equipes compostas por profissionais do sexo masculino e feminino.

Proposta aprovada sem destaques

27. Propor que os governos estaduais e governo federal aumentem os recursos de investimento e custeio para a rede de urgência e emergência, SAMU, para os hospitais públicos municipais, CAPS, DST/AIDS, assistência farmacêutica especializada (medicamentos de alto custo).

Proposta aprovada sem destaques

28. Fortalecer o processo de implantação das linhas de cuidado da mulher, criança, saúde escolar, adolescente, idoso, deficiente, e outras de acordo com a necessidade do perfil epidemiológico da região, garantindo a integralidade e a inter-setorialidade das ações para melhor integração dos serviços sócio-assistenciais.

Proposta aprovada sem destaques

29. Rever o critério populacional para municípios com menos de 50.000 na implantação de UPA, utilizando em substituição os parâmetros de cobertura da ESF ou da UPA Regional.

Proposta aprovada sem destaques



30. Solicitar ao Ministério da Saúde a atualização da tabela SUS quanto aos diagnósticos do Código Internacional de Doenças (CID) referentes a todos os procedimentos de reabilitação física e/ou mental, de forma a contemplar o novo conceito de deficiência definido pelo decreto presidencial 6949 de 25/08/2009.

Proposta aprovada sem destaques

31. Definir uma política equitativa de alocação de recursos, orientada por projetos para enfrentamento das desigualdades regionais em suas especificidades geográficas, sócio-econômicas, culturais, entre Estados e Municípios para comunidades indígenas, africanas, extrativistas e quilombolas, atividades sazonais e demais trabalhadores com baixo índice de desenvolvimento humano.

Proposta aprovada sem destaques

32. Implantar a política de atenção integral à saúde da pessoa idosa com a qualificação de equipes multiprofissionais para o atendimento e implantação de centros de referência geriátricas, centros dia de cuidados e leitos de longa permanência, bem como apoio aos cuidadores.

Proposta aprovada sem destaques

DIRETRIZ 7 AMBITO NACIONAL: Ampliar acesso universal aos serviços de saúde da rede do SUS, com centralidade na atenção primária, acolhimento, humanização, qualidade e assistência farmacêutica.

Propostas de Síntese

- 1 Fortalecer, implementar e criar estratégias para que a Política Nacional de Humanização (PNH), apoiada pela Política Nacional de Educação Permanente, se mantenha como eixo estruturador em todos os serviços de saúde, facilitando o acesso com acolhimento e escuta qualificada com capacidade resolutiva nos três níveis de atenção assegurando a integralidade do cuidado, com clínica ampliada.

Proposta aprovada sem destaques

- 2 Garantir junto as referências, a estruturação de um local para apoio ao usuário (alimentação e local adequado até o atendimento) e agilizar o atendimento de portadores de doenças crônicas, já diagnosticada pela



Previdência para atendimento mais humanizado.

Proposta aprovada sem destaques

- 3 Implementar ações na Atenção Básica visando orientar e tratar gestantes e adolescentes gestantes, cumprir a lei 11.108, de 7/4/2005, que garante a presença de acompanhante no “Parto Humanizado” e incentivar a implantação de Casas da Gestante, visando otimizar seu acesso às maternidades, principalmente as de alto risco, e implantar a “Rede Amamenta Brasil”, credenciando as UBS na iniciativa “Unidade Básica Amiga da Amamentação”, com financiamento federal e estadual.

Proposta aprovada sem destaques

- 4 Assegurar que a atenção básica desenvolva ações que possibilitem coordenar a produção do cuidado de modo intersetorial e integrador das demais redes de serviços de saúde, a partir da qual sejam feitas as referências e contrarreferências, inclusive com os serviços de pronto atendimento.

Proposta aprovada sem destaques

- 5 Garantir, por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e os municípios, o acesso e acolhimento com qualidade e equidade, com base nas necessidades de saúde das regiões, e agilizar o atendimento através da central de vagas e readequar o sistema de agendamento para atendimento médico nas Unidades de Saúde, assegurando o acesso do paciente à sua consulta de retorno, sem novo encaminhamento.

DSC	Destaques
<p><i>“Incluir o Governo do Estado após Ministério da Saúde e também incluir o Distrito Federal.”</i></p>	<p><u>Aditiva</u> Garantir, por meio de parceria entre o Ministério da Saúde, <u>Governo do estado</u> e os municípios, o acesso e acolhimento com qualidade e equidade, com base nas necessidades de saúde das regiões, e agilizar o atendimento através da central de vagas e readequar o sistema de agendamento para atendimento médico nas Unidades de Saúde, assegurando o acesso do paciente à sua consulta de retorno, sem novo encaminhamento. <u>APROVACAO: 88%</u></p>

Proposta Aprovada: Garantir, por meio de parceria entre o Ministério da Saúde, Governo do estado e os municípios, o acesso e acolhimento com qualidade e equidade, com base nas necessidades de saúde das regiões, e agilizar o atendimento através da central de vagas e readequar o sistema de agendamento para atendimento médico nas Unidades de Saúde, assegurando o acesso do paciente à sua consulta de retorno,



sem novo encaminhamento.

- 6 Revisar os critérios técnicos para implantação da Estratégia de Saúde da Família e inserir outros profissionais da saúde na equipe, contemplando as especificidades regionais, criando um modelo diferenciado para atender áreas urbanas e áreas rurais e alocar recursos financeiros para o transporte.

DSC	Destaques
<p><i>"Incluir depois de Saúde da Família: com envolvimento de sua estratégia principal de atenção primária implantada. Depois de regionais acrescentar: "loco regionais" e depois de áreas rurais acrescentar: "comunidades tradicionais em situação de risco"</i></p>	<p><u><i>Aditiva</i></u> Revisar os critérios técnicos para implantação da Estratégia de Saúde da Família <u>com envolvimento de sua estratégia principal de atenção primária implantada no país</u>, e inserir outros profissionais da saúde na equipe, contemplando as especificidades regionais <u>e loco regionais</u>, criando um modelo diferenciado para atender áreas urbanas e áreas rurais, <u>comunidades tradicionais em situação de risco</u> e alocar recursos financeiros para o transporte. <u>APROVACAO 85%</u></p>

Proposta Aprovada: Revisar os critérios técnicos para implantação da Estratégia de Saúde da Família com envolvimento de sua estratégia principal de atenção primária implantada no país, e inserir outros profissionais da saúde na equipe, contemplando as especificidades regionais e loco regionais, criando um modelo diferenciado para atender áreas urbanas e áreas rurais, comunidades tradicionais em situação de risco e alocar recursos financeiros para o transporte

- 7 Organizar o acesso e ampliar a rede de saúde com serviços de urgência e emergência, atenção básica, média e alta complexidade, promovendo a diminuição de espera dos pacientes por exames, consultas e procedimentos e articulando as redes de apoio (CRAS, NASF, CAPS, ESF, PS e Conselho tutelar) intermunicipais e intramunicipais para uma melhor interação para resolutividade dos problemas.

Proposta aprovada sem destaques

- 8 Definir que, nos termos da lei 11.350, o território de referencia para a atuação das Agentes Comunitárias de Saúde é o município, devendo o conceito de micro área ter caráter operacional para definição dos limites urbanos de responsabilidade e atribuições das agentes.

Proposta aprovada sem destaques



- 9 Fortalecer a Atenção Básica com serviços/centros de reabilitação (fisioterapia) com aquisição de equipamentos necessários para o atendimento e recuperação de pacientes ampliando o fornecimento de próteses e órteses pelo Estado e União e propor ao Ministério da Saúde o reconhecimento da equoterapia como processo terapêutico, implantando o tratamento para todas as faixas etárias em que houver indicação médica e ainda ampliar a aquisição de veículos para transporte de pacientes cadeirantes e acamados.

Proposta aprovada sem destaques

- 10 Instituir um programa específico para a Saúde Rural, dentro dos princípios da integralidade, universalidade e equidade para os três níveis de atenção à saúde, envolvendo a União, Estados e Municípios.

DSC	Destaques
<i>Incluir: distrito federal</i>	<u><i>Aditiva</i></u> Instituir um programa específico para a Saúde Rural, dentro dos princípios da integralidade, universalidade e equidade para os três níveis de atenção à saúde, envolvendo a União, <u>Distrito Federal</u> , Estados e Municípios. APROVACAO 77%

Proposta Aprovada: Instituir um programa específico para a Saúde Rural, dentro dos princípios da integralidade, universalidade e equidade para os três níveis de atenção à saúde, envolvendo a União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

- 11 Aumentar os recursos financeiros para compra de medicamentos e insumos para o atendimento dos pacientes diabéticos, hipertensos, e portadores de Hanseníase, melhorando os mecanismos de repasse per capita da União para os Municípios, com investimentos em pessoal e equipamentos e criação de um banco solidário de medicamentos, supervisionado por profissional farmacêutico.

Proposta aprovada sem destaques

- 12 Implementar a Política de Assistência Farmacêutica, de acordo com as necessidades da população, revendo anualmente os protocolos de medicamentos da tabela RENAME, REMUNE e do Programa Farmácia Popular, ampliando os recursos com contrapartida das esferas estadual e federal para aquisição de medicamentos.



DSC	Destaques
<p><i>Acrescentar depois de Assistência farmacêutica: com presença de profissional farmacêutico,- porque muitas vezes existem outros profissionais mas não farmacêuticos.”</i></p>	<p><u><i>Aditiva</i></u> Implementar a Política de Assistência Farmacêutica <u>com presença de profissional farmacêutico</u>, de acordo com as necessidades da população, revendo anualmente os protocolos de medicamentos da tabela RENAME, REMUNE e do Programa Farmácia Popular, ampliando os recursos com contrapartida das esferas estadual e federal para aquisição de medicamentos. APROVACAO 87 %</p>

Proposta Aprovada: Implementar a Política de Assistência Farmacêutica com presença de profissional farmacêutico, de acordo com as necessidades da população, revendo anualmente os protocolos de medicamentos da tabela RENAME, REMUNE e do Programa Farmácia Popular, ampliando os recursos com contrapartida das esferas estadual e federal para aquisição de medicamentos

- 13** Implantar no SUS uma Política Nacional de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos com distribuição dos medicamentos aprovados pela ANVISA descentralizando sua distribuição para as redes municipais.

Proposta aprovada sem destaques

- 14** Exigir que a ANVISA libere imediatamente, depois de liberados em território americano, os dois novos medicamentos (Bocepravir e Telaprevir) aos pacientes portadores de Hepatite C, pois muitos portadores são recidivos e co-infectados, sendo esses novos medicamentos, talvez, a única chance de cura.

DSC	Destaques
<p><i>“Temos discutido a judicialização da saúde. Sobre esses 2 medicamentos, a indústria farmacêutica direcionando o uso de medicamentos. Proponho a supressão da proposta”.</i></p>	<p><u><i>Supressão Total da Proposta</i></u> Exigir que a ANVISA libere imediatamente, depois de liberados em território americano, os dois novos medicamentos (Bocepravir e Telaprevir) aos pacientes portadores de Hepatite C, pois muitos portadores são recidivos e co-infectados, sendo esses novos medicamentos, talvez, a única chance de cura. Supressão Total da Proposta. 81% A FAVOR DA SUPRESSAO TOTAL</p>



- 15** Criar e fortalecer uma rede de atenção à criança e ao adolescente para a garantia de seu pleno desenvolvimento biopsicossocial no território, priorizando ações de educação em saúde na escola, aconselhamento genético para as pessoas e familiares com distúrbios genéticos e doenças raras e garantia de acesso e atendimento a crianças e adolescentes em crise aguda, nos hospitais neurológicos e psiquiátricos.

Proposta aprovada sem destaques

- 16** Disponibilizar serviços e equipamentos de saúde de acordo com a população assistida e parâmetros do SUS (revisar portaria GM/MS 1101 de 12 de junho de 2002, atualizando os parâmetros), garantindo o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas.

Proposta aprovada sem destaques

- 17** Apoiar a implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) aumentando o Valor de Custeio e revendo o critério para implantação.

Proposta aprovada sem destaques

- 18** Garantir cobertura rede hospitalar municipalizada de acordo com os preceitos da OMS, ampliando os números de hospitais e capacidade de atendimentos, priorizando os locais destacados nas pré-conferências e assegurando a manutenção do preenchimento da tabela de lotação destes serviços completa e adequada às demandas locais e regionais, e fortalecer os Hospitais de pequeno porte – HPPs que sejam viáveis, para atender as necessidades da população local.

Proposta aprovada sem destaques

- 19** Aumentar a capacidade de Leitos de UTI Neonatal , Pediátrica e Adulto (Tipo II e III) visando garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde

Proposta aprovada sem destaques

- 20** Aprimorar as redes regionais de média e alta complexidade em Oncologia, ajustando os fluxos e o sistema de referência e contra-referência, com ampliação do número de leitos e implantação de serviços de quimioterapia/radioterapia para todos os tipos de câncer, com garantia de exame de mamografia anual e acesso a todas as mulheres a partir de 40 anos e realização de rastreamento de câncer de cólon de reto na faixa etária de 50 a 75 anos, oferecendo aos pacientes oncológicos atendimento multiprofissional específico, o mais próximo da residência.

Proposta aprovada sem destaques

- 21** Ampliar o número de laboratórios de análises clínicas credenciados pelo SUS e que eles possam iniciar as



atividades às sete horas da manhã e que disponibilizem funcionários experientes e treinados, visando melhorar a qualidade do serviço.

Proposta aprovada sem destaques

- 22** Implantar a assistência médica aos distúrbios do sono com laboratório do sono e qualidade diagnóstica e Serviços de Medicina Hiperbárica.

Proposta aprovada sem destaques

- 23** Implementar o Programa de Saúde do Homem com o intuito de ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde para a realização de exames preventivos e ampliar a divulgação do Pré-Natal do Homem, que consiste na realização de exames para HIV, VDRL e Hepatites Virais em parceiros de gestantes, em todas as Unidades de Saúde que realizam exames de pré-natal e ainda realizar campanha anual de exame de próstata.

Proposta aprovada sem destaques

- 24** Ampliar a oferta de cotas na especialidade de oftalmologia sem a necessidade de realizar consulta com o clínico geral para solicitar encaminhamento e reavaliar os critérios para a inclusão dos municípios no programa Olhar Brasil.

Proposta aprovada sem destaques

- 25** Implantar terapias complementares e serviços de podologia nas Unidades de Saúde, por meio de profissionais capacitados.

Proposta aprovada sem destaques

- 26** Organizar e ampliar a atenção básica, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com financiamento estadual e federal 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.

Proposta aprovada sem destaques

- 27** Identificar as áreas críticas da atenção à saúde (consultas, exames e cirurgias eletivas) e elaborar proposta de mutirões conforme a demanda reprimida nos municípios.

Proposta aprovada sem destaques



28 Garantir que as três esferas de governo disponibilizem e ampliem serviços ambulatoriais, de diagnóstico e cirúrgicos de média e alta complexidade nas regiões de saúde, conforme as necessidades locais melhorando o incremento financeiro da tabela SUS.

Proposta aprovada sem destaques

29 Regularizar em todos os municípios as questões que dizem respeito à estrutura física das unidades de saúde, respeitando as normas da Vigilância Sanitária.

Proposta aprovada sem destaques

30 Viabilizar o credenciamento/habilitação de instituições, ampliando a oferta de cirurgias reparadoras (lipodistrofia e lipoatrofia) para portadores de HIV/AIDS descentralizando o tratamento das DST nas UBS e ESF assim como proporcionar equipamentos e insumos.

Proposta aprovada sem destaques

31 Implementar ou ampliar o acesso ao Programa de Controle do Tabagismo na Atenção Básica com distribuição do medicamento.

Proposta aprovada sem destaques

32 Garantir acessibilidade da população aos serviços de saúde existentes executando manutenção preventiva e corretiva destes serviços no âmbito estrutural, como: instalação hidráulica, elétrica, telhados, alvenaria e no âmbito funcional, como serviço de telefônica, informática, imagem, e equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos, reformando os serviços que se encontrem com estrutura em desacordo com as diretrizes e normas da ANVISA, ABNT, acessibilidade e ergonomia, adaptando-os em relação ao espaço e dinâmica de trabalho e mudar a localização dos serviços de saúde, evitando imóveis alugados ou de difícil acesso, sempre com acompanhamento do Conselho Gestor e Técnico da Secretaria Municipal da Saúde.



DSC	Destques
<p><i>“Garantir repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para garantir acessibilidade. Para tanto, incluir expressamente o repasse do Ministério da Saúde.”</i></p>	<p><u>Aditiva</u> Garantir repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para implementar a acessibilidade da população aos serviços de saúde existentes executando manutenção preventiva e corretiva destes serviços no âmbito estrutural, como: instalação hidráulica, elétrica, telhados, alvenaria e no âmbito funcional, como serviço de telefônica, informática, imagem, e equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos, reformando os serviços que se encontrem com estrutura em desacordo com as diretrizes e normas da ANVISA, ABNT, acessibilidade e ergonomia, adaptando-os em relação ao espaço e dinâmica de trabalho e mudar a localização dos serviços de saúde, evitando imóveis alugados ou de difícil acesso, sempre com acompanhamento do Conselho Gestor e Técnico da Secretaria Municipal da Saúde. APROVACAO 89%</p>

Proposta Aprovada: Garantir repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para implementar a acessibilidade da população aos serviços de saúde existentes executando manutenção preventiva e corretiva destes serviços no âmbito estrutural, como: instalação hidráulica, elétrica, telhados, alvenaria e no âmbito funcional, como serviço de telefônica, informática, imagem, e equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos, reformando os serviços que se encontrem com estrutura em desacordo com as diretrizes e normas da ANVISA, ABNT, acessibilidade e ergonomia, adaptando-os em relação ao espaço e dinâmica de trabalho e mudar a localização dos serviços de saúde, evitando imóveis alugados ou de difícil acesso, sempre com acompanhamento do Conselho Gestor e Técnico da Secretaria Municipal da Saúde.

- 33** Implantar Programa de Atendimento por equipe interdisciplinar de prevenção, diagnóstico, intervenção e reabilitação em Disfagia.

Proposta aprovada sem destaques

PLENÁRIA FINAL: votadas para a Conferência Nacional: 1, 3, 7, 26 e 32 aprovadas.

PROPOSTAS ESTADUAIS



DIRETRIZ 1 AMBITO ESTADUAL: Reafirmar o SUS como uma política pública de direito na seguridade social, preservando seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, com financiamento adequado das três esferas de governo.

Propostas de Síntese

1. Garantir que o plano plurianual do estado de São Paulo, no que diz respeito à saúde, seja discutido na esfera municipal.

Proposta aprovada sem destaques

2. Instituir a participação do estado de São Paulo no financiamento da Estratégia de Saúde da Família, com incremento de 50% da contrapartida para auxiliar na contratação de profissionais.

DSC	Destaques
<i>Acrescentar: "...através de concurso público conforme diretrizes do pacto do SUS."</i>	<u>Aditiva</u> Instituir a participação do estado de São Paulo no financiamento da Estratégia de Saúde da Família, com incremento de 50% da contrapartida para auxiliar na contratação de profissionais <u>através de concurso público, conforme o Pacto do SUS</u> Aprovação: 88 %

Proposta Aprovada: Instituir a participação do estado de São Paulo no financiamento da Estratégia de Saúde da Família, com incremento de 50% da contrapartida para auxiliar na contratação de profissionais, através de concurso público, conforme o Pacto de Gestão do SUS.

3. Reivindicar junto ao Governo do Estado de São Paulo o repasse fundo a fundo de 25% do custeio de cada equipe de ESF.

Proposta aprovada sem destaques

4. Exigir a participação efetiva do Estado de São Paulo, quanto às suas responsabilidades em todos os níveis de atenção, aplicando o mínimo de 12% na saúde, levando em consideração as legislações em vigência.

Proposta aprovada sem destaques

5. Reivindicar junto ao Governo do Estado de São Paulo o repasse fundo a fundo de 25% do custeio do SAMU, conforme estabelece a portaria que criou o SAMU em 2003.

Proposta aprovada sem destaques



6. Aumentar o investimento financeiro estadual em atenção básica e redistribuição dos recursos financeiros estaduais já existentes, de acordo com critérios populacionais e epidemiológicos, para serem aplicados na atenção secundária, trazendo equidade e integralidade para os usuários do SUS com controle social eficiente.

Proposta aprovada sem destaques

7. Rever o financiamento dos hospitais de referência regional sob gestão do estado de São Paulo, garantindo assistência qualificada e resolutiva na média complexidade, e reduzindo os encaminhamentos para os hospitais de alta complexidade.

DSC	Destaques
<i>“rever financiamentos de hospitais de referência regional e micro-regional sob gestão do estado, incluir aqueles sob gestão municipal e filantrópica, porque não são só os sob gestão do Estado que estão em dificuldades.”</i>	<u>Substitutiva</u> Rever o financiamento dos hospitais de referência micro regional e regional sob gestão do estado de São Paulo e sob gestão municipal e filantrópicos , garantindo assistência qualificada e resolutiva na média complexidade, e reduzindo os encaminhamentos para os hospitais de alta complexidade.

Proposta Aprovada: Rever o financiamento dos hospitais de referência micro regionais e regionais, sob gestão do Estado de São Paulo e sob gestão municipal, incluindo os filantrópicos, no sentido de garantir assistência qualificada e resolutiva na média complexidade, e reduzir os encaminhamentos para os hospitais de alta complexidade.

8. Incrementar a política atual de auxílio às Santas Casas, proporcionando o acesso das mesmas a recursos estaduais de forma menos burocrática e mais ágil, para que possam continuar prestando serviços SUS à população do Estado de São Paulo.

DSC	Destaques
<i>“completar após Santas Casas: “e hospitais municipais”. Essa tabela que está defasada há muitos anos é graças ao Pró-Santa Casa que está nos ajudando”.</i>	<u>Aditiva</u> Incrementar a política atual de auxílio às Santas Casas e hospitais municipais, com controle social , proporcionando o acesso das mesmas a recursos estaduais de forma menos burocrática e mais ágil, para que possam continuar prestando serviços SUS à população do Estado de São Paulo. Aprovação: 59%

Proposta Aprovada: Incrementar a política atual de auxílio às Santas Casas e Hospitais Municipais, com controle social, proporcionando o acesso das mesmas a recursos estaduais de forma menos burocrática e mais ágil, para que possam continuar prestando serviços ao SUS para o atendimento à população do Estado de São Paulo.



9. Agilizar a implantação do SAMU Regional de Amparo, viabilizando, junto ao governo estadual, o repasse de recursos como contrapartida no seu custeio.

DSC	Destaques
<i>Suprimir porque o conteúdo faz parte da proposta 5</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Agilizar a implantação do SAMU Regional de Amparo, viabilizando, junto ao governo estadual, o repasse de recursos como contrapartida no seu custeio. Supressão Total da Proposta aprovada 100%

10. Cobrar do estado de São Paulo o repasse de verbas do SAMU regional de Bertioga, pois não há contrapartida do estado.

DSC	Destaques
<i>Suprimir porque o conteúdo faz parte da proposta 5</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Cobrar do estado de São Paulo o repasse de verbas do SAMU regional de Bertioga, pois não há contrapartida do estado. Supressão Total da Proposta aprovada 100%

11. Propor a participação do Estado no custeio do Hospital Municipal de Aparecida, aumentando os recursos já destinados através do Projeto Verão, e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Proposta aprovada sem destaques

12. Propor a estadualização e/ou federalização do Hospital Regional de Itapetininga, com participação do Estado no financiamento de forma retroativa até a sua concretização.

DSC	Destaques	DSC PLENÁRIA FINAL
<i>A proposta é contra os princípios do SUS porque a proposta é a descentralização do sistema</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Propor a estadualização e/ou federalização do Hospital Regional de Itapetininga, com participação do Estado no financiamento de forma retroativa até a sua concretização. Supressão Total da Proposta aprovada com 58%	<i>Com relação às propostas estaduais a relatoria decidiu votar com relação a diretriz 1, proposta 12 ser votada pela plenária quanto a sua permanência ou supressão.</i> <i>A favor : No hospital daquela região de Itapetininga está há muito tempo em situação precária</i> <i>Contra: enfrenta as mesmas situações de outras regiões, como a proposta esta colocada ela vai na contra mão</i> <i>Aprovada a supressão da proposta.</i>



13. Viabilizar recursos para a conclusão das obras e aquisição de equipamentos para o Hospital do Câncer de Presidente Prudente.

DSC	Destaques
<i>Aprovada, manter a proposta porque o hospital atende outros municípios também, e não só Presidente Prudente</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES

14. Buscar de recursos junto ao Governo do Estado de São Paulo e Governo Federal para a construção da sede da UNIR em Aparecida.

DSC	Destaques
<i>“Proposta deve ser encaminhada a outra diretriz” “Não sabemos o que é UNIR”</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Buscar de recursos junto ao Governo do Estado de São Paulo e Governo Federal para a construção da sede da UNIR em Aparecida. Supressão Total da Proposta Aprovado 54%.e 84%

15. Melhorar o financiamento das Instituições de Ensino, no caso, o Hospital de Base de São José do Rio Preto para oferecer mais procedimentos de média e alta complexidade de acordo com a necessidade da população e não conforme a capacidade de oferta.

DSC	Destaques
<i>“sem registro de depoimentos”</i>	<u>Aditiva</u> Integrar as Instituições de Ensino, no caso, o Hospital de Base de São José do Rio Preto às pactuações e instituições regionais, com melhoria do financiamento , para oferecer mais procedimentos de média e alta complexidade de acordo com a necessidade da população e não conforme a capacidade de oferta. Aprovado 94%.

Proposta Aprovada: Integrar as Instituições de Ensino, no caso, o Hospital de Base de São José do Rio Preto às pactuações e instituições regionais, com melhoria do financiamento, para oferecer mais procedimentos de média e alta complexidade de acordo com a necessidade da população e não conforme a capacidade de oferta.

16. Discutir o financiamento do Hospital de Clínicas Doutor Radamés Nardini com as instâncias estaduais e micro regional (Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra).

Proposta aprovada sem destaques

17. Garantir das três esferas de governo o investimento para a construção do Hospital Regional de Suzano e Hospital São João de Guarulhos



Proposta aprovada sem destaques

18.Repassar o financiamento dos usuários do IAMSPE para o município de atendimento respectivo.

Proposta aprovada sem destaques

DIRETRIZ 2 AMBITO ESTADUAL: Ampliar a capacidade de gestão e regulação do SUS e fortalecer pactos interfederativos, com sistemas de informação estruturados e regulação pública sobre os prestadores privados.

Propostas de Síntese

1.Fortalecer as Regiões de Saúde através do apoio técnico, logístico e financeiro para o efetivo funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional, desenvolvendo de forma participativa estratégias de relacionamento solidário entre os municípios, estado e União e fortalecer e investir nos DRS, para que cumpram o papel articulador dos níveis de atenção, de modo a construir as Redes Regionais de Atenção à Saúde.

DSC	Destaques
<i>Sem registro de discurso</i>	<u>Aditiva</u> Fortalecer as Regiões de Saúde através do apoio técnico, logístico e financeiro para o efetivo funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional, <u>incluindo os Conselhos de saúde</u> e desenvolvendo de forma participativa estratégias de relacionamento solidário entre os municípios, estado e União e fortalecer e investir nos DRS, para que cumpram o papel articulador dos níveis de atenção, de modo a construir as Redes Regionais de Atenção à Saúde. <u>Destaque aprovado 88%</u>

Proposta Aprovada: Fortalecer as Regiões de Saúde através do apoio técnico, logístico e financeiro para o efetivo funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional, incluindo os Conselhos de saúde e desenvolvendo de forma participativa estratégias de relacionamento solidário entre os municípios, estado e União e fortalecer e investir nos DRS, para que cumpram o papel articulador dos níveis de atenção, de modo a construir as Redes Regionais de Atenção à Saúde.

2.Efetivar a regionalização, já definida pelo Pacto da Saúde, ampliando o acesso aos serviços a partir de um planejamento e elaboração de planos regionais, destinando recursos de acordo com as necessidades regionais.

Proposta aprovada sem destaques

3.Garantir a participação de prestadores nas reuniões e decisões do Colegiado de Gestão Regional em assuntos pertinentes aos mesmos.



DSC	Destaques
<i>“mudar a palavra prestadores e coloca a participação dos conselhos municipais de saúde. vamos abrir para o conselho por que não tem participação, portanto, tira os prestadores e coloca conselho municipal de saúde”.</i>	<u>Substitutiva</u> Garantir a participação de Conselhos Municipais de Saúde prestadores nas reuniões e decisões do Colegiado de Gestão Regional em assuntos pertinentes aos mesmos. <u>Destaque aprovado 94%</u>

Proposta Aprovada: Garantir a participação dos Conselhos Municipais de Saúde nas reuniões e decisões do Colegiado de Gestão Regional.

4. Efetivar a criação de consórcios intermunicipais de saúde na Grande São Paulo e no Litoral Norte com apoio técnico para garantia de atenção integral a população que possa prever atas de registros de preços para aquisição de medicamentos, insumos, equipamentos, serviços ambulatoriais e transporte, além de repasse de recursos dos municípios vizinhos para que se supere a precarização do atendimento e violação de direitos humanos.

DSC	Destaques
<i>“favor retirar o litoral Norte e Grande São Paulo”</i>	<u>Substitutiva</u> Efetivar a criação de consórcios públicos intermunicipais de saúde na Grande São Paulo, Litoral Norte e em todas as regiões onde houver interesse na Grande São Paulo e no Litoral Norte com apoio técnico para garantia de atenção integral a população que possa prever atas de registros de preços para aquisição de medicamentos, insumos, equipamentos, serviços ambulatoriais e transporte, além de repasse de recursos dos municípios consorciados vizinhos para que se supere a precarização do atendimento e violação de direitos humanos. <u>Destaque aprovado 95%</u>

Proposta Aprovada: Efetivar a criação de consórcios públicos intermunicipais de saúde na Grande São Paulo, Litoral Norte e em todas as regiões onde houver interesse, com apoio técnico para garantir atenção integral à população no sentido de instrumentalizar atas de registros de preços para aquisição de medicamentos, insumos, equipamentos, serviços ambulatoriais e transporte, além de repasse de recursos dos municípios consorciados para ações que se fizerem necessárias, no sentido da superação da precarização do atendimento e da violação de direitos humanos.

5. Promover a revisão anual da PPI, com transparência e participação do CGR no processo de pactuação da alta complexidade, analisando o acesso à cota de procedimentos e tendo como parâmetros a demanda do município e não a série histórica de atendimentos realizados, a fim de garantir o acesso dos usuários na rede SUS, fortalecendo a hierarquização, regionalização solidária, com ampliação do financiamento. Pactuar exames laboratoriais e imagens de alta complexidade com serviços particulares, quando estes procedimentos não são disponibilizados pelo SUS de acordo com risco e necessidade.



Proposta aprovada sem destaques

6. Informatizar os serviços de saúde, incluindo a implantação do prontuário eletrônico com financiamento tripartite.

Proposta aprovada sem destaques

7. Implantar o Sistema Logístico de Transporte Sanitário Regional, no Estado de São Paulo.

Proposta aprovada sem destaques

8. Implantar novo modelo de contratualização para as Santas Casas, com estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas baseadas em planilhas de custo, com maiores recursos alocados pela Secretaria Estadual de Saúde.

DSC	Destaques
<i>Sem registro de discurso</i>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Implantar novo modelo de contratualização <u>para os prestadores de serviço de saúde para as Santas Casas</u>, com estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas baseadas em planilhas de custo, com maiores recursos alocados pela Secretaria Estadual de Saúde.</p> <p><u>Destaque aprovado 83%</u></p>

Proposta Aprovada: Implantar novo modelo de contratualização para os prestadores de serviço de saúde, com estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas baseadas em planilhas de custo.

9. Criar centrais de regulação regionais, sob gestão pública e compartilhada entre estado e municípios, para garantir as referências inter-municipais pactuadas, eletivas e de urgência, de alta e média complexidade a partir da atenção básica com agilidade e resolutividade, que possa abranger todos os prestadores com adequação da oferta às necessidades.

Proposta aprovada sem destaques

10. Aumentar a agilidade na Central de Regulação - CROSS, no Estado de São Paulo, estabelecendo protocolos com objetivo de assegurar o tratamento e acompanhamento do paciente entre os serviços próprios e conveniados, de preferência mais próximos ao município e efetivando este serviço como referência de vaga pelo médico. Retornar as centrais de regulação eletiva e de urgência para os Departamentos Regionais de Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

11. Adequar a disponibilidade de consultas especializadas e exames de média e alta complexidade para agendamento



através do sistema CROSS na região de Franca e no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP entre outros, contemplando todos os referenciamentos existentes em todos os níveis de complexidade.

Proposta aprovada sem destaques

12. Retornar as centrais de regulação eletiva e de urgência para os Departamentos Regionais de Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

13. Integrar os Hospitais e Ambulatórios da Secretaria Estadual da Saúde às redes loco – regionais e reivindicar que o Estado de SP assine o Protocolo de Cooperação de Entes Públicos - TCEP com todos os municípios interessados em assumir a gestão dos serviços.

DSC	Destaques
<p><i>“ Manter até o Estado de São Paulo e acrescentar: priorizar o atendimento de saúde mental dos idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiências”.</i> <i>- “ questão de ordem: apesar de justa não cabe na proposta. A priorização vai se dar se os gestores se sentarem para discutir as prioridades daquela região: integrar os hospitais e laboratórios às redes loco regionais e reivindicar que o estado assine o protocolo. É sentar toda a região, integrar todos os equipamentos e discutir as demandas. A priorização vai se dar na medida que assine esse protocolo e que todos sentem (gestores, usuários, conselhos) para discutir a necessidade daquela região”.</i></p>	<p>Proposta aprovada sem destaques</p>

14. Revogar a 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 para que equipamentos e instalações financiadas pelo SUS para as OSCIP, setor privado e filantrópico sejam utilizados de forma prioritária para os usuários do SUS. Rejeitar a terceirização/ e privatização por meio de OSS, OSCIPs e outras formas, no SUS no âmbito estadual.



DSC	Destaques
<p><i>“Colocar algumas correções: revogar imediatamente a Lei.../2010 ...usados de forma exclusiva e pelos usuários do SUS e não prioritária.. respeitando as deliberações dos conselhos de saúde.</i></p> <p><i>Se a SES respeitasse o controle social a gente não teria uma conferência tão turbulenta como a gente está tendo. Está faltando apoio da Secretaria de Saúde. Cadê a coordenação?”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Revogar imediatamente a 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. para Que os equipamentos e instalações financiadas pelo SUS sob gestão de OS para as OSCIP, setor privado e filantrópico sejam utilizados de forma exclusiva prioritária para os usuários do SUS. Rejeitar a terceirização/ e privatização por meio de OS's e OSCIPs e outras formas, no SUS no âmbito municipal, estadual e federal, respeitando as deliberações dos Conselhos de Saúde no âmbito estadual.</p> <p><u>Destaque aprovado 98%</u></p>

Proposta Aprovada: Revogar imediatamente a Lei Complementar Estadual número 1.131/2010, que amplia a ação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Estado de São Paulo e permite que até 25% dos leitos hospitalares públicos sejam destinados para atendimento privado e que os equipamentos e instalações financiadas pelo SUS sob gestão de OSSs para as OSCIP, setor privado e filantrópico, sejam utilizados de forma exclusiva para os usuários do SUS, rejeitando a terceirização e privatização por meio de OSSs e OSCIPs e de outras formas no SUS, nos âmbitos municipal, estadual e federal, respeitando as deliberações dos Conselhos de Saúde.

15. Permitir que o município possa assumir a gestão dos convênios e contratos dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico sob gestão estadual, da central de vagas hospitalares e dos AME.

Proposta aprovada sem destaques

16. Criar comissões técnicas municipais, estaduais e nacional para avaliar a legitimidade das solicitações judiciais, aumentando a participação do Estado com poder real e legal de veto ou aceitação das ações.

DSC	Destaques
<p><i>- “Esse texto contraria a proposta 2 que a gente fez, então a minha proposta é estabelecer e revisar o protocolo. O texto ficaria: estabelecer e revisar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em todas...”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p><u>Estabelecer e revisar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em todas as categorias profissionais, de acordo com avaliação de risco para solicitação de procedimentos de média e alta complexidade, vinculando estes protocolos aos processos judicializados.</u> comissões técnicas municipais, estaduais e nacional para avaliar a legitimidade das solicitações judiciais, aumentando a participação do Estado com poder real e legal de veto ou aceitação das ações.</p> <p><u>Destaque aprovado 76%</u></p>



Proposta Aprovada: Estabelecer e revisar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em todas as categorias profissionais, de acordo com avaliação de risco para solicitação de procedimentos de média e alta complexidade, vinculando estes protocolos aos processos judicializados.

17. Promover discussão do respeito do financiamento do Hospital de Clínicas Doutor Radamés Nardini com as instâncias estaduais e micro regional.

Proposta aprovada sem destaques

18. Adotar uma política de capacitação, em todo início de gestão, dos Secretários Municipais de Saúde e Prefeitos sobre a política do SUS, no Estado de São Paulo.

DSC	Destaques
<p><i>“- imagino como acréscimo adotar uma política de educação permanente para gestão em saúde, uma política de capacitação de gestão permanente para equipes de gestão, SMS, prefeitos, bancada de forma técnica e logística pelo SES. Além dos secretários acrescentar: prefeitos, conselheiros e seus seguimentos do conselho”</i></p> <p><i>“-acrescentar: conselhos de saúde e seus segmentos, funcionários de saúde e sociedade organizada. Está todo mundo contemplado. Outra coisa, o prefeito e o conselho nunca vão fazer o curso junto porque o conselho entra um ano depois que o prefeito entra. Então serão cursos separados, cada um em seu segmento”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Adotar uma política de capacitação, em todo início de gestão, dos Secretários Municipais de Saúde <u>Prefeitos e Conselheiros de saúde, assim como de seus segmentos, e Prefeitos</u> sobre a política do SUS, no Estado de São Paulo.</p> <p><u>Destaque aprovado 48%</u></p>

Proposta Aprovada: Adotar uma política de capacitação, em todo início de gestão, dos Secretários Municipais de Saúde, Prefeitos e Conselheiros de saúde, assim como de seus segmentos, sobre a política do SUS, no Estado de São Paulo

DIRETRIZ 3 AMBITO ESTADUAL: Avançar no processo organizativo dos conselhos de saúde e no fortalecimento do controle social e participação popular no SUS, fortalecendo-os como instâncias democráticas.

Propostas de Síntese

1. Retirar a ação de inconstitucionalidade e fazer cumprir a Lei 12.516/07 que institui os Conselhos Gestores no estado de São Paulo.

Proposta aprovada sem destaques



2. Garantir representação dos Conselhos Municipais de Saúde nas reuniões dos Colegiados de Gestão Regional.

DSC	Destaques
<p><i>“Questão de esclarecimento: não dá para garantir a representação nos conselhos municipais de saúde por uma questão de legislação. Os conselhos municipais de saúde tem uma função imprescindível, é um órgão deliberativo, o que se define no município vai para um órgão de gestão. A fiscalização é feita pelo Conselho Estadual de Saúde.”</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u> Garantir representação dos Conselhos Municipais de Saúde nas reuniões dos Colegiados de Gestão Regional. Supressão Total da Proposta (com 89% dos votos.)</p>

3. Integrar os Conselhos Locais e Conselhos Municipais através de plenárias permanentes com participação do Departamento Regional de Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

4. Organizar as pré-conferências de saúde por Colegiados de Gestão Regional considerando as particularidades e necessidades de cada território, fortalecendo o debate e o processo de Regionalização, cabendo à Conferência Regional de Saúde a consolidação das propostas construídas em cada loco-região.

Proposta aprovada sem destaques

5. Implantar Conselhos Gestores regionais e nos Ambulatórios Médicos de Especialidade.

Proposta aprovada sem destaques

6. Reativar o Conselho Gestor do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e implantar a comissão de fiscalização permanente para garantir a qualidade do atendimento.

DSC	Destaques
<p><i>“Que o conselho gestor implante a comissão de fiscalização permanente, para garantir o atendimento. Precisamos regulamentar o conselho para fiscalizar melhor o hospital, mas para todos os hospitais regionais.”</i></p>	<p><u>Supressão Parcial</u> Reativar o Conselho Gestor do Conjunto Hospitalar de Sorocaba de todos os hospitais estaduais e implantar a comissão de fiscalização permanente para garantir a qualidade do atendimento. (a proposta foi aprovada com 81% de votos)</p>



Proposta Aprovada: Reativar o Conselho Gestor de todos os hospitais estaduais e implantar a comissão de fiscalização permanente para garantir a qualidade do atendimento.

7. Estimular a participação dos membros do conselho municipal de saúde e conselho gestor nas reuniões de pais e mestres escolares, no Estado de São Paulo.

Proposta aprovada sem destaques

8. Garantir a participação de conselheiros municipais de saúde nas reuniões de Educação Permanente e das Áreas Técnicas da Secretaria de Estado da Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

9. Estabelecer que o Conselho Estadual de Saúde avalie as propostas da Secretaria de Estado da Saúde para construção de novos serviços de saúde em âmbito municipal ou intermunicipal.

DSC	Destaques
<i>“Estabelecer que os conselhos municipais e estaduais avaliem e deliberem a proposta de construção de novos empreendimentos hospitalares”.</i>	<u><i>Aditiva</i></u> Estabelecer que o Conselho Estadual de Saúde em conjunto com os Conselhos Municipais avalie e delibere as propostas da Secretaria de Estado da Saúde para construção de novos serviços de saúde em âmbito municipal ou intermunicipal. (a proposta foi aprovada com 66% dos votos.)

Proposta Aprovada: Estabelecer que o Conselho Estadual de Saúde, em conjunto com os Conselhos Municipais, avalie e delibere as propostas da Secretaria de Estado da Saúde para construção de novos serviços de saúde em âmbito municipal ou intermunicipal.

10. Manter a pauta de discussão sobre Gestão do Trabalho e a Câmara Técnica de Políticas para População Negra no Conselho Estadual de Saúde com participação dos municípios.

DSC	Destaques
<i>“ Nós vivemos num país que se diz democrático e sem racismo. Tem que ser em geral, sem raça negra e amarela, eu acho a proposta 10 preconceituosa. Não adianta tampar o sol com a peneira e dizer que não tem problema de saúde da população negra. Estamos num país racista e machista. Não tem programa de atendimento à saúde da população negra, inclusive os medicamentos são diferentes, para um hipertenso branco e para um negro tem que ser diferente.”</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES



11.O Conselho Estadual de Saúde deve discutir com os outros conselhos (sobre a obrigatoriedade de novos empreendimentos participarem na construção de equipamentos sociais necessários à região, abordando questões como: local, 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.

DSC	Destaques
Sem anotação de discurso	<u><i>Aditiva</i></u> O Conselho Estadual de Saúde deve discutir com os outros conselhos sobre a obrigatoriedade de participarem da decisão sobre novos empreendimentos e construção de equipamentos sociais necessários à região, abordando questões como local, planejamento e plantas, com os Conselhos Municipais de Saúde, e com conselhos locais, quando houver, buscando garantir que a contrapartida desses empreendimentos seja investida na saúde do território.

Proposta Aprovada: O Conselho Estadual de Saúde deve discutir com os outros conselhos sobre a obrigatoriedade de participarem da decisão sobre novos empreendimentos e construção de equipamentos sociais necessários à região, abordando questões como local, planejamento e plantas, com os Conselhos Municipais de Saúde, e com conselhos locais, quando houver, buscando ainda garantir que a contrapartida desses empreendimentos seja investida na saúde do território.

12.Criar fóruns semestrais, organizados pelo Governo Estadual e/ou Nacional, e direito a voz no Conselho Estadual de Saúde para divulgação e monitoramento de metas e planos de aplicação de recursos orçamentários e financeiros.

Proposta aprovada sem destaques

DIRETRIZ 4 AMBITO ESTADUAL: Instituir políticas de regulação de recursos humanos em saúde e gestão do trabalho com desprecarização dos vínculos e educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Propostas de Síntese

1.Formar comissão da área da saúde para elaboração do PCCS no Estado de São Paulo, bem como realizar concurso público para imediata reposição e fortalecimento da estrutura dos Servidores que atuam junto aos DRSs e IALs, desde os cargos auxiliares, até os mais especializados.



DSC	Destaques
<p><i>“Já existe. Fortalecer os DRS com equipamentos, pois eles estão sucateados.”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> Formar comissão da área da saúde para elaboração do PCCS no Estado de São Paulo, bem como realizar concurso público para imediata reposição e fortalecimento da estrutura dos servidores que atuam junto aos Fortalecer os DRSs com contratação de recursos humanos e adequação de material permanente para qualificar a função de apoio aos municípios, e IALs, desde os cargos auxiliares, até os mais especializados. — Aprovação 62%.</p>

Proposta Aprovada: Fortalecer os Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com contratação de recursos humanos e adequação de material permanente para qualificar a função de apoio aos municípios.

2. Implantar em nível estadual uma política de RH, para a categoria médica, para fixação do profissional na Atenção Básica, com alocação de médicos em municípios pequenos, com aporte de recursos, e contratação de pediatras.

DSC	Destaques
<p><i>Sem registro de discurso</i></p>	<p><u>Aditiva</u> Implantar em nível estadual uma política de Recursos Humanos para a categoria médica, com o objetivo de fixação do profissional na Atenção Básica, com alocação de médicos, em particular pediatras, e aporte de recursos, em municípios pequenos.</p>

Proposta Aprovada: Implantar em nível estadual uma política de Recursos Humanos para a categoria médica, com o objetivo de fixação do profissional na Atenção Básica, com alocação de médicos, em particular pediatras, e aporte de recursos, em municípios pequenos.

3. Proporcionar ambiente de trabalho salubre de forma a reduzir os riscos e exposição dos profissionais da saúde a integridade física e mental.

DSC	Destaques
<p><i>“Proposta agora, é o seguinte, a proposta de modificação: garantir o cumprimento da legislação vigente visando a integridade física e mental do trabalhador.”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> Proporcionar ambiente Garantir o cumprimento de legislação vigente em medicina do trabalho para assegurar condições de trabalho salubres, reduzindo de forma a reduzir os riscos e agravos à saúde, a elas relacionados visando e exposição dos profissionais da saúde a integridade física e mental do trabalhador. Aprovado 92%.</p>

Proposta Aprovada: Garantir o cumprimento de legislação vigente em medicina do trabalho para assegurar condições de trabalho salubres, reduzindo os riscos e agravos à saúde, a elas relacionados a integridade física e mental do trabalhador.

4. Assegurar a formação de profissionais voltados para saúde pública com a obrigatoriedade de profissionais que são formados em universidades públicas que utilizaram financiamento estadual e federal prestarem serviços na rede pública de



saúde por dois anos e receber remuneração de acordo com tabela de valores pré estabelecidos, no estado de SP.

Proposta aprovada sem destaques

5. Realizar educação permanente para todos os profissionais do SUS com estratégias efetivas para o alcance da população e divulgação de educação em Saúde, bem como valorizar nos cursos de graduação da área de saúde a formação em saúde pública e coletiva.

Proposta aprovada sem destaques

6. Estabelecer incentivo financeiro para os profissionais que não foram contemplados com o projeto de fortalecimento da atenção básica do Pontal do Paranapanema.

DSC	Destaques
<i>uma entidade assumiu a atenção básica...</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Estabelecer incentivo financeiro para os profissionais que não foram contemplados com o projeto de fortalecimento da atenção básica do Pontal do Paranapanema. Supressão Total da Proposta <u>Aprovado 67%</u>.

7. Manter compatibilidade de salário de profissional médico, através de acordo entre os municípios das regiões metropolitanas.

DSC	Destaques
Implementar ajuda no básico, para apoiar itens básicos, para os demais funcionários.	<u>Supressão Total da Proposta</u> Manter compatibilidade de salário de profissional médico, através de acordo entre os municípios das regiões metropolitanas. Supressão Total da Proposta <u>Aprovado 100%</u>.

8. Regulamentar a carreira de informática na Secretaria Estadual da Saúde ou transferência destes cargos para PRODESP.

Proposta aprovada sem destaques

9. Otimizar as atividades dos médicos concursados para que as jornadas de trabalho dos mesmos sejam condizentes com as necessidades da população.

DSC	Destaques
<i>Sem registro de discurso</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Otimizar as atividades dos médicos concursados para que as jornadas de trabalho dos mesmos sejam condizentes com as necessidades da população. Supressão Total da Proposta <u>Aprovado 86%</u>.



10. Ampliar o número e vagas de cursos e treinamentos e aumentar multiplicadores em educação permanente no estado de São Paulo.

DSC	Destaques
<i>“Ampliar o número de vagas de cursos e treinamentos de multiplicadores no estado de SP, recursos financeiros e critérios para que os recursos de saúde tivessem publicidade e transparência”</i>	<u>Aditiva</u> Ampliar o número e vagas de cursos e treinamentos e aumentar multiplicadores em educação permanente no estado de São Paulo <u>e que os recursos financeiros e também os critérios de escolha dos profissionais de saúde contemplados tenham publicidade e transparência. Aprovado 96%.</u>

Proposta Aprovada: Ampliar o número de vagas em cursos e treinamentos, com aumento dos multiplicadores em educação permanente no estado de São Paulo, com garantia de publicidade e transparência dos recursos financeiros envolvidos e dos critérios de escolha dos profissionais de saúde contemplados.

11. Dar continuidade ao Curso de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde aplicado pelo CEFOR.

Proposta aprovada sem destaques

12. Implantar universidade pública de medicina no campus da UNIFESP – Guarulhos e na região de Araçatuba.

DSC	Destaques
<i>Sem registro de discurso</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Implantar universidade pública de medicina no campus da UNIFESP – Guarulhos e na região de Araçatuba. Supressão Total da Proposta Aprovado 91%.

13. Contratar Recursos Humanos e aquisição de insumos para o atendimento obstétrico (parto e nascimento) em hospitais de pequeno porte, em particular de Torrinha.

DSC	Destaques
<i>“contratar recursos humanos e aquisição de um hospital de pequeno porte no Estado de São Paulo”</i>	<u>Substitutiva</u> Contratar Recursos Humanos e aquisição de insumos para o atendimento obstétrico (parto e nascimento) em hospitais de pequeno <u>porte, no estado de São Paulo, em particular de Torrinha. Aprovado 94%.</u>

Proposta Aprovada: Contratar Recursos Humanos e aquisição de insumos para o atendimento obstétrico (parto e nascimento) em hospitais de pequeno porte, no estado de São Paulo.



14. Incluir a participação das instituições de ensino de graduação e técnicos nos colegiados de educação permanente, em particular em Guarulhos.

DSC	Destaques
<i>Sem registro de discurso</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Incluir a participação das instituições de ensino de graduação e técnicos nos colegiados de educação permanente, em particular em Guarulhos. Supressão Total da Proposta Aprovado 100%

15. Exigir a ampliação de leitos e vagas de exames de especialidades no Hospital Geral de Pirajussara.

DSC	Destaques
<i>Sem registro de discurso</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Exigir a ampliação de leitos e vagas de exames de especialidades no Hospital Geral de Pirajussara. Supressão Total da Proposta Aprovado 100%

16. Implantar o controle eletrônico de ponto em todas as unidades e serviços de saúde, próprios e conveniados ao SUS como forma de combate à fraude no cumprimento da jornada de trabalho, inclusive dos médicos, e que o acesso às informações deste controle seja disponibilizado para os Conselhos de Saúde em todos os níveis.

Proposta aprovada sem destaques

DIRETRIZ 5 AMBITO ESTADUAL : Fortalecer as políticas públicas de direitos, com foco na intersectorialidade e atuação do SUS na vigilância, promoção de saúde e comunicação social

Propostas de Síntese

1. Ampliar ações de vacinação no estado de São Paulo com a inclusão de novos grupos de risco a doenças como por exemplo influenza H1N1 e pneumocócica , e inclusão de outras não contempladas, como HPV.

Proposta aprovada sem destaques

2. Estabelecer parceria com a Secretaria Estadual de Educação nos três níveis de governo quanto ao trabalho educacional nas escolas públicas, privadas e entidades e incluir nos currículos escolares, desde os primeiros anos de escolarização, com conteúdos e vivências sobre cuidados com a saúde, enfatizando a promoção à saúde e a prevenção às doenças, assim como a responsabilidade individual e coletiva com a qualidade de vida.

Proposta aprovada sem destaques



3. Fortalecer e financiar no Estado de São Paulo, programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida nos diferentes ciclos de vida a partir de núcleos de ação intersetorial, com incentivo e responsabilização das instituições públicas, privadas e terceiro setor, visando à articulação com as ações de vigilância em saúde, com a integração dos serviços e ações com as redes de atenção básica.

Proposta aprovada sem destaques

4. Promover a melhor comunicação intersetorial das vigilâncias estaduais, reforçando o conceito de vigilância em saúde e melhorando a qualificação e resolutividade com implantação, implementação e ampliação de ações como, viabilização de centros de referência para atendimento às pessoas em situação de violência doméstica e sexual, qualificação dos registros de óbitos e aumento dos investimentos nos controle de vetores.

Proposta aprovada sem destaques

5. Intensificar a divulgar o Estatuto do Idoso para garantia de seus direitos, com inclusão da avaliação global nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, assegurando sua aplicação pelos diversos profissionais que compõe a equipe de saúde, viabilizando em conjunto com outras Secretarias no estado de São Paulo, a avaliação da necessidade de adaptações nos domicílios de idosos que apresentam deficiências ou incapacidades, especialmente os com necessidades econômicas, e criando Lei que isente os pacientes que utilizam oxigenoterapia, da cobrança de pagamento do acréscimo do consumo de energia elétrica.

Proposta aprovada sem destaques

6. Melhoria da malha viária com vistas a redução de riscos de acidentes e criação de abatedouro regional na região de Sorocaba.

DSC	Destaques
<i>“a gente pede a supressão, pois o SUS não é para criar abatedouro, não tem dinheiro para isso.”</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Melhoria da malha viária com vistas a redução de riscos de acidentes e criação de abatedouro regional na região de Sorocaba. Supressão Total da Proposta Aprovado 85%.

7. Garantir a realização das cotas dos exames de Carga Viral para HIV e para Hepatites Virais no Centro de Laboratório Regional dos Institutos Adolfo Lutz - IAL, em particular em Rio Claro, atualmente encaminhados para o Laboratório de



Imunologia da UNESP de Araraquara.

DSC	Destaques
<i>“no consenso ficamos com garantir a regionalização, na discussão nós suprimos a exclusividade de Rio Claro, para garantir a regionalização”</i>	<u>Aditiva</u> Rever e garantir a realização das cotas dos exames de Carga Viral para HIV e para Hepatites Virais no Centro de Laboratório Regional dos Institutos Adolfo Lutz - IAL e Laboratório de Imunologia da UNESP de Araraquara e outras, garantindo a regionalização. Aprovado 92%.

Proposta Aprovada: Rever e garantir a realização das cotas dos exames de Carga Viral para HIV e para Hepatites Virais no Centro de Laboratório Regional dos Institutos Adolfo Lutz - IAL e Laboratório de Imunologia da UNESP de Araraquara e outras, garantindo a regionalização.

8. Ampliar e capacitar as equipes de Vigilância em Saúde no estado de São Paulo, com a inclusão de mais profissionais médicos sanitaristas nos Grupos de Vigilância Estaduais, aumento da equipe das SUCEN e Lutz regionais, com a implantação de centros de zoonoses regionais.

DSC	Destaques
<i>“-não devemos manter propostas que vão nos atrapalhar, é uma coisa imatura, não temos política para distribuição de verba sobre isso, não é o momento de falar sobre isso - tem esse pedaço da proposta , pode ser uma idéia interessante”</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES

9. Viabilizar, em conjunto com outras Secretarias, avaliação da necessidade de adaptações nos domicílios de idosos que apresentam deficiências ou incapacidades, especialmente os com necessidades econômicas, bem como construção de habitação adequada para idosos.

DSC	Destaques
<i>Sem registro de discurso</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Viabilizar, em conjunto com outras Secretarias, avaliação da necessidade de adaptações nos domicílios de idosos que apresentam deficiências ou incapacidades, especialmente os com necessidades econômicas, bem como construção de habitação adequada para idosos. Supressão Total da Proposta Aprovado 100%.

10. Implantar unidade de práticas integrativas no estado de São Paulo, com a finalidade de prevenir agravos à saúde e promover qualidade de vida, utilizando os ativos sociais em conjunto com outras Secretarias afins e estabelecendo parcerias com os demais serviços, Universidades ou outros equipamentos.



Proposta aprovada sem destaques

11. Solicitar aumento de recursos e manutenção do projeto verão na região da Baixada Santista.

Proposta aprovada sem destaques

12. Promover integração com a Secretaria de Segurança Pública do Estado, objetivando desenvolver campanhas ostensivas de repressão ao tráfico.

DSC	Destaques
<p><i>"Pessoal! Todos nos sabemos o que significa a polícia estadual aqui no Estado de São Paulo, na repressão ao tráfico e isso não é problema de saúde, supressão do texto!"</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u> Promover integração com a Secretaria de Segurança Pública do Estado, objetivando desenvolver campanhas ostensivas de repressão ao tráfico. Supressão Total da Proposta Aprovado 93%.</p>

13. Instalar IML com perito Forense e assistência multiprofissional, em particular no atendimento às vítimas de exploração sexual e violência doméstica, como no caso do município de Guarulhos, e elaborar lei que impeça o registro de óbitos por causa mal definida ou diagnósticos equivalentes, seja realizado, a não ser pelo SVO regional, quando houver.

DSC	Destaques
<p><i>"-A saúde e o SUS instalar IML? Além disso, esse impedir o registro, está mal redigido, acho que esse item está completamente fora do contexto".</i></p> <p><i>- "aqui que está o problema dos corpos que vão pro IML, você não sabe de que doença ele morreu. Tem que continuar aqui assim, tem que implantar em todas as cidades".</i></p> <p><i>- "Nós temos que manter esse texto porque milhares de famílias não conseguem receber o seguro de vida por causa da "causa mortis indefinida". Não existe esta doença, "causa indefinida ou doença indefinida".</i></p>	<p><u>Aditiva</u> Instalar IML com perito Forense e assistência multiprofissional, em particular no atendimento às vítimas de exploração sexual e violência doméstica, como no caso do município de Guarulhos, e elaborar lei que impeça o registro de óbitos por causa mal definida ou diagnósticos equivalentes, seja realizado, a não ser pelo SVO regional, quando houver, apresentando a estatística do tipo de morte. Aprovado 77%.</p>

Proposta Aprovada: Instalar IML com perito Forense e assistência multiprofissional, em particular no atendimento às vítimas de exploração sexual e violência doméstica, como no caso do município de Guarulhos, e elaborar lei que impeça o registro de óbitos por causa mal definida ou diagnósticos equivalentes, e que seja realizado pelo SVO regional, quando houver, apresentando a estatística do tipo de morte.

14. Capacitar e articular, junto à Secretaria Estadual de Educação, cuidadores para crianças com deficiência, durante o horário letivo.



Proposta aprovada sem destaques

15.Recomendar que a ANVISA reveja a proibição da prescrição de medicamentos específicos para obesidade.

DSC	Destaques
<i>Sem registro de discurso</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Recomendar que a ANVISA reveja a proibição da prescrição de medicamentos específicos para obesidade. Supressão Total da Proposta Aprovada 100%.

16.Enfatizar, no estado de São Paulo, da importância da doação de sangue e de medula óssea no currículo escolar em Educação à Saúde e no Programa Saúde da Família, incluindo como direitos e deveres de cidadania.

DSC	Destaques
<i>“eu gostaria de propor a mudança com relação ao termo deveres pois esse tema (doação de medulas) envolve questões religiosas, e na verdade isso tem a ver com ato de cidadania. Substituir o termo "dever" para "ato" de cidadania.”</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES



DIRETRIZ 6 AMBITO ESTADUAL : Estruturar ações estratégicas no SUS em redes de atenção, com equidade e integridade, que respondam às necessidades da população, em particular as mais vulneráveis.

Propostas de Síntese

1. Implantar a rede de serviços em saúde mental no Estado de São Paulo promovendo ampla discussão entre os municípios, buscando a qualidade do atendimento com acolhimento, implantação de referência e contra referência, qualificação de profissionais, adequação dos espaços físicos e ampliação da equipe de saúde mental através de serviços estratégicos com responsabilidade técnica e financeira do estado e gestão e monitoramento pelo município.

DSC	Destaques
<i>“É uma questão bem simples, sugiro implantar a rede de saúde mental. Tem um adendo, em comunidade das federações da saúde mental do estado de São Paulo”.</i>	<u><i>Aditiva</i></u> Implantar a rede de serviços em saúde mental, em conformidade com as deliberações da Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental no Estado de São Paulo promovendo ampla discussão entre os municípios, buscando a qualidade do atendimento com acolhimento, implantação de referência e contra referência, qualificação de profissionais, adequação dos espaços físicos e ampliação da equipe de saúde mental através de serviços estratégicos com responsabilidade técnica e financeira do estado e gestão e monitoramento pelo município. Aprovada 94%.

Proposta Aprovada: Implantar a rede de serviços em saúde mental, em conformidade com as deliberações da Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental no Estado de São Paulo promovendo ampla discussão entre os municípios, buscando a qualidade do atendimento com acolhimento, implantação de referência e contra referência, qualificação de profissionais, adequação dos espaços físicos e ampliação da equipe de saúde mental através de serviços estratégicos com responsabilidade técnica e financeira do estado e gestão e monitoramento pelo município.

2. Estimular parcerias intermunicipais, entre os municípios que não atendem aos critérios populacionais estabelecidos pelo Ministério, para a implantação de serviços regionalizados de saúde mental especialmente CAPS Infantil e CAPS 24 horas especialmente nas regiões do Alto Tietê e Alta Paulista.

DSC	Destaques
<i>“A questão sobre modificação do texto no finalzinho, especialmente cargos infantil. Omitir do texto, especialmente na capital paulista, acrescentando o âmbito”.</i>	<u><i>Substitutiva</i></u> Estimular parcerias intermunicipais, entre os municípios que não atendem aos critérios populacionais estabelecidos pelo Ministério, para a implantação de serviços regionalizados de saúde mental especialmente CAPS Infantil e CAPS AD 24 horas especialmente nas regiões do Alto Tietê e Alta Paulista. No âmbito do estado de São Paulo. Aprovado 97%.

Proposta Aprovada: Estimular parcerias intermunicipais, entre os municípios que não atendem aos critérios populacionais estabelecidos pelo Ministério, para a implantação de serviços regionalizados de saúde mental especialmente CAPS Infantil e CAPS AD 24 horas no âmbito do estado de São Paulo.



3. Ampliar a rede de serviços em saúde mental, com implantação de enfermagem psiquiátrica nos Hospitais Gerais do Estado de São Paulo, ampliação dos CAPS e de residências terapêuticas a partir dos dados do censo psicossocial de moradores de hospitais psiquiátricos, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde em 2008.

Proposta aprovada sem destaques

4. Organizar o atendimento médico odontológico para portadores de transtornos mentais na Atenção Básica, promovendo ampla discussão e capacitação para todos os profissionais da rede.

Proposta aprovada sem destaques

5. Fortalecer a política de combate às drogas no estado de São Paulo, através de implantação de CAPS AD e CAPS Infantil, criação de centros de reabilitação públicos ou conveniados, acesso regional a leitos de psiquiatria para desintoxicação, com financiamento estadual, para ações de prevenção e de recuperação de dependentes químicos, desenvolvendo programas de acolhimento, reinserção psicossocial e internação compulsória quando não houver outro recurso.

DSC	Destaques
<p><i>"A nossa proposta é garantir uma política. A proposta é a seguinte, priorizar a implementação aos usuários de álcool e outras drogas através de CAPS, Casa de passagem, membros de psiquiatria, para promoção recuperação e conciliação, para acolhimento social."</i></p>	<p><i>Substitutiva</i> Fortalecer Priorizar a implementação da política de combate atenção aos usuários de álcool e outras às drogas no estado de São Paulo, através de implantação de CAPS II e III AD e CAPS Infantil, criação de centros de reabilitação públicos ou conveniados, consultórios de rua, casas de passagem, centros de convivência, acesso regional a leitos de psiquiatria para desintoxicação, em hospitais gerais, com financiamento estadual, para ações de prevenção e de recuperação de dependentes químicos, desenvolvendo programas de acolhimento, reinserção psicossocial e internação compulsória quando não houver outro recurso. Aprovado 91%.</p>

Proposta Aprovada: Priorizar a implementação da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Estado de São Paulo, através de implantação de CAPS II e III AD e CAPS Infantil, consultórios de rua, casas de passagem, centros de convivência, acesso regional a leitos de psiquiatria para desintoxicação, em hospitais gerais, com financiamento estadual, para ações de prevenção e de recuperação, desenvolvendo programas de acolhimento e reinserção psicossocial.

6. Reconhecer e formalizar parcerias público-privadas para complementação da rede de atendimento à pessoas com dependência química devendo o Estado estabelecer auditorias periódicas para avaliação dos serviços prestados e continuidade da parceria.



DSC	Destaques
<i>“Gente, da maneira como têm sido aprovadas, as políticas não respondem aos critérios da saúde. Então proponho a supressão do texto.”</i>	<u>Supressão Total da Proposta</u> Reconhecer e formalizar parcerias público-privadas para complementação da rede de atendimento à pessoas com dependência química devendo o estado estabelecer auditorias periódicas para avaliação dos serviços prestados e continuidade da parceria. Supressão Total da Proposta <u>Aprovação 68%</u>

7. Fortalecer a saúde bucal no estado com repasses de recurso estadual para equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família e centros de especialidades odontológicas, garantindo assim o atendimento universal, integral e maior cobertura da população do estado.

Proposta aprovada sem destaques

8. Implementar o apoio estadual nas ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada, instrumentalizando as equipes municipais para melhor desempenho na Estratégia da Saúde da família, ampliando o atendimento nas escolas, aumentando a oferta de referências secundárias especialmente para as especialidades de odontopediatria, ortodontia e prótese e garantindo as referências terciárias, especialmente na região de Franca.

DSC	Destaques
<i>“Não especificar, deve ser para o âmbito estadual”</i>	<u>Substitutiva</u> Implementar o apoio estadual nas ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada, instrumentalizando as equipes municipais para melhor desempenho na Estratégia da Saúde da família, ampliando o atendimento <u>de prevenção e educação em saúde bucal</u> nas escolas, aumentando a oferta de referências secundárias especialmente para as especialidade de odontopediatria, ortodontia e prótese e garantindo as referências terciárias, especialmente na região de Franca. <u>Aprovado 94%</u> .

Proposta Aprovada: Implementar o apoio estadual nas ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada, instrumentalizando as equipes municipais para melhor desempenho na Estratégia da Saúde da família, ampliando o atendimento de prevenção e educação em saúde bucal nas escolas, aumentando a oferta de referências secundárias especialmente para as especialidades de odontopediatria, ortodontia e prótese e garantindo as referências terciárias.

9. Criar o serviço de residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial segundo modelo já implantado em Hospitais Escolas Estaduais, para suprir a lacuna regional em relação ao acesso a Atenção Terciária em Odontologia.



DSC	Destaques
<p><i>“Em relação a residência já existe em unidades estaduais, mas não é contemplado nos hospitais escola da capital.</i></p> <p><i>A gente não trata traumas. A criança cai de laje, cai de boca no chão, cai diariamente. Então a gente não precisa de um dentista, precisa de um buco-maxilo, com certeza. Eu sou funcionário de Guarulhos.</i></p> <p><i>Precisa de dentista, mas também de buco- maxilo, eu não sei se tem na cidade de vocês, mas tem lá: empinou pipa cai na hora, precisa de um buço-maxilo, porque dentista não resolve.”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Criar o serviço de residência em Cirurgia e Traumatologia Buco- Maxilo- Facial segundo modelo já implantado em Hospitais Escolas Estaduais <u>contemplando o atendimento de trauma e patologia</u>, para suprir a lacuna <u>estadual regional</u> em relação ao acesso ao <u>tratamento de agravos da</u> Atenção Terciária em Odontologia. <u>A residência deve absorver cirurgiões dentistas do CEO para que ocorra a interface preconizada entre os níveis de atenção odontológicas. Aprovado 79%.</u></p>

Proposta Aprovada: Criar o serviço de residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial segundo modelo já implantado em Hospitais Escolas Estaduais, contemplando o atendimento de trauma e patologia, para suprir a lacuna estadual em relação ao acesso ao tratamento de agravos da Atenção Terciária em Odontologia, sendo que a residência deve absorver cirurgiões dentistas do CEO para que ocorra a interface preconizada entre os níveis de atenção odontológicas.

10. Implantar Hospital-Dia Regional em Rota dos Bandeirantes, Hospital Regional no Litoral Norte, Centros de referência do idoso, Centros Regionais de Reabilitação, de órteses e próteses e de Referência de Saúde da Mulher.

Proposta aprovada sem destaques

11. Reorganizar a rede de oncologia com financiamento estadual para implantação de Centros de Tratamento para Pacientes Oncológicos regionais especialmente na região de Guarulhos e Rota dos Bandeirantes ampliando e agilizando o acesso ao tratamento.

DSC	Destaques
<p><i>“Reorganizar a rede de oncologia e a rede estadual para atendimento especialmente a Guarulhos. Tirar especialmente em Guarulhos e rota dos bandeirantes, e deixar em âmbito estadual.”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Reorganizar a rede de oncologia com financiamento estadual para implantação de Centros de Tratamento para Pacientes Oncológicos regionais especialmente na região de Guarulhos e Rota dos Bandeirantes <u>no estado de São Paulo</u> ampliando e agilizando o acesso ao tratamento. <u>Aprovação 84%.</u></p>

Proposta Aprovada: Reorganizar a rede de oncologia com financiamento estadual para implantação de Centros de Tratamento para Pacientes Oncológicos regionais no Estado de São Paulo ampliando e agilizando o acesso ao tratamento.



12. Implementar a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa que contemple a criação de Centros de Referência do Idoso Regionais, em especial na Baixada Santista, com viabilização de transporte e hospedagem adequados para idosos dos municípios de referência.

DSC	Destaques
<p><i>“ Sabemos que a questão é do Estado inteiro e não de uma região... criação do centros de referencia do idoso, respeitando as diretrizes”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> Implementar a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa <u>através da que contemple</u> a criação de Centros de Referência do Idoso Regionais, <u>em especial na Baixada Santista, com viabilização de transporte e hospedagem adequados para idosos dos municípios de referência, propiciando atendimento integral e respeitando as diretrizes estabelecidas no Estatuto da Pessoa Idosa. Aprovado 91%.</u></p>

Proposta Aprovada: Implementar a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa através da criação de Centros de Referência do Idoso Regionais, propiciando atendimento integral e respeitando as diretrizes estabelecidas no Estatuto da Pessoa Idosa.

13. Construir Linhas de Cuidado da Criança, Adolescente e Idoso, com apoio bipartite.

DSC	Destaques
<p><i>“ na proposta não está muito claro, não quer dizer quase nada, alterar para cotas de idoso, infância e juventude e outras proposições acima destacada.”</i></p>	<p><u>Substitutiva</u> <u>Implementar fóruns estaduais do idoso e da infância e juventude, de composição intersetorial, para definição das Construir</u> Linhas de Cuidado <u>da Criança e outras ações destinadas às populações destacadas. , Adolescente e Idoso, com apoio bipartite. Aprovado 94%.</u></p>

Proposta Aprovada: Implementar fóruns estaduais do idoso e da infância e juventude, de composição intersetorial, para definição das Linhas de Cuidado e outras ações destinadas às populações destacadas.

14. Buscar e reorganizar junto a Secretaria de Estado da Saúde referências para realização de laqueaduras, reumatologia e atendimento a pacientes especiais.

DSC	Destaques
<p><i>“correção de texto: atendimento a pessoas portadoras de necessidades especiais”</i></p>	<p><u>Aditiva</u> Buscar e reorganizar junto a Secretaria de Estado da Saúde referências para realização de laqueaduras, reumatologia e atendimento a pacientes <u>com necessidades</u> especiais. <u>Aprovada 100%.</u></p>

Proposta Aprovada: Buscar e reorganizar junto a Secretaria de Estado da Saúde referências para realização de



laqueaduras, reumatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais.

15. Viabilizar a parceria com a Agência de Desenvolvimento Regional UNICIDADES para administração do SAMU, intensificando a partir da 6ª Conferência Estadual de Saúde, movimento para que o Governo do Estado de São Paulo subsidie 25% do financiamento referente ao serviço, em todo Estado de São Paulo.

Proposta aprovada sem destaques

16. Implantar e fortalecer bases operacionais do SAMU regionais na região do Pontal do Paranapanema, região de Presidente Prudente, Bragança, região do Alto Vale do Ribeira e município de Guarulhos, com ampliação e melhoria da frota do SAMU, com co-financiamento da Secretaria de Estado de Saúde, tendo em vista, no caso de Guarulhos, a grande demanda oriunda das rodovias que cortam a cidade de Guarulhos, bem como do principal aeroporto do país.

DSC	Destaques
<p><i>“Atender Guarulhos, Sta Isabel, tá? Guarulhos, Santa Isabel. Eu acho que isso daqui é uma proposta. Eu acho que tem que citar e tem que aceitar do jeito que tá escrito”.</i></p> <p><i>Implantar e proteger bases, com implementação e melhoria da frota, melhoria do serviço prestado, e garantia do atendimento as demais cidades da região. Ampliação e melhoria da frota, com recursos da secretaria de saúde. Secretaria do Estado, para ampliação e melhoramento da frota, já que nestes lugares tem poucos recursos para sua manutenção.</i></p> <p><i>Eu pertencço ao Alto Tiete e também somos cortados pelas 2 rodovias que passam por Guarulhos. Estamos tentando implantar com recursos próprios do município. Isso não é questão de SAMU.</i></p> <p><i>Eu também sou da região de Guarulhos, o nosso município é onde há desenvolvimento. Todo mundo sabe disso. Também cabe ao nosso município ajudar, tratando-se de oncologia também. Temos a Dutra e vem pra São Paulo, entendeu, a gente tem que lutar pelo Estado inteiro.</i></p> <p><i>Guarulhos é região metropolitana. Todo mundo sabe o que vai acontecer nos próximos anos: a copa do mundo. Guarulhos tem o maior aeroporto do do Estado.</i></p> <p><i>O SAMU, assim com outras políticas do Estado de São Paulo. O Estado não financia. Não se trata de excluir uma região, mas de incluir outras regiões.</i></p>	<p><u>Substitutiva</u></p> <p>Implantar e fortalecer bases operacionais do SAMU regionais na região do Pontal do Paranapanema, região de Presidente Prudente, Bragança, região do Alto Vale do Ribeira e município de Guarulhos, com ampliação e melhoria da frota de SAMU, com co-financiamento da Secretaria de Estado de Saúde, tendo em vista, no caso de Guarulhos, a grande demanda oriunda das rodovias que cortam a cidade de Guarulhos, bem como do principal aeroporto do país. <u>melhoria do serviço prestado e a garantia na agilidade do atendimento. Aprovado 79%.</u></p>

Proposta Aprovada: Implantar e fortalecer bases operacionais do SAMU regionais, com ampliação e melhoria da frota , com co-financiamento da Secretaria de Estado de Saúde, tendo em vista a melhoria do serviço prestado e a garantia na agilidade do atendimento.

17. Pleitear que o SAMU na região de Presidente Prudente, volte a ser gerenciado pelos municípios, pois segundo a



população que utiliza o serviço, com a centralização das ligações num só município, há demora no atendimento das solicitações.

DSC	Destaques
<p><i>“Proposta de supressão de Presidente Prudente do texto porque é para outros municípios também e não somente para Presidente Prudente.”</i></p>	<p><u><i>Supressão Total da Proposta</i></u> Pleitear que o SAMU na região de Presidente Prudente, volte a ser gerenciado pelos municípios, pois segundo a população que utiliza o serviço, com a centralização das ligações num só município, há demora no atendimento das solicitações. Supressão Total da Proposta Aprovado 53%.</p>

18. Implantar unidades de atendimento móvel avançado pelo corpo de bombeiros durante a alta temporada para o atendimento às vítimas de afogamento e desidratação.

DSC	Destaques
<p>“ a proposta não é de âmbito estadual” Supressão da proposta.</p>	<p><u><i>Supressão Total da Proposta</i></u> Implantar unidades de atendimento móvel avançado pelo corpo de bombeiros durante a alta temporada para o atendimento às vítimas de afogamento e desidratação. Supressão Total da Proposta Aprovado 57%.</p>

19. Ampliar o recurso financeiro para o Centro de Reabilitação de Jales com estrutura física e humana para o atendimento de todas as demandas existentes, mantendo como referência o Centro de Reabilitação e Bauru e ampliar os serviços de atendimento da Rede Lucy Montoro, em particular em Jaú e Itu.

DSC	Destaques
<p>“ a proposta não é de âmbito estadual” Supressão da proposta.</p>	<p><u><i>Supressão Total da Proposta</i></u> Ampliar o recurso financeiro para o Centro de Reabilitação de Jales com estrutura física e humana para o atendimento de todas as demandas existentes, mantendo como referência o Centro de Reabilitação e Bauru e ampliar os serviços de atendimento da Rede Lucy Montoro, em particular em Jaú e Itu. Supressão Total da Proposta Aprovado 69%.</p>

20. Garantir reabilitação adequada e no tempo oportuno à recuperação dos usuários do SUS capacitando a rede estadual, municipal e conveniada da saúde para que referenciem, com a maior brevidade possível, as pessoas com deficiência, bem como aquelas em risco de desenvolver alguma deficiência, aos serviços especializados de reabilitação.

Proposta aprovada sem destaques



21.Rever a Portaria MS/GM 818 que cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.

DSC	Destaques
Sem registro de discurso	<u>Aditiva</u> Garantir a implantação com qualidade de assistência que cria mecanismos para a organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Aprovado 93%

Proposta Aprovada: Garantir a implantação com qualidade de assistência que cria mecanismos para a organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.

22.Implantar os seguintes serviços regionais com financiamento bipartite: centro de prótese e prótese regional que atendam pessoas com reduzida capacidade funcional, priorizando os com maior vulnerabilidade; centro de reabilitação com hidroterapia em Mauá; centro de reabilitação motora, com o fornecimento de equipamentos especiais não cirúrgicos e um centro de tratamento a portadores de deficiência física em Guarulhos.

DSC	Destaques
Sem registro de discurso	<u>Aditiva</u> Implantar e garantir os seguintes serviços regionais com financiamento das três esferas de governo: centro de órtese e prótese regional que atendam pessoas com reduzida capacidade funcional, priorizando os com maior vulnerabilidade, centro de reabilitação com hidroterapia, centro de reabilitação motora, com o fornecimento de equipamentos especiais não cirúrgicos e um centro de tratamento a portadores de deficiência. Aprovado 97%

Proposta Aprovada: Implantar e garantir os seguintes serviços regionais com financiamento das três esferas de governo: centro de órtese e prótese regional que atendam pessoas com reduzida capacidade funcional, priorizando as com maior vulnerabilidade, o atendimento em centros de reabilitação com hidroterapia, centros de reabilitação motora, com o fornecimento de equipamentos especiais não cirúrgicos e um centro de tratamento a portadores de deficiência.

23.Criar mecanismos eficientes que agilize, garanta e diminua o tempo de espera e melhore o acesso para concessão e obtenção de órtese, prótese, aparelhos auditivos, lentes corretivas e materiais complementares de locomoção, medicamentos especiais, suplementos alimentares, espessantes, fraldas, etc. de acordo com a regulamentação do SUS, de modo a evitar agravamento da situação de saúde dos usuários;

Proposta aprovada sem destaques



24. Obter recursos financeiros do Ministério da Saúde e Governo do Estado para aquisição de um veículo exclusivo e equipado para transportar pacientes com dificuldades de locomoção capacitando os motoristas para atender usuários com deficiências físicas.

Proposta aprovada sem destaques

25. Credenciar novos serviços de referência para gestação de alto risco, nas regiões de saúde de Jales e Votuporanga, onde já estão credenciadas as UTI neonatais, no Estado de SP.

DSC	Destaques
<i>Sou de Birigui. Região que teve menos investimento na saúde, então pode acrescentar regional em todo Estado de São Paulo.</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES

26. Implementar nas casas de apoio existentes nos hospitais do município de Bauru uma sala de apoio equipada para coleta e armazenamento do leite humano.

DSC	Destaques
<i>Acrescentar que seja de âmbito Nacional.</i>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>Implementar nas casas de apoio existentes nos hospitais do município de Bauru uma sala de apoio equipada para coleta e armazenamento do leite humano.</p> <p>Supressão Total da Proposta APROVADO 81%</p>

27. Incentivar a manutenção das maternidades nos municípios, implementando o teste do pezinho ampliado na rede municipal de saúde e a implantação do protocolo de puericultura e pré-natal.

DSC	Destaques
<i>“Poderia ser mantido porque o texto se refere a todos os municípios”.</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES

28. Garantir a participação efetiva dos gestores municipais na efetivação da RENAST, facilitando a implantação, avaliando a atuação e apoiando a participação dos CEREST nas reuniões de câmara técnica do DRS e implantar Ambulatório de Saúde do Trabalhador do Serviço Público nas três esferas, com equipe multiprofissional e garantir integração deste com os outros serviços de saúde



DSC	Destaques
<p>O centro de referência de Americana já atende Sumaré, Campinas, Matão, e muitas regiões vizinhas, porém não recebemos verba do Estado. Por isso a necessidade de incluir na proposta "em especial Americana".</p> <p>Manutenção do texto, porque se especificar Americana, passa a ser regional e exclui o resto. Tem que ser em âmbito estadual.</p>	<p>PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES</p>

29. Pactuar, em particular na região de Bauru, o fornecimento de exames específicos na área de saúde do trabalhador (ultrassom, eletroneuromiografia, ressonância magnética, entre outros), com autonomia para que o médico do trabalho faça essa solicitação, e realização de perfil Profissiográfico profissional.

DSC	Destaques
<p>Retirar "BAURU" porque fica específico, e as solicitações médicas são de âmbito municipal, fazem parte do município.</p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>Pactuar, junto a DRS 6, o fornecimento de exames específicos na área de saúde do trabalhador (ultrassom, eletroneuromiografia, ressonância magnética, entre outros), com autonomia para que o médico do trabalho faça essa solicitação, e realização de perfil Profissiográfico profissional. Supressão Total da Proposta APROVADO 59%</p>

30. Fortalecer o Ambulatório de Estudos de Sexualidade Humana do HCFMRP USP tornando centro de referência para município e região.

Proposta aprovada sem destaques

31. Estabelecer diretrizes de atendimento e referências para tratamento de pessoas obesas em todos os níveis de atenção.

Proposta aprovada sem destaques

32. Melhorar o tratamento em neurocirurgia ampliando a especialidade para todos os hospitais de referência ao trauma no município de Guarulhos e implantar em parceria com o Estado um centro de alta complexidade para neurocirurgia e ortopedia para casos crônicos e agudos de referência regional.

DSC	Destaques
<p>Supressão, pois a referência é a mesma para o alto Tietê, e inviabiliza fazer isso. Deve ser discutido este problema entre Guarulhos e o Alto Tietê.</p> <p>Desejo a manutenção, porque tem vários hospitais que são referências e que são utilizados por pessoas de todo o país e do mundo, porque vem gente até do Paraguai.</p>	<p>Proposta aprovada sem destaques</p>



33. Implementar a Política Regional do Adolescente com reimplantação do projeto regional da Rede Adolescente - Interações pela Vida, no Estado de São Paulo em parceria com as Secretaria de Educação para prevenção e promoção da saúde desta população.

Proposta aprovada sem destaques

DIRETRIZ 7 AMBITO ESTADUAL : Ampliar acesso universal aos serviços de saúde da rede do SUS, com centralidade na atenção primária, acolhimento, humanização, qualidade e assistência farmacêutica.

Propostas de Síntese

1. Melhorar a qualidade dos serviços públicos de saúde equiparando-os aos melhores serviços privados do Estado de São Paulo.

DSC	Destaques
<p><i>“ -Eu proponho a exclusão dessa proposta, pois ela está querendo dizer que o serviço privado é que é bom, e que o serviço público não presta.”</i></p> <p><i>“ - Nós estamos aqui porque queremos que o SUS se torne muito melhor que o privado, mas hoje o privado ainda é o melhor. Essa é a realidade. Essa proposta é que o SUS seja equiparado ao sistema privado”</i></p>	<p><u>Supressão Total da Proposta</u></p> <p>Melhorar a qualidade dos serviços públicos de saúde equiparando-os aos melhores serviços privados do Estado de São Paulo. Supressão Total da Proposta 67% a favor da supressão total</p>

2. Aumentar a capacidade instalada no Estado São Paulo, ampliando o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, de forma regionalizada e descentralizada, melhorando o sistema de referência e contrarreferência e a comunicação entre os serviços de atenção básica e especializados.

Proposta aprovada sem destaques

3. Promover uma aproximação entre os Programas de Saúde ofertados pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual da Saúde de SP, garantindo uma rede eficaz de atenção integral ao cidadão.

Proposta aprovada sem destaques

4. Aprimorar o aporte de recursos para construção de unidades básicas de saúde nos assentamentos, em particular os da região de Ribeirão Preto e de unidades mistas, em particular no município de Miracatu para melhorar o atendimento aos acidentados da Rodovia Régis Bittencourt - BR 116.



Proposta aprovada sem destaques

5. Abrir novos Bancos de Sangue, em particular na região de Sorocaba, devido à grande distância de alguns municípios em relação à Referência atual.

DSC	Destaques
<i>“proposta é abrir novos bancos de sangue - a minha proposta é para acrescentar a cidade de Carapicuíba.”</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES

6. Garantir o atendimento imediato de casos que necessitem com urgência de hemodiálise nos serviços de referência da Secretaria de Estado da Saúde e agilizar o credenciamento do serviço de Hemodiálise do município de Amparo e Baixada Santista, bem como criar Clínica de Hemodiálise no Município de Osasco para atender a Região Oeste, com participação de recursos do Governo Federal.

Proposta aprovada sem destaques

7. Reativar e implementar nos Ambulatórios Médicos de Especialidades serviços de acompanhamento de pacientes crônicos e entregar os exames nas unidades de saúde de referência, por fax ou internet.

Proposta aprovada sem destaques

8. Implantar ou efetivar Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) na região de Marília, Fernandópolis e Catanduva, Avaré, Jaú, Botucatu, Guarujá e em Guarulhos e ampliar especialidades nos AME com relação a hematologia, alergologia, oncologia, hemodiálise, e demais especialidades de acordo com a demanda locorregional.

Proposta aprovada sem destaques

9. Readequar os NGA como ambulatórios de especialidades para acompanhamento de casos crônicos, em particular o de Lins, otimizando e fortalecendo a atenção secundária do Estado de São Paulo, evitando sua desativação.

Proposta aprovada sem destaques

10. Ampliar e garantir serviços de tomografia com transferências de recursos financeiros do Estado para o município.

Proposta aprovada sem destaques

11. Realizar reuniões periódicas do colegiado estadual da “Assistência Farmacêutica” para propostas, discussões e análise da terapêutica pertinente.



DSC	Destaques
<i>A minha proposta é complementar com a participação dos profissionais de farmácia</i>	<u>Aditiva</u> Realizar reuniões periódicas do colegiado estadual da “Assistência Farmacêutica” para propostas, discussões e análise da terapêutica pertinente <u>com a presença do profissional de farmácia.</u>

Proposta Aprovada: Realizar reuniões periódicas do colegiado estadual da “Assistência Farmacêutica” para propostas, discussões e análise da terapêutica pertinente com a presença do profissional de farmácia.

12. Desburocratizar e simplificar o acesso aos medicamentos de alto custo, reduzindo o prazo de 30 dias para liberar Medicamentos Especiais em novos processos, de forma integrada do Estado com os municípios, ampliar os pontos de liberação humanizando o acesso, com descentralização das Farmácias de Alto custo do estado, em particular em Guarulhos e exigir o cumprimento da Portaria nº 399/2006, garantindo que a Farmácia de Alto Custo seja mantida em Jundiaí, com gestão estadual.

DSC	Destaques
<i>-“reduzir o prazo para 15 dias, essa é a minha proposta gente.” -“proponho retirar “em particular em Guarulhos” e também retirar- que seja mantida em Jundiaí. A proposta é para contemplar de forma integrada todos os municípios do Estado.”</i>	<u>Substitutiva</u> Desburocratizar e simplificar o acesso aos medicamentos de alto custo, reduzindo o prazo de 30 dias para liberar Medicamentos Especiais em novos processos, de forma integrada do Estado com os municípios, ampliar os pontos de liberação humanizando o acesso, com descentralização das Farmácias de Alto custo do estado, em particular em Guarulhos e exigir o cumprimento da Portaria nº 399/2006, garantindo que a Farmácia de Alto Custo seja mantida em Jundiaí , com gestão estadual. APROVACAO 82%

Proposta Aprovada: Desburocratizar e simplificar o acesso aos medicamentos de alto custo, reduzindo o prazo de 30 dias para liberar Medicamentos Especiais em novos processos, de forma integrada do Estado com os municípios, ampliar os pontos de liberação humanizando o acesso, com descentralização das Farmácias de Alto custo do Estado de São Paulo e exigir o cumprimento da Portaria nº 399/2006, garantindo que a Farmácia de Alto Custo , com gestão estadual.

13. Aumentar a participação do Estado no financiamento de insumos para o programa de diabetes com atualização anual das verbas com a inclusão de novas insulinas para controle da glicemia no Programa Dose Certa.

Proposta aprovada sem destaques

14. Rever a listagem de medicamentos da FURP , mantendo-a atualizada em relação às classes farmacológicas e aprimorar as quantidades de medicações disponibilizadas para os municípios sem atraso nas entregas e revisar o critério de liberação de medicamentos para Planejamento Familiar no Estado de São Paulo.

Proposta aprovada sem destaques



15. Criar um sistema informatizado no âmbito estadual de referência e contra-referência para tratamento da catarata e outras doenças oculares.

DSC	Destaques
<i>“proponho que seja incluído como doença ocular a toxoplasmose, doença transmitida por gatos e cachorros”</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES

16. Reivindicar junto a Secretaria de Estado da Saúde o aprimoramento do acesso nos atendimentos em todas as regiões de saúde para média e alta complexidade ambulatorial, hospitalar, diagnósticos e de urgência e emergência, com incremento financeiro.

Proposta aprovada sem destaques

17. Ampliar a rede de atenção em cardiologia, em particular no município de Guarulhos, com pactuação junto à Secretaria de Estado da Saúde, para garantir a referência para os procedimentos de alta complexidade.

DSC	Destaques
<i>“Proponho a retirada “em particular do município de Guarulhos” porque a proposta é de ampliar a rede de atenção em cardiologia para todo o Estado”</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES

18. Ampliar os recursos de média e alta complexidade de ortopedia, oncologia e nefrologia para a região do Circuito da Fé e Vale Histórico.

DSC	Destaques
<i>“Esta proposta se deve ao número alto de acidentes (atropelamentos) nesta região devido a proximidade do município de Aparecida do Norte, onde há muitos pedestres circulando nas estradas.”</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES

19. Assegurar a realização de mutirões de cirurgias eletivas de média complexidade, mamografia e cirurgia de catarata, visando atender a grande demanda por esses serviços.

Proposta aprovada sem destaques

20. Aprimorar a oferta de Internações, de Urgência e Emergência, Cirurgias Eletivas, UTI, Procedimentos Cirúrgicos e Exames de Média e Alta Complexidade nos Hospitais Estaduais e HCFMUSPRP da região de Rio Preto, em Jundiá e na Região, na Santa Casa de Atibaia, do Hospital Manoel de Abreu e Maternidade Santa Isabel, Hospital Geral de Pirajussara,



Hospital Regional Vale do Ribeira em Pariquera-Açu, Santa casa de Franca, regiões de Campinas, Bragança Paulista e Sorocaba.

DSC	Destaques
<i>“É só uma questão de encaminhamento. HC de Clínicas USP é de Ribeirão Preto, retirar Rio Preto. (apenas correção do texto)”</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES

21.Melhorar a integração dos Hospitais Universitários com as redes municipais, por meio de projetos desenvolvidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

Proposta aprovada sem destaques

22.Melhorar a referência e contra-referência do paciente com história de internações hospitalares psiquiátricas para continuação do tratamento clínico.

Proposta aprovada sem destaques

23.Criar uma Referência para polissonografia em âmbito estadual.

Proposta aprovada sem destaques

24.Construir hospitais regionais em Adamantina, em Indaiatuba, em Jundiaí (no prédio da antiga Casa de Saúde), em Mauá, na Região dos Mananciais (hospital-escola), no Vale Histórico e Circuito da Fé (transformar o Hospital Maternidade Frei Galvão em Hospital Regional) e implantar Pronto Socorro 24h em Diadema e Litoral Norte.

Proposta aprovada sem destaques

25.Ampliar para os hospitais filantrópicos que atendam 100% o Sistema Único de Saúde, o Programa Pró-Santa Casa da Secretaria de Estado da Saúde, em particular em Guarulhos.

26.Credenciar o Hospital do Olho de Barretos para atendimento do município e região.

DSC	Destaques
<i>“É só uma correção é credenciar o hospital de Monte Azul Paulista - DRS V de Barretos e não hospital do Olho de Barretos”</i>	PROPOSTA APROVADA SEM DESTAQUES



V-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Carta Serra Negra é expressão do acontecido e decidido nesta 6ª Conferência Estadual de Saúde.

Nesta Carta estão impressos os sentimentos mais fortes dos paulistas aqui representados a propósito do momento atual da saúde coletiva de nosso Estado e de nosso país.

Expressar nossos sentimentos e ao mesmo tempo conseguir resultados concretos é, no entanto, uma equação de difícil resolução; mas o desafio é precisamente esse.

Para expressar as idéias e desejos de uma saúde coletiva de qualidade para todos, os temas e conteúdos desta Conferência foram subdivididos em sete subtemas, a saber e sinteticamente:

- Financiamento integrado na seguridade social;
- Gestão, regulação e fortalecimento de pactos federativos;
- Controle social, participação e comunicação;
- Recursos humanos, formação e trabalho na saúde;
- Prevenção, vigilância e promoção da saúde com enfoque intersetorial;
- Direitos para populações vulneráveis;
- Ampliação do acesso a redes de atenção com centralidade na atenção primária

Sobre estes temas, então, é preciso não só expressar desejos, inquietações e indignações, mas também, que resultados concretos aconteçam a curto prazo pois, como já dizia economista famoso, a médio e longo prazo todos estaremos mortos.

Vamos apresentar estes sete temas sempre na forma de um breve preâmbulo seguido de duas propostas oriundas dos debates que se desenvolveram na 6ª Conferência Estadual.

Deste primeiro conteúdo, ou seja, do financiamento, o mais básico desejo dos presentes não foi apenas manifestar o apreço pelo SUS, mas, muito mais do que isso, consistiu em defender o Sistema Único de Saúde como Política Pública acoplada à Seguridade Social, sólida e sustentavelmente custeada, já que, só financeiramente ancorado o SUS será capaz de resistir aos ataques de que é vítima já que ninguém duvida que significativos segmentos poderosos de nossa sociedade estão empenhados em persistente campanha diária para conquistar os corações e mentes da população brasileira para saúde privada e para o descrédito de tudo aquilo que diz respeito à saúde pública e coletiva.

Mais especificamente, sobre este tema, os delegados desta Conferência apoiaram dentre outras as seguintes propostas:

- Regulamentação da Emenda Constitucional 29, conforme texto original, por meio da mobilização popular e garantir sua implementação, efetivando o co-financiamento e a corresponsabilidade da União, Estados e Municípios;



- Aumentar os recursos do SUS por meio da exigência de ressarcimento financeiro, pelo setor privado, dos serviços prestados a seus conveniados e proibir qualquer tipo de isenção ou renúncia fiscal em favor do setor privado de saúde.

O segundo tema, a Gestão do SUS, implica toda ordem de pactos administrativos e políticos com vistas a otimizar recursos e garantir a prestação de serviços públicos de saúde para todos os brasileiros.

Mais especificamente, sobre este tema, a Conferência propôs:

- Aprimorar e integrar os vários sistemas de informação do SUS utilizando uma única base de dados que inclua informações gerais sobre Seguridade Social, com interfaces online entre outros, do cadastro de estabelecimentos, do prontuário eletrônico e do cartão SUS;

- Ao Congresso Nacional a criação da Lei de Responsabilidade Sanitária, com definição de responsabilidades e punições para os gestores públicos que não as cumprirem.

Avançar no controle social e na participação da população nos conselhos de saúde e em todas as demais instâncias de manifestação da opinião pública, o terceiro tema é um enorme desafio já que esbarra sempre no elitismo e na centralidade das decisões políticas tão incrustada na nossa cultura e na nossa história de exclusão.

Mais especificamente, sobre este tema, os delegados desta Conferência elencaram, dentre outras, as propostas de:

- Disponibilizar infraestrutura para os Conselhos de Saúde, que garanta sua autonomia e agilidade na tomada de decisões para que disponham de sede independente, veículos, suporte tecnológico, recursos humanos e financiamento adequado;

- Alterar o Decreto presidencial para que seja obrigatória a implantação da Ouvidoria em saúde com acesso gratuito e *on-line*, em todos os municípios, para receber críticas, denúncias e sugestões ao SUS.

Recursos humanos, nosso quarto tema, nome que se dá aos trabalhadores de um modo geral e também aos da saúde, não é uma boa denominação porque permite esconder e anular os homens e mulheres que compõem tais recursos. E tais homens e mulheres em todos os campos, e na saúde também, estão sendo vítimas da precarização de seus vínculos profissionais, em nome de supostos requisitos de modernidade na gestão do trabalho. É preciso desprecarizar.

Neste quesito outro aspecto a ser mencionado é a inquestionável necessidade de formar e capacitar conselheiros de saúde para que possam participar na administração da saúde de modo cada vez mais qualificado.

Mais especificamente, sobre este tema, os delegados desta Conferência consideraram necessário:

- Implantar uma Política de Saúde do trabalhador da Saúde, com ações específicas de apoio aos servidores da saúde, com revisão de piso salarial, tratamento humanizado e equipe de apoio para os casos de doença que garantam condições de trabalho adequadas;

- Aumentar as parcerias com as instituições formadoras para a inserção de profissionais de saúde na rede de serviços do SUS.

Em quinto lugar, como vem sendo demonstrado desde a famosa Conferência de Alma Ata, o melhor e mais acurado sistema de saúde é completamente incapaz de resolver boa parte dos problemas de saúde se não atuarmos na vigilância, prevenção e promoção de saúde.



Mas para isso é preciso entender que nossas sociedades de consumo são intrinsecamente reativas, dominadas por uma mentalidade consumista generalizada de enfrentar problemas apenas quando, ou depois, que eles já estão colocados evitando preveni-los antecipadamente e buscando menos ainda, como a saúde coletiva e a promoção de saúde sempre nos ensinaram, ir às causas básicas do adoecer.

Mais especificamente, sobre este tema, os delegados desta Conferência, dentre outras, avançaram como propostas:

- Fortalecer e financiar programas de promoção de saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida nos diferentes ciclos de vida a partir de núcleos intersetoriais;
- Integrar os vários níveis (municipal, estadual e nacional) de gestão da vigilância promovendo a melhoria da comunicação e implantar sistema informatizado de apoio às práticas de Vigilância em Saúde.

O sexto tema envolve aqueles segmentos vulneráveis ou marginalizados que, mais do que outros, não conseguem ter acesso um atendimento de saúde com qualidade, que merecem e tem direito.

A população negra, indígena, os idosos, as vítimas da violência, os deficientes físicos, aqueles com expressões distintas de sexualidade, a população carcerária, os estrangeiros que vieram aqui trabalhar, os moradores de rua, entre outros, são todos seres humanos merecedores de políticas públicas específicas que reconheçam seus direitos ou os resgatem da marginalidade.

Mais especificamente, sobre este tema, os delegados desta Conferência consideram de fundamental importância:

- Pautar políticas públicas para os idosos para obter recursos para a promoção de ações que auxiliem a manutenção da saúde desta população, como por exemplo, cursos de cuidadores formais e informais que incluam familiares e profissionais.
- Garantir o financiamento para a implantação dos CAPS 1 e CAPS AD em toda a rede de saúde reduzindo as exigências em relação aos municípios de pequeno porte.

O sétimo tema diz respeito a acolher a todos mais amplamente e mais humanamente na rede de saúde em toda sua extensão e, mais centralmente, na rede básica.

Nossa rede de assistência pública de saúde, como todos reconhecem, é ainda demasiadamente estreita e dura, necessitando abrir-se mais, e mais gentilmente, à mais que ampla gama de patologias que nos afetam como brasileiros vivendo e trabalhando estressadamente nas megalópoles, nos campos, nas grandes cidades.

Mais especificamente, sobre este tema, considerou-se que é preciso:

- Fortalecer, implementar e criar estratégias para que a Política Nacional de Humanização apoiada pela Política Nacional de Educação Permanente, se mantenha como eixo estruturador em todos os serviços de saúde;
- Implementar a Política de Assistência Farmacêutica de acordo com as necessidades da população, revendo anualmente os protocolos de medicamentos da tabela RENAME, REMUNE e do Programa Farmácia Popular.

Desta Conferência, em suma, parece emanar claramente a idéia, presente em propostas e moções aprovadas, de que só um SUS essencialmente público, financeiramente sustentado e sustentável, bem equipado de recursos humanos e materiais, com incorporação de tecnologia, acessibilidade universal, sem dupla porta de entrada, atendendo eficaz e humanamente a todos,



com participação e controle social e tendo como base um poderoso sistema de informação será capaz de se impor ao conjunto da população.

VI-PROPOSTAS ENCAMINHADAS A CONFERÊNCIA NACIONAL

DIRETRIZ 1: Reafirmar o SUS como uma política pública de direito na seguridade social, preservando seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, com financiamento adequado das três esferas de governo.

Proposta 1. Exigir a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29), aprovado pelo Senado Federal por unanimidade, por meio de mobilização popular e garantir a sua implementação, efetivando o co-financiamento e a co-responsabilidade da União, Distrito Federal, Estados e Municípios em todos os níveis de atenção à saúde com readequação dos percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, com a alocação de no mínimo 10% do Produto Interno Bruto (PIB) , 15% dos recursos próprios estaduais e manter 15% dos recursos municipais.

Proposta 2. Retomar a reforma tributária e garantir para a saúde a maior parte dos impostos e multas pagos pelas empresas e indivíduos cujos produtos e ações causem danos à população tais como tabaco, álcool, poluição e infrações de trânsito, e criar legislação federal que regularize a aplicação de royalties do petróleo, garantindo sua distribuição para o financiamento das ações e serviços de saúde do SUS.

Proposta 3. Cumprir a política de seguridade social, articulando e formando um amplo conjunto de direitos sociais em um sistema de proteção social universal e equânime, com ampliação da participação do setor saúde no Orçamento da Seguridade Social (OSS) e exigir o cumprimento do artigo 196 da Constituição Federal, fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de Estado, tendo os seus princípios e diretrizes garantidos na gestão pública, de maneira que os interesses de mercado não estejam acima dos interesses públicos, sendo a sua implantação de responsabilidade compartilhada dos entes federados, dos conselhos de saúde e da sociedade civil organizada.

Proposta 4. Melhorar a gestão e a fiscalização da aplicação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços públicos e privados, considerar os desvios de verbas da saúde como crime hediondo, revisar e alterar todas as leis, decretos e portarias editadas e aprovadas pelo Ministério da Saúde (MS), Governo Federal, governo e secretarias de estado, governos e secretarias municipais que infringem a Constituição Federal (CF) e Lei 8.080, em especial as que regulam o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Proposta 5. Extinguir a Desvinculação das Receitas da União (DRU), principalmente quando incide sobre o orçamento da Saúde e de outras políticas públicas e realizar auditoria da Dívida Pública, com suspensão de seu pagamento para garantir a capacidade do Estado de investir em políticas públicas.

DIRETRIZ 2: Ampliar a capacidade de gestão e regulação do SUS e fortalecer pactos interfederativos, com sistemas de informação estruturados e regulação pública sobre os prestadores privados.



Proposta 1. Aprimorar e integrar os vários sistemas de informação do SUS, utilizando uma única base de dados, que inclua informações gerais sobre Seguridade Social, com interfaces on-line do cadastro de estabelecimentos públicos, filantrópicos e privados e de profissionais, prontuário eletrônico, cartão SUS, receitas e despesas financeiras, qualificando as equipes de saúde e gerenciais para utilizá-los de acordo com as necessidades locais, fortalecendo assim as Redes Regionais de Atenção à Saúde.

Proposta 2. Garantir recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS, no prazo de 12 meses, com leitura ótica, ampla divulgação e incluir seu número no RG e para que este seja o registro nacional único de usuários do SUS em todo o território nacional e base para a transferência automática de teto do usuário atendido fora do local de seu domicílio.

Proposta 3. Revisar o sistema de referência e contra referência, visando garantir o acesso e retorno em tempo hábil para resolução do caso, e diminuir o tempo de espera para atendimento e otimização do fluxo do sistema e criar centrais de regulação regionais com sistemas de informação gratuitos para urgência e emergência e procedimentos eletivos que englobem todos os prestadores do SUS promovendo assim a integralidade da assistência.

Proposta 4. Assegurar o cumprimento da agenda do Pacto pela Saúde, visando à defesa do SUS, como política de Estado e o enfrentamento de prioridades assistenciais, regionalização, controle social e responsabilização dos entes públicos e privados e a promoção da saúde e propor ao Congresso Nacional a criação da Lei de Responsabilidade Sanitária, com definição de responsabilidades e punições para os gestores públicos que não as cumprirem.

Proposta 5. Rejeitar a atual política de contratos de gestão ou convênios com entidades privadas ou organizações sociais, incluindo a abertura de 25% dos leitos destas unidades para convênios, colocando em risco os princípios e objetivos do SUS, apoiando a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1.923/98, que pretende acabar com as Organizações Sociais (OS) nos serviços públicos e a manifestação contrária a qualquer tentativa de privatizar ou terceirizar todo e qualquer serviço, ou gestão de serviços, na área da saúde em todas as instâncias do SUS, inclusive, o projeto de lei que cria a Fundação de Saúde Pública de Direito Privado e a Medida Provisória 520, de 31/12/2010, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, para gerenciar os Hospitais Universitários e de Ensino federais.

DIRETRIZ 3: Avançar no processo organizativo dos conselhos de saúde e no fortalecimento do controle social e participação popular no SUS, fortalecendo-os como instâncias democráticas.

Proposta 1. Implementar o Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde, com ampliação do financiamento das três esferas de governo, em parcerias com instituições acadêmicas, formadoras e certificadoras, utilizando diversas estratégias, incluindo educação à distância, divulgação de material educativo, cartilha para conselheiros e participação nas redes sociais, de forma obrigatória no início de cada mandato dos conselheiros, com conteúdo que aborde amplo conhecimento da legislação e funcionamento do SUS bem como o papel do Controle Social e a implantação de mecanismos avaliatórios.

Proposta 2. Fortalecer a participação do Controle Social na elaboração de políticas de saúde pública, permitindo acesso irrestrito a todas as informações necessárias sobre os serviços de saúde, incluindo média e alta complexidade, para sua atuação, não só na formulação como no monitoramento, fiscalização e avaliação de todas as ações e condições de funcionamento dos serviços



para maior resolubilidade no atendimento das necessidades dos usuários, inclusive através de pesquisas de opinião pública com usuários e trabalhadores, além de publicizar os resultados.

Proposta 3. Disponibilizar infraestrutura para os Conselhos de Saúde, que garanta sua autonomia e agilidade na tomada de decisões, com sede independente, veículo, suporte tecnológico, recursos humanos e financiamento de no mínimo 0,25% do orçamento.

Proposta 4. Articular a inclusão de informações sobre Cidadania e Controle Social do SUS no currículo escolar, visando à conscientização sobre a importância do Controle Social, a formação sobre direitos e deveres perante o SUS e a importância da participação popular.

Proposta 5. Submeter aos Conselhos de Saúde, inclusive durante o processo de elaboração do orçamento da área de saúde, os Projetos de Lei elaborados pelo Poder Executivo que tenham relação com as políticas públicas de saúde, para apreciação, debate e deliberação antes de enviar ao legislativo.

DIRETRIZ 4: Instituir políticas de regulação de recursos humanos em saúde e gestão do trabalho com desprecarização dos vínculos e educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Proposta 1. Implementar a PNGTES – Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação e Saúde, através de uma legislação que defina um concurso público como modo de contratação do SUS com intuito de criar força de trabalho estável, qualificada e valorizada que defina a implementação de um plano de carreira, cargos e salários e uma política de educação continuada e permanente para todos os trabalhadores do SUS conforme as diretrizes do PCCS-SUS aprovados desde 2007.

Proposta 2. Regularizar a jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os trabalhadores da saúde, respeitadas as especificidades dos profissionais, garantindo o seu cumprimento, em especial aprovação da PL 2295/2000, por meio de controle eletrônico de ponto, em todas as unidades e serviços de saúde, visando o funcionamento dos serviços de acordo com as necessidades dos usuários bem como, exigir que sejam afixados, em todas as Unidades de Saúde, informativos com as equipes de profissionais de saúde e, bem como seus respectivos períodos de trabalho.

Proposta 3. Implantar a Política de Saúde do Trabalhador da Saúde, com realização de ações específicas de apoio aos servidores da saúde, com revisão do piso salarial, tratamento humanizado e equipe de apoio multidisciplinar para os casos de doença que garantam condições de trabalho adequadas, conforme as normas de biossegurança, para todos os trabalhadores do SUS para assegurar trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade para o paciente.

Proposta 4. Ampliar os processos de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde nas diferentes áreas de atuação, para fortalecimento das políticas de saúde, com o objetivo de melhorar qualidade e integralidade do cuidado, por meio da complementação de conhecimentos técnicos, com ênfase na política de humanização e acolhimento, conforme os protocolos das redes específicas e desenvolver instrumentos contratuais para a gestão de profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultado.



Proposta 5. Propor ao poder legislativo e aos demais órgãos competentes a criação de legislação que faça com que os profissionais de saúde formados nas Universidades Públicas e Privadas (financiadas com recurso público e pelas linhas como PROUNI dentre outras) prestem serviço civil obrigatório remunerado na rede do SUS por um período de no mínimo dois anos e rever a política de distribuição de bolsas do PROUNI, ampliando as vagas para os cursos de saúde, de interesse do SUS.

DIRETRIZ 5: Fortalecer as políticas públicas de direitos, com foco na intersetorialidade e atuação do SUS na vigilância, promoção de saúde e comunicação social.

Proposta 1. Fortalecer e financiar programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida nos diferentes ciclos de vida a partir de núcleos intersetoriais como redução do uso abusivo de medicamentos, prevenção do uso de drogas, tabagismo, incentivo a alimentação saudável, e atividade física, prevenção de acidentes e cultura da paz e outros com incentivo e responsabilização das instituições públicas, privadas e terceiro setor, visando à articulação com as ações de vigilância em saúde com a integração dos serviços e ações com as redes de atenção básica ampliando programas e campanhas socioculturais educativas e de humanização à luz da regionalização com participação e controle social garantindo assim o cumprimento da Agenda do Pacto pela Saúde e a Defesa do SUS como Política de Estado.

Proposta 2. Fortalecer políticas públicas de direitos, com foco na intersetorialidade, com garantia de acessibilidade, uso da linguagem em LIBRAS, e ações de prevenção que garantam acesso e contemplem as necessidades específicas das populações mais vulneráveis, tais como: pessoas com deficiência, pessoas convivendo com doenças raras, pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas, profissionais do sexo e LGBBTT, população indígena, negra, cigana, idosa, dentre outros.

Proposta 3. Criar plano de atendimento a desastres e constituir comissão permanente de emergência, envolvendo secretarias de saúde, corpo de bombeiros, defesa civil, guardas municipais e forças vivas dos municípios bem como preparar os municípios do ponto de vista sanitário, de forma articulada e intersetorial para os grandes eventos nacionais e internacionais como por exemplo a Copa do Mundo.

Proposta 4. Discutir com o Ministério da Saúde e da Assistência Social, a Resolução nº 39/2010 do CNAS, que dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política da Assistência Social em relação à Política de Saúde, fortalecimento e integração entre a Previdência Social e o Programa de Saúde do Trabalhador, objetivando o fluxo de informações.

Proposta 5. Estabelecer que os médicos peritos do INSS não tenham vínculos empregatícios com empresas privadas bem como discutir com a União e INSS a contratação imediata por concurso público de uma equipe multiprofissional para atuar na concessão de benefícios previdenciários, agilizar o agendamento de perícias médicas e entrega de laudo pericial com CID para todos os segurados, fortalecendo ações intersetoriais com CEREST.

DIRETRIZ 6: Estruturar ações estratégicas no SUS em redes de atenção, com equidade e integralidade, que respondam às necessidades da população, em particular as mais vulneráveis.

Proposta 1. Assegurar a continuidade da construção da rede de atenção à saúde mental através da implantação dos serviços estratégicos, respeitando-se as diferenças de tratamento dos diversos agravos de saúde mental e proporcionando espaços



adequados para as diversas propostas terapêuticas, com financiamento tripartite incluindo o atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica com ampliação, capacitação contínua, matriciamento da equipe multiprofissional e promoção de ações de saúde mental para os profissionais de saúde, com avaliação e monitoramento através da criação do Sistema de Informação em Saúde Mental pelo Ministério da Saúde.

Proposta 2. Implantar políticas públicas de acordo com as diretrizes da política nacional sobre o uso de álcool e outras drogas, alinhada aos preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, garantindo assistência universal e integral ao usuário, e apoio aos familiares visando a reestruturação familiar e demais formas de redução de danos, promovendo a inclusão social do grupo familiar ao qual pertence, exigindo do Estado participação tripartite no financiamento, ampliando os CAPS AD e CAPSi e leitos hospitalares para desintoxicação em hospital geral e consultórios de rua.

Proposta 3. Solicitar ao Ministério da Saúde a revisão do protocolo para realização de mamografia de rastreamento, ampliando o acesso das mulheres na faixa etária a partir dos 40 anos de idade para a realização de pelo menos um exame anual assegurando o controle e acompanhamento dos casos de câncer confirmados, oferecendo atendimento multiprofissional específico.

Proposta 4. Investir e implementar a política de saúde do homem, visando a promoção e prevenção, especialmente ações de prevenção ao câncer de próstata, com retaguarda ambulatorial e diagnóstico.

Proposta 5. Definir uma política equitativa de alocação de recursos, orientada por projetos para enfrentamento das desigualdades regionais em suas especificidades geográficas, socioeconômicas, culturais, entre Estados e Municípios para comunidades indígenas, africanas, extrativistas e quilombolas, atividades sazonais e demais trabalhadores com baixo índice de desenvolvimento humano.

DIRETRIZ 7: Ampliar acesso universal aos serviços de saúde da rede do SUS, com centralidade na atenção primária, acolhimento, humanização, qualidade e assistência farmacêutica.

Proposta 1. Fortalecer, implementar e criar estratégias para que a Política Nacional de Humanização (PNH), apoiada pela Política Nacional de Educação Permanente, se mantenha como eixo estruturador em todos os serviços de saúde, facilitando o acesso com acolhimento e escuta qualificada com capacidade resolutiva nos três níveis de atenção assegurando a integralidade do cuidado, com clínica ampliada.

Proposta 2. Implementar ações na Atenção Básica visando orientar e tratar gestantes e adolescentes gestantes, cumprir a lei 11.108, de 7/4/2005, que garante a presença de acompanhante no “Parto Humanizado” e incentivar a implantação de Casas da Gestante, visando otimizar seu acesso às maternidades, principalmente as de alto risco, e implantar a “Rede Amamenta Brasil”, credenciando as UBS na iniciativa “Unidade Básica Amiga da Amamentação”, com financiamento federal e estadual.

Proposta 3. Organizar o acesso e ampliar a rede de saúde com serviços de urgência e emergência, atenção básica, média e alta complexidade, promovendo a diminuição de espera dos pacientes por exames, consultas e procedimentos e articulando as redes de apoio (CRAS, NASF, CAPS, ESF, PS e Conselho tutelar) intermunicipais e intramunicipais para uma melhor interação para resolutividade dos problemas.



Proposta 4. Organizar e ampliar a atenção básica, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com financiamento estadual e federal 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.

Proposta 5. Garantir repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para adequar a acessibilidade da população aos serviços de saúde existentes executando manutenção preventiva e corretiva destes serviços no âmbito estrutural, como: instalação hidráulica, elétrica, telhados, alvenaria e no âmbito funcional, como serviço de telefonia, informática, imagem, e equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos, reformando os serviços que se encontrem com estrutura em desacordo com as diretrizes e normas da ANVISA, ABNT, acessibilidade e ergonomia, adaptando-os em relação ao espaço e dinâmica de trabalho e mudar a localização dos serviços de saúde, evitando imóveis alugados ou de difícil acesso, sempre com acompanhamento do Conselho Gestor e Técnico das Secretarias Municipais de Saúde.

VII- OUTRAS PROPOSTAS APROVADAS

DIRETRIZ 1: Reafirmar o SUS como uma política pública de direito na seguridade social, preservando seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, com financiamento adequado das três esferas de governo

NACIONAIS

1. Reafirmar e divulgar para a toda a sociedade, por meio da mídia escrita e falada, a importância e o papel do SUS, como uma política pública de bem estar social.
2. Lutar pelo fim do superávit primário nas contas públicas nas três esferas do pacto federativo, e apoiar uma reforma tributária que institua, dentre outros, o imposto sobre as grandes fortunas, e o capital financeiro.
3. Rever a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) em relação aos limites de gastos com pessoal da saúde, educação e assistência social, empregando esses limites adicionais na administração pública estatal, sem nenhuma forma de terceirização.
4. Aumentar o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) para 25%, com ampliação dos recursos federais e estaduais para os municípios.
5. Aumentar os recursos do Sistema Único de Saúde por meio da exigência de ressarcimento financeiro, pelo setor privado, dos serviços prestados a seus conveniados e determinar que qualquer empresa ou instituição pública que receba recursos do SUS não possa utilizá-los para financiar planos de saúde para seus trabalhadores e gestores, proibindo qualquer tipo de isenção ou renúncia fiscal em favor do setor privado de saúde.
6. Propor o aumento do percentual de repasse do Seguro de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) para o Sistema Único de Saúde (SUS) de 45% para 47%, a ser destinado aos municípios que possuem atendimento de pronto socorro.
7. Garantir a destinação ao SUS de um percentual da arrecadação das loterias, alocados nos Fundos Municipais da Saúde.



8. Revisar e reajustar anualmente os valores dos blocos de financiamento e da tabela de procedimentos do SUS garantindo que os valores sejam de acordo com a complexidade e o custo dos procedimentos, criando um bloco de financiamento único com maior flexibilidade e autonomia na utilização dos recursos.
9. Elaborar plano de metas, nas três esferas de gestão, com participação do controle social, com o objetivo de ampliar gradualmente a participação da atenção primária nos orçamentos da saúde, como forma de garantir a ampliação das equipes, a qualificação das unidades, o abastecimento ininterrupto, a ampliação da resolutividade e a humanização do atendimento.
10. Aumentar em 100%, e corrigir anualmente pelo índice inflacionário e variação populacional, o valor do Piso de Atenção Básica (PAB), revisão e correção dos valores dos incentivos para a atenção básica, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com ampliação da autonomia dos municípios para realizar a gestão.
11. Propor que os repasses do governo federal e estadual sejam feitos, de forma integral, por critérios demográficos e epidemiológicos, garantindo a qualidade das estimativas, e transferidos na modalidade fundo a fundo, respeitando o Pacto e o Plano de Saúde e realizar levantamento das necessidades financeiras de saúde, per capita, no sentido de orientar propostas de aumento, distribuição e busca de outras fontes de recursos exclusivas da saúde, conforme a necessidade da população e com intensiva fiscalização institucional e da sociedade.
12. Ampliar a alocação e garantir a pontualidade dos repasses financeiros da União e Estados para as ações de saúde em todos os blocos de financiamento do SUS, principalmente para ampliação do elenco de medicamentos, insumos e atendimento das ações judiciais com a criação de um fundo financeiro, nas três esferas de governo, para investimento em infraestrutura, emergências de saúde e ordens judiciais.
13. Implantar o plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) do SUS de acordo com o que preconiza a Lei 8142.
14. Adequar o financiamento das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios, levando em considerando a população flutuante em áreas agrícolas, universitárias, turísticas e de presídios e incentivar financeiramente os municípios mais distantes dos centros de referência regionais, utilizando a distância como critério para liberação de recursos.
15. Criar modalidade de transferências fundo a fundo e incentivar financeiramente a implantação de programas intersetoriais de promoção e prevenção no combate ao álcool e outras drogas, bem como ações de saúde mental extra-hospitalar, garantindo a inclusão dessas ações nos Planos de Saúde dos entes federados.
16. Prever a isenção de impostos para medicamentos, equipamentos, veículos e materiais essenciais à área da saúde.
17. Garantir que as verbas estaduais e/ou federais para o Incentivo de Adesão a Contratualização (IAC) e Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (Integrasus) recebido pelo gestor municipal, destinadas às entidades filantrópicas que possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sejam repassadas após o recebimento fundo a fundo, como serviço complementar, conforme lei 8080/90, até sua reestatização em no máximo dois anos.
18. Ampliar os investimentos em ações educativas, com a criação e distribuição de material educativo junto às secretarias de saúde, escolas públicas e privadas e meios de comunicação, com parcerias dos Ministérios da Saúde e Educação, e com investimento de recursos novos das três esferas de governo nas áreas de educação, saneamento, recursos humanos e equipamentos.
19. Criar financiamento diferenciado para o Piso de Atenção Básica (PAB) em cidades consideradas polos de atendimento à saúde e instituir incentivo financeiro diferenciado para as equipes de saúde que atuam na zona rural, visando garantir a



adequada e qualificada cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a população rural e comunidades que estejam em situação de risco.

20. Ampliar os recursos para pesquisas na área de saúde coletiva, aprimorando a política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde com aumento de verbas para o edital PPSUS, estimulando instituições de ensino a desenvolver pesquisas científicas voltadas para o SUS.

21. Ampliar recursos para os municípios com população abaixo de 20 mil habitantes, a serem aplicados em prevenção e promoção de saúde, visando o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e instituir políticas de apoio a esses municípios, com o objetivo de manter e melhorar os níveis alcançados.

22. Propor nas Instâncias Legislativas Federais a equiparação dos benefícios previdenciários ao salário real de contribuição e o fim do fator previdenciário, com a criação de incentivo para a redução da carga previdenciária sobre a folha de pagamento com a proporcionalidade, quanto menor contribuição, maior o número de contratação de empregados.

ESTADUAIS

1. Garantir que o plano plurianual do estado de São Paulo, no que diz respeito à saúde, seja discutido na esfera municipal.
2. Instituir a participação do estado de São Paulo no financiamento da Estratégia de Saúde da Família, com incremento de 50% da contrapartida para auxiliar na contratação de profissionais, através de concurso público, conforme o Pacto de Gestão do SUS.
3. Reivindicar junto ao Governo do Estado de São Paulo o repasse fundo a fundo de 25% do custeio de cada equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF).
4. Exigir a participação efetiva do Estado de São Paulo, quanto às suas responsabilidades em todos os níveis de atenção, aplicando o mínimo de 12% na saúde, levando em consideração as legislações em vigência.
5. Reivindicar junto ao Governo do Estado de São Paulo o repasse fundo a fundo de 25% do custeio do SAMU, conforme estabelece a portaria que criou o SAMU em 2003.
6. Aumentar o investimento financeiro estadual em atenção básica e redistribuição dos recursos financeiros estaduais já existentes, de acordo com critérios populacionais e epidemiológicos, para serem aplicados na atenção secundária, trazendo equidade e integralidade para os usuários do SUS com controle social eficiente.
7. Rever o financiamento dos hospitais de referência micro regionais e regionais, sob gestão do Estado de São Paulo e sob gestão municipal, incluindo os filantrópicos, no sentido de garantir assistência qualificada e resolutiva na média complexidade, e reduzir os encaminhamentos para os hospitais de alta complexidade.
8. Incrementar a política atual de auxílio às Santas Casas e Hospitais Municipais, com controle social, proporcionando o acesso das mesmas a recursos estaduais de forma menos burocrática e mais ágil, para que possam continuar prestando serviços ao SUS para o atendimento à população do Estado de São Paulo.
9. Propor a participação do Estado no custeio do Hospital Municipal de Aparecida, aumentando os recursos já destinados através do Projeto Verão, e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).



10. Viabilizar recursos para a conclusão das obras e aquisição de equipamentos para o Hospital do Câncer de Presidente Prudente
11. Integrar as Instituições de Ensino, no caso, o Hospital de Base de São José do Rio Preto às pactuações e instituições regionais, com melhoria do financiamento, para oferecer mais procedimentos de média e alta complexidade de acordo com a necessidade da população e não conforme a capacidade de oferta.
12. Discutir o financiamento do Hospital de Clínicas Doutor Radamés Nardini com as instâncias estaduais e micro regional (Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra).
13. Garantir das três esferas de governo o investimento para a construção do Hospital Regional de Suzano e Hospital São João de Guarulhos.
14. Repassar o financiamento dos usuários do IAMSPE para o município de atendimento respectivo.

DIRETRIZ 2: Ampliar a capacidade de gestão e regulação do SUS e fortalecer pactos interfederativos, com sistemas de informação estruturados e regulação pública sobre os prestadores privados.

NACIONAIS

1. Estabelecer e revisar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em todas as categorias profissionais de acordo com a avaliação de risco, incluindo o setor privado e fluxos para solicitação de procedimentos de média e alta complexidade com adequada referência e contra referência, incluindo o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), com financiamento adequado, vinculando estes protocolos aos processos de judicialização e desenvolvendo também ações para conscientização das autoridades, trabalhadores da saúde e população.
2. Implementar estratégias de revisão e atualização periódica da PPI (Programação Pactuada Integrada), garantindo transparência e participação do controle social, visando garantir o atendimento integral de acordo com as necessidades locais regionais e definindo de forma mais clara as competências do SUS, inclusive a responsabilidade de cada esfera de governo por cada uma delas, com correspondente reembolso de gastos feito por uma esfera que sejam de competência de outra e adequando a oferta à demanda quando necessário.
3. Promover a integralidade e funcionalidade da Informação em Saúde com a instalação de Prontuário Eletrônico Nacional, integrado com os diversos sistemas de informação, com a garantia de investimentos em infraestrutura, manutenção e capacitação de profissionais de saúde e com desenvolvimento de padrões e conceitos discutidos com os trabalhadores para os registros em saúde que apontem, dentre outras ações, quais informações devem ser compartilhadas para fazer a gestão do SUS.
4. Instituir Política de Transporte Sanitário, que inclua a manutenção e renovação anual da frota, para procedimentos eletivos, incluindo transportes adequados para pacientes com dificuldade de locomoção, de urgência e emergência e de transporte de materiais biológicos, de acordo com a legislação vigente, adequado às necessidades locais, regionais e dos usuários com investimento das três esferas do governo. Instalação de equipamentos modernos de comunicação, principalmente para a zona rural, como rádio amador e GPS.



Implantar auxílio alimentação aos pacientes de baixa renda que utilizem o transporte sanitário. Responsabilizar as empresas de convênios privados pelo transporte sanitário de seus pacientes.

5. Aplicar a legislação pertinente quanto aos serviços de auditoria e controle do sistema de saúde, dando retorno aos serviços de saúde e aos conselhos de saúde do resultado das auditorias realizadas.

6. Implantar novo modelo de contratualização para todas as unidades de saúde, que utilizem a explicitação das responsabilidades sanitárias e metas a partir das reflexões e estudos específicos territorializados, das pactuações de prioridades, considerando necessidades territoriais, definição de prioridades locais e cardápio de ofertas, metas locais e municipais, baseadas em custos, estabelecimento de contrato como "carta de compromisso" e trabalho em equipe, fixação de metas de resultado e de processo, implementação e divulgação de indicadores para mensurar os resultados obtidos, estabelecendo incentivo financeiro de

acordo com o desempenho, com maiores recursos alocado pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

7. Investir na construção das Redes de Atenção à Saúde, utilizando critérios sociais, visando à integração dos serviços e programas em todos os pontos de atenção, com centralidade na atenção básica, fortalecendo o papel dos municípios nos Colegiados de Gestão Regionais, incluindo os Conselhos Municipais de Saúde e atividades interconselhos regionais, garantindo educação permanente em saúde para a gestão, com reorganização da territorialização da atenção básica, definição de prioridades regionais, elaboração de planos de ação regionais e instituição de consórcios que incluam todas as especialidades.

8. Cumprir o Decreto Presidencial nº 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19/09/1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, considerando as responsabilidades de cada esfera de governo, critérios epidemiológicos e uso racional de tecnologias terapêuticas, estimulando o

debate com o Poder Judiciário.

9. Agilizar os pareceres técnicos do Ministério da Saúde perante as propostas existentes no Fundo Nacional de Saúde, principalmente as de construção de UBS e Salas de Estabilização para que sejam viabilizadas, garantindo a execução técnica e financeira dos programas e projetos e propondo que normas e resoluções das esferas do governo estadual e federal, sejam publicadas em tempo hábil para que os municípios tenham condições de prever orçamento para o ano seguinte.

10. Garantir que os municípios com até 50.000 habitantes tenham direito a participação nos programas do "PARTICIPASUS".

11. Criar mecanismos e diretrizes como forma de garantir conhecimento técnico e experiência de gestores e secretários de saúde no campo da saúde pública nas três esferas de governo para assumirem essa função gestora.

12. Recuperar o modelo de gestão exclusivamente público e estatal com garantia de uma política de desprivatização e redução da participação "público-privado" nos serviços e que estes sejam considerados complementares e temporários, com cronograma para reestatização, sendo substituído no período máximo de 2 anos.

13. Criar obrigatoriedade dos convênios privados de saúde de prestarem assistência integral à saúde dos seus conveniados, de modo que os pacientes de planos privados de saúde não utilizem o SUS somente para procedimentos mais complexos e caros, inclusive medicamentos de alto custo, e quando o fizerem, sigam os fluxos estabelecidos pelo SUS, além da constituição de Câmaras de Compensação nos termos da legislação federal vigente e não custear através dos cofres públicos, verbas para convênios médicos e hospitalares, para os parlamentares e seus dependentes.



14. Integrar a 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 e estabelecer parcerias entre os serviços e as universidades.

15. 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 esses produtos. Definir política para inclusão de novas tecnologias em saúde, incluindo tecnologias de fácil acesso para elaboração de projetos e ampliação dos estudos dos exames disponíveis para prevenção e tratamento de doenças genéticas e doenças raras em crianças.

16. Prover a atualização e modernização da ambiência física, estrutural e arquitetônica de todas as Unidades de Saúde, qualificando-as para atenção aos usuários do SUS.

ESTADUAIS

1. Fortalecer as Regiões de Saúde através do apoio técnico, logístico e financeiro para o efetivo funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional, incluindo os Conselhos de saúde e desenvolvendo de forma participativa estratégias de relacionamento solidário entre os municípios, estado e União e fortalecer e investir nos DRS, para que cumpram o papel articulador dos níveis de atenção, de modo a construir as Redes Regionais de Atenção à Saúde.

2. Efetivar a regionalização, já definida pelo Pacto da Saúde, ampliando o acesso aos serviços a partir de um planejamento e elaboração de planos regionais, destinando recursos de acordo com as necessidades regionais.

3. Garantir a participação dos Conselhos Municipais de Saúde nas reuniões e decisões do Colegiado de Gestão Regional.

4. Efetivar a criação de consórcios públicos intermunicipais de saúde na Grande São Paulo, Litoral Norte e em todas as regiões onde houver interesse, com apoio técnico para garantir atenção integral à população no sentido de instrumentalizar atas de registros de preços para aquisição de medicamentos, insumos, equipamentos, serviços ambulatoriais e transporte, além de repasse de recursos dos municípios consorciados para ações que se fizerem necessárias, no sentido da superação da precarização do atendimento e da violação de direitos humanos.

5. Promover a revisão anual da PPI, com transparência e participação do CGR no processo de pactuação da alta complexidade, analisando o acesso à cota de procedimentos e tendo como parâmetros a demanda do município e não a série histórica de atendimentos realizados, a fim de garantir o acesso dos usuários na rede SUS, fortalecendo a hierarquização, regionalização solidária, com ampliação do financiamento e pactuação de exames laboratoriais e de imagens de alta complexidade com serviços particulares, quando estes procedimentos não são disponibilizados pelo SUS de acordo com risco e necessidade.

6. Informatizar os serviços de saúde, incluindo a implantação do prontuário eletrônico com financiamento tripartite.

7. Implantar o Sistema Logístico de Transporte Sanitário Regional no Estado de São Paulo.

8. Implantar novo modelo de contratualização para os prestadores de serviço de saúde, com estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas baseadas em planilhas de custo.

9. Criar centrais de regulação regionais sob gestão pública e compartilhada entre estado e municípios, para garantir as referências intermunicipais pactuadas, eletivas e de urgência, de alta e média complexidade a partir da atenção básica com



agilidade e resolutividade, que possa abranger todos os prestadores com adequação da oferta às necessidades e reestruturar as centrais de regulação eletiva e de urgência em todos os Departamentos Regionais de Saúde.

10. Aumentar a agilidade na Central de Regulação da Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) do Estado de São Paulo, estabelecendo protocolos com objetivo de assegurar o tratamento e acompanhamento do paciente entre os serviços próprios e conveniados, de preferência mais próximos ao município e efetivando este serviço como referência de vaga pelo médico.

11. Adequar a disponibilidade de consultas especializadas e exames de média e alta complexidade para agendamento através do sistema CROSS na região de Franca e no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP entre outros, contemplando todos os referenciamentos existentes em todos os níveis de complexidade.

12. Integrar os Hospitais e Ambulatórios da Secretaria Estadual da Saúde às redes loco – regionais e reivindicar que o Estado de SP assine o Protocolo de Cooperação de Entes Públicos - TCEP com todos os municípios interessados em assumir a gestão dos serviços e permitir que os municípios possam assumir a gestão dos convênios e contratos dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico sob gestão estadual, da central de vagas hospitalares e dos AME.

13. Revogar imediatamente a Lei Complementar Estadual número 1.131/2010, que amplia a ação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Estado de São Paulo e permite que até 25% dos leitos hospitalares públicos sejam destinados para atendimento privado e que os equipamentos e instalações financiadas pelo SUS sob gestão de OSSs para as OSCIP, setor privado e filantrópico, sejam utilizados de forma exclusiva para os usuários do SUS, rejeitando a terceirização e privatização por meio de OSSs e OSCIPs e de outras formas no SUS, nos âmbitos municipal, estadual e federal, respeitando as deliberações dos Conselhos de Saúde.

14. Estabelecer e revisar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em todas as categorias profissionais, de acordo com avaliação de risco para solicitação de procedimentos de média e alta complexidade, vinculando estes protocolos aos processos judicializados.

15. Promover discussão a respeito do financiamento do Hospital de Clínicas Doutor Radamés Nardini com as instâncias estadual e regional.

16. Adotar uma política de capacitação, em todo início de gestão, dos Secretários Municipais de Saúde, Prefeitos e Conselheiros de saúde, assim como de seus segmentos, sobre a política do SUS, no Estado de São Paulo.

DIRETRIZ 3: Avançar no processo organizativo dos conselhos de saúde e no fortalecimento do controle social e participação popular no SUS, fortalecendo-os como instâncias democráticas.

NACIONAIS

1. Valorizar e fortalecer o Controle Social, incentivando a participação da sociedade civil e conscientizando os cidadãos quanto a sua corresponsabilidade no funcionamento do serviço e compromisso com as políticas públicas valorizando as conferências, fóruns, audiências públicas, pontuando o trabalho dos conselheiros em concursos públicos das três esferas do governo.



2. Ampliar a articulação dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Executivos Municipais com os poderes legislativo e judiciário, particularmente com o Ministério Público, Defensoria Pública e Tribunal de Contas com vistas ao fortalecimento das tomadas de decisão.
3. Assegurar a paridade nos Conselhos conforme preconiza a Lei 8142/90 e instituir presidência exercida por colegiado eleito pelo pleno do Conselho, também paritário.
4. Criar comissões específicas para fiscalizar a política de concessão de subvenções aos prestadores de serviços, os contratos e convênios firmados entre as instâncias do SUS e entidades parceiras, organizações sociais, fundações e outras, como serviço complementar, conforme lei 8080/90, até sua reestatização em no máximo dois anos.
5. Criar no Conselho Nacional de Saúde comissão permanente de avaliação de qualidade de vida dos idosos abrigados e Comissão Intersetorial de Doações de Órgãos e Tecidos.
6. Criar Conselhos Regionais paritários no âmbito de cada Departamento Regional de Saúde, com participação dos Conselhos Municipais de Saúde e representatividade de todos os atores, inclusive hospitais e ambulatorios, com fóruns semestrais, organizados pelo Governo Estadual ou Federal, e direito a voz no Conselho Estadual de Saúde para divulgação e monitoramento de metas e planos de aplicação de recursos orçamentários e financeiros.
7. Realizar a cada dois anos Conferências de Saúde Municipais e Regionais com maior detalhamento e explicação do tema, no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional e realizar anualmente plenárias e simpósios de saúde que monitore o cumprimento das deliberações instituindo processos de responsabilização sanitária.
8. Instituir fóruns e oficinas nas três esferas de governo, formados por delegados e suplentes das Conferências de Saúde e pelos conselheiros de saúde para debater e contemplar nos Planos de Gestão da Saúde as propostas aprovadas nesta e nas últimas Conferências, tanto as Nacionais, quanto as Temáticas, possibilitando o acompanhamento do desenvolvimento das ações propostas nas conferências e capacitando os gestores para esta interlocução.
9. Implementar e organizar Conselhos Gestores em todos os serviços de saúde do SUS, sejam eles de administração direta ou conveniadas, organizações sociais ou universitários em todos os níveis de gestão, com agenda de reuniões periódicas formais, respeitar a paridade de acordo com a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde e fazer o planejamento em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde.
10. Alterar o Decreto Presidencial 6680/09 para que seja obrigatória a implantação de Ouvidoria em Saúde com acesso gratuito e on-line, em todos os municípios, nas esferas regionais, estadual e federal, para receber críticas, denúncias e sugestão em relação ao SUS e que o acesso seja disponibilizado em documentos oficiais como receituários e cartões do usuário.
11. Disponibilizar de forma clara, transparente e atualizada a prestação de conta detalhada dos gastos na área de Saúde e os Relatórios de Gestão para os Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores permitindo a fiscalização efetiva por estas instâncias.
12. Convocar a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica nas três esferas governamentais a fim de discutir o acesso, dispensação, protocolos e financiamento, dentre outros temas e propor melhorias.
13. Criar instrumento legal para justificar a falta ao trabalho do conselheiro que participa de reuniões ordinárias, capacitações, conferências e outras atividades dos Conselhos Gestores e Conselhos de Saúde.
14. Realizar pré-conferências temáticas nos municípios como etapas preparatórias as conferências de saúde, no sentido de estimular a participação efetiva dos Municípios.



15. Criar Lei Federal que responsabilize as três esferas do governo pelo financiamento de campanhas publicitárias em mídias impressas, rádios, televisão e internet para divulgação efetiva, de fácil acesso e entendimento para a população em geral e gestores com divulgação de materiais de interesse do controle social; de saúde pública; experiências exitosas; farmácia popular; carta de direitos dos usuários e ações educativas.

16. Garantir o cumprimento da regulamentação do preenchimento de receituário médico e das solicitações de exame com letra legível, preferencialmente com letra de fôrma, e sempre que possível impressa.

ESTADUAIS

1. Retirar a ação de inconstitucionalidade e fazer cumprir a Lei 12.516/07 que institui os Conselhos Gestores no Estado de São Paulo.

2. Integrar os Conselhos Locais e Conselhos Municipais através de plenárias permanentes com participação dos Departamentos Regionais de Saúde.

3. Organizar as pré-conferências de saúde por Colegiados de Gestão Regional, considerando as particularidades e necessidades de cada território, fortalecendo o debate e o processo de Regionalização, cabendo à Conferência Regional de Saúde a consolidação das propostas construídas em cada localidade.

4. Implantar Conselhos Gestores regionais nos Ambulatórios Médicos de Especialidade.

5. Reativar o Conselho Gestor de todos os hospitais estaduais e implantar a comissão de fiscalização permanente para garantir a qualidade do atendimento.

6. Estimular a participação dos membros do conselho municipal de saúde e conselho gestor nas reuniões de pais e mestres escolares, no Estado de São Paulo.

7. Garantir a participação de conselheiros municipais de saúde nas reuniões de Educação Permanente e das Áreas Técnicas da Secretaria de Estado da Saúde.

8. Estabelecer que o Conselho Estadual de Saúde, em conjunto com os Conselhos Municipais, avalie e delibere as propostas da Secretaria de Estado da Saúde para construção de novos serviços de saúde em âmbito municipal ou intermunicipal.

9. Manter a pauta de discussão sobre Gestão do Trabalho e a Câmara Técnica de Políticas para População Negra no Conselho Estadual de Saúde com participação dos municípios.

10. O Conselho Estadual de Saúde deve discutir com os outros conselhos sobre a obrigatoriedade de participarem da decisão sobre novos empreendimentos e construção de equipamentos sociais necessários à região, abordando questões como local, planejamento e plantas, com os Conselhos Municipais de Saúde, e com conselhos locais, quando houver, buscando ainda garantir que a contrapartida desses empreendimentos seja investida na saúde do território.

11. Criar fóruns semestrais, organizados pelo Governo Estadual e/ou Nacional, com direito a voz no Conselho Estadual de Saúde para divulgação e monitoramento de metas e planos de aplicação de recursos orçamentários e financeiros.



DIRETRIZ 4: Instituir políticas de regulação de recursos humanos em saúde e gestão do trabalho com desprecarização dos vínculos e educação permanente para os trabalhadores do SUS.

NACIONAIS

1. Criar legislação que regule a contratação e definição de piso e teto salarial para a equipe da Estratégia da Saúde da Família em nível nacional que resulte na melhoria da formação da equipe multiprofissional, aumentando o número de profissionais para atender as necessidades de saúde da população e que contribua para fixação destes profissionais nos serviços do SUS, respeitando a autonomia da Gestão Municipal.
2. Solicitar a aprovação do Projeto de Lei Federal 555/2010 que estabelece aposentadoria especial para os trabalhadores da saúde expostos a ambiente insalubre, com revisão dos critérios previdenciários para fins de aposentadoria.
3. Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, vigilância, atenção integral à saúde, o controle social, a diversidade étnica, cultural e racial, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS.
4. Solicitar a regulamentação da Emenda Constitucional nº. 63 de 4 de Fevereiro de 2010, que dispõe sobre o regime jurídico, o Piso Salarial Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, fiscalizando o cumprimento da Emenda Constitucional 51 e da Lei nº. 11.350/2006, que regulariza em nível estadual e nacional o vínculo empregatício de todos os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, sendo intransigentemente contra a terceirização dos serviços de saúde, pelo Ministério da Saúde.
5. Aumentar as parcerias com as instituições formadoras para a inserção de profissionais de saúde na rede de serviços, garantindo a permanência do profissional no SUS por no mínimo dois anos para os formados em entidades públicas de saúde do SUS, fortalecendo o vínculo da Universidade com os serviços, e com participação de representantes do SUS nos espaços de discussão e deliberação, buscando em conjunto elaborar estratégias de atuação para integração entre os profissionais de saúde e os programas de assistência, garantindo um atendimento mais qualificado.
6. Garantir a liberação e execução dos recursos financeiros com vistas a formação e qualificação dos profissionais de saúde, comprometida com a realidade do Sistema com bases em suas diretrizes, utilizando os recursos da Educação Permanente.
7. Aumentar as parcerias com as instituições de ensino superior e técnico da área da saúde, para o fortalecimento da formação profissional no campo da assistência, da pesquisa e da extensão, incluindo o profissional psicólogo escolar, dentro do corpo docente das escolas como membro permanente, e acrescentando na grade curricular as disciplinas: saúde pública, cidadania e representação social, para elaborar estratégias de atuação para integralização entre os profissionais de saúde e os programas de assistência a comunidade.
8. Criar e estimular novas vagas para os cursos de residência nas áreas de neurologia, pediatria, oftalmologia, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria, bem como capacitar os profissionais das UBS e USF.
9. Rever os parâmetros de produtividade de profissionais de saúde referente às ações básicas de saúde, conforme Portaria Ministerial nº 1.101/2002.
10. Criar mecanismos de avaliação dos cursos de formação em Saúde numa ação conjunta MEC e Ministério da Saúde para o fortalecimento do SUS com formação adequada, segundo as diretrizes curriculares nacionais de educação.



11. Implantar preceptorias para apoio matricial das equipes e expandir o quadro de profissionais das Equipes de Saúde da Família.
12. Fortalecer parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação, instituições formadoras e profissionais da saúde de nível técnico e superior para reorientação do ensino em saúde, que deve ser voltado para as necessidades do SUS, dentro de seus princípios e diretrizes, priorizando nos currículos a política de humanização da atenção da gestão do SUS e a política de educação permanente e promoção da saúde.
13. Incluir a representação dos municípios na Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação na Saúde.
14. Garantir o curso de especialização em geriatria e/ou gerontologia, em especial para os médicos, enfermeiros e dentistas atuantes na Estratégia de Saúde da Família. (MODIFICADA)
15. Garantia de trânsito do trabalhador do SUS pelas diversas esferas de Governo, sem prejuízo de direitos ou da possibilidade de desenvolvimento na carreira SUS.
16. Alocar recursos financeiros para a formação e qualificação dos profissionais de saúde, independente do grau de formação e vínculo, garantindo a escala do PCCS, comprometida com a realidade do sistema e com bases em suas diretrizes, utilizando os recursos da Educação Permanente e sua efetivação com incentivo ao profissional de saúde.

ESTADUAIS

1. Fortalecer os Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com contratação de recursos humanos e adequação de material permanente para qualificar a função de apoio aos municípios.
2. Implantar em nível estadual uma política de Recursos Humanos para a categoria médica, com o objetivo de fixação do profissional na Atenção Básica, com alocação de médicos, em particular pediatras, e aporte de recursos, em municípios pequenos.
3. Garantir o cumprimento da legislação vigente em medicina do trabalho para assegurar condições de trabalho salubres, reduzindo os riscos e agravos à saúde a elas relacionados, visando à integridade física e mental do trabalhador.
4. Assegurar a formação de profissionais voltados para saúde pública com a obrigatoriedade dos profissionais formados em universidades públicas ou que utilizaram financiamento estadual e federal prestarem serviços na rede pública de saúde por dois anos, com remuneração de acordo com tabela de valores preestabelecidos, no Estado de São Paulo.
5. Realizar educação permanente para todos os profissionais do SUS com estratégias efetivas para o alcance da população e divulgação de educação em Saúde, bem como a valorização dos cursos de graduação da área de saúde a formação em saúde pública e coletiva.
6. Regulamentar a carreira de informática na Secretaria Estadual da Saúde ou transferência destes cargos para PRODESP.
7. Ampliar o número de vagas em cursos e treinamentos, com aumento dos multiplicadores em educação permanente no estado de São Paulo, com garantia de publicidade e transparência dos recursos financeiros envolvidos e dos critérios de escolha dos profissionais de saúde contemplados.
8. Dar continuidade ao Curso de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, aplicado pelo CEFOR.



9. Contratar Recursos Humanos e adquirir insumos para o atendimento obstétrico (parto e nascimento) em hospitais de pequeno porte, no estado de São Paulo.

10. Implantar o controle eletrônico de ponto em todas as unidades e serviços de saúde, próprios e conveniados ao SUS como forma de combate à fraude no cumprimento da jornada de trabalho, inclusive dos médicos, e que o acesso às informações deste controle seja disponibilizado para os Conselhos de Saúde em todos os níveis.

DIRETRIZ 5: Fortalecer as políticas públicas de direitos, com foco na intersetorialidade e atuação do SUS na vigilância, promoção de saúde e comunicação social.

NACIONAIS

1. Intensificar ações na área de comunicação social para ampliar o acesso à informação, valorizando os avanços e experiências exitosas no SUS, com informações sobre direitos e deveres dos usuários do SUS, por meio da mídia escrita e falada, internet, criação de disque dúvidas, dispositivos para participação de toda sociedade em debates socioeducativos, produção de vídeos, ações de promoção da saúde com ênfase na intersetorialidade, prevenção de doenças e agravos, além de orientações sobre localização dos serviços existentes na rede.

2. Estabelecer parceria com a Secretaria de Educação nos três níveis de governo com o objetivo de desenvolver trabalho educacional nas escolas públicas, privadas e entidades com inclusão nos currículos escolares, desde os primeiros anos de escolarização, de conteúdos e vivências sobre cuidados com a saúde, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, assim como a responsabilidade individual e coletiva com a qualidade de vida, que inclui desde os cuidados com o meio ambiente até a necessidade da participação social como condição para a justiça social, igualdade com respeito a diversidade humana, transformando os alunos em agentes multiplicadores.

3. Integrar os vários níveis de gestão da vigilância (municipal, estadual e federal), promover a melhoria da comunicação e implantar sistema informatizado de Vigilância em Saúde que agilize o fluxo de informações, garanta acesso em todos os níveis e facilite a tomada de decisão.

4. Fazer cumprir atendimento preferencial nos casos previstos em lei tais como crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência, gestantes, assim como os em situação de vulnerabilidade social.

5. Priorizar ações de vacinação com disponibilização adequada do envio de materiais aos municípios, valorização do cartão vacinal como documento pessoal segundo calendário nacional para crianças, adolescentes, adultos e idosos e inclusão dos grupos de risco para doenças como, por exemplo, influenza H1N1, além da inclusão de outras vacinas ainda não contempladas no SUS como HPV, meningite e catapora.

6. Implantar agenda ambiental na administração pública, nas três esferas de governo, envolvendo as Secretarias Estaduais e Municipais, na participação na política de redução de poluentes provenientes da frota de veículos, propondo a conscientização de todos os níveis da população na recuperação e manutenção do meio ambiente saudável, com a criação de programas de conscientização para coleta seletiva do lixo e resíduos gerados pelo serviço de saúde e agrotóxicos, vigilância na proteção de mananciais e monitoramento da destinação final de resíduos sólidos, produtos contaminantes e/ou degradantes e exigir e participar na implantação de políticas públicas, que minimizem os danos causados pelas queimadas e conseqüente impacto social da mecanização da colheita da cana assim como implementar política de saúde ambiental para trabalhador rural considerando a repercussão sobre sua saúde e sobre o meio ambiente.



7. Garantir o cumprimento dos programas de Saúde, como por exemplo, SIS Pré natal, Hiperdia, SISCOLO, SISVAN, bolsa família, tuberculose, hanseníase entre outros e implantar um sistema informatizado de gestão em saúde via web e de Vigilância em Saúde em todos os níveis de gestão, 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.
8. Estabelecer ações intersetoriais pelo poder público direto, nas três esferas, para a implementação da Política de combate a violência, redução de preconceitos e estabelecimento de uma cultura de paz na sociedade, com o incremento da notificação dos casos de violência, qualificação dos profissionais para acolhimento das pessoas em situação de violência, produção e redistribuição de materiais educativos e de direitos (Lei Maria da Penha) e fortalecimento da rede de proteção e combate a violência, em todos os setores sociais.
9. Garantir que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde cumpram com o direito à saúde da população negra, em todos os níveis de atenção, em especial para os agravos mais prevalentes nessa população, possibilitando a efetivação de ações afirmativas de combate ao racismo institucional a garantia de aporte financeiro destinado à pesquisa em saúde da população negra, formação para o trabalho das parteiras quilombolas, criação e implantação da política nacional que contemple direitos e necessidades dos portadores de anemia falciforme.
10. Rever a legislação que normatiza a política de leites e fraldas, conforme Resolução nº 39 de 09/12/2010 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Conselho Nacional de assistência Social, além de Revisar a LOAS, garantindo ao deficiente a continuidade do benefício em caso de desemprego.
11. Implantar os mesmos direitos de licença da mãe biológica para a mãe adotiva, independente da idade da criança adotada e solicitar à Secretaria de Segurança Pública condições estruturais e técnicas pelo sistema penitenciário para alojamento conjunto das mulheres que tenham filhos menores de seis meses e estão amamentando.
12. Implementar a integração da política de Seguridade Social, previdência Social e SUS, além das parcerias intersetoriais, garantindo os direitos dos trabalhadores bem como o acesso e ampliação dos programas de promoção e proteção à saúde e prevenção de doenças a partir dos dados epidemiológicos do SUS e da Previdência Social, além de propostas como por exemplo a de pactuação com o SST (Superintendência de Segurança e Saúde no Trabalho), INSS (Instituto Nacional da Seguridade Social) e Centros de Referência e COVISA na efetivação das ações.
13. Garantir condições de trabalho adequadas e dignas para os profissionais da saúde, incluindo maior segurança nas Unidades de Saúde, assegurar avaliação periódica da saúde ocupacional dos funcionários, fortalecer as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes – CIPAs, intensificando a fiscalização do cumprimento da NR 6, NR 32 e NR 17 e propor Política de Saúde Ambiental para trabalhador rural e sua repercussão sobre a saúde de trabalhador e meio ambiente.
14. Implementar as ações da saúde do trabalhador na população em parceria com sindicatos para capacitação continuada dos profissionais da saúde sobre acolhimento com qualidade para incentivar a Promoção da Saúde priorizando o uso de tecnologia leve.
15. Garantir que os trabalhadores assistidos pelos programas de geração de renda das esferas Federal, Estadual e Municipal, tais como: agricultura familiar, reciclagem de lixo etc. tenham total assistência da Previdência Social, como item obrigatório para inclusão do programa, criar e desenvolver centros de Convivência e Cooperativa – CECCO, apoiando sua implantação de forma escalonada levando em conta a demografia das regiões, de acordo com os princípios do SUS e seu modo de estruturação.
16. Reforçar o conceito de vigilância em saúde com melhoria da sua resolutividade, realizando qualificação dos profissionais, viabilização de pesquisas, aumento de investimentos no controle de vetores, e exigir maior fiscalização nas ações de venda de



bebidas alcoólicas e derivados do tabaco a menores de 18 anos no âmbito das três esferas do governo, além da fiscalização da qualidade de produtos de interesse à saúde, e investimento em ações e informação e de biossegurança para os salões de beleza no que tange as questões de DST, AIDS e Hepatites Virais.

ESTADUAIS

1. Ampliar ações de vacinação no estado de São Paulo com a inclusão de novos grupos de risco a doenças como, por exemplo, influenza H1N1 e pneumocócica, e inclusão de outras não contempladas, como HPV.
2. Estabelecer parceria com a Secretaria Estadual de Educação nos três níveis de governo quanto ao trabalho educacional nas escolas públicas, privadas e entidades e incluir nos currículos escolares, desde os primeiros anos de escolarização, com conteúdos e vivências sobre cuidados com a saúde, enfatizando a promoção à saúde e a prevenção às doenças, assim como a responsabilidade individual e coletiva com a qualidade de vida.
3. Fortalecer e financiar no Estado de São Paulo, programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida nos diferentes ciclos de vida a partir de núcleos de ação intersetorial, com incentivo e responsabilização das instituições públicas, privadas e terceiro setor, visando à articulação com as ações de vigilância em saúde, com a integração dos serviços e ações com as redes de atenção básica.
4. Promover a comunicação intersetorial das vigilâncias estaduais, reforçando o conceito de vigilância em saúde e melhorando a qualificação e resolutividade com implantação, implementação e ampliação de ações, tais como a viabilização dos centros de referência para atendimento às pessoas em situação de violência doméstica e sexual e a qualificação dos registros de óbitos, com aumento dos investimentos nos controle de vetores.
5. Intensificar a divulgar o Estatuto do Idoso para garantia de seus direitos, com inclusão da avaliação global da pessoa idosa, assegurando sua aplicação pelos diversos profissionais que compõe a equipe de saúde, e viabilizando em conjunto com outras Secretarias do Estado de São Paulo, a avaliação da necessidade de adaptações nos domicílios de idosos que apresentam deficiências ou incapacidades, especialmente os com dificuldades econômicas, criando Lei que isente os pacientes que utilizam oxigenioterapia da cobrança de pagamento do acréscimo do consumo de energia elétrica.
6. Rever e garantir a realização das cotas dos exames de Carga Viral para HIV e para Hepatites Virais no Centro de Laboratório Regional dos Institutos Adolfo Lutz - IAL e Laboratório de Imunologia da UNESP de Araraquara e outras, garantindo a regionalização. (MODIFICADA)
7. Ampliar e capacitar as equipes de Vigilância em Saúde no estado de São Paulo, com a inclusão de mais profissionais médicos sanitaristas nos Grupos de Vigilância Estaduais, aumento da equipe das SUCEN e Lutz regionais, com a implantação de centros de zoonoses regionais.
8. Implantar unidade de práticas integrativas no estado de São Paulo, com a finalidade de prevenir agravos à saúde e promover qualidade de vida, utilizando os ativos sociais em conjunto com outras Secretarias afins e estabelecendo parcerias com os demais serviços, Universidades ou outros equipamentos.
9. Solicitar aumento de recursos e manutenção do projeto verão na região da Baixada Santista.
10. Instalar IML com perito Forense e assistência multiprofissional, em particular no atendimento às vítimas de exploração sexual e violência doméstica, como no caso do município de Guarulhos, e elaborar lei que impeça o registro de óbitos por causa



mal definida ou diagnósticos equivalentes, e que seja realizado pelo SVO regional, quando houver, apresentando a estatística do tipo de morte.

11. Capacitar e articular, junto à Secretaria Estadual de Educação, cuidadores para crianças com deficiência, durante o horário letivo.

12. Enfatizar, no Estado de São Paulo, da importância da doação de sangue e de medula óssea no currículo escolar em Educação à Saúde e no Programa Saúde da Família, incluindo como direitos e atos de cidadania.

DIRETRIZ 6: Estruturar ações estratégicas no SUS em redes de atenção, com equidade e integralidade, que respondam às necessidades da população, em particular as mais vulneráveis.

NACIONAIS

1. Implementar a Política de Saúde Bucal garantindo assistência universal e integral aos usuários do SUS, de acordo com as necessidades regionais assegurando maior repasse de recursos federais com cofinanciamento das Secretarias de Estado da Saúde viabilizando o atendimento odontológico com equipe completa em todas as modalidades de Atendimento Básico de Saúde por 8 horas diárias, o acesso universal a escova, fio e creme dental, a ampliação do atendimento odontológico nas escolas e a implantação de Unidade móvel odontológica para atendimento das populações domiciliadas em locais distantes.

2. Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios de Prótese Dentária segundo parâmetros populacionais incluindo ortodontia, próteses e implantes, ampliar as referências de alta complexidade e organizar o acesso a estes serviços através da central de vagas de maneira ágil com monitoramento das ações.

3. Estabelecer convênio/parceria de apoio institucional com Universidades para criação de plantões de serviços de psicologia, avaliação e seguimento psiquiátrico de casos oriundos de psiquiatria forense e criação e organização de Fóruns de debates sobre saúde mental com a participação dos diversos segmentos da sociedade.

4. Garantir financiamento para a implantação de serviços de saúde mental que respeitem os princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial em toda a rede de saúde reduzindo as exigências em relação aos municípios de pequeno porte de forma a possibilitar a implantação desses serviços.

5. Destinar recursos financeiros de implantação e de custeio, das três esferas de governo para a implementação da Política de Saúde da Pessoa Idosa pautada no atendimento interdisciplinar e multissetorial, criando-se convênios com a Assistência Social para manutenção de Instituições de Longa Permanência para Idosos, viabilizando a criação de Centro-Dia, ambulatório especializado em saúde do idoso frágil, Centro de Referência do Idoso com centros de convivência, Programa de Acompanhante de Idosos, Cuidador de Idosos e Atenção Domiciliar atuando de forma integrada com a Atenção Básica.

6. Pautar junto à comunidade e Controle Social as Políticas Públicas para os idosos para obter recursos para promoção de ações que auxiliem na manutenção da saúde desta população tais como, curso de cuidadores formais e informais que incluam familiares e profissionais especialmente da estratégia da saúde da família, agregação à equipe de saúde do profissional de Podologia, geriatria, psiquiatria, psicologia e hematologia para tratamento do pé diabético e pessoas convivendo com hanseníase, distribuição de leite entre outros.

7. Implantar o Programa de Atenção e Internação Domiciliar com financiamento tripartite, a fim de atender as necessidades da população, desde cuidados às pessoas acamadas até pessoas com deficiência intelectual severa e famílias desassistidas e impossibilitadas de atendimento ambulatorial.



8. Sancionar e implantar a Política de Saúde do Trabalhador, considerando as especificidades das atividades profissionais, com financiamento das três esferas de governo, garantindo que a verba específica da RENAST- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador seja aplicada apenas nos projetos do CEREST priorizando a descentralização das ações, financiamento para os municípios e a ampliação da equipe, divulgando o trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em todos os segmentos da sociedade.
9. Firmar parceria entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Sindicatos, Secretaria Municipal de Assistência Social e o INSS, para formulação de protocolo de encaminhamento e atendimento para fins de tratamento, reabilitação profissional e pericial pelo CEREST junto ao INSS e readaptação do trabalhador, e agravamento da saúde do trabalhador e acidente de trabalho com incapacidade.
10. Elaborar protocolo de articulação entre previdência social, saúde e trabalho, e apoio aos trabalhadores com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, para que os mesmos tenham garantias trabalhistas para o seu tratamento.
11. Capacitar os serviços de saúde para realizarem atendimento diagnóstico e notificação dos agravos da Saúde do Trabalhador estabelecendo rede de referência e contra referência para o diagnóstico e tratamento dos trabalhadores vítimas do acidente de trabalho e agravos relacionados ao trabalho.
12. Garantir que sejam considerados pela Previdência Social os diagnósticos e nexos de agravos à saúde relacionados com o trabalho, estabelecidos pelos profissionais do CEREST.
13. Garantir o cumprimento da Política Nacional de Atenção às Urgências com custeio pelas 3 esferas de governo, conforme previsto na legislação vigente, Portaria GM/MS nº1600 e nº 1601 de 07/07/2011 atentando tanto para a reforma das unidades como para a instalação de equipamentos de alta resolução, desfibriladores, eletrocardiógrafos, cardioversores e outros, com suporte do SAMU cuja equipe deve ser específica para este fim, procedendo também à renovação das frotas de veículos da saúde, com a aquisição de novas ambulâncias adaptadas (inclusive UTI) melhorando assim, a qualidade do transporte de pacientes.
14. Ampliar e efetivar a Política Nacional de Atenção a Pessoas com Deficiência com financiamento tripartite, garantindo a qualidade da assistência à população em todos os serviços de saúde, assegurando acesso regionalizado às ações básicas e de maior complexidade, aos procedimentos de reabilitação, ao recebimento de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e com adequação de todas as Unidades de Saúde do país, com equipes multiprofissionais qualificadas, e veículos da rede de saúde adaptados para transporte de deficientes físicos.
15. Assegurar aos usuários da Rede de Atenção à Saúde Auditiva no âmbito das três esferas (municipal, estadual e federal), a integralidade da atenção, inclusive com a dispensação de AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual, de acordo com as necessidades locorregional.
16. Implantar o teste do pezinho, a triagem auditiva e a triagem oftalmológica com inclusão do exame para retinoblastoma em todas as maternidades do país assegurando que estes exames sejam realizados na maternidade de nascimento da criança.
17. Ampliar o acesso dos usuários ao programa de planejamento familiar, com a prestação dos serviços de vasectomia e laqueadura, e garantia do ultrassom endovaginal após implantação do DIU.
18. Continuar a realização de pesquisas e estudos para produção de protocolos e diretrizes 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, e pelo estabelecimento do acolhimento em todas as unidades de saúde para



Homossexuais, Bissexuais, Travestis e Transexuais seguindo o princípio de equidade, viabilizando o registro do nome social da população LGBT, na ficha de atendimento nas Unidades Municipais de Saúde, além do nome que consta no RG.

19. Garantir o acesso ao Pronto Atendimento, Pronto Socorro e internações hospitalares de referência para pacientes soropositivos.

20. Definir ações que garantam atenção integral a saúde das pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de rua.

21. Implementar e divulgar programa de atendimento às vítimas de violência com prioridade para crianças, adolescentes e mulheres, estabelecendo protocolos de atendimento que incluam grupos de apoio às famílias tendo em vista o arcabouço jurídico existente e criar centros de referência para atendimento a vítimas de violência doméstica e sexual com equipes compostas por profissionais do sexo masculino e feminino.

22. Propor que os governos estaduais e governo federal aumentem os recursos de investimento e custeio para a rede de urgência e emergência, SAMU, para os hospitais públicos municipais, CAPS, DST/AIDS, assistência farmacêutica especializada, em particular, os medicamentos de alto custo.

23. Fortalecer o processo de implantação das linhas de cuidado da mulher, criança, saúde escolar, adolescente, idoso, deficiente, e outras de acordo com a necessidade do perfil epidemiológico da região, garantindo a integralidade e a intersetorialidade das ações para melhor integração dos serviços sócio assistenciais.

24. Rever o critério populacional para municípios com menos de 50.000 na implantação de UPA, utilizando em substituição os parâmetros de cobertura da ESF ou da UPA Regional.

25. Solicitar ao Ministério da Saúde a atualização da tabela SUS quanto aos diagnósticos do Código Internacional de Doenças (CID) referentes a todos os procedimentos de reabilitação física e/ou mental, de forma a contemplar o novo conceito de deficiência definido pelo decreto presidencial 6949 de 25/08/2009.

26. Implantar a política de atenção integral à saúde da pessoa idosa com a qualificação de equipes multiprofissionais para o atendimento e implantação de centros de referência geriátricos, centros dia de cuidados e leitos de longa permanência, bem como apoio aos cuidadores.

ESTADUAIS

1. Implantar a rede de serviços em saúde mental, em conformidade com as deliberações da Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental no Estado de São Paulo promovendo ampla discussão entre os municípios, buscando a qualidade do atendimento com acolhimento, implantação de referências e contra referências, qualificação de profissionais, adequação dos espaços físicos e ampliação da equipe de saúde mental através de serviços estratégicos com responsabilidade técnica e financeira do estado e gestão e monitoramento pelo município.

2. Estimular parcerias intermunicipais, entre os municípios que não atendem aos critérios populacionais estabelecidos pelo Ministério, para a implantação de serviços regionalizados de saúde mental especialmente CAPS Infantil e CAPS AD 24 horas no âmbito do estado de São Paulo.

3. Ampliar a rede de serviços em saúde mental, com implantação de enfermaria psiquiátrica nos Hospitais Gerais do Estado de São Paulo, ampliação dos CAPS e de residências terapêuticas a partir dos dados do censo psicossocial de moradores de hospitais psiquiátricos, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde em 2008.

4. Organizar o atendimento médico odontológico para portadores de transtornos mentais na Atenção Básica, promovendo ampla discussão e capacitação para todos os profissionais da rede.



5. Priorizar a implementação da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Estado de São Paulo, através de implantação de CAPS II e III AD e CAPS Infantil, consultórios de rua, casas de passagem, centros de convivência, acesso regional a leitos de psiquiatria para desintoxicação, em hospitais gerais, com financiamento estadual, para ações de prevenção e de recuperação, desenvolvendo programas de acolhimento e reinserção psicossocial.
6. Fortalecer a saúde bucal no estado com repasses de recurso estadual para equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família e centros de especialidades odontológicas. Garantindo assim o atendimento universal, integral e maior cobertura da população do estado.
7. Implementar o apoio estadual nas ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada, instrumentalizando as equipes municipais para melhor desempenho na Estratégia da Saúde da família, ampliando o atendimento de prevenção e educação em saúde bucal nas escolas, aumentando a oferta de referências secundárias especialmente para as especialidades de odontopediatria, ortodontia e prótese e garantindo as referências terciárias.
8. Criar o serviço de residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial segundo modelo já implantado em Hospitais Escolas Estaduais, contemplando o atendimento de trauma e patologia, para suprir a lacuna estadual em relação ao acesso ao tratamento de agravos da Atenção Terciária em Odontologia, sendo que a residência deve absorver cirurgiões dentistas do CEO para que ocorra a interface preconizada entre os níveis de atenção odontológicos.
9. Implantar Hospital-Dia Regional em Rota dos Bandeirantes, Hospital Regional no Litoral Norte, Centros de referência do idoso, Centros Regionais de Reabilitação, de órteses e próteses e de Referência de Saúde da Mulher.
10. Reorganizar a rede de oncologia com financiamento estadual para implantação de Centros de Tratamento para Pacientes Oncológicos regionais no Estado de São Paulo ampliando e agilizando o acesso ao tratamento.
11. Implementar a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa através da criação de Centros de Referência do Idoso Regionais, propiciando atendimento integral e respeitando as diretrizes estabelecidas no Estatuto da Pessoa Idosa.
12. Implementar fóruns estaduais do idoso e da infância e juventude, de composição intersetorial, para definição das Linhas de Cuidado e outras ações destinadas às populações destacadas.
13. Buscar e reorganizar junto a Secretaria de Estado da Saúde referências para realização de laqueaduras, reumatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais.
14. Viabilizar a parceria com a Agência de Desenvolvimento Regional UNICIDADES para administração do SAMU, intensificando a partir da 6ª Conferência Estadual de Saúde, movimento para que o Governo do Estado de São Paulo subsidie 25% do financiamento referente ao serviço, em todo Estado de São Paulo.
15. Implantar e fortalecer bases operacionais do SAMU regionais, com ampliação e melhoria da frota, com cofinanciamento da Secretaria de Estado de Saúde, tendo em vista a melhoria do serviço prestado e a garantia na agilidade do atendimento.
16. Garantir reabilitação adequada e no tempo oportuno à recuperação dos usuários do SUS capacitando a rede estadual, municipal e conveniada da saúde para que referenciem, com a maior brevidade possível, as pessoas com deficiência, bem como aquelas em risco de desenvolver alguma deficiência, aos serviços especializados de reabilitação.
17. Garantir a implantação com qualidade de assistência que cria mecanismos para a organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.
18. Implantar e garantir os seguintes serviços regionais com financiamento das três esferas de governo: centro de órtese e prótese regional que atendam pessoas com reduzida capacidade funcional, priorizando as com maior vulnerabilidade, o



atendimento em centros de reabilitação com hidroterapia, centros de reabilitação motora, com o fornecimento de equipamentos especiais não cirúrgicos e um centro de tratamento a portadores de deficiência.

19. Criar mecanismos eficientes que agilize, garanta e diminua o tempo de espera e melhore o acesso para concessão e obtenção de órtese, prótese, aparelhos auditivos, lentes corretivas e materiais complementares de locomoção, medicamentos especiais, suplementos alimentares, espessantes, fraldas, etc. de acordo com a regulamentação do SUS, de modo a

evitar agravamento da situação de saúde dos usuários.

20. Obter recursos financeiros do Ministério da Saúde e Governo do Estado para aquisição de um veículo exclusivo e equipado para transportar pacientes com dificuldades de locomoção capacitando os motoristas para atender usuários com deficiências físicas.

21. Credenciar novos serviços de referência para gestação de alto risco, nas regiões de saúde de Jales e Votuporanga, onde já estão credenciadas as UTI neonatais, no estado de SP.

22. Incentivar a manutenção das maternidades nos municípios, implementando o teste do pezinho ampliado na rede municipal de saúde e a implantação do protocolo de puericultura e pré-natal.

23. Garantir a participação efetiva dos gestores municipais na efetivação da RENAST, facilitando a implantação, avaliando a atuação e apoiando a participação dos CEREST nas reuniões de câmara técnica do DRS e implantar Ambulatório de Saúde do Trabalhador do Serviço Público nas três esferas, com equipe multiprofissional e garantir integração deste com os outros serviços de saúde.

24. Fortalecer o Ambulatório de Estudos de Sexualidade Humana do HCFMRP USP tornando centro de referência para município e região.

25. Estabelecer diretrizes de atendimento e referências para tratamento de pessoas obesas em todos os níveis de atenção.

26. Melhorar o tratamento em neurocirurgia ampliando a especialidade para todos os hospitais de referência ao trauma em todo o estado e implantar um centro de alta complexidade para neurocirurgia e ortopedia para casos crônicos e agudos de referência regional.

27. Implementar a Política Regional do Adolescente com reimplantação do projeto regional da Rede Adolescente - Interações pela Vida, no Estado de São Paulo em parceria com as Secretaria de Educação para prevenção e promoção da saúde desta população.

DIRETRIZ 7: Ampliar acesso universal aos serviços de saúde da rede do SUS, com centralidade na atenção primária, acolhimento, humanização, qualidade e assistência farmacêutica.

NACIONAIS

1. Garantir junto as referências, a estruturação de um local para apoio ao usuário (alimentação e local adequado até o atendimento) e agilizar o atendimento de portadores de doenças crônicas, já diagnosticada pela Previdência para atendimento mais humanizado.



2. Assegurar que a atenção básica desenvolva ações que possibilitem coordenar a produção do cuidado de modo intersetorial e integrador das demais redes de serviços de saúde, a partir da qual sejam feitas as referências e contrarreferências, inclusive com os serviços de pronto atendimento.
3. Garantir, por meio de parceria entre o Ministério da Saúde, Governo do Estado e os Municípios, o acesso e acolhimento com qualidade e equidade, com base nas necessidades de saúde das regiões, e agilizar o atendimento através da central de vagas e readequar o sistema de agendamento para atendimento médico nas Unidades de Saúde, assegurando o acesso do paciente à sua consulta de retorno, sem novo encaminhamento.
4. Revisar os critérios técnicos para implantação da Estratégia de Saúde da Família, com envolvimento de sua estratégia principal de atenção primária implantada no país, e inserir outros profissionais da saúde na equipe, contemplando as especificidades regionais e loco regionais, criando um modelo diferenciado para atender áreas urbanas e áreas rurais, comunidades tradicionais em situação de risco e alocar recursos financeiros para o transporte.
5. Definir que, nos termos da lei 11.350, o território de referência para a atuação das Agentes Comunitárias de Saúde é o município, devendo o conceito de micro área ter caráter operacional para definição dos limites urbanos de responsabilidade e atribuições dos agentes.
6. Fortalecer a Atenção Básica com serviços/centros de reabilitação (fisioterapia) com aquisição de equipamentos necessários para o atendimento e recuperação de pacientes ampliando o fornecimento de próteses e órteses pelo Estado e União e propor ao Ministério da Saúde o reconhecimento da equoterapia como processo terapêutico, implantando o tratamento para todas as faixas etárias em que houver indicação médica e ainda ampliar a aquisição de veículos para transporte de pacientes cadeirantes e acamados.
7. Instituir um programa específico para a Saúde Rural, dentro dos princípios da integralidade, universalidade e equidade para os três níveis de atenção à saúde, envolvendo a União, Distrito Federal, Estados e Municípios.
8. Aumentar os recursos financeiros para compra de medicamentos e insumos para o atendimento dos pacientes diabéticos, hipertensos, e portadores de Hanseníase, melhorando os mecanismos de repasse per capita da União para os Municípios, com investimentos em pessoal e equipamentos e criação de um banco solidário de medicamentos, supervisionado por profissional farmacêutico.
9. Implementar a Política de Assistência Farmacêutica com presença de profissional farmacêutico, de acordo com as necessidades da população, revendo anualmente os protocolos de medicamentos da tabela RENAME, REMUNE e do Programa Farmácia Popular, ampliando os recursos com contrapartida das esferas estadual e federal para aquisição de medicamentos.
10. Implantar no SUS uma Política Nacional de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos com distribuição dos medicamentos aprovados pela ANVISA descentralizando sua distribuição para as redes municipais.
11. Criar e fortalecer uma rede de atenção à criança e ao adolescente para a garantia de seu pleno desenvolvimento biopsicossocial no território, priorizando ações de educação em saúde na escola, aconselhamento genético para as pessoas e familiares com distúrbios genéticos e doenças raras e garantia de acesso e atendimento a crianças e adolescentes em crise aguda, nos hospitais neurológicos e psiquiátricos.
12. Disponibilizar serviços e equipamentos de saúde de acordo com a população assistida e parâmetros do SUS (revisar portaria GM/MS 1101 de 12 de junho de 2002, atualizando os parâmetros), garantindo o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas.



13. Apoiar a implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) aumentando o Valor de Custeio e revendo o critério para implantação.
14. Garantir cobertura rede hospitalar municipalizada de acordo com os preceitos da OMS, ampliando os números de hospitais e capacidade de atendimentos, priorizando os locais destacados nas pré-conferências e assegurando a manutenção do preenchimento da tabela de lotação destes serviços completa e adequada às demandas locais e regionais, e fortalecer os Hospitais de pequeno porte – HPPs que sejam viáveis, para atender as necessidades da população local.
15. Aumentar a capacidade de Leitos de UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto (Tipo II e III) visando garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde.
16. Aprimorar as redes regionais de média e alta complexidade em Oncologia, ajustando os fluxos e o sistema de referência e contrarreferência, com ampliação do número de leitos e implantação de serviços de quimioterapia/radioterapia para todos os tipos de câncer, com garantia de exame de mamografia anual e acesso a todas as mulheres a partir de 40 anos e realização de rastreamento de câncer de cólon de reto na faixa etária de 50 a 75 anos, oferecendo aos pacientes oncológicos atendimento multiprofissional específico, o mais próximo da residência.
17. Ampliar o número de laboratórios de análises clínicas credenciados pelo SUS e que eles possam iniciar as atividades às sete horas da manhã e que disponibilizem funcionários experientes e treinados, visando melhorar a qualidade do serviço.
18. Implantar a assistência médica aos distúrbios do sono com laboratório do sono e qualidade diagnóstica e Serviços de Medicina Hiperbárica.
19. Implementar o Programa de Saúde do Homem com o intuito de ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde para a realização de exames preventivos e ampliar a divulgação do Pré-Natal do Homem, que consiste na realização de exames para HIV, VDRL e Hepatites Virais em parceiros de gestantes, em todas as Unidades de Saúde que realizam exames de pré-natal e ainda realizar campanha anual de exame de próstata.
20. Ampliar a oferta de cotas na especialidade de oftalmologia sem a necessidade de realizar consulta com o clínico geral para solicitar encaminhamento e reavaliar os critérios para a inclusão dos municípios no programa Olhar Brasil.
21. Implantar terapias complementares e serviços de podologia nas Unidades de Saúde, por meio de profissionais capacitados.
22. Identificar as áreas críticas da atenção à saúde (consultas, exames e cirurgias eletivas) e elaborar proposta de mutirões conforme a demanda reprimida nos municípios.
23. Garantir que as três esferas de governo disponibilizem e ampliem serviços ambulatoriais, de diagnóstico e cirúrgicos de média e alta complexidade nas regiões de saúde, conforme as necessidades locais melhorando o incremento financeiro da tabela SUS.
24. Regularizar em todos os municípios as questões que dizem respeito à estrutura física das unidades de saúde, respeitando as normas da Vigilância Sanitária.
25. Viabilizar o credenciamento/habilitação de instituições, ampliando a oferta de cirurgias reparadoras (lipodistrofia e lipoatrofia) para portadores de HIV/AIDS descentralizando o tratamento das DST nas UBS e ESF assim como proporcionar equipamentos e insumos.
26. Implementar ou ampliar o acesso ao Programa de Controle do Tabagismo na Atenção Básica com distribuição do medicamento.



27. Implantar Programa de Atendimento por equipe interdisciplinar de prevenção, diagnóstico, intervenção e reabilitação em Disfagia.

ESTADUAIS

1. Aumentar a capacidade instalada no Estado São Paulo, ampliando o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, de forma regionalizada e descentralizada, melhorando o sistema de referência e contra referência e a comunicação entre os serviços de atenção básica e especializados.
2. Promover uma aproximação entre os Programas de Saúde ofertados pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual da Saúde de SP, garantindo uma rede eficaz de atenção integral ao cidadão.
3. Aprimorar o aporte de recursos para construção de unidades básicas de saúde nos assentamentos, em particular os da região de Ribeirão Preto e de unidades mistas, em particular no município de Miracatu para melhorar o atendimento aos acidentados da Rodovia Régis Bittencourt - BR 116.
4. Abrir novos Bancos de Sangue, em particular na região de Sorocaba, devido à grande distância de alguns municípios em relação à referência atual.
5. Garantir o atendimento imediato de casos que necessitem com urgência de hemodiálise nos serviços de referência da Secretaria de Estado da Saúde e agilizar o credenciamento do serviço de Hemodiálise do município de Amparo e Baixada Santista, bem como criar Clínica de Hemodiálise no Município de Osasco para atender a Região Oeste, com participação de recursos do Governo Federal.
6. Reativar e implementar nos Ambulatórios Médicos de Especialidades serviços de acompanhamento de pacientes crônicos e entregar os exames nas unidades de saúde de referência, por fax ou internet.
7. Implantar ou efetivar Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) na região de Marília, Fernandópolis e Catanduva, Avaré, Jaú, Botucatu, Guarujá e em Guarulhos e ampliar especialidades nos AME com relação a hematologia, alergologia, oncologia, hemodiálise, e demais especialidades de acordo com a demanda locorregional.
8. Readequar os NGA como ambulatórios de especialidades para acompanhamento de casos crônicos, em particular o de Lins, otimizando e fortalecendo a atenção secundária do Estado de São Paulo, evitando sua desativação.
9. Ampliar e garantir serviços de tomografia com transferências de recursos financeiros do Estado para o município.
10. Realizar reuniões periódicas do colegiado estadual da "Assistência Farmacêutica" para propostas, discussões e análise da terapêutica pertinente com a presença do profissional de farmácia.
11. Desburocratizar e simplificar o acesso aos medicamentos de alto custo, reduzindo o prazo de 30 dias para liberar Medicamentos Especiais em novos processos, de forma integrada do Estado com os municípios, ampliar os pontos de liberação humanizando o acesso, com descentralização das Farmácias de Alto custo do Estado de São Paulo e exigir o cumprimento da Portaria nº 399/2006, garantindo que a Farmácia de Alto Custo, com gestão estadual.



12. Aumentar a participação do Estado no financiamento de insumos para o programa de diabetes com atualização anual das verbas com a inclusão de novas insulinas para controle da glicemia no Programa Dose Certa.
13. Rever a listagem de medicamentos da FURP, mantendo-a atualizada em relação às classes farmacológicas e aprimorar as quantidades de medicações disponibilizadas para os municípios sem atraso nas entregas e revisar o critério de liberação de medicamentos para Planejamento Familiar no Estado de São Paulo.
14. Criar um sistema informatizado no âmbito estadual de referência e contra referência para tratamento da catarata e outras doenças oculares.
15. Reivindicar junto a Secretaria de Estado da Saúde o aprimoramento do acesso nos atendimentos em todas as regiões de saúde para média e alta complexidade ambulatorial, hospitalar, diagnósticos e de urgência e emergência, com incremento financeiro.
16. Ampliar a rede de atenção em cardiologia, em particular no município de Guarulhos, com pactuação junto à Secretaria de Estado da Saúde, para garantir a referência para os procedimentos de alta complexidade.
17. Ampliar os recursos de média e alta complexidade de ortopedia, oncologia e nefrologia para a região do Circuito da Fé e Vale Histórico.
18. Assegurar a realização de mutirões de cirurgias eletivas de média complexidade, mamografia e cirurgia de catarata, visando atender a grande demanda por esses serviços.
19. Aprimorar a oferta de Internações, de Urgência e Emergência, Cirurgias Eletivas, UTI, Procedimentos Cirúrgicos e Exames de Média e Alta Complexidade nos Hospitais Estaduais e HCFMUSPRP da região de Rio Preto, em Jundiá e na Região, na Santa Casa de Atibaia, do Hospital Manoel de Abreu e Maternidade Santa Isabel, Hospital Geral de Pirajussara, Hospital Regional Vale do Ribeira em Pariquera-Açu, Santa casa de Franca, regiões de Campinas, Bragança Paulista e Sorocaba.
20. Melhorar a integração dos Hospitais Universitários com as redes municipais, por meio de projetos desenvolvidos pela Secretaria de Estado da Saúde.
21. Melhorar a referência e contra referência do paciente com história de internações hospitalares psiquiátricas para continuação do tratamento clínico.
22. Criar uma Referência para polissonografia em âmbito estadual.
23. Construir hospitais regionais em Adamantina, em Indaiatuba, em Jundiá (no prédio da antiga Casa de Saúde), em Mauá, na Região dos Mananciais (hospital-escola), no Vale Histórico e Circuito da Fé (transformar o Hospital Maternidade Frei Galvão em Hospital Regional) e implantar Pronto Socorro 24h em Diadema e Litoral Norte.
24. Ampliar para os hospitais filantrópicos que atendam 100% o Sistema Único de Saúde, o Programa Pró-Santa Casa da Secretaria de Estado da Saúde, em particular em Guarulhos.
25. Credenciar o Hospital do Olho de Barretos para atendimento do município e região.



VII-MOÇÕES DE APOIO APROVADAS

Moção de apoio 1. Nós, Delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde abaixo assinados, propomos uma moção para uma Política Pública de Saúde ao Idoso que, de modo efetivo, resolutivo e específico abra concurso público imediatamente, para lotação de médicos geriatras em todas as unidades de saúde tradicionais e da Estratégia da Saúde da Família, visto o aumento da população idosa do Brasil.

Moção de apoio 2. O Conselho Municipal de Saúde de Mairiporã solicita construção do Hospital Regional de Mairiporã, tendo em vista o aumento da população do município e região, situado as margens da Rodovia Fernão Dias, com muitas vítimas de acidentes por não dispor de condições para atendimento, em virtude do único hospital ser de baixa complexidade, com poucos recursos e equipamentos.

Moção de apoio 3. Criação de uma Universidade Pública para fins de formação na área de ciências biológicas (médicos, biomédicos, cirurgiões dentistas, médicos veterinários, enfermagem, etc.), em cidades com mais de 500 mil moradores.

Moção de apoio 4. Os delegados e delegadas da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo vêm manifestar seu apoio à campanha “Primavera da Saúde”, lançada no último dia 24/08/2011 em Brasília, com desdobramento do ato público realizado em apoio a regulamentação da EC29. Assim, a 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo vem se somar ao Conselho Nacional de Saúde e às entidades CEBES, ABRASCO, CONAM, CMP, CNTSS, ANPG, AMERESP, CUT, CGTB, FENAFAR, CFM, CONTAG, COBAP, CONASS, COSEMS, aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, e a todas as entidades e movimentos sociais que lutam por um SUS com universalidade de acesso, integralidade e equidade. A “Primavera da Saúde” traz, entre outras bandeiras, a imediata regulamentação da EC29. A 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo manifesta seu apoio a uma regulamentação da EC29 que garanta um efetivo aumento no financiamento do SUS, suficiente para que o sistema cumpra todas as suas atribuições constitucionais, de forma a garantir o direito à saúde da população brasileira.

Moção de apoio 5. Conforme preconizado pela Lei 8080/90 (§ 3º do Art. 6º): desenvolver ações, no âmbito do SUS, para a “promoção e proteção a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”, nós delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, propomos: Reconhecimento e divulgação como parâmetro do mercurialismo o protocolo do diagnóstico clínico-ocupacional, exames especializados de funções do sistema nervoso central (teste neurocomportamental, ressonância magnética de crânio, exame oftalmológico campo visual, SPECT, BERA, exames psiquiátricos neurológicos), funções do sistema endócrino (dosagem de hormônio de tireóide, glicemia, etc.), função renal (urina tipo I, uréia, creatinina, dosagem de proteína do soro e proteinúria de 24 horas), função hepática (TGO, TGP, GAMA GT, NAG, PORFIRINURIA) e função imunológica (imunoglobulinas, IgA, IgM, IgG, IgE). Além disso, manter protocolo de assistência à saúde dos trabalhadores expostos e/ou contaminados por mercúrio metálico existente no SSO/HCFMUSP, para orientação da rede SUS/INSS: A) Acompanhamento psiquiátrico com tratamento medicamentoso (antidepressivos, ansiolíticos, etc.) e psicoterapia individual de grupo. B) Acompanhamento para problemas das doenças secundárias ao mercurialismo, como: hipertensão arterial, tireoideopatia e doenças neuromusculares. C) Tratamento com antioxidantes e eventualmente intoxicação aguda com quelantes. D) Técnicas de reabilitação de danos neuro-cognitivos (memória e coordenação psicomotora).

Moção de apoio 6. Ampliação e execução dos programas. Investir, promover, garantir a divulgação da doença de Chagas em âmbito estadual, nacional, municipal. Implantar na esfera estadual o aumento em pesquisa para novos remédios, pois só existe um para soropositivos, e vacinas.

Moção de apoio 7. Garantir e assegurar a autonomia do pleno exercício profissional dos trabalhadores do SUS, principalmente no que tange à Portaria MS 648. Justificativa: respeito ao trabalhador.



Moção de apoio 8. Para que em todas as esferas governamentais venham a ser respeitadas as Leis de Cotas e Acessibilidade.

Moção de apoio 9. Que seja executado o programa de genética clínica do SUS, conforme preconiza a portaria 81/2009 do MS, visando a atenção e cuidados, aconselhamentos genéticos, planejamento familiar, com foco nas pessoas com doenças raras e doenças genéticas, citando entre elas: doença de Huntington, neurofibromatose, osteogenes imperfeito, doença de Guacher, anemia falciforme, abrenoleocodistrofia, doença de Cornélia, porfíria, mecopolicaridose e todas as doenças já classificadas como doenças raras e genéticas pela Organização Mundial da Saúde.

Moção de apoio 10. Os delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo propõem a implementação de ambulatórios com equipe de saúde multiprofissional e interdisciplinar para as pessoas com Doenças Raras: como também a seus familiares.

Moção de apoio 11. A todos os municípios e cidades do nosso país a manterem limpas as calçadas e guias. Fazendo esse trabalho simples, estamos colaborando com as bocas de lobo limpas e toda a cidade fica livre das enchentes perigosas.

Moção de apoio 12. Pedimos a inclusão do fisioterapeuta e educador físico na equipe de atenção básica de saúde e PSF para a promoção da saúde e envelhecimento ativo e prevenção de diversas doenças.

Moção de apoio 13. Realizar a 1ª Conferência Nacional de Seguridade Social integrando os Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Previdência Social.

Moção de apoio 14. Incluir o farmacêutico, em nível nacional, nas equipes multiprofissionais, tais como ESF, CAPS, UBS, Vigilância em Saúde e outras equipes em que se envolva o medicamento no SUS.

Moção de apoio 15. Garantir a presença do farmacêutico em todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica, com ênfase na dispensação, garantindo ao cidadão o acesso e uso racional do medicamento, reduzindo seu custo, assim como o desperdício.

Moção de apoio 16. Pela criação/adequação do organograma do Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, visando estabelecimento de ambiente que lhe permita melhoria nas relações internas, externas e pessoais do ponto de vista ético e institucional, recomendamos ao Conselho Estadual de Saúde a criação de uma Comissão de Ética.

Moção de apoio 17. Pela criação/adequação do organograma do Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, visando estabelecimento de condições que lhe tragam melhor resolutividade e mais fortalecimento político. Da seguinte forma: De: Plenário e Comissões. Para: Plenário, Mesa Diretora (Comissão Executiva) e Comissões.

Moção de apoio 18. Considerando a importância de um mapeamento que dê visibilidade as instituições/movimentos sociais, bem como a sua área de atuação geográfica e a capilaridade de suas ações eminentemente de interesse público, recomendamos que as entidades/movimentos sociais que compõem o Conselho Estadual de Saúde ou as que o venham a compor, apresentem ao Conselho e a quem possa interessar os documentos e estratégias utilizadas que garantam e reconheçam a sua existência, abrangência e atividades desenvolvidas em âmbito estadual.

Moção de apoio 19. Oferecer tratamento ortodôntico para crianças e adultos, possibilitando uma oclusão dentária adequada para a fala, mastigação e estética bucal, na rede pública de saúde.

Moção de apoio 20. Os delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo vêm manifestar seu apoio pedindo a garantia do atendimento das necessidades nutricionais dos pacientes com risco nutricional e prescrição de dieta enteral/suplementar, com orientação integral de seu manuseio, acompanhada de programas de educação nutricional para promoção da saúde e prevenção da instalação de doenças crônicas não transmissíveis. Justificativa: Consolidar estratégias que



viabilizam a promoção e a assistência à saúde da população. Experiências demonstram a importância de uma nutrição adequada para a manutenção da saúde, bem como para a recuperação dos pacientes.

Moção de apoio 21. Os delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo vêm manifestar seu apoio pedindo a garantia do cumprimento da RDC nº 63, de 06/07/2000 e da Portaria nº 272, de 08/04/1998, que tratam do Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral, respectivamente, com ênfase na capacitação de uma equipe multiprofissional para garantia da sua eficácia e segurança para os pacientes. Justificativa: Há necessidade que todos os equipamentos que atendam o paciente com necessidades de terapia nutricional tenham uma equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN): grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional – TN para a eficácia do tratamento e a segurança do paciente.

Moção de apoio 22. Os delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo vêm manifestar seu apoio ao incentivo à implantação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, proposto pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, como definidos na Portaria Conjunta nº 29, de 22/06/2001, tanto no SUS como nas maternidades via Saúde Suplementar.

Moção de apoio 23. A portaria MS /SNVS Nº 272 /98, que aprovou o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição parenteral (TNP), estabeleceu que a equipe de terapia nutricional deveria ser multiprofissional, formal e obrigatoriamente constituída de, pelo menos, um profissional destas categorias médico, farmacêutico, enfermeiro e nutricionista. Considerando que o objetivo da terapia de nutrição parenteral é garantir a assistência especializada aos pacientes com risco nutricional e que, dentre as muitas causas de desnutrição, a disfagia orofaríngea causa importante impacto na nutrição e hidratação do paciente, desestabilizando, seu estado clínico defendemos a presença obrigatória do FONOAUDIÓLOGO, na equipe de terapia nutricional.

Moção de apoio 24. Garantir e assegurar a aprovação da EC 63 – trata-se do Piso Nacional do Agente Comunitário de Saúde. Justificativa: Pela equidade e respeito ao trabalhador do SUS.

Moção de apoio 25. Apoio ao fortalecimento e execução das resoluções do Fórum da Cidadania, Justiça e Cultura de Paz de Piracicaba e região voltadas à concretização das condições dignas de vida e trabalho do trabalhador da cana de açúcar, especialmente migrante, com enfoque na melhoria e controle das condições atuais de moradia, transporte e assistência. A estratégia da carteira de saúde do trabalhador da cana de açúcar proposta pelo Fórum da Cidadania, Justiça e Cultura de Paz de Piracicaba e região precisa ser regulamentada como agente de promoção da universalidade, equidade e integralidade da saúde do trabalhador rural.

Moção de apoio 26. A exemplo dos assistentes sociais, outras categorias profissionais da saúde lutam pela regulamentação da jornada de trabalho em até 30 horas semanais, como enfermeiros(as) e psicólogos(as). Os delegados (as) presentes a 6ª Conferência Estadual de Saúde vêm manifestar seu apoio a luta dessas categorias profissionais como de todas as outras que lutam para regulamentar a jornada de trabalho em níveis adequados à complexidade das tarefas. Esta luta se incorpora à de toda classe trabalhadores pela redução da jornada e por melhores condições de trabalho.

Moção de apoio 27. A Comissão de Saúde da População Negra do Conselho Municipal de São Paulo solicita que na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Estado de São Paulo seja lida e votada na Plenária o texto: São Paulo, 02 de junho de 2011. Prezados, Informamos que a Comissão de Saúde da População Negra em parceria com a área técnica de saúde da população Negra – Atenção Básica da Secretaria Municipal de São Paulo, e Coordenadoria dos Assuntos da População Negra – CONE da



Secretaria de Participação e Parcerias realizou no dia 24 de maio de 2011, o II Seminário sobre a Atenção à Saúde da População Negra do Município de São Paulo. Como produto deste seminário, apresentamos a proposta em anexo, que deverá ser base para reflexões em diversos fóruns, como as Pré-Conferências da 16ª Conferência Municipal de Saúde, 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo e 14ª Conferência Nacional a serem realizadas no dia 04/06/2011, norteando a criação de processos estratégicos para implementação das ações referentes a Atenção à Saúde da População Negra desenvolvidas no MSP. A proposta apresentada, que deve ser inserida no EIXO 1: Avanços e Desafios para a Garantia do Acesso e Acolhimento com Qualidade e Equidade, com 4 módulos: Quesito Raça Cor; Doença Falciforme; Doenças-Crônicas Degenerativas e Integração Intersetorial, de discussão do documento norteador das Conferências citadas. Esta proposta foi subsidiada por: Estatuto da Igualdade Racial – Lei Federal nº 12.288; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Portaria Federal nº 992; Introdução do quesito raça cor no sistema Estadual de Informações – Lei Estadual nº 14.273; Programa Municipal de Combate ao Racismo – Lei Municipal nº 13.791. Atenção Básica – Área Técnica Saúde da População Negra. Comissão Saúde População Negra

Moção de apoio 28. Manifestamos nosso apoio a proposta elaborada na Conferência Municipal de Saúde Rio Claro homologada pela etapa regional, referente a solicitação de transferência da referência para a regional de Piracicaba da qualificação do RNA Viral do HIV-1 carga viral do laboratório da UNESP de Araraquara para o Instituto Adolfo Lutz. O Instituto Adolfo Lutz de Rio Claro já integra a rede credenciada para qualificação de linfócitos T (CD4/CD8) desde o ano de 2000 e já esta previsto como “Imagem objetiva” na rede credenciada por meio da Deliberação CIB Nº 227 –R/2007 publicada no DOE em 05/12/2007. Essa proposta já tinha sido abordada pelos Técnicos; Diretor do Instituto Adolfo Lutz de Rio Claro. Interlocutor de Programa DST/AIDS do GVE XX Piracicaba, Diretor do GVE XX Piracicaba, Interlocutor de Programas de Hepatites Virais do GVE XX Piracicaba , interlocutor Municipal de DST/AIDS de Araras, Interlocutor Municipal de DST/AIDS de Leme, Interlocutor Municipal de DST/AIDS de Limeira, Interlocutor Municipal de DST/AIDS de Pirassununga, Interlocutor Municipal de DST/AIDS de Piracicaba, Interlocutor Municipal de DST/AIDS Rio Claro.

Moção de apoio 29. Os delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo declaram seu apoio a questão grave de descaso das autoridades municipal e Estadual em relação à aldeia Guarani *Tekoa Pyau* localizada na estrada turística do Jaraguá/São Paulo. Abandonados a sua própria sorte a população indígena esta sendo dizimada pela ausência de saneamento básico de políticas de saúde específica, poluição de suas águas e ausências de sinalização da estrada que conduz a aldeia (o que tem causado mortes de muitas crianças). Este apoio deve destacar a demarcação de suas terras pela FUNAI e o desenvolvimento de ações voltadas para a geração de renda desta população que pode ser incluída entre os miseráveis sem trabalho, sem assistência, com fome.

Moção de apoio 30. O Conselho municipal de Saúde de São Paulo através desta moção torna público o posicionamento do Ministério Público Estadual de São Paulo – Promotoria de Justiça de Direitos Humanos –Saúde Pública em relação a Declaração de Nulidade da 15ª Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em dezembro de 2010, sem a participação dos Conselheiros Municipais de Saúde que se colocarão a forma que o Gestor Municipal de Saúde de São Paulo determinou a escolha dos delegados a esta Conferência EXCLUINDO dela a Sociedade Civil Organizada. Diante destas e outras irregularidades o Ministério Público Estadual, através de sua 4ª Promotoria de Justiça expede a seguinte RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA AO Município de São Paulo – Que todas as Conferências Municipais de Saúde doravante realizadas obedeçam as determinações legais (Lei 8142/90- Lei Municipal 12.546/98- Decreto 38576/99) a resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde e o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo. Bem como permitam a ELEIÇÃO, nas plenárias regionais, de representantes de toda a sociedade paulistana, e não somente de representantes de conselhos gestores. Cuida-se de Conferências Municipal e não de Conferência de CONSELHO GESTORES”. São Paulo 10 de julho 2011. Dr. Artur Pinto Filho. Promotor de Justiça. Encaminhar ao: CMS/SP,CES/SP,CNS para que seja socializada a seus conselheiros.



Moção de apoio 31. Garantia de realização da triagem auditiva neonatal independente da natureza do hospital (público ou privado), e, sobretudo, garantir o acompanhamento adequado a bebês pelo sistema público de saúde (avaliação, diagnóstico, adaptação de dispositivos eletrônicos e reabilitação fonoaudiológica), de acordo com Lei nº. 12.303/2010, que “dispõe sobre a obrigatoriedade de realização de exame denominado emissões otoacústica evocadas”.

Moção de apoio 32. A portaria GM nº 1339, de 18/11/1999 instituiu a lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho a serem adotadas como referência aos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. No entanto o “Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho” não se encontra neste rol de doenças. Defendemos a proposta de atualização da referida lista, bem como a garantia de programas de Saúde Vocal destinados aos trabalhadores que utilizam a voz profissionalmente.

Moção de apoio 33. Vimos, por meio deste, solicitar que haja a alteração no texto da Portaria MS 2029, de 24 de agosto de 2011, em seu capítulo II, da Organização da Atenção Domiciliar, Artigo 7º, para que conste o seguinte: “Art. 7º A EMAD deverá atender a uma população adscrita de 50 mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde, tais como: hospital, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), devendo estar vinculada administrativamente ao SAD.” Pelos motivos a seguir declinados: É sabido que em cidades menores de 50 mil habitantes o percentual da população é majoritariamente de idosos, haja vista a menor quantidade de oportunidades aos mais jovens que, em busca de melhorias de vida, optam por deixar o seu local de nascimento em busca de oportunidades nas maiores cidades. Assim, é de extrema importância que municípios menores recebam tal repasse e utilizem o Serviço de Atenção Domiciliar, pois existe a necessidade de cuidarem de seus idosos que, como informado, são a maior parte da população. São Paulo, 31 de agosto de 2011. DELEGADOS ESTADUAIS DE SÃO PAULO

Moção de apoio 34. Reivindicação de custeio de 25% para o custeio do SAMU, UPA e medicamentos.

Moção de apoio 35. Conforme preconiza o SUS (“De Todos para Todos”) em especial para a minoria étnica do povo cigano com a efetividade de mais políticas públicas a favor da inclusão social e igualdade social do povo cigano, e tudo para permitir maior acesso a saúde.

Moção de apoio 36. Que a comissão organizadora da 6ª Conferência de Saúde do Estado de São Paulo promova um encontro dos delegados homologados para a 14ª Conferência Nacional de Saúde com o propósito de integrar e articular com esses representantes uma logística para defesa das nossas propostas do evento Nacional.

VIII-MOÇÕES DE REPÚDIO

Moção de repúdio 1. As delegadas e delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Estado de São Paulo vêm manifestar seu repúdio à política de entrega da gestão de equipamentos e serviços públicos de saúde para entidades privadas, que no Estado de São Paulo aparecem sob o modelo das Organizações Sociais (OS). O modelo de gestão privatizada, através das Organizações Sociais, está em vigor no Estado de São Paulo há mais de uma década, ao arripio das inúmeras resoluções de vários Conselhos e Conferências Municipais, do Conselho e da Conferência Estadual e da Conferência e do Conselho Municipal de Saúde. Ao longo deste tempo, a experiência já tratou de demonstrar que o modelo, além de ser prejudicial aos trabalhadores da saúde e, principalmente, aos usuários do SUS, é um completo fracasso do ponto de vista administrativo. Matérias jornalísticas recentes demonstraram, sem qualquer contestação do gestor estadual do SUS, que a grande maioria das instituições gerenciadas por Organizações Sociais operam no vermelho, num prejuízo acumulado de quase 150 milhões de reais. A 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo exige o fim da privatização do SUS/SP e a retomada da gestão pública dos equipamentos e serviços



públicos de saúde, e a garantia por parte do governo do Estado de que os mesmos terão financiamento necessário para cumprir sua função de prestar uma assistência de qualidade à população do estado.

Moção de repúdio 2. As delegadas e delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo vêm manifestar seu repúdio ao governador do Estado de São Paulo, pela proposição da lei estadual nº 1131/10, que estabelece um marco legal que torna possível a reserva de até 25% dos leitos dos hospitais públicos paulistas para particulares e clientes de planos e seguros privados de saúde, estabelecendo uma porta dupla de entrada que é incompatível com a Constituição Federal e com os princípios do SUS, e inaceitável porque, além de tudo, dificulta ainda mais o acesso dos usuários ao SUS à já insuficiente quantidade de leitos para o atendimento de suas demandas. Manifestamos também o nosso repúdio à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo e a todas e todos os Deputados Estaduais que aprovaram a referida lei, votando contra o interesse da população paulista que os elegeu para lhe representar. Repudiamos, ainda, e novamente, o governador Geraldo Alckmin pela edição do Decreto 57.108/2011, que na prática regulamenta a dupla porta e permite que os hospitais públicos paulistas funcionem como conveniados dos planos e seguradoras privados, numa relação direta entre entes privados – os planos e seguradoras e as OSs que administram os hospitais – que se beneficiam dos equipamentos públicos de saúde com prejuízos incalculáveis para a população. Repudiamos também o Secretário Estadual de Saúde Giovanni Cerri pela Resolução 81/2011 da Secretaria Estadual de Saúde que já indica os primeiros hospitais públicos a terem seus leitos vendidos pelas OSs para as seguradoras e planos privados de saúde. A 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, instância máxima do controle social do SUS no Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais previstas na lei federal nº 8142/1990, vem por fim exigir do Governo do Estado de São Paulo e da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo a imediata revogação da Lei estadual 1131/2010 e de todos os dispositivos infralegais já publicados.

Moção de repúdio 3. Os delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, considerando a luta desenvolvida pelo Conselho Estadual de Saúde contrária a Lei Complementar nº 1131/2010, o Decreto nº 57.108/2011 e a Resolução nº 148/2011, do Governo do Estado de São Paulo, que permitem direcionar até 25% dos leitos e outros serviços hospitalares do SUS, que têm contrato de gestão com Organizações Sociais, para atendimento a “pacientes particulares ou usuários de planos de saúde”. Manifestam seu total apoio aos Conselheiros Estaduais de Saúde juntando-se aos mesmos na defesa intransigente de um SUS 100% público na gestão e na prestação de serviços no Estado de São Paulo.

Moção de repúdio 4. Nós, delegados participantes da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, realizada entre os dias 31/08/11 a 02/09/11, na cidade de Serra Negra/SP, manifestamos nosso repúdio à ADIN 4468 impetrada ao Supremo Tribunal Federal pela Confederação Nacional da Saúde, questionando a constitucionalidade da lei federal 12.317/2010. Compreendemos que a conquista da jornada de 30 horas semanais, para os trabalhadores assistentes sociais, representa um direito histórico e, acima de tudo, uma conquista para a classe trabalhadora. Assim, apoiamos a luta dos assistentes sociais e da classe trabalhadora pela melhoria das condições de trabalho e de qualidade dos serviços à população. Nenhum direito a menos! Pela conquista e consolidação de direitos da classe trabalhadora.

Moção de repúdio 5. Nós delegados presentes na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Estado de São Paulo manifestamos nosso repúdio diante da aprovação das alterações na Câmara Federal do Código Florestal Brasileiro, colocando em risco ainda mais a proteção das florestas, da biodiversidade, das águas, do ar, do solo, do clima, das populações em áreas de risco, trazendo graves e imprevisíveis implicações à saúde de toda a população. Sendo assim, exigimos um debate mais amplo com todos os setores da sociedade antes de qualquer alteração no referido Código.

Moção de repúdio 6. O Conselho Gestor segmento usuário do complexo hospitalar do Mandaqui situado na zona norte da capital paulista, sendo referência em trauma, vem através de seus representantes aqui presentes: Informar que depois de ouvido o plenário deste Conselho Gestor, vem a público apresentar a esta Conferência em razão da diminuição dos leitos em



20% após as obras de reforma e ampliação que segue ao longo dos últimos 03 anos com o custo aproximado de 60 milhões de reais, desconsiderando a ampliação do número de leitos em virtude do aumento populacional da região norte da capital paulista.

Moção de repúdio 7. Nós delegados(as) da 6ª Conferência Estadual de Saúde, realizada nos dias 31 de agosto de 2011 a 02 de setembro de 2011 na cidade de Serra Negra – SP, manifestamos nosso repúdio a PLC 677/11 do Governo Estadual de aplicar uma política de exclusão, recolhendo e internando compulsoriamente a população usuária de álcool e outras drogas da região central da cidade de São Paulo. A internação compulsória configura-se como uma medida higienista, limpando o centro da cidade para operacionalização de grandes projetos de revitalização do centro, eventos como Copa do Mundo, Olimpíadas e especulação imobiliária. Esta é uma política de segregação social, violadora dos direitos humanos. Defendemos: A compulsoriedade dos direitos humanos e sociais, fortalecimento e ampliação do acesso das políticas de assistência social, saúde (respeitando a princípios da Reforma Psiquiátrica) e defesa dos direitos da criança e adolescentes.

Moção de repúdio 8. Nós delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde, etapa Estadual da 14ª Conferência Nacional de Saúde apresentamos o nosso veemente repúdio ao Sr. Prefeito Gilberto Kassab e do secretário Municipal de saúde de São Paulo Dr. Januário Montone, pelo não cumprimento de suas promessas no período eleitoral e de campanha, como a construção do hospital de Parelheiros de 250 leitos e que até agora trocou o mesmo por 50 leitos, um de “puxadinho” no PS Balneário São José, que também continua no papel com nenhuma obra começada, que seja de iniciativa pública, não pareceria pública privada.

Moção de repúdio 9. Moção de repúdio contra o serviço jurídico prestado pelo Grupo de Amparo ao Doente da AIDS/HIV (GADA) de São José do Rio Preto pelos fatos expostos a seguir: O serviço jurídico do GADA ingressa no poder Judiciário da cidade de São Jose do Rio Preto com ações denominadas “obrigações de fazer com pedido de liminar”, as quais geram enormes prejuízos ao Estado de São Paulo com relação ao pagamento de honorários advocatícios que giram em torno de milhões de reais, ao invés de ingressarem com ações de “mandado de segurança” que são gratuitas, não geram pagamentos de honorários advocatícios ao Estado, por serem constitucionais. O GADA age de modo diferente da Defensoria Público do Estado de São Paulo, que ingressam com “mandado de segurança”, estes não geram pagamento de honorários e conseqüentemente não geram prejuízos do Estado de São Paulo. Por fim, pedimos moção de Repúdio à Plenária da 6ª Conferência de Saúde do Estado de São Paulo.

Moção de repúdio 10. Moção de Repúdio contra o Conselho Municipal de Saúde e a Juíza de Direito da 2ª Vara da Fazenda Pública, ambas da Comarca de São José do Rio Preto/SP, pelos motivos que seguem: em eleição para composição dos Conselhos locais de saúde, segmento usuários da referida cidade, o usuário Ademar Crucial Filho que é servidor público Estadual, sendo agente administrativo da vara do Juizado Especial Civil da citada cidade, concorreu na UBS Vila Elvira como Conselheiro local seguimento usuários, obtendo os votos necessários para a vaga de titular do referido conselho, ocorre, porém, que o presidente do Conselho Municipal notificou o candidato dizendo que o mesmo não poderia tomar posse, pois não há previsão local para que “ membros do poder judiciário” façam parte dos conselhos locais. Ocorre que o candidato não é membro do poder judiciário, pois membro do poder judiciário são os juízes, desembarcadores e ministros de tribunais superiores. O candidato é servidor público regido pelo estatuto dos funcionários públicos civis do Estado de São Paulo, como o são os professores, policiais civis, e funcionários do executivo estadual em geral. Ultrapassado esse fato, o candidato se sentindo lecionado em seu direito, ingressou com o recurso constitucional de mandato de segurança, junto a 2ª Vara da Fazenda Pública de São Jose do Rio Preto/SP, recebendo o número 576.01.2011.037526-6 (processo PROC 7446/2011), para apreciação de pedido de liminar e prolatação de sentença, ambas indeferidas e julgadas improcedentes pela MM. Juíza Tatiana Pereira Viana Santos, e em que pese, e apesar de referido processo estar em grau de recurso junto ao egrégio Tribunal de Justiça de SP, referida se fundamental



apenas para a análise do mérito nas informações prestadas pelo Conselho Municipal que juntou nos autos encaminhamentos da reunião 187, de 26/11/2010, do Conselho Estadual, o qual apenas refere aos atos na reunião e sem poderes de deliberações como seria a Lei, não analisando a Lei Complementar 791 de 9/03/1995 de SP, que em seu artigo 68, veda a escolha de representantes do usuários que tenham vínculo, dependência ou comunhão de interesses com quaisquer representantes dos “integrantes” dos Conselhos Estadual ou Municipal, que não é o caso do candidato, deixando assim a MM. Juíza de fazer a interpretação hermenêutica das legislações federal, estadual e municipal e assim fazendo, vem a prejudicar a qualificação do controle social do “SUS”, para composição dos conselhos, pois o juiz deve interpretar e aplicar a “Lei”, e não o “*apud*” incompleto de uma ata, pois a ata em si faz a citação da Lei, e o “*apud*” não o faz, haja vista que haverá correção pelos tribunais superiores desta sentença, para um efetivo é imparcial controle social. Posto isto, solicito a Moção de Repúdio contra o Conselho Municipal de Saúde e contra a 2ª Vara da Fazenda Pública, ambas da cidade de São José de Rio Preto/SP.

IX- CARTA DE SERRA NEGRA

Nós delegados e delegadas reunidos para a 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo trazemos a público nossa defesa do SUS universal, integral, equânime, descentralizado e estruturado no controle social. E destacamos que ao mesmo tempo em que o SUS é reconhecido como o melhor Sistema Público de Saúde do mundo, passa por diversos ataques aos seus princípios e diretrizes.

Defendemos que a saúde deva estar assegurada ao povo brasileiro como direito de todos e dever do Estado. Esta Plenária entende que Direitos são compromissos traçados pela sociedade para garantir qualidade de vida para todos. Só existe a plenitude do Direito para quem assume e conhece conscientemente a legislação.

Para tanto deve haver transparência nas leis, ações, propostas e programas por parte do Estado e inserção imperiosa do cidadão e sua participação nas decisões políticas. Este é o caminho para construir o SUS que queremos, necessitamos e merecemos.

Desejamos colocar nossa defesa intransigente em favor do SUS como política de Seguridade Social. O SUS deve efetivamente garantir seus preceitos constitucionais como dever de Estado e direito de todos. Isso só será garantido por políticas singularizadas por região, em espaços geográficos delimitados, com acesso e integralidade do cuidado.

Entendemos ainda que a garantia desse direito deva ser fortalecida através das decisões políticas destacadas:

Consideramos de vital importância a estruturação da Lei de Responsabilidade Sanitária, visando à superação das amarras colocadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), e a garantia de fontes de financiamento ao SUS. Para tanto é imprescindível a Regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000, a elevação do percentual do montante da Receita Bruta que garanta o mínimo de 10% do PIB Nacional. Na mesma lógica, defendemos o fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU) e destinação de percentual de arrecadação tributária aplicada aos produtos danosos à saúde (álcool, cigarro, químicos, etc.) para que integrem o orçamento do Ministério da Saúde.

Para cumprimento de sua missão o SUS deve adotar o modelo que prioriza a Atenção Básica como porta de entrada com o incremento das ações desde a Vigilância em Saúde, Promoção, Prevenção, Recuperação e Reabilitação, incluindo também a Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador e Saúde Mental.

É imprescindível que exista um Controle Social forte, atuante e popular com participação da comunidade para assegurar a consolidação e sustentabilidade do SUS como política de inclusão social e movimento civilizatório da sociedade brasileira.



É necessário que se respeite, efetivamente, o caráter deliberativo dos Conselhos e Conferências de Saúde e que sejam assumidas as responsabilidades sanitárias por todos os atores. Deve-se adotar a estratégia de Educação Permanente para a capacitação e qualificação do Controle Social e também acesso às informações e estratégias de Comunicação Social.

Para a plena implementação do SUS é fundamental a valorização de todos os trabalhadores envolvidos no setor saúde, fortalecendo as mesas de negociação permanentes do SUS e os comitês de desprecarização do trabalho em saúde. O trabalhador da saúde, para cumprir plenamente suas atribuições não pode prescindir de planos de cargos, carreiras e salários; Educação Permanente; ambientes adequados de trabalho e respeito à autonomia profissional.

O SUS, historicamente, propõe sua organização em redes hierarquizadas e regionalizadas. Todavia, o Estado de São Paulo não respeita estes princípios e, há 23 anos, estamos sem redes estruturadas, sem definição de serviços nos níveis de atenção básica, secundária e terciária.

Considerando essa precariedade, o nosso Estado é o que possui a menor cobertura da Estratégia de Saúde da Família, com mortalidade materna não aceitável, e se utiliza prioritariamente, de mecanismos contrários à Lei 8.080/90. É urgente estruturar os serviços do estado de São Paulo, em redes regionalizadas e hierarquizadas, tendo a Atenção Básica de saúde como eixo estruturante desta rede. Todos os serviços devem ser humanizados, considerando os indivíduos em sua totalidade e com a compreensão de que o acolhimento depende das relações entre todos os sujeitos envolvidos. Que a formação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde tenha efetiva participação de todos os segmentos dos Conselhos de Saúde e dos Colegiados de Gestão Regional.

Lembramos que hoje, o Estado de São Paulo é conhecido nacionalmente por vender serviços do SUS a planos e convênios privados de saúde (como na Lei 11.131/2010). Declaramos que esta ação do governo paulista é um ataque direto ao SUS em seus princípios. Afirmamos, também, que esta ação irresponsável é consequência da omissão do Estado de seu dever constitucional de garantir saúde a seus cidadãos, delegando-o às Organizações Sociais de Saúde e outros entes privados.

Conclamamos toda a sociedade a defender a grande conquista do povo brasileiro, que é o SUS universal, equânime, integral e 100% público.

Para o SUS ser de todos tem que ser 100% público!

Serra Negra, 2 de setembro de 2011.



COMISSÃO ORGANIZADORA DA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE SÃO PAULO

PRESIDENTE- José Manuel de Camargo Teixeira

COORDENADOR- Manuel Barros Bértolo

SECRETÁRIA EXECUTIVA- Stela Félix Machado Guillin Pedreira

Haino Burmester - segmento gestor

Floriano Nuno de Barros Pereira Filho - segmento gestor

Meire Cristina Nunes Vieira Rosa Ghilarducci - segmento gestor

Kátia Aparecida dos Santos - segmento trabalhador da Saúde

Maria de Lourdes da Rocha Alves - segmento trabalhador da Saúde

Otelo Chino Junior - segmento trabalhador da Saúde

Valéria Cristina Lopes Princz - segmento trabalhador da Saúde

Anna Maria Martins Soares - segmento usuários

Lucas André Fernandes Soler- segmento usuários

Lucia Helena de Oliveira- segmento usuários

Luiz Antonio Queiroz- segmento usuários

Maria Adenilda Mastelaro- segmento usuários

Maria Aparecida Rodrigues- segmento usuários

Regina Célia Pedrosa Vieira- segmento usuários

Vera Lucial Soveral da Silveira- segmento usuários



COMISSÃO DE RELATORIA E EQUIPE DE APOIO

RELATORIA GERAL

Marília Louvison
Paulo Capel Narvai
Fernando Lefevre
Ana Maria Cavalcanti Lefevre

RELATORIA SÍNTESE

Adilson Soares
Claudia Carnevalle
Daniele Guerra
Dora Severo
Everton Lopes Rodrigues
Maria Isabel Ribeiro Campos
Nayara Begalli Scalco Vieira

RELATORIA DE APOIO TÉCNICO- DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Ana Lucia Teco
Ana Maria Caricari
Carla Cristina Tse Ju Cavalcanti
Cecilia Santos Silva Abdalla
Cláudia Malinverni
Daniela Schoeps
Dressiane Zanardi Pereira
Edlaine Faria de Moura Villela
Guilherme Borba Lefevre
Letícia Maria Salete de Campos
Marina França Lopes
Odete Santelle
Rachelle Amalia Agostini Balbinot
Regina Célia Canel
Sílvia Bastos

RELATORIA DE APOIO TÉCNICO- SISCONFERENCIA

Ana Cristina Caló Alves da Motta
Dorival Junior
Elda de Oliveira
Hamilcar José Ferreira de Miranda
Jorge Avelino Bento
Margaret Harrison De Santis Dominguez
Marilene de Souza



Marilia Rodrigues
Paula Pinho
Roberta Andrea de Oliveira

RELATORIA DE APOIO ADMINISTRATIVO

Leandro Senna Cardoso Gomes
Ana Paula Saito de Campos
Angelo Victor Peres Martins
Gabrielle Zanardi Pereira
Jorge Daniel Fernández
Julia Gonçalves da Silva Garcia
Juliana Corrêa
Paula Pinho
Renato Mendonça Braga Silva
Rodrigo Morales Bertucci
Thiago Megre Venco
Tiago da Silva Selaibe

MEMBROS DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE- ATUALIZADA EM 22/06/2011

Massahiro Miyamoto Secretário Executivo
José Manoel De Camargo Teixeira
Haino Burmester
Luizemir Wolney Carvalho Lago
Affonso Viviani Junior
Stela Félix Machado Guillin Pedreira
Ademar Arthur Chioro Dos Reis
Marco André Ferreira D'Oliveira
Luís Fernando Nogueira Tofani
Célia Cristina Pereira Bortoletto
Luiz Carlos Zeferino
Oswaldo Da Rocha Grassiotto
Manoel Barros Bértolo
Emílio Carlos Curcelli



Meire Cristina Nunes Vieira Rosa Ghilarducci

José Antonio Fasiaben

Erik Oswaldo Von Eye

Paulo Sérgio Malafaia

Katia Aparecida Dos Santos

Maria Das Graças Artur Machado

Otelo Chino Junior

Valéria Cristina Lopes Princz

Maria De Lourdes Da Rocha Alves

Ana Rosa Garcia Da Costa

Alexandre Martinho

Marco Antonio Rocco

Moacyr Miniussi Bertolino Neto

Marco Tadeu Moreira Moraes

Marília Cristina Prado Louvison

Márcia Cristina Da Cruz Mecone

Neide Aparecida Sales Biscuola

Fernanda Plesmman De Carvalho

José Augusto De Sousa

Aparecida Bernadete Soares Sales

Luiz Antonio Queiroz

Neuza Paiva

José Baía De Lima

Renata Thomaz Rosa Vignali

Mônica Calazans Rodrigues Bross

João Nicomedes Valeri Sanches

Regina Célia Pedrosa Vieira



Carlos Eduardo Danilevicius Tenório

Sonia Maria Castelo Branco Fortuna

Lucas André Fernandes Soler

Sonia Maria Montesino Da Silva

Aneildo Pinheiro Dos Santos

João Xavier

Leonides Gregório Da Silva

Maria Aparecida Rodrigues

Lúcia Helena De Oliveira

Marcos Antonio Bardella

Maria Adenilda Mastelaro

Maria Cícera De Salles

Anna Maria Martins Soares

Ana Clarissa Candido De Moura

Vera Lúcia Soveral Da Silveira

Gilson Da Cruz Rodrigues

Jorge Morgado

Yoshihissa Kato

Claralice Dos Santos Das Chagas Rosa

DELEGADOS ELEITOS PARA A 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

NOME	SEGMENTO	DRS
ACÍLIA MARTINS DOS SANTOS	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ADALTO FELICIANO DA SILVA	USUÁRIO	DRS XII REGISTRO
ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS	GESTOR	DELEGADOS DE BASE
ADEMAR CRUCIOL FILHO	USUÁRIO	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
ADRIANA CRISTINA MOÇO	USUARIO	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
AIRSON DA COSTA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO



ALBERTO EXPEDITO PAIOTTI	GESTOR	DRS XVII TAUBATÉ
ALEX APARECIDO LEITE DE ALBUQUERQUE	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ALEXSANDRA DE ALMEIDA SOARES	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
ALICE TIEME N. SHIMABUKUR	GESTOR / PRESTADOR	DRS VII CAMPINAS
ALINE DE ALENCAR	TRABALHADOR	DRS III ARARAQUARA
ALMIR ROGERIO CANOSSA	GESTOR	DRS III ARARAQUARA
ALÓÍDE LAVEIRA GUIMARÃES	GESTOR	MUNICIPIO CAMPINAS
ALVARO ANGELO	USUARIO	DRS VIII FRANCA
ALVARO ROSSI	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
AMERICO PEREIRA	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
ANA CLAUDIA FREITAS DE VASCONCELOS	GESTOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
ANA LUCIA CHHISPIM	TRABALHADOR	DRS VII CAMPINAS
ANA LUCIA DE MATOS FLORES	TRABALHADOR	DRS XI P. PRUDENTE
ANA LUCIA FIRMINO	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANA MARIA MARTINS SOARES	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
ANA MARIA BRANDÃO DE ANDRADE	TRABALHADOR	DRS XIV S. J. BOA VISTA
ANA MARINA DA SILVA SANTOS	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
ANA PAULA DE ARRUDA GERALDES KALAOKA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANA PAULA PETRATI	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANA PAULA SIMÕES MARIA	USUARIO	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
ANATÓLIO JUNIOR FONTENELE	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANDRÉ LUIS DOS SANTOS	TRABALHADOR	DRS XVII TAUBATÉ
ANDRE LUIZ DE SOUZA	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
CARMEM LILIAN MORAIS CALÇAS	USUARIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANDREIA PATRICIA BARCELOS DE SOUZA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANEILDO PINHEIRO DOS SANTOS	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
ANGELO DÁGOSTINI JUNIOR	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANGELO PARUSSOLO	USUÁRIO	DRS IX MARILIA
ANIE ALDINI DA SILVA BERTHOLDIUS	USUARIO	DRS VIII FRANCA
ANSELMO SILVA	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
ANTONIO ANELCI JARDIM	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
ANTONIO APARECIDO VIEIRA DE SOUZA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
ANTONIO CARLOS DA CRUZ JUNIOR	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANTONIO CARLOS GOMES	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
ANTONIO CARLOS LIMA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANTONIO CÉLIO CAMARGO MORENO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANTONIO CUNHA DA SILVA	USUARIO	DRS VI BAURU
ANTONIO GONÇALVES	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO



CASSIA SCHIFFER ROGERO	USUARIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANTONIO LUIZ CALDAS JUNIOR	GESTOR	DRS VI BAURU
ANTONIO ROBERTO DA SILVA	GESTOR	DRS X PIRACICABA
ANTONIO SERGIO GONÇALVES	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ANTONIO SERGIO ISMAEL	TRABALHADOR	DRS XVI SOROCABA
APARECIDA BENEDITA FRANCISCO DOS SANTOS	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
APARECIDA MARIA DOS SANTOS	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
APARECIDA NAVA	TRABALHADOR	DRS II ARAÇATUBA
ARACY CUSTODIO BORGES	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ARIANE DINIZ PINTO	GESTOR	DRS XVII TAUBATÉ
ARLETE NAZARÉ DE OLIVEIRA SOUZA	GESTOR	DRS II ARAÇATUBA
ARLINDO DA SILVA LOURENÇO	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ARY COELHO JUNIOR	USUÁRIO	DRS III ARARAQUARA
AUREA MARIA SANT'ANNA BALDELLAS NISPEQUE	TRABALHADOR	DRS VI BAURU
AYRTON GIMENES GONÇALVES	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
BENEDITO AUGUSTO DE OLIVEIRA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
BENEDITO CANTOR MARQUES	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
BENEDITO ORLANDO NUNES	USUARIO	DRS X PIRACICABA
BENEDITO PIRES RODRIGUES	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
CARLA APARECIDA ALMEIDA SIQUEIRA MACHADO	GESTOR	MUNICIPIO CAMPINAS
CARLOS EDUARDO DANILEVICIUS TENORIO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
CARLOS EM RIBEIRO	GESTOR	DRS VII CAMPINAS
CARLOS RENATO GAZONI SCREMIN	GESTOR	DRS VI BAURU
CARLOS ROBERTO MALPELLI	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
CARMEM ANGELA DE AQUINO MASCARENHAS	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
CASSIANO CONCEIÇÃO	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
CASSIO APARECIDO FACCIO	USUARIO	DRS V BARRETOS
CASSIO ELMO GONÇALVES GALLO	USUÁRIO	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
CASSIO ROGERIO DIAS LEMOS FIGUEIREDO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
CÉLIA ALVES LIMA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
CÉLIA APARECIDA ASSUMPÇÃO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
CELINA MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
CELSO APARECIDO FATTORI JUNIOR	GESTOR	DRS XVI SOROCABA
CELSO MIRANDA DUARTE	USUÁRIO	DRS III ARARAQUARA
CICERO GILMAR LOPES DOS SANTOS	GESTOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
CICERO RODRIGUES DA SILVA	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
CINTIA ALBUQUERQUE ZAMBIANCO	GESTOR	DRS XVI SOROCABA
CLARALICE DOS S. DAS CHAGAS ROSAS	USUARIO	MUNICIPIO GUARULHOS



CLAUDEMIR SERENO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
CLAUDETE SANTOS DE LIMA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
CRISTIANO NEVES	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
CRISTINA MARIA ATHAYDE	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
DALVA SOARES DE LIMA	USUÁRIO	DRS IX MARILIA
DANIEL BARBOSA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
DANIEL FRANCISCO RAYMUNDO	USUÁRIO	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
DANIEL GERRA NUNES	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
DANIELA CRISTINA DA SILVA RAMOS	GESTOR	DRS VI BAURU
DANIELLE MARIE GUERRA	GESTOR	DELEGADOS DE BASE
DANUSA CRISTINA GALVÃO DE FRANCA FERRAZ	USUARIO	DRS XIV S. J. BOA VISTA
DARCY BASSI	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
DEBORA SPINOLA PINHEIRO	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
DELCIDES ZUCON	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
DELTINA CANDIDA DOS SANTOS FONSECA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
DENIS VEIGA JUNIOR	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
DEODATO RODRIGUES ALVES	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
DIRCEU DOS SANTOS MOREIRA	TRABALHADOR	DRS VII CAMPINAS
DOGIMAR BARBOSA SILVA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
DOMINGO NUNES	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
DORA MARTINS DOS SANTOS	USUARIO	DRS VI BAURU
DORACI MARIA AFONSO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
DORIVAL DOS SANTOS BENTO	TRABALHADOR	DRS X PIRACICABA
DOUGLAS ARAUJO FERNANDES	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
DOUGLAS BRANDILISE	GESTOR	MUNICIPIO GUARULHOS
DURVAL FRANCISCO RODRIGUES NETO	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
EDENILDA NEVES C. SOUZA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
EDIGNALVA MARIA DE SOUZA DANTAS	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
EDILSON GOMES SANTIAGO	TRABALHADOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
EDJANE MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
EDMAR DA COSTA	USUÁRIO	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
EDNO OLIVEIRA DE ATAUIJO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
EDSON OLIVIERA DA SILVA	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
EDUARDO FIGUEIREDO DE MORAES REGO	GESTOR	DRS X PIRACICABA
EDVALDO ALEXANDRE DA SILVA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
EFIGÊNIA DE SOUZA E SILVA	GESTOR	DRS XVII TAUBATÉ
ELIANA DIAS DE SOUZA RIBAS	GESTOR	DELEGADOS DE BASE
ELISABETE APARECIDA RIBEIRO JOSÉ	GESTOR	DRS I SÃO PAULO



ELISANGELA CARDOSO PIRES	TRABALHADOR	DRS XVI SOROCABA
ELISANGELA XAVIER	USUÁRIO	DRS XII REGISTRO
ELIZABETE APARECIDA DE SOUZA BALLEIRO	GESTOR	DRS II ARAÇATUBA
ELIZABETH NEVES	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
ERALDO FERREIRA DO NASCIMENTO	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
ERICA FERRAZZOLI DE VIENNE LEITE	GESTOR / PRESTADOR	DRS VII CAMPINAS
ERIKA FACINE SILVA GRAVA	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
ERIKA FERNANDA VIANA DE MORAES	TRABALHADOR	MUNICIPIO CAMPINAS
EVANDRO GARCIA SHIMORA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
EVELISE PIRES COGO SIMÃO	TRABALHADOR	DRS II ARAÇATUBA
FABIANA CESPEDES BERTAGLIA	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
FABIANA DELIBERALI	TRABALHADOR	DRS VI BAURU
FABIANA GOLÇALVES CIPRIANO	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
FABIO DE JESUS SILVA	USUARIO	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
FÁBIO JUNIOR MOTA DE OLIVEIRA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
FABIO LEMUS	TRABALHADOR	DRS XVII TAUBATÉ
FATIMA APARECIDA MARTINS	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
FERNANDO GIOVANELLI DO NASCIMENTO	GESTOR	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
FERNANDO JOSÉ PIFFER	GESTOR	DRS V BARRETOS
DAGNER GERALDO CORREIA TURRI	USUARIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
FRANCELENE RODRIGUES	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
FRANCIELE CATARUCCI	TRABALHADOR	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
FRANCIS DA SILVA FERNANDEZ	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
FRANCISCA ANDRADE QUINTEROS	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
FRANCISCA IVANEIDE E CARVALHO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
FRANCISCO DE ASSIS GOLÇALVES VALÉRIO	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
FRANCISCO MOGADOURO DA CUNHA	TRABALHADOR	MUNICIPIO CAMPINAS
FRANCISCO SANDRO SALLAS ROLDAN	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
FRANCISCO VIEIRA FILHO	GESTOR	DRS XVI SOROCABA
FREDERICO SOARES DE LIMA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
GENIEL AUGUSTO DA SILVA	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
GERALDA DA FONSECA VAZ CHAVES	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
GERARDO MENDES DE MELO	USUARIO	MUNICIPIO CAMPINAS
GETER SIMÃO FERREIRA	GESTOR	DRS VIII FRANCA
GILBERTO FRACHETTA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
GILSON JOSÉ GONÇALVES JUNIOR	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
GISELE FERREIRA FREITAS	USUARIO	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
GRACIANO JOSÉ RIBEIRO	USUÁRIO	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO



HELENA ZAIO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
HELZIMARA APARECIDA MENEZES MENDONÇA	TRABALHADOR	DRS VIII FRANCA
HENRIQUE SOMÕES RODRIGUES DA SILVA	GESTOR	DRS XVII TAUBATÉ
HERMELINDO DE OLIVEIRA	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
IDA APARECIDA LIMA RUZA	TRABALHADOR	DRS XVII TAUBATÉ
IDECLEIA GENEROSO DA SILVA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
IRENE BATISTA DOS SANTOS	TRABALHADOR	DELEGADOS DE BASE
IRONILDES DA CONCEIÇÃO FLORIDO	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
ISABELA CRISTINA CANAVEZ	GESTOR	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
ISAC JOÃO DE SOUZA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ISMAEL GIANERI	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ITAMIRO RIBEIRO MARQUES	USUARIO	DRS X PIRACICABA
EURICO FERNANDES JACAREI	USUARIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
IVANICE DA SILVEIRA SANTOS	USUARIO	DRS X PIRACICABA
IVANILDA ARGENAU MARQUES	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
IVANILSON JOAQUIM DA SILVA	TRABALHADOR	MUNICIPIO GUARULHOS
IZAIAS AMBROSIO DA SILVA	USUÁRIO	DRS III ARARAQUARA
JAIDE APARECIDA DAS NEVES	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
JANETE ALVES GOMES MANOEL	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
JANETE BARBOSA HUNG	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
JAQUELINE HONORIO REIS LIMA SILVA	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
JARQUELENE OLIVEIRA DO NASCIMENTO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
JESSICA STEFFANY MIRANDA	TRABALHADOR	DRS VI BAURU
JOÃO NERES DE OLIVEIRA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
JOÃO PAULO DE LIMA PEDROSO	GESTOR	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
JOÃO XAVIER	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
JOELMA DE FATIMA CUNHA	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
JORGE HARADA	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
JORGE MORGADO	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
JORGE YOCHINOBU CHIHARA	GESTOR	DRS XI P. PRUDENTE
JOSÉ APARECIDO MORELLI	TRABALHADOR	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
JOSÉ AUGUSTO PEDRASSOLLI CALIXTO	USUÁRIO	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
JOSÉ CARLOS FIM	USUARIO	DRS VI BAURU
JOSÉ COSTA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
JOSÉ EDUARDO DA FONSECA	GESTOR	DRS X PIRACICABA
JOSÉ ERIVALDER GUIMARÃES DE OLIVEIRA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
JOSÉ FELIPE FILHO	USUARIO	DRS XI P. PRUDENTE
JOSÉ FERNANDO CASQUEL MONTI	GESTOR	DRS VI BAURU



JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS FILHO	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
JOSÉ GUILHERME DE ANDRADE	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
JOSÉ LUIZ CREPALDI	TRABALHADOR	DRS VII CAMPINAS
JOSÉ MARIA ALMEIDA RIBEIRO	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
JOSÉ ROCHA DA CONCEIÇÃO	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
JOSÉ RUBENS DELBONO	USUARIO	DRS VI BAURU
JOSÉ TEIXEIRA DA SILVA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
JOSIANE MARIA CAETANO ARRIVABENE	GESTOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
JULIA DE BARROS LIMA	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
JULIO CESAR CARUZZO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
JUTTA PECSI FUSARO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
KATIA APARECIDA DOS SANTOS	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
KATIA CILENE BARBOSA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
KATIA CRISTINA GALVÃO TUANDE DE MENEZES	TRABALHADOR	DRS XVII TAUBATÉ
KATIA REGINA DE JESUS SANTOS	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
KATIA REGINA DE OLIVIERA ROCHA DA SILVA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
KEITH LAURA MIRANDA	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
KELLY CRISTIAN GASPARINI COSTA	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
KÉZIA ADRIANA DE ARAÚJO ALVES	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
LAERTE CARLOS AUGUSTO	USUARIO	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
LAURO QUEDAZ DA LUZ	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
LEANDRO VASQUES JUSTINO LEITE DE OLIVEIRA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
LEONARDO DA SILVA	GESTOR	DRS XVI SOROCABA
LEONIDAS DAS CHAGAS ROSA NETO	USUARIO	MUNICIPIO GUARULHOS
LEONIDAS GREGÓRIO DA SILVA	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
LIGIA FERREIRA MUSETI	GESTOR	DRS XII REGISTRO
LILIAN V. MANZALLI	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
LILIHAN MARTINS DA SILVA	GESTOR	DRS XVII TAUBATÉ
LOURDES ESTEVÃO DE ARAÚJO	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
LUCAS ANDRÉ FERNANDES SOLER	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
LUCIA HELENA DE OLIVEIRA	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
LUCIA TEREZINHA DE SOUZA	USUARIO	MUNICIPIO GUARULHOS
LUCIANA BARON MARQUES	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
LUCIANA CARLA FERREIRA COSTA	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
LUCIANA VASQUES	TRABALHADOR	MUNICIPIO GUARULHOS
LUCIANO ANDRÉ RODRIGUES	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
LUCIANO LOURENÇO COSTA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
LUCIO COSTA	TRABALHADOR	DRS XVI SOROCABA



LUCIO GODOY FERMOSELLI	TRABALHADOR	DRS VII CAMPINAS
LUIS FERNANDO NOGUEIRA TOFANI	GESTOR	DELEGADOS DE BASE
LUIZ ANTONIO QUEIROZ	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
LUIZ CARLOS MEDEIROS DE PAULA	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
LUIZ GONZAGA CALLEGARO	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
LUIZ HENRIQUE MOTTA RODRIGUES	TRABALHADOR	DRS XVI SOROCABA
LUMENA ALMEIDA CASTRO FURTADO	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
MANOEL BERTOLO	GESTOR	DELEGADOS DE BASE
MANOEL COSTA FILHO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MANOEL LURO COSTA	GESTOR	DRS VIII FRANCA
MANOEL PEREIRA DANIEL	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
MARCELLA ADRIANE VETORELLO KISS	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
MARCELO AUGUSTO VITORIANO CAMARGO	TRABALHADOR	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
MARCELO CARVALHO DA CONCEIÇÃO	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
MARCELO DOS SANTOS	USUARIO	DRS VI BAURU
MARCELO UGUETTO	USUARIO	DRS VI BAURU
MARCIA DE ALMEIDA LIMA MARIANO	GESTOR	DRS XVI SOROCABA
MARCIA SACUTE	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
MARCIA SANCHES PERES DE SOUZA	TRABALHADOR	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
MARCIO APARECIDO CONTARIM	GESTOR	DRS III ARARAQUARA
MARCO ANTONIO BARDELLA	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
MARCO ANTONIO CHAGAS DA CONCEIÇÃO	TRABALHADOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
MARCO ANTONIO DE ANDRADE	TRABALHADOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
MARCO ANTONIO DOS SANTOS	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARCO ANTONIO NUNES CABRAL	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
MARCOS AUGUSTO GERMANO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA ADENILDA MASTELARO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA AMALIA GOUVEIA OLIVEIRA	GESTOR / PRESTADOR	DRS VII CAMPINAS
MARIA APARECIDA MAQUETTI	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
MARIA APARECIDA RODRIGUES	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
MARIA ARACI DOS SANTOS	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA BERTOLINA DE MORAES	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA CANDIDA VIEIRA MIGUEL	TRABALHADOR	DRS VII CAMPINAS
MARIA CECÍLIA MOREIRA	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
MARIA CHRISTINA IELO BELLO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA CICERA DE SALLER	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA CLARA GIANNA GARCIA RIBEIRO	GESTOR	DELEGADOS DE BASE
MARIA CRISTINA CORREDOR	USUARIO	DRS I SÃO PAULO



MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA TARDIM	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA DA CONCEIÇÃO TARDIM	USUARIO	MUNICIPIO GUARULHOS
MARIA DA SILVA NONATO SOARES	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
MARIA DAS GRAÇAS CUSTÓDIO	USUARIO	DRS V BARRETOS
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
MARIA DE FATIMA DA SILVA VASCONCELOS	GESTOR / PRESTADOR	DRS VII CAMPINAS
MARIA DE LOURDES DA ROCHA ALVES	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA DE LOURDES DA SILVA GONZALES	TRABALHADOR	DELEGADO DE BASE
MARIA DO CARMO GREGORIO DE OLIVEIRA	USUARIO	DRS X PIRACICABA
MARIA EUZA GUEDES DA SILVA	USUARIO	DRS XIV S. J. BOA VISTA
MARIA HELENA LIMA DE FREITAS	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA HELENA NOGUEIRA	USUARIO	MUNICIPIO CAMPINAS
MARIA INEZ SILVA WITKOWSKI	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
MARIA IRANDY NONATO DE OLIVEIRA	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA JOSÉ DA SILVA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA JOSEPHA SACCO SPAZZAPANUS	USUÁRIO	DRS II ARAÇATUBA
MARIA LUCIA DA SILVA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA LUCIA SILVA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA LUIZA BRENHA RIBEIRO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA MADALENA DE ALMEIDA	USUARIO	DRS VIII FRANCA
MARIA MARTA DE BETAMIA BARBOSA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA PAULA DO CARMO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIA REGINA DE OLIVEIRA MARTINI COTTES	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
MARIA REGINA SOUZA	TRABALHADOR	DRS VII CAMPINAS
MARIA TERESA DE ALMEIDA FERNANDES	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARIANA DE VEIGA MEDEIROS	TRABALHADOR	DRS XII REGISTRO
MARILIA CAPPONI	TRABALHADOR	DELEGADOS DE BASE
MARILUCE LOPES DE FARIA	USUÁRIO	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
MARINA ALVES CARDOSO	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
MARIO MAIO BRACCO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MARISA SUELI ALVES PERES DA SILVA	TRABALHADOR	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
MARISELLES PINHEIRO DE SOUZA	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
MARISTELA PRILIPS	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
MARIZA DA SILVA LIMA	GESTOR	MUNICIPIO GUARULHOS
MARIZA HELOA SECCO CLEMENTE	TRABALHADOR	DRS X PIRACICABA
MARIZE YOCHINOBU CHIHARA	GESTOR	DRS XI P. PRUDENTE
MARTHA SANTOS DE AGUIAR	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MATIA GINA CARRADORE SIMÕES CALDAS	USUARIO	DRS I SÃO PAULO



MAURICIO MIANO	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
MERICE ANDRADE DE QUADROS	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
MIGUEL ANTONIO WAULLIANO	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
MILTON CEZAR COSTA FABRICIO	USUÁRIO	DRS IX MARILIA
MIRIAM DE LIMA DA SILVA PASCHOALLS	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
MIRIAN GALLO	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MIRIAN ROSSANEZ	GESTOR	DRS XIV S. J. BOA VISTA
MOACYR MINIUSSI BERTOLINO NETO	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
MOISES LAZARINE	USUÁRIO	DRS III ARARAQUARA
NADIR FLORENTINA RODRIGUES	TRABALHADOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
NANCI APARECIDA GONZAGA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
NATALIA FRANCO RIBEIRA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
NATANAEL DA COSTA	TRABALHADOR	DRS VI BAURU
NEIDE APARECIDA SALES BISCUOLA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
NEUZA APARECIDA DANIELIO MARCELINO DE MORAES	TRABALHADOR	DRS X PIRACICABA
NILO NOVAES SILVA	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
NILSON SOUZA DO NASCIMENTO	USUARIO	MUNICIPIO CAMPINAS
NILZA MARIA PIASSI BERTELLI	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
NIRVANI AMBROSIO	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
NOBEL CAUSSERO	USUARIO	DRS VI BAURU
NORBERTO PELISSON	GESTOR	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
ODAIR R. DE FALCO	USUÁRIO	DRS II ARAÇATUBA
ODEMIR BATISTA DA SILVA	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
ODETE JACINTO CAVALCANTE	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
OLDIMAR SERGIO ALVES DOS SANTOS	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
OLDINA FERREIRA VIEIRA	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
OLGA LUISA LEON DE QUIROGA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
OLIVIA MARIA RANGEL AMORIM PETRI	USUARIO	DRS X PIRACICABA
OLIVIA RAMOS DOS SANTOS	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
OMAR BRAGA MENDONÇA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
OSIRIS PAULA SILVA	GESTOR	DRS XIV S. J. BOA VISTA
OTELLO CHINO JUNIOR	TRABALHADOR	DELEGADOS DE BASE
OZIANE DOS SANTOS BATISTA	USUÁRIO	DRS IX MARILIA
PAMELA GIORGIA ZAMBONI	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
PAULA HIROMI KAVADI	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
PAULO AUGUSTO DALCIM	TRABALHADOR	DRS XVI SOROCABA
PAULO CARMELO DA SILVA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
PAULO GONÇALVES	TRABALHADOR	DRS XIV S. J. BOA VISTA



PAULO HENRIQUE NASCIMENTO	USUARIO	DRS X PIRACICABA
PAULO MALTA DE CARVALHO FILHO	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
PAULO ROBERTO BELINELO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
PAULO ROBERTO GRANDISOLLI	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
PAULO TAVARES MARIANTE	USUARIO	MUNICIPIO CAMPINAS
RAQUEL BORGES FLAVIO	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
REGINA CELIA PEDROSA VIEIRA	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
REGINA HELENA BRITO DE SOUZA	USUARIO	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
REGINA PETRILLO DE CASTRO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
REINALDO LUIZ SALMAZO	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
REINALDO SALVADOR DE FARIAS	USUARIO	DRS VIII FRANCA
RENATA SOARES DE SOUZA	USUARIO	DRS XI P. PRUDENTE
RICARDO MARCELO BENEDITO	TRABALHADOR	DRS XVII TAUBATÉ
RICARDO SANTOS	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
RINALDO DE NOVAES GOMES	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
RINALDO SILVERIO	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
RIVALL CAVALHEIRO VELOSO	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
ROBERTA MAIA SANTOS ALFONSO	TRABALHADOR	DRS VII CAMPINAS
ROBERTO DE MOURA	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
ROBERTO GONELLA JUNIOR	GESTOR	DRS XVI SOROCABA
ROBSON SANTOS GADY	GESTOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
RODRIGO MACEDO MARTINELLI	TRABALHADOR	DRS V BARRETOS
ROGERIO DE JESUS SANTOS	USUARIO	MUNICIPIO GUARULHOS
ROGERIO DE OLIVEIRA	USUÁRIO	DRS XVII TAUBATÉ
ROGERIO PEREREIRA DOS SANTOS	USUARIO	MUNICIPIO GUARULHOS
RONALDO CELESTINO DA SILVA	USUARIO	DRS XI P. PRUDENTE
RONALDO CESAR RODRIGUES	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
ROSA MARIA DIAS NAKAZAKI	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ROSA MARIA RAMOS	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
ROSA MARIA VIEIRA DE MARCHI	TRABALHADOR	DRS IX MARILIA
ROSANA APARECIDA CUSTODIO FAJARDO	TRABALHADOR	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
ROSELI DE JESUS	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
ROSENETE MARIA DO SOCORRO VIEIRA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
ROSMARI BAPTISTA	TRABALHADOR	MUNICIPIO GUARULHOS
RUY RICCI JUNIOR	USUARIO	DRS XIV S. J. BOA VISTA
SANDRA DOS SANTOS REIS	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SANDRA MARIA S.U. SUGUIURA	USUÁRIO	DRS II ARAÇATUBA
SANDRA REGINA DE GODOY	TRABALHADOR	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO



SANDRA RENATA CANALE DURACENKO	TRABALHADOR	DRS X PIRACICABA
SARA GIUBILEIN SANTOS	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
SELMA FATIMA DOS SANTOS DE SOUZA	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
SELMA MARIA SILVA DOS SANTOS	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SERGIO MATSUDO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SERGIO PIMENTA DAGES	USUÁRIO	DRS XVI SOROCABA
SERGIO RODRIGUES DA SILVA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SEVERINO LIMA DE MELO	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SHEILA VENTURI PEREIRA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SIDNEY BARBOSA MERIS	GESTOR	DRS X PIRACICABA
SILAS LAURIANO NETO	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SILMARA AMARAL NEVES GRASSI	GESTOR	DRS IX MARILIA
SILVANA DE ALMEIDA	TRABALHADOR	DRS XVI SOROCABA
SILVANA GOMES DE ARAUJO TEIXEIRA	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
SILVANA IORI RIGHETI	GESTOR	DRS XVII TAUBATÉ
SILVIA MARIA GOMES PEREIRA	USUARIO	DRS VI BAURU
SILVIO DA SILVA GIMENEZ	TRABALHADOR	DRS XVII TAUBATÉ
SILVIO MARCOS DE SOUZA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
SIMONE APARECIDA DA SILVA	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
SIUVAL GARCIA DE AMARANTE	USUÁRIO	DRS II ARAÇATUBA
SOLANGE CRISTINA SILVA	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
SONIA ANTONINI BARBOSA	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SONIA MARIA MONTESINO DA SILVA	USUARIO	DELEGADOS DE BASE
STELLA MARIS PINHEIRO	GESTOR / PRESTADOR	DRS VII CAMPINAS
STENIO J CORREIA MIRANDA	GESTOR	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
SUELY MARIA PINTO TOZATO	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
SUERLY TOLEDO VITTI	USUARIO	DRS X PIRACICABA
SUZETE SOUZA FRANCO	TRABALHADOR	DRS I SÃO PAULO
TANIA CRISTINA BRANDÃO	USUARIO	DRS XI P. PRUDENTE
TANIA REGINA ROSA SEMINARI	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
TARCISIO DE ALMEIDA	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
TARCISIO GERALDO FARIA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
TELMA CRISTINA GUERBACH SILVA	GESTOR	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
TEREZA PINHO DE ALMEIDA TASHIRO	GESTOR	MUNICIPIO GUARULHOS
TEREZINHA BARROS DE ALMEIDA DOS SANTOS	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
TEREZINHA FREIRE MACEDO	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
THAIS SOBOSLAI	TRABALHADOR	DRS III ARARAQUARA
TIAGO BARBOSA DOS SANTOS	TRABALHADOR	DELEGADOS DE BASE

6^A
CONFERÊNCIA
ESTADUAL
DE
SAÚDE



VALDEMIRA DOMES DA SILVA SANCHES	TRABALHADOR	DRS VII CAMPINAS
VALDIR DEZAN	GESTOR	DRS IX MARILIA
VALDIVINO DOS SANTOS ROCHA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
VALERIA CRISTINA LOPES	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
VALMIR DOS SANTOS	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
VALTER RAIMUNDO DOS SANTOS	TRABALHADOR	DRS XI P. PRUDENTE
VANDERJACSON BEZERRA DE ANDRADE	GESTOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
VANDERLEI APARECIDO FORMENTI	USUARIO	DRS I SÃO PAULO
VANDERSON CEZAR DE ALMEIDA	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
ROSANY VICTORIA DA SILVA	USUARIO	DRS X PIRACICABA
VERA LUCIA ANACLETO ALEGROO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
VERA LUCIA CANDIDO DOS SANTOS	USUARIO	DRS IV BAIXADA SANTISTA
VERA LUCIA NOVAES	TRABALHADOR	DRS IX MARILIA
VERA LUCIA SOVERAL DA SILVEIRA	USUÁRIO	DRS VII CAMPINAS
VERA MARIA DA SILVA RIBEIRO	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
VERA MARINA SILVA	GESTOR	DRS I SÃO PAULO
VILED A MADALENA GOSSLER DE SOUZA	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
VINICIUS CRUZ DE CASTRO	TRABALHADOR	DRS VIII FRANCA
VINICIUS FIGUEIRA BOIM	TRABALHADOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
VITA AGUIAR DE OLIVEIRA	USUÁRIO	MUNICIPIO DE SÃO PAULO
VIVIAN NATALIA PEREIRA DE SOUZA	TRABALHADOR	DRS XI P. PRUDENTE
WAGNER NUNES DE MOURA	TRABALHADOR	DRS XVII TAUBATÉ
WELLINGTO DIAS	TRABALHADOR	DRS IV BAIXADA SANTISTA
WILSON MARTINS FILHO	USUÁRIO	DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
YAYEKO KANESIRO TOYOSHIMA	GESTOR	DRS XIII RIBEIRÃO PRETO
ZILWARA DA PENHA GERAB	GESTOR	MUNICIPIO DE SÃO PAULO



DELEGADOS PARTICIPANTES DA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	CES
AFFONSO VIVIANI JUNIOR	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
CELIA CRISTINA PEREIRA BORTOLETO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
ERIK OSWALDO VON EYE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
HAINO BUSMESTER	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
JOSÉ MANOEL DE CAMARGO TEIXEIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
LUIS FERNANDO NOGUEIRA TOFANI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	VÁRZEA PAULISTA	CES
LUIZ CARLOS ZEFERINO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CAMPINAS	CES
LUIZEMIR WOLNEY CARVALHO LAGO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
MANOEL BARROS BERTOLO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CAMPINAS	CES
MARCO ANDRÉ FERREIRA D'OLIVEIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
MEIRE CRISTINA NUNES VIEIRA ROSA GHILARDUCCI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	CES
OSWALDO DA ROCHA GRASSIOTTO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
PAULO SERGIO MALAFAIA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
STELA FELIX MACHADO GUILIN PEDREIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
ALEXANDRE MARTINHO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
ANA ROSA GARCIA DA COSTA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
FERNANDA PLESMMAN DE CARVALHO	TRABALHADOR	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	CES
KATIA APARCIDA DOS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	ITAQUAQUECETUBA	CES
MARCIA CRISTINA DA CRUZ MECONE	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
MARCO ANTONIO ROCCO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
MARCO TADEU MOREIRA MORAES	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
MARIA DE LOURDES DA ROCHA ALVES	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
MARILIA CRISTINA PRADO LOUVISON	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
MOACYR MINIUSI BERTOLINO NETO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
OTELLO CHINO JUNIOR	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
VALERIA CRISTINA LOPES PRINCZ	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	CES
ANA CLARISSA CANDIDO DE MOURA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES



ANA MARIA MARTINS SOARES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
ANEILDO PINHEIRO DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	HORTOLÂNDIA	CES
APARECIDA BERNADETE SOARES SALES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
CARLOS EDUARD DANILEVICIUS TENORIO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
CLARALICE DOS S. DAS CHAGAS ROSAS	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	CES
GILSON DA CRUZ RODRIGUES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
JOÃO NICOMEDES VALERI SANCHES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
JOÃO XAVIER	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	CES
JORGE MORGADO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO VICENTE	CES
JOSÉ AUGUSTO DE SOUSA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
JOSE BAIA DE LIMA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
LEONIDES GREGORIO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	CUBATAO	CES
LUCAS ANDRÉ FERNANDES SOLER	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
LUCIA HELENA DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	CES
LUIZ ANTONIO QUEIROZ	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
MARCOS ANTONIO BARDELLA	USUÁRIO	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	CES
MARIA ADENILDA MASTELARO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
MARIA APARECIDA RODRIGUES	USUÁRIO	TITULAR	RIO GRANDE DA SERRA	CES
MARIA CICERA DE SALLES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
NEUZA PAIVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
REGINA CÉLIA PEDROSA VIEIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
RENATA THOMAZ ROSA VIGNALI	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	CES
SONIA MARIA MONTESINO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	OSASCO	CES
VERA LÚCIA SOVERAL DA SILVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	VALINHOS	CES
YOSHIHISA KATO	USUÁRIO	TITULAR	SOROCABA	CES
DANIELLE MARIE GUERRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
ELIANA DIAS DE SOUZA RIBAS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PEDRO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
JOÃO ROGERIO DE OLIVEIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	LARANJAL PAULISTA	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
JOCELENE BATISTA PEREIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CUBATAO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
LILIANE MARIA RODRIGUES BARION	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MARIA CLARA GIANNA GARCIA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE

6^A
CONFERÊNCIA
ESTADUAL
DE
SAÚDE



RIBEIRO				ESTADUAL
MARIA JOSE MARTINS SOUZA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MARIA JOSE MARTINS SOUZA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
IRENE BATISTA DE PAULA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
LESSY MARA LAVESO GIACOMINI	TRABALHADOR	TITULAR	MACEDONIA	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
LUCIA YASUKO IZUMI NICHATA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MARIA APARECIDA DE DEUS CORNACCINI	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MARIA APARECIDA FRANCELINA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MARIA LUCIA VIEIRA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MARILIA CAPPONI	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MAURICIO ARIOVALDO AMALFI	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
TIAGO BARBOSA DOS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	GUARULHOS	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
ANSELMO SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
CARMEM LILIAN MORAES CALÇAS	USUÁRIO	TITULAR	VALINHOS	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
CICERO RODRIGUES DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
DAGNER GERALDO CORREA TURRI	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
DEUSDETE ALVES DE ASSUNÇÃO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
ERCINDO MARIANNO JUNIOR	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
ISABEL RODRIGUES	USUÁRIO	TITULAR	RIO GRANDE DA SERRA	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
JOSÉ DA GUIA PEREIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
JOSÉ GUILHERME DE ANDRADE	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL



LINCOLN ALEXANDRE ALVES BEZERRA	USUÁRIO	TITULAR	SOROCABA	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MARIA AUREA DE NEGREIROS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MARIA DA CONCEIÇÃO RIBEIRO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MARIA ELIETE DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
MAURICIO SILVA LIMA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
ROBERTO G. GUALTOLINI	USUÁRIO	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
SHEILA VENTURAS PEREIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
THIAGO ANTONIO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	OSASCO	DELEGADOS DE BASE ESTADUAL
ANTONIO ANELCI JARDIM	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
APARECIDA MARIA DOS SANTOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	FERRAZ DE VASCONCELOS	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
CRISTINA MARIA ATHAYDE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
DÉBORA SPINOLA PINHEIRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	COTIA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
DOUGLAS ARAUJO FERNANDES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	RIBEIRÃO PIRES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ELISABETE APARECIDA RIBEIRO JOSE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MAUÁ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ERALDO FERREIRA DO NASCIMENTO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
FABIANA CESPEDES BERTAGLIA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	FRANCO DA ROCHA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
FABIANI FERRI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	POA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
FRANCIVALDO PEREIRA GAIETA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MAUÁ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
HARRY CRISTIAN MUNOZ MENEZES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	RIBEIRÃO PIRES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JANAINA DE MORAES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	JANDIRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JANETE E ALVES GOMES MANOEL	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	TABOAO DA SERRA	DRS I - GRANDE SÃO



				PAULO
JORGE HARADA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	GUARULHOS	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JURACI DE PAULA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
KATIA DE OLIVEIRA FERNANDES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTANA DE PARNAÍBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
KELLY CRISTIAN GASPARINI COSTA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ITAQUAQUECETUBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
LIDIA TOBIAS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
LUMENA ALMEIDA CASTRO FURTADO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
LURY TANABE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MOGÍ DAS CRUZES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARCIO ROBERTO DE LUCIO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	JUNDIAÍ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	EMBU	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA JOSE DOS SANTOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARLI PEREIRA CAMPOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	RIO GRANDE DA SERRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
PAULO ROBERTO GRANDISOLLI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
REINALDO LUIZ SALMAZO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO CAETANO DO SUL	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
RINALDO SILVERIO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MOGÍ DAS CRUZES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SILVANA GOMES DE ARAUJO TEIXEIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SOLANGE CRISTINA SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SUZANA SOUZA SANTOS CARVALHO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	EMBU-GUAÇU	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
VANDERSON CESAR DE ALMEIDA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BARUERÍ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
VERA MARINA SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
WILSON CHAVES FILHO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO



ZENILDA GONÇALVES LEITE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	EMBU	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ALCILENE MOTA SA E SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	FRANCO DA ROCHA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ALEX ROBERTO PAREJA	TRABALHADOR	TITULAR	VARGEM GRANDE PAULISTA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ANA MARIA BATISTA MALDONADO	TRABALHADOR	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ANA MARIA DA SILVA SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	DIADEMA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ANDRE LUIZ DE SOUZA	TRABALHADOR	TITULAR	SUZANO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ANDREA SOARES PEREIRA	TRABALHADOR	TITULAR	SALESÓPOLIS	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
DANIEL GUERRA NUNES	TRABALHADOR	TITULAR	ITAPECERICA DA SERRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
DELCIDES ZUCON	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO CAETANO DO SUL	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
EDNA CRISTINA DE ANDRADE	TRABALHADOR	TITULAR	MOGÍ DAS CRUZES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ÉRIKA FACINE SILVA GRAVA	TRABALHADOR	TITULAR	ITAQUAQUECETUBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
GENILSON DOS SANTOS EDUARDO	TRABALHADOR	TITULAR	CARAPICUIBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
IRAMAR PEREIRA DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	ARUJÁ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JORGE LUIZ CARDOZO TARANTINO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JOSE MARIA ALMEIDA RIBEIRO	TRABALHADOR	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JULIA BATISTA DE SOUZA TENORIO	TRABALHADOR	TITULAR	MAUÁ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
KATIA REGINA DE JESUS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	CARAPICUIBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
KEITH LAURA MIRANDA	TRABALHADOR	TITULAR	EMBU	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
LUCIANO ANDRÉ RODRIGUES	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MANOEL PEREIRA DANIEL	TRABALHADOR	TITULAR	MAUÁ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARCELO CARVALHO DA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO BERNARDO DO	DRS I - GRANDE SÃO



CONCEIÇÃO			CAMPO	PAULO
MARCIA SAYURI HARADA HOSAKA	TRABALHADOR	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARCIO HOLANDA DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARISELLES PINHEIRO DE SOUZA	TRABALHADOR	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MAURO DIAS	TRABALHADOR	TITULAR	MOGÍ DAS CRUZES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MAURO ORION	TRABALHADOR	TITULAR	MOGÍ DAS CRUZES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
OLDINA FERREIRA VIEIRA	TRABALHADOR	TITULAR	POA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
OSNIR GONÇALVES FERREIRA	TRABALHADOR	TITULAR	FRANCISCO MORATO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
PAMELA GIORGIA ZAMBONI	TRABALHADOR	TITULAR	BARUERÍ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
RAQUEL BORGES FRACEIO	TRABALHADOR	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SELMA FÁTIMA DOS SANTOS DE SOUZA	TRABALHADOR	TITULAR	TABOAO DA SERRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SUELY MARIA PINTO TOZATO	TRABALHADOR	TITULAR	FRANCO DA ROCHA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SUZETE SOUZA FRANCO	TRABALHADOR	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
TOMAS RICARDO CAMPOS PIMENTEL	TRABALHADOR	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
VALÉRIA AMÂNCIO VIEIRA	TRABALHADOR	TITULAR	COTIA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ZAQUIO MENDES DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	FERRAZ DE VASCONCELOS	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ADEVALDO BRAS MESSIAS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ANDREA APARECID RIBEIRO	USUÁRIO	TITULAR	JANDIRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ANTONIO APARECIDO VIEIRA DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	CAEIRAS	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
AYRTON GIMENES GONÇALVES	USUÁRIO	TITULAR	ARUJÁ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
CARLOS EDUARDO VENTURA CAMPOS	USUÁRIO	TITULAR	CARAPICUIBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO



CICERO COSTA FILHO	USUÁRIO	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
CLAUDEMIRA MARIA DE JESUS DE MOURA	USUÁRIO	TITULAR	DIADEMA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
CRISTIANO NEVES	USUÁRIO	TITULAR	DIADEMA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
DANIEL BARBOSA	USUÁRIO	TITULAR	RIBEIRÃO PIRES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
DARCY BASSI	USUÁRIO	TITULAR	MAUÁ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
DOGIMAR BARBOSA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	ITAQUAQUECETUBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
EDIGINALVA MARIA SOUZA DANTAS	USUÁRIO	TITULAR	EMBU	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
EDIVALDO DE ALMEIDA SOBREIRA	USUÁRIO	TITULAR	MAUÁ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
EDSON LAZARO DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
EDVALDO ALEXANDRE DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SUZANO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ELIAS COSTA	USUÁRIO	TITULAR	CARAPICUIBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ELIZABETH NEVES	USUÁRIO	TITULAR	CAJAMAR	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ELZA DE BARROS GOMES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
EVANDRO GARCIA SHIROMA	USUÁRIO	TITULAR	TABOAO DA SERRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
GERALDA DA FOMSECA VAZ CHAVES	USUÁRIO	TITULAR	ITAPECERICA DA SERRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
HERMINIA DE FATIMA DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
IARA BATISTA BENTO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
IRONILDES DA CONCEIÇÃO FLORIDO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ISABEL DE JESUS ROHRBACHER	USUÁRIO	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
IVONE GOMES DE ARAUJO	USUÁRIO	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JAUDEMOCÉZARIO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	DIADEMA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO



				PAULO
JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO CORREIA	USUÁRIO	TITULAR	DIADEMA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JOSÉ COSTA	USUÁRIO	TITULAR	FERRAZ DE VASCONCELOS	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS FILHO	USUÁRIO	TITULAR	COTIA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JOSÉ TEIXEIRA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	ITAPECERICA DA SERRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
JULIA AZZI COLLET E SILVA	USUÁRIO	TITULAR	TABOAO DA SERRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	MOGÍ DAS CRUZES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
LUCIA DE NAZARÉ OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
LUCIANO LOURENÇO COSTA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARCIA SACUTE	USUÁRIO	TITULAR	BARUERÍ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARCO ANTONIO NUNES CABRAL	USUÁRIO	TITULAR	MAIRIPORA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA APARECIDA MARQUETI	USUÁRIO	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA CRISTINA CORREDOR	USUÁRIO	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA DE LOURDES DA SILVA GONÇALVES	USUÁRIO	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA DE LOURDES DA SILVA GONZALES	USUÁRIO	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA DO SOCORRO TRINDADE	USUÁRIO	TITULAR	SÃO BERNARDO DO CAMPO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA GINA CARREDORE SIMÕES CALDAS	USUÁRIO	TITULAR	VARGEM GRANDE PAULISTA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA JOSE DANTAS DIAS	USUÁRIO	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA JOSÉ VIRGINIO	USUÁRIO	TITULAR	ITAQUAQUECETUBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA MENINA DE JESUL	USUÁRIO	TITULAR	MOGÍ DAS CRUZES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MARIA REGINA DE OLIVEIRA MARTINI COTTES	USUÁRIO	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO



MARIA SOARES DA SILVA NONATO	USUÁRIO	TITULAR	CARAPICUIBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MAURICIO MIANO	USUÁRIO	TITULAR	GUARAREMA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
MERICE ANDRADE DE QUADROS	USUÁRIO	TITULAR	EMBU-GUAÇU	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
NANCI APARECIDA GONZAGA	USUÁRIO	TITULAR	SANTANA DE PARNAÍBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
NATALINA FRANCO PEREIRA	USUÁRIO	TITULAR	SALESÓPOLIS	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
NIRVANI AMBROSIO	USUÁRIO	TITULAR	JANDIRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
OLIVIA RAMOS DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	MAUÁ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
OSMAR DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	MOGÍ DAS CRUZES	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
PAULA HIROMI KAVADI	USUÁRIO	TITULAR	ITAPEVÍ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
PAULETE APARECIDA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	OSASCO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ROSENETE MARIA DO SOCORRO VIEIRA	USUÁRIO	TITULAR	SANTA ISABEL	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SARA GIUBILEI SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	JUQUITIBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SILVIO MARCOS DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	FRANCISCO MORATO	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SIMONE APARECIDA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	FRANCO DA ROCHA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
SUELI APARECIDA DIAS AMERICO	USUÁRIO	TITULAR	CARAPICUIBA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
TANIA FERREIRA DO NASCIMENTO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO CAETANO DO SUL	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
TANIA RIBEIRO ZAMBONE	USUÁRIO	TITULAR	SÃO CAETANO DO SUL	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
VALMIR DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	SANTA ISABEL	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
VANDERLEI APARECIDO FORMENTI	USUÁRIO	TITULAR	BIRITIBA MIRIM	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
VILMA AMARAL SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO LOURENÇO DA SERRA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
WALDIR FAGUNDES	USUÁRIO	TITULAR	SANTO ANDRÉ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO



				PAULO
WANDERLEY GONÇALVES SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	BARUERÍ	DRS I - GRANDE SÃO PAULO
ARLETE NAZARÉ DE OLIVEIRA SOUZA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	PENAPOLIS	DRS II - ARAÇATUBA
ELIZABETE APARECIDA DE SOUZA BALIEIRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ARAÇATUBA	DRS II - ARAÇATUBA
ISABEL CRISTINA DE SOUZA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ARAÇATUBA	DRS II - ARAÇATUBA
SERGIO SMOLENTZOV	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ARAÇATUBA	DRS II - ARAÇATUBA
AFERBECA AGUIAR BACELAR	TRABALHADOR	TITULAR	ANDRADINA	DRS II - ARAÇATUBA
APARECIDA NAVA	TRABALHADOR	TITULAR	ARAÇATUBA	DRS II - ARAÇATUBA
EVELISE PIRES COGO SIMÃO	TRABALHADOR	TITULAR	BIRIGUÍ	DRS II - ARAÇATUBA
MARGARETE CRISTINA RODRIGUES CARVALHO	TRABALHADOR	TITULAR	CLEMENTINA	DRS II - ARAÇATUBA
CESAR AUGUSTO RIBEIRO DEZIDÉRIO	USUÁRIO	TITULAR	NOVA CASTILHO	DRS II - ARAÇATUBA
JOSÉ BRIGATTI	USUÁRIO	TITULAR	PIACATU	DRS II - ARAÇATUBA
LUANA CLINÉIA ISIDORO LEITE	USUÁRIO	TITULAR	ARAÇATUBA	DRS II - ARAÇATUBA
MARIA JOSEPHA SACCO SPAZZAPAN	USUÁRIO	TITULAR	ANDRADINA	DRS II - ARAÇATUBA
MARIA MOREIRA DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	INDAIATUBA	DRS II - ARAÇATUBA
ODAIR RUIZ DE FALCO	USUÁRIO	TITULAR	PENAPOLIS	DRS II - ARAÇATUBA
SANDRA MARIA DA SILVA VIEIRA SUGUIURA	USUÁRIO	TITULAR	PEREIRA BARRETO	DRS II - ARAÇATUBA
SIUVAL GARCIA DE AMARANTE	USUÁRIO	TITULAR	BIRIGUÍ	DRS II - ARAÇATUBA
ALMIR ROGERIO CANOSSA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MATAO	DRS III - ARARAQUARA
IOLANDA CRISTINA BARBERIO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO CARLOS	DRS III - ARARAQUARA
MARCIO APARECIDO CONTARIM	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	GUARIBA	DRS III - ARARAQUARA
RENATO HENRIQUE ELEOTÉRIO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	NOVA EUROPA	DRS III - ARARAQUARA
ALINE DE ALENCAR	TRABALHADOR	TITULAR	MONTE ALTO	DRS III - ARARAQUARA
CRISTIANE APARECIDA D"ANGELO	TRABALHADOR	TITULAR	DOURADO	DRS III - ARARAQUARA
MARIA DE FATIMA DOS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	ARARAQUARA	DRS III - ARARAQUARA
THAIS SOBOSLAI	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO CARLOS	DRS III - ARARAQUARA
ARY COELHO JUNIOR	USUÁRIO	TITULAR	ITÁPOLIS	DRS III - ARARAQUARA
CELSO MIRANDA DUARTE	USUÁRIO	TITULAR	TAQUARITINGA	DRS III - ARARAQUARA
DUILIO PAIXÃO DE ALMEIDA	USUÁRIO	TITULAR	MATAO	DRS III - ARARAQUARA
EMILIO JOSÉ VICENTI MINUTTI	USUÁRIO	TITULAR	DOURADO	DRS III - ARARAQUARA
IZAIAS AMBROSIO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	ARARAQUARA	DRS III - ARARAQUARA
MOACYR ANTONIO ZIVIANE	USUÁRIO	TITULAR	AMÉRICO BRASILIENSE	DRS III - ARARAQUARA
MOISES LAZARINI	USUÁRIO	TITULAR	SÃO CARLOS	DRS III - ARARAQUARA
NILVA CRISTIANE DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	BORBOREMA	DRS III - ARARAQUARA
ANA CLAUDIA FREITAS DE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTOS	DRS IV - BAIXADA



VASCONCELOS				SANTISTA
ANGELA CAFASSO DOS REIS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTOS	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
CÍCERO GILMAR LOPES DOS SANTOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CUBATAO	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
EUTÍMIO JOSÉ DE ANDRADE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	PERUIBE	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
JOSIANE MARIA CAETANO ARRIVABENE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ITANHAEM	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
ROBSON SANTOS GADY	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	GUARUJÁ	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
TERESA CRISTINA PINHO FAVARETTO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BERTIOGA	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
VANDERJACSON BEZERRA DE ANDRADE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTOS	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
ADRIANA DOS SANTOS BECHARA	TRABALHADOR	TITULAR	PERUIBE	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
ANTONIO SÉRGIO DE JESUS	TRABALHADOR	TITULAR	BERTIOGA	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
EDILSON GOMES SANTIAGO	TRABALHADOR	TITULAR	SANTOS	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
MARCO ANTONIO DE ANDRADE	TRABALHADOR	TITULAR	ITANHAEM	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
NADIR FLORENTINA RODRIGUES	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO VICENTE	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
VERA LÚCIA DOS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	GUARUJÁ	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
WELLINGTON DIAS	TRABALHADOR	TITULAR	SANTOS	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
AMÉRICO PEREIRA	USUÁRIO	TITULAR	PERUIBE	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
DELZA LOPES MELO	USUÁRIO	TITULAR	CUBATAO	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
DOMINGOS LEONCIO CAVALCANTE	USUÁRIO	TITULAR	PRAIA GRANDE	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
EDSON OLIVEIRA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	ITANHAEM	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
IMAR LOPES GARCIA	USUÁRIO	TITULAR	SANTOS	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
MARIA ESTELA MORAES BARBOSA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO VICENTE	DRS IV - BAIXADA SANTISTA



MARIA INEZ SILVA WITKOWSKI	USUÁRIO	TITULAR	SÃO VICENTE	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
ODEMIR BATISTA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	GUARUJÁ	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
PAULO LUIZ DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	CUBATAO	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
ROBERTO DE MOURA	USUÁRIO	TITULAR	SANTOS	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
ROSELI DE JESUS	USUÁRIO	TITULAR	SANTOS	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
TARCÍSIO DE ALMEIDA	USUÁRIO	TITULAR	PRAIA GRANDE	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
TERESINHA FREIRE MACEDO	USUÁRIO	TITULAR	GUARUJÁ	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
VERA LÚCIA CANDIDO DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	ITANHAEM	DRS IV - BAIXADA SANTISTA
BRENO RIBEIRO ARENA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	GARÇA	DRS IX - MARÍLIA
FABIANA NAVARRO PIRES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MARILIA	DRS IX - MARÍLIA
JOAO SOARES NETO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CRUZALIA	DRS IX - MARÍLIA
SILMARA AMARAL NEVES GRASSI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	TUPA	DRS IX - MARÍLIA
VALDIR DEZAN	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BASTOS	DRS IX - MARÍLIA
ANDREA APARECIDA PINHEIRO	TRABALHADOR	TITULAR	GARÇA	DRS IX - MARÍLIA
MARCIA ADELINA BARROS	TRABALHADOR	TITULAR	PALMITAL	DRS IX - MARÍLIA
MARIA ROSALINA DE SOUZA	TRABALHADOR	TITULAR	OURINHOS	DRS IX - MARÍLIA
ROSA MARIA VIEIRA DE MARCHI	TRABALHADOR	TITULAR	BASTOS	DRS IX - MARÍLIA
VERA LÚCIA NOVAES	TRABALHADOR	TITULAR	MARILIA	DRS IX - MARÍLIA
ANGELO PARUSSOLO	USUÁRIO	TITULAR	GÁLIA	DRS IX - MARÍLIA
DALVA SOARES DE LIMA	USUÁRIO	TITULAR	CÂNDIDO MOTA	DRS IX - MARÍLIA
JOSE ROBERTO GOMES RIBEIRO	USUÁRIO	TITULAR	PARÁGUAÇU PAULISTA	DRS IX - MARÍLIA
JULIO CEZAR BENATTO	USUÁRIO	TITULAR	OURINHOS	DRS IX - MARÍLIA
MARCOS DAVI DE FREITAS BERTÃO	USUÁRIO	TITULAR	MARILIA	DRS IX - MARÍLIA
MARIA HELENA MOZENA	USUÁRIO	TITULAR	TUPA	DRS IX - MARÍLIA
MARIZA MARIA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	MARACAÍ	DRS IX - MARÍLIA
MILTON CEZAR COSTA FABRICIO	USUÁRIO	TITULAR	GARÇA	DRS IX - MARÍLIA
MIRIA RAQUEL RODRIGUES	USUÁRIO	TITULAR	PLATINA	DRS IX - MARÍLIA
OZIANE BATISITA DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	MARILIA	DRS IX - MARÍLIA
FERNANDO JOSÉ PIFFER	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BEBEDOURO	DRS V - BARRETOS
ROSA MARIA DE CARVALHO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	OLÍMPIA	DRS V - BARRETOS
PRISCILA CURY PUGLIERI	TRABALHADOR	TITULAR	MONTE AZUL PAULISTA	DRS V - BARRETOS



RODRIGO MACEDO MARTINELLI	TRABALHADOR	TITULAR	BARRETOS	DRS V - BARRETOS
CÁSSIO APARECIDO FACCI	USUÁRIO	TITULAR	BEBEDOURO	DRS V - BARRETOS
DURVAL DO AMARAL	USUÁRIO	TITULAR	BARRETOS	DRS V - BARRETOS
JOSÉ ANTONIO PAIXÃO	USUÁRIO	TITULAR	BARRETOS	DRS V - BARRETOS
MARIA DAS GRAÇAS CUSTÓDIO	USUÁRIO	TITULAR	BARRETOS	DRS V - BARRETOS
ANTONIO LUIZ CALDAS JUNIOR	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BOTUCATU	DRS VI - BAURU
CARLOS RENATO GAZONI SCREMIN	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO MANUEL	DRS VI - BAURU
CAROLINA BIANCHINI TRENTIN	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BAURU	DRS VI - BAURU
DANIELA CRISTINA DA SILVA RAMOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BOTUCATU	DRS VI - BAURU
JOSÉ FERNANDO CASQUEL MONTI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BAURU	DRS VI - BAURU
RICARDO AUGUSTO CAMPANHA LIMA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BAURU	DRS VI - BAURU
SILVANA GONÇALVES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ITAÍ	DRS VI - BAURU
AUREA MARIA SANT'ANNA BALDELLAS NISPEQUE	TRABALHADOR	TITULAR	PEDERNEIRAS	DRS VI - BAURU
FABIANA DELIBERALI	TRABALHADOR	TITULAR	JAÚ	DRS VI - BAURU
FABIANA MAIA DE SOUZA OLIVEIRA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO MANUEL	DRS VI - BAURU
JÉSSICA STEFFANY MIRANDA	TRABALHADOR	TITULAR	PROMISSÃO	DRS VI - BAURU
LUIZ AURÉLIO DE JESUS SALLES	TRABALHADOR	TITULAR	BAURU	DRS VI - BAURU
MARIUZE INÊZ PEREIRA MIRANDA	TRABALHADOR	TITULAR	BAURU	DRS VI - BAURU
NATANAEEL DA COSTA	TRABALHADOR	TITULAR	BAURU	DRS VI - BAURU
ANTONIO CUNHA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	BOFETE	DRS VI - BAURU
CECELSA FERREIRA	USUÁRIO	TITULAR	AVARÉ	DRS VI - BAURU
DORA MARTINS DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	BOTUCATU	DRS VI - BAURU
ISRAEL FERNANDO CAPPERUTO	USUÁRIO	TITULAR	JAÚ	DRS VI - BAURU
JOSÉ CARLOS FIM	USUÁRIO	TITULAR	FATURA	DRS VI - BAURU
JOSÉ RUBENS DELBONO	USUÁRIO	TITULAR	LINS	DRS VI - BAURU
LETÍCIA ALVES TOLEDO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO MANUEL	DRS VI - BAURU
MARCELO DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	IGARAÇU DO TIETÊ	DRS VI - BAURU
MARCELO UGUETTO	USUÁRIO	TITULAR	LARANJAL PAULISTA	DRS VI - BAURU
NOBEL CAUSSERO	USUÁRIO	TITULAR	ITAÍ	DRS VI - BAURU
REMÉDIOS MIRA FERNANDES DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	BOTUCATU	DRS VI - BAURU
SARA ELIZA ANDREOTI	USUÁRIO	TITULAR	ITAPORANGA	DRS VI - BAURU
SILVIA MARIA GOMES PEREIRA LIMA	USUÁRIO	TITULAR	JAÚ	DRS VI - BAURU
WADIH JORGE NASR JUNIOR	USUÁRIO	TITULAR	MANDURI	DRS VI - BAURU
ALICE TIEME N. SHIMABUKURU	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CAMPINAS	DRS VII - CAMPINAS
CARLOS ELI RIBEIRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTA BARBARA D'OESTE	DRS VII - CAMPINAS



CLÁUDIO DE ASSIS ADÃO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	LOUVEIRA	DRS VII - CAMPINAS
ERICA FERRAZZOLI DEVIENNE LEITE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CAMPINAS	DRS VII - CAMPINAS
LUIZ SERAGI NETO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	AMPARO	DRS VII - CAMPINAS
MANIR BELTRAME JÚNIOR	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ATIBÁIA	DRS VII - CAMPINAS
MARIA AMÁLIA GOUVEIA OLIVEIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	BRAGANÇA PAULISTA	DRS VII - CAMPINAS
MARIA DE FATIMA DA SILVA VASCONCELOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	JOANÓPOLIS	DRS VII - CAMPINAS
MARIA INÊS FATTORI DE AZEVEDO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ITATIBA	DRS VII - CAMPINAS
ROBERTA MAIA SANTOS ALFONZO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MONTE MOR	DRS VII - CAMPINAS
ROBERTO BATISTA VENSEL	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SUMARÉ	DRS VII - CAMPINAS
STELLAMARIS PINHEIRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CAMPINAS	DRS VII - CAMPINAS
ANA LÚCIA CHRISPIM	TRABALHADOR	TITULAR	JUNDIAÍ	DRS VII - CAMPINAS
CLAUDIA APARECIDA DE MELO MONTANARI	TRABALHADOR	TITULAR	CABREUVA	DRS VII - CAMPINAS
DIRCEU DOS SANTOS MOREIRA	TRABALHADOR	TITULAR	ATIBÁIA	DRS VII - CAMPINAS
JANE APARECIDA DE FREITAS	TRABALHADOR	TITULAR	CAMPO LIMPO PAULISTA	DRS VII - CAMPINAS
JOSÉ LUIZ CREPALDI	TRABALHADOR	TITULAR	SUMARÉ	DRS VII - CAMPINAS
KARINA MAGRINI RAMIRO CARNEIRO	TRABALHADOR	TITULAR	ATIBÁIA	DRS VII - CAMPINAS
LUCIO GODOY FERMOSELLI	TRABALHADOR	TITULAR	CAMPINAS	DRS VII - CAMPINAS
MARCIA REGINA DE SOUZA	TRABALHADOR	TITULAR	PEDREIRA	DRS VII - CAMPINAS
MARIA CÂNDIDA VIEIRA MIGUEL	TRABALHADOR	TITULAR	SANTA BARBARA D'OESTE	DRS VII - CAMPINAS
ROSANA FIUZZA CASSES	TRABALHADOR	TITULAR	AMPARO	DRS VII - CAMPINAS
VALDENIRA GOMES DA SILVA SANCHES	TRABALHADOR	TITULAR	HORTOLÂNDIA	DRS VII - CAMPINAS
WELLINGTON ROSSINI CORRÊA	TRABALHADOR	TITULAR	BOM JESUS DOS PERDOES	DRS VII - CAMPINAS
AMADEU GOBBIS	USUÁRIO	TITULAR	PEDREIRA	DRS VII - CAMPINAS
ANDRÉIA AUGUSTA DA SILVA ALVES PETERNELLA	USUÁRIO	TITULAR	COSMOPOLIS	DRS VII - CAMPINAS
ANTONIO JOSE CARVIÇAIS	USUÁRIO	TITULAR	ATIBÁIA	DRS VII - CAMPINAS
CARLOS ROBERTO MALPELLI	USUÁRIO	TITULAR	VARGEM	DRS VII - CAMPINAS
CLEIDE CAPREGHER FIGUEIRA	USUÁRIO	TITULAR	BRAGANÇA PAULISTA	DRS VII - CAMPINAS
DAVI MOITAL	USUÁRIO	TITULAR	MONTE MOR	DRS VII - CAMPINAS
DOMINGO NUNES	USUÁRIO	TITULAR	SANTA BARBARA D'OESTE	DRS VII - CAMPINAS
FATIMA APARECIDA MARTINS	USUÁRIO	TITULAR	AMERICANA	DRS VII - CAMPINAS
GEMA LUCI MORAES	USUÁRIO	TITULAR	ÁGUAS DE LINDÓIA	DRS VII - CAMPINAS



GLÓRIA DE ALMEIDA SARAIVA MASSONI	USUÁRIO	TITULAR	LOUVEIRA	DRS VII - CAMPINAS
JAIDE APARECIDA DAS NEVES	USUÁRIO	TITULAR	NOVA ODESSA	DRS VII - CAMPINAS
JEANETTE ROCHA MIRANDA	USUÁRIO	TITULAR	AMPARO	DRS VII - CAMPINAS
JOSELAINE SABINO MARTINS	USUÁRIO	TITULAR	BRAGANÇA PAULISTA	DRS VII - CAMPINAS
LAURITI FERNANDES DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	JUNDIAÍ	DRS VII - CAMPINAS
LAURO QUEDAZ DA LUZ	USUÁRIO	TITULAR	SUMARÉ	DRS VII - CAMPINAS
LUCIANA CARLA FERREIRA COSTA	USUÁRIO	TITULAR	ITATIBA	DRS VII - CAMPINAS
LUIZ CARLOS MEDEIROS DE PAULA	USUÁRIO	TITULAR	INDAIATUBA	DRS VII - CAMPINAS
LUIZ GONZAGA CALLEGARO	USUÁRIO	TITULAR	ATIBÁIA	DRS VII - CAMPINAS
MANOEL PORTO DE CARVALHO	USUÁRIO	TITULAR	AMPARO	DRS VII - CAMPINAS
MARIANI DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	LOUVEIRA	DRS VII - CAMPINAS
MIGUEL ANTONIO WAULLIANO	USUÁRIO	TITULAR	VINHEDO	DRS VII - CAMPINAS
MIRIAM DE LIMA DA SILVA PASCHOALL	USUÁRIO	TITULAR	VÁRZEA PAULISTA	DRS VII - CAMPINAS
MIRIAM ELISETE DE OLIVEIRA FERRARI	USUÁRIO	TITULAR	JÁGUARIUNA	DRS VII - CAMPINAS
NILO NOVAES SILVA	USUÁRIO	TITULAR	JUNDIAÍ	DRS VII - CAMPINAS
SEBASTIÃO MANOEL DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	ATIBÁIA	DRS VII - CAMPINAS
SIDNEI GALVÃO ALMEIDA FRANÇA	USUÁRIO	TITULAR	ATIBÁIA	DRS VII - CAMPINAS
TANIA REGINA ROSA SEMINARI	USUÁRIO	TITULAR	BRAGANÇA PAULISTA	DRS VII - CAMPINAS
GETER SIMÃO FERREIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	FRANCA	DRS VIII - FRANCA
MANOEL LURO COSTA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SALES OLIVEIRA	DRS VIII - FRANCA
MARIA APARECIDA DE CASTRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ITUVERAVA	DRS VIII - FRANCA
ADIBI NATALINA ABRAHÃO	TRABALHADOR	TITULAR	MIGUELÓPOLIS	DRS VIII - FRANCA
HELZIMARA APARECIDA MENEZES MENDONÇA	TRABALHADOR	TITULAR	FRANCA	DRS VIII - FRANCA
VINICIUS CRUZ DE CASTRO	TRABALHADOR	TITULAR	MORRO AGUDO	DRS VIII - FRANCA
ALVARO ANGELO	USUÁRIO	TITULAR	IGARAPAVA	DRS VIII - FRANCA
ANIE ALDINI DA SILVA BERTHOLDI	USUÁRIO	TITULAR	FRANCA	DRS VIII - FRANCA
JOÃO BATISTA LUIZ	USUÁRIO	TITULAR	ITIRAPUA	DRS VIII - FRANCA
LUIZ EDUARDO GIUPPONI	USUÁRIO	TITULAR	SÃO JOAQUIM DA BARRA	DRS VIII - FRANCA
MARIA MADALENA DE ALMEIDA	USUÁRIO	TITULAR	ITUVERAVA	DRS VIII - FRANCA
REINALDO SALVADOR DE FARIA	USUÁRIO	TITULAR	MORRO AGUDO	DRS VIII - FRANCA
ADALBERTO JOÃO FADEL	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CONCHAL	DRS X - PIRACICABA
ANTONIO ROBERTO DA SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	RIO CLARO	DRS X - PIRACICABA
DANIEL GONÇALVES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	RIO DAS PEDRAS	DRS X - PIRACICABA
JOSÉ EDUARDO DA FONSECA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	PIRACICABA	DRS X - PIRACICABA
RAFAEL DO PRADO CAVELLO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	RIO CLARO	DRS X - PIRACICABA



SIDNEY BARBOSA MERIS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ENGENHEIRO COELHO	DRS X - PIRACICABA
ANA MARIA DE AFFONSECA LOURENÇO FIDATO	TRABALHADOR	TITULAR	IRACEMAPOLIS	DRS X - PIRACICABA
DORIVAL DOS SANTOS BENTO	TRABALHADOR	TITULAR	CONCHAL	DRS X - PIRACICABA
MARIA TEREZA APARECIDA MOI GONÇALVES	TRABALHADOR	TITULAR	LEME	DRS X - PIRACICABA
MARIZA HELOÁ SECCO CLEMENTE	TRABALHADOR	TITULAR	RIO CLARO	DRS X - PIRACICABA
NEUSA APARECIDA DAMÉLIO MARCELINO DE MORAES	TRABALHADOR	TITULAR	CORDEIROPOLIS	DRS X - PIRACICABA
SANDRA RENATA CANALE DURACENKO	TRABALHADOR	TITULAR	PIRACICABA	DRS X - PIRACICABA
BENEDITO ORLANDO NUNES	USUÁRIO	TITULAR	IRACEMAPOLIS	DRS X - PIRACICABA
ITAMIRO RIBEIRO MARQUES	USUÁRIO	TITULAR	PIRACICABA	DRS X - PIRACICABA
IVANICE DA SILVEIRA SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	LIMEIRA	DRS X - PIRACICABA
JOÃO PEDRO DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	LEME	DRS X - PIRACICABA
JOSÉ ELIESER BARBOSA ANDRADE	USUÁRIO	TITULAR	RIO CLARO	DRS X - PIRACICABA
MARIA DO CARMO GREGÓRIO DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	CORDEIROPOLIS	DRS X - PIRACICABA
OLÍVIA MARIA RANGEL AMORIM PETRI	USUÁRIO	TITULAR	ÁGUAS DE SÃO PEDRO	DRS X - PIRACICABA
PAULO HENRIQUE NASCIMENTO	USUÁRIO	TITULAR	CAPIVARÍ	DRS X - PIRACICABA
ROSANE VICTORIA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	RIO CLARO	DRS X - PIRACICABA
SAMUEL CASTELHANO ANTONIO	USUÁRIO	TITULAR	RIO DAS PEDRAS	DRS X - PIRACICABA
SEBASTIÃO BRAZ ÁVILA DA ROSA	USUÁRIO	TITULAR	ENGENHEIRO COELHO	DRS X - PIRACICABA
SUERLY TOLEDO VITTI	USUÁRIO	TITULAR	SANTA GERTRUDES	DRS X - PIRACICABA
ADEMIR ZANBRINI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTO ANASTÁCIO	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
JORGE YOCHINOBU CHIHARA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	JUNQUEIRÓPOLIS	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
MARIZE OCOLATI VITALE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	PIRAPOZINHO	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
ANA LUCIA DE MATOS FLORES	TRABALHADOR	TITULAR	PRESIDENTE PRUDENTE	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
VALTER RAIMUNDO DOS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	RANCHARIA	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
VIVIAN NATALIA PEREIRA DE SOUZA	TRABALHADOR	TITULAR	QUATÁ	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
CECILIA APARECIDA RACANELI MIYAI	USUÁRIO	TITULAR	DRACENA	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
JOSE FELIPE FILHO	USUÁRIO	TITULAR	SANTO ANASTÁCIO	DRS XI - PRESIDENTE



				PRUDENTE
MARIA RITA TAVEIRA CAMARGO	USUÁRIO	TITULAR	IEPÉ	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
RENATA SOARES DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	PRESIDENTE PRUDENTE	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
RONALDO CELESTINO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	MARTINÓPOLIS	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
TANIA CRISTINA BRANDAO	USUÁRIO	TITULAR	PRESIDENTE PRUDENTE	DRS XI - PRESIDENTE PRUDENTE
ADRIANO OLIVEIRA SANCHES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	PARIQUERA-AÇU	DRS XII - REGISTRO
LIGIA FERREIRA MUSETI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SETE BARRAS	DRS XII - REGISTRO
MARIANA DA VEIGA MEDEIROS	TRABALHADOR	TITULAR	REGISTRO	DRS XII - REGISTRO
MONICA CORREIA LIMA	TRABALHADOR	TITULAR	CAJATÍ	DRS XII - REGISTRO
ADALTO FELICIANO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	ELDORADO	DRS XII - REGISTRO
ELISANGELA XAVIER	USUÁRIO	TITULAR	REGISTRO	DRS XII - REGISTRO
JOÃO BATISTA DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	CAJATÍ	DRS XII - REGISTRO
PAULO ROBERTO BEZERRA LIMA	USUÁRIO	TITULAR	ILHA COMPRIDA	DRS XII - REGISTRO
CAMILA LUCHESI MILUZZI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
GERALDO CESAR ROSARIO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SERRANA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
ISABELA CRISTINA CANAVEZ	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ALTINÓPOLIS	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
SIMONE CRISTINA LEANDRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
STENIO J. CORREIA MIRANDA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
YAYEKO KANESIRO TOYOSHIMA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	JABOTICABAL	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
EDSON CABRAL	TRABALHADOR	TITULAR	SERTAOZINHO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
LIGIA RIBEIRO DA SILVA TONUCCI	TRABALHADOR	TITULAR	BATATAIS	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
MARCIA SANCHES PERES DE SOUZA	TRABALHADOR	TITULAR	JABOTICABAL	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
MARCIO HEBER GOMIDE JUNIOR	TRABALHADOR	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
MARISA SUELI ALVES DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
ROSANA APARECIDA CUSTÓDIO	TRABALHADOR	TITULAR	ALTINÓPOLIS	DRS XIII - RIBEIRÃO



FAJARDO				PRETO
ADRIANA CRISTINA MOÇO	USUÁRIO	TITULAR	JABOTICABAL	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
ANA PAULA SIMÕES MARIA	USUÁRIO	TITULAR	PONTAL	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
ELENA APARECIDA MORAES	USUÁRIO	TITULAR	BATATAIS	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
FABIO DE JESUS SILVA	USUÁRIO	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
GISELE FERREIRA FREITAS	USUÁRIO	TITULAR	JARDINÓPOLIS	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
LAERTE CARLOS AUGUSTO	USUÁRIO	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
LUCI MARA FRANZONI	USUÁRIO	TITULAR	BRODOWSKI	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
REGINA HELENA BRITO DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
TELMA LUCIA PEREIRA ESPURI	USUÁRIO	TITULAR	SANTA ROSA DE VITERBO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
TEREZINHA APARECIDA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	JARDINÓPOLIS	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
VANESSA MILAN TEIXEIRA	USUÁRIO	TITULAR	SERTAOZINHO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
VANILDO CUSTÓDIO DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	RIBEIRÃO PRETO	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
IVANI GONÇALVES DE MAGALHÃES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
MIRIAN ROSSANY	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MOJI MIRIM	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
OSÍRIS PAULA SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ESPÍRITO SANTO DO PINHAL	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
ANA MAIRA BRANDÃO DE ANDRADE	TRABALHADOR	TITULAR	CASA BRANCA	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
GRAZIELE MARIA DE CARVALHO APOLINÁRIO	TRABALHADOR	TITULAR	DIVINOLÂNDIA	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
PAULO GONÇALVES	TRABALHADOR	TITULAR	ESPÍRITO SANTO DO PINHAL	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
DANUSA CRISTINA GALVÃO DE FRANÇA FERRAZ	USUÁRIO	TITULAR	ITAPIRA	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
FABIANA DE SOUZA SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	TAMBAÚ	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA



MARIA EUZA GUEDES DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	MOGÍ GUAÇU	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
MARIA TERESA SIMÃO DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	MOJI MIRIM	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
MARILUCE LOPES DE FARIA	USUÁRIO	TITULAR	CASA BRANCA	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
RUY RICCI JUNIOR	USUÁRIO	TITULAR	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	DRS XIV - S.JOÃO DA BOA VISTA
FERNANDO GIOVANELLI DO NASCIMENTO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	TANABÍ	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
FLÁVIA CRISTINA CUSTÓDIO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	TURMALINA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
JOÃO PAULO DE LIMA PEDROSO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	VOTUPORANGA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
NORBERTO PELISSON	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	JALES	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
RENATA APARECIDA ROCHA BUGATTI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CATANDUVA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
TELMA CRISTINA GUERBACH SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	PLANALTO	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
WERTHER BRUNIERA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	NOVA GRANADA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
ADRIANA CRISTINA OLIVA COSTA	TRABALHADOR	TITULAR	MENDONÇA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
ANA SILVIA FERNANDES DE ALMEIDA	TRABALHADOR	TITULAR	MARINÓPOLIS	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
FRANCIELE CATARUCCI	TRABALHADOR	TITULAR	CATANDUVA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
GEOVANA DE FÁTIMA FIRMINO	TRABALHADOR	TITULAR	NIPOA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
JOSÉ APARECIDO MORELLI	TRABALHADOR	TITULAR	PONTES GESTAL	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
MARCELO AUGUSTO VITORIANO CAMARGO	TRABALHADOR	TITULAR	NOVA ALIANÇA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
SANDRA REGINA DE GODOY	TRABALHADOR	TITULAR	FERNANDOPOLIS	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
ADEMAR CRUCIOL FILHO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
ANDREIA PEREIRA	USUÁRIO	TITULAR	NOVO HORIZONTE	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
ARNALDO MURILO SILVA POHL	USUÁRIO	TITULAR	JALES	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO



				PRETO
CASSIO ELMO GONÇALVES GALLO	USUÁRIO	TITULAR	JOSÉ BONIFÁCIO	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
DANIEL FRANCISCO RAYMUNDO	USUÁRIO	TITULAR	CATANDUVA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
EDMAR DA COSTA	USUÁRIO	TITULAR	VOTUPORANGA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
ELOISA MACIEL ALVES DE ABRANTES	USUÁRIO	TITULAR	PINDORAMA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
GRACIANO JOSÉ RIBEIRO	USUÁRIO	TITULAR	FERNANDOPOLIS	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
ISAAC LIMEIRA PAXINI MACHADO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
JOSÉ AUGUSTO PEDRASSOLLI CALIXTO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
LUIZ GOMES FERREIRA	USUÁRIO	TITULAR	PONTES GESTAL	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
OSWALDO FIDELIS DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	BADY BASSITT	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
RAFAEL FRANCISCO DE ASSIS	USUÁRIO	TITULAR	NOVA GRANADA	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
WILSON MARTINS FILHO	USUÁRIO	TITULAR	TANABÍ	DRS XV - S.JOSÉ DO RIO PRETO
ANDRÉ LUIZ DE SOUZA LIMA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MAIRINQUE	DRS XVI - SOROCABA
CELSO APARECIDO FATTORI JUNIOR	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SOROCABA	DRS XVI - SOROCABA
CINTIA ALBUQUERQUE ZAMBIANCO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ITAPEVA	DRS XVI - SOROCABA
ELISÂNGELA CANDERA RODRIGUES GRANDO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ALAMBARÍ	DRS XVI - SOROCABA
FRANCISCO VIEIRA FILHO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	PIEDADE	DRS XVI - SOROCABA
GISELLI MARIA ALVES CAMPOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	IBIUNA	DRS XVI - SOROCABA
LEONARDO DA SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SOROCABA	DRS XVI - SOROCABA
LUIZ FERNANDO GALVÃO FERRARI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ITAPETININGA	DRS XVI - SOROCABA
MÁRCIA DE ALMEIDA LIMA MARIANO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	IBIUNA	DRS XVI - SOROCABA
ROBERTO GONELLA JUNIOR	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CESÁRIO LANGE	DRS XVI - SOROCABA
ANTONIO SÉRGIO ISMAEL	TRABALHADOR	TITULAR	SOROCABA	DRS XVI - SOROCABA
CLÁUDIO ROBERTO FORTES ROCHA F. SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	VOTORANTIM	DRS XVI - SOROCABA
ELISÂNGELA CARDOSO PIRES	TRABALHADOR	TITULAR	IBIUNA	DRS XVI - SOROCABA
LÚCIO COSTA	TRABALHADOR	TITULAR	SOROCABA	DRS XVI - SOROCABA



LUIZ FERNANDO SEIDL	TRABALHADOR	TITULAR	SOROCABA	DRS XVI - SOROCABA
LUIZ HENRIQUE MOTTA RODRIGUES	TRABALHADOR	TITULAR	ANGATUBA	DRS XVI - SOROCABA
MARTA ROSANA NAZARETH AYRES	TRABALHADOR	TITULAR	ITAPETININGA	DRS XVI - SOROCABA
PAULO AUGUSTO DALCIM	TRABALHADOR	TITULAR	SOROCABA	DRS XVI - SOROCABA
SILVANA DE ALMEIDA	TRABALHADOR	TITULAR	BARRA DO CHAPÉU	DRS XVI - SOROCABA
VALÉRIA REGINA MATHEUS DE SOUZA	TRABALHADOR	TITULAR	IPERO	DRS XVI - SOROCABA
ALEXSANDRA DE ALMEIDA SOARES	USUÁRIO	TITULAR	VOTORANTIM	DRS XVI - SOROCABA
ANTONIO CARLOS GOMES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO ROQUE	DRS XVI - SOROCABA
BENEDITO PIRES RODRIGUES	USUÁRIO	TITULAR	ITÚ	DRS XVI - SOROCABA
CARLOS ROBERTO DA SILVA MONTEIRO	USUÁRIO	TITULAR	SALTO DE PIRAPORA	DRS XVI - SOROCABA
CASSIANO CONCEIÇÃO	USUÁRIO	TITULAR	CAPELA DO ALTO	DRS XVI - SOROCABA
CLAUDINEIA APARECIDA DE ALMEIDA DE MIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DRS XVI - SOROCABA
DIRCEU SÁ LIMA JUNIOR	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	DRS XVI - SOROCABA
FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES VALÉRIO	USUÁRIO	TITULAR	SOROCABA	DRS XVI - SOROCABA
HERMELINDO DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	MAIRINQUE	DRS XVI - SOROCABA
HILÁRIO BELARMINO DE CAMARGO	USUÁRIO	TITULAR	ALAMBARÍ	DRS XVI - SOROCABA
JOELMA DE FÁTIMA CUNHA	USUÁRIO	TITULAR	ITAPEVA	DRS XVI - SOROCABA
JOSÉ RUBENS FERREIRA	USUÁRIO	TITULAR	PIEDADE	DRS XVI - SOROCABA
JÚLIA DE BARROS LIMA	USUÁRIO	TITULAR	ANGATUBA	DRS XVI - SOROCABA
MANOEL BORGES	USUÁRIO	TITULAR	SOROCABA	DRS XVI - SOROCABA
MARCELLA ADRIANE VETORELLO KISS	USUÁRIO	TITULAR	CESÁRIO LANGE	DRS XVI - SOROCABA
MÁRCIA ANTONIA ANTUNES TOLEDO OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINA DO MONTE ALEGRE	DRS XVI - SOROCABA
REGINA CARDOSO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SOROCABA	DRS XVI - SOROCABA
RIVAIL CAVALHEIRO VELOSO	USUÁRIO	TITULAR	RIBEIRA	DRS XVI - SOROCABA
RONALDO CESAR RODRIGUES	USUÁRIO	TITULAR	IPERO	DRS XVI - SOROCABA
SÉRGIO PIMENTA DAGER	USUÁRIO	TITULAR	IBIUNA	DRS XVI - SOROCABA
SHIRLEY MARIA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	PORTO FELIZ	DRS XVI - SOROCABA
VALTER LUIZ	USUÁRIO	TITULAR	SALTO	DRS XVI - SOROCABA
ALBERTO EXPEDITO PAIOTTI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	DRS XVII - TAUBATÉ
ANA CAROLINA MAGALHÃES FONDELLI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	TREMEMBÉ	DRS XVII - TAUBATÉ
ARIANE DINIZ PINTO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	APARECIDA	DRS XVII - TAUBATÉ
EFIGÊNIA DE SOUSA E SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	MONTEIRO LOBATO	DRS XVII - TAUBATÉ



GUILHERME DANZI MARCONDES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CACHOEIRA PAULISTA	DRS XVII - TAUBATÉ
HENRIQUE SIMÕES RODRIGUES DA SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ILHABELA	DRS XVII - TAUBATÉ
LILIHAN MARTINS DA SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	JACAREÍ	DRS XVII - TAUBATÉ
MARIA APARECIDA PINHEIRO PIEDADE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	ILHABELA	DRS XVII - TAUBATÉ
RUBENS PEREIRA DE VASCONCELOS FILHO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	DRS XVII - TAUBATÉ
SILVANA IORI RIGHETI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	TREMEMBÉ	DRS XVII - TAUBATÉ
ANDRÉ LUIS DOS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	DRS XVII - TAUBATÉ
FÁBIO LEMOS	TRABALHADOR	TITULAR	PINDAMONHANGABA	DRS XVII - TAUBATÉ
IDA APARECIDA LIMA RINZA	TRABALHADOR	TITULAR	TAUBATÉ	DRS XVII - TAUBATÉ
KATIA CRISTINA GALVÃO TUAN DE MENEZES	TRABALHADOR	TITULAR	PARAIBUNA	DRS XVII - TAUBATÉ
MARCOS TOLEDO CRUZ JUNIOR	TRABALHADOR	TITULAR	PARAIBUNA	DRS XVII - TAUBATÉ
MÔNICA CRISTINA DE JESUS	TRABALHADOR	TITULAR	TREMEMBÉ	DRS XVII - TAUBATÉ
PAULA HELENA BAESSO GONÇALVES RIBEIRO	TRABALHADOR	TITULAR	CUNHA	DRS XVII - TAUBATÉ
RICARDO MARCELO BENEDITO	TRABALHADOR	TITULAR	UBATUBA	DRS XVII - TAUBATÉ
SÍLVIO DA SILVA GIMENEZ	TRABALHADOR	TITULAR	JACAREÍ	DRS XVII - TAUBATÉ
WAGNER NUNES DE MOURA	TRABALHADOR	TITULAR	LORENA	DRS XVII - TAUBATÉ
ADILSON LOPES DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	GUARATINGUETA	DRS XVII - TAUBATÉ
ADRIANA ZAMITH NICOLINI	USUÁRIO	TITULAR	TAUBATÉ	DRS XVII - TAUBATÉ
ANTONIO JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	JACAREÍ	DRS XVII - TAUBATÉ
ANY APARECIDA RODRIGUES	USUÁRIO	TITULAR	CAMPOS DO JORDÃO	DRS XVII - TAUBATÉ
DANIEL SOUZA CARVALHO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	DRS XVII - TAUBATÉ
DURVAL FRANCISCO RODRIGUES NETO	USUÁRIO	TITULAR	APARECIDA	DRS XVII - TAUBATÉ
EURICO FERNANDES	USUÁRIO	TITULAR	JACAREÍ	DRS XVII - TAUBATÉ
GENIEL AUGUSTO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	GUARATINGUETA	DRS XVII - TAUBATÉ
GILSON JOSÉ GONLAÇVES JUNIOR	USUÁRIO	TITULAR	CRUZEIRO	DRS XVII - TAUBATÉ
JAQUELINE HONORIO REIS LIMA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	DRS XVII - TAUBATÉ
JOÃO BATISTA DA SILVA BRITO	USUÁRIO	TITULAR	JACAREÍ	DRS XVII - TAUBATÉ
JOSÉ ROBERTO DE MOURA SÁ PAULA COSTA	USUÁRIO	TITULAR	CAÇAPAVA	DRS XVII - TAUBATÉ
JOSÉ ROCHA DA CONCEIÇÃO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	DRS XVII - TAUBATÉ
LUCIANA BASON MARQUES	USUÁRIO	TITULAR	PINDAMONHANGABA	DRS XVII - TAUBATÉ



MARIA CECÍLIA MOREIRA	USUÁRIO	TITULAR	TAUBATÉ	DRS XVII - TAUBATÉ
MARINA ALVES CARDOSO	USUÁRIO	TITULAR	TREMEMBÉ	DRS XVII - TAUBATÉ
MARISTELA PRILIPS	USUÁRIO	TITULAR	JACAREÍ	DRS XVII - TAUBATÉ
PAULO MALTA DE CARVALHO FILHO	USUÁRIO	TITULAR	CARAGUATATUBA	DRS XVII - TAUBATÉ
REGINA CELIA CRISTINO BARBOSA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO SEBASTIÃO	DRS XVII - TAUBATÉ
ROGÉRIO DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	DRS XVII - TAUBATÉ
ALÓIDE LADEIA GUIMARÃES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
ANDRÉ LUIZ DE CASTILHO FONSECA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
CARLA APARECIDA ALMEIDA SIQUEIRA MACHADO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
MARCOS APARECIDO FIRMINO DOS SANTOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	HORTOLÂNDIA	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
ROSANA APARECIDA GARCIA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
BRUNO MARIANI DE SOUZA AZEVEDO	TRABALHADOR	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
ERIKA FERNANDA VIANA DE MORAES	TRABALHADOR	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
FRANCISCO MOGADOURO DA CUNHA	TRABALHADOR	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
VERA SALERNO	TRABALHADOR	TITULAR	SALTO	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
WILMA ROSENDO DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
CLEUSA APARECIDA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
DAVID CAMPOS	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
GERARDO MENDES DE MELO	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
LUCIANO MARQUES LIRA	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
MARIA HELENA NOGUEIRA	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
NILSON SOUZA DO NASCIMENTO	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
PAULO TAVARES MARIANTE	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
SANDRA CALDEIRA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE



				CAMPINAS
VALDIR OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
WASHIGTON DA CONCEIÇÃO MOURA	USUÁRIO	TITULAR	CAMPINAS	MUNICÍPIO DE CAMPINAS
DOUGLAS BRANDALISE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
ENEIDA DA SILVA BERNARDO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
HELOISA HELENA SAMPAIO FERREIRA DE CASTRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
MARIA CELIA ORARA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
MARIZA DA SILVA LIMA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
SERGIO JOSÉ DA SILVA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
TERESA PINHO DE ALMEIDA TASHIRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
CRISTINA AP BELTRAN MELO	TRABALHADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
IVANILSON JOAQUIM DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
LUCIANA VASQUES	TRABALHADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
MARTHA GUEDES LEME DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
ROSMARI BAPTISTA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
SIDNEY COSTA DE MEDEIROS	TRABALHADOR	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
ADELAIDE PIRES DE BARROS	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
ANDREIA VALENTE TARSITANO	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
JAIR GOMES NUNES	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
JOSE CARLOS MUNIZ	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS



LEÔNIDAS DAS CHAGAS ROSA NETO	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
LUCIA TEREZINHA DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
MARIA DA CONCEIÇÃO TARDIM	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
ROBERVAL TRAJANO BARROS CAVALCANTE	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
ROGERIO DE JESUS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
ROGERIO PEREIRA DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
VALDENY AMORIM DE LIMA	USUÁRIO	TITULAR	GUARULHOS	MUNICÍPIO DE GUARULHOS
ANA CRISTINA KANTZOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANA PAULA PETRATI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANDRÉIA FERREIRA ALVES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANTONIA APARECIDA FERREIRA DOS SANTOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANTÔNIO CÉLIO CAMARGO MORENO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANTÔNIO SÉRGIO GONÇALVES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CAROLINA BELTRAMINE DE CARVALHO DONOLA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CÁSSIO ROGÉRIO DIAS LEMOS FIGUEIREDO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CECILIA SEIKO TAKANO KUNITAKE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CELINA MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DORACI MARIA AFONSO CASTRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
EDJANE MARIA TORREÃO BRITO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FERNANDO PROENÇA DE GOUVÊA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FRANCIS DA SILVA FERNANDES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



				PAULO
GISLAINE ROMÃO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HELENA QUIRINO TALIBERTI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HELENA ZAIO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
IVAN APARECIDO CACERES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
IVANILDA ARGENAU MARQUES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JANE A. MARINHO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JOSÉ CLAUDIO DOMINGOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JOSÉ OLÍMPIO MOURA DE ALBUQUERQUE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JÚLIO CESAR CARUZZO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
LÁZARO BERNSTEIN	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARCI L. S. VESCIO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARCO ANTÔNIO DOS SANTOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA CRISTINA HONÓRIO DOS SANTOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA IRANDY NONATO DE OLIVEIRA PRADO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA LUISA BRENHA RIBEIRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA TERESA DE ALMEIDA FERNANDES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA ZENITH ARRUDA LIRA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO CAETANO DO SUL	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARÍLIA ARRUDA DE OLIVEIRA MULLER	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIO MAIA BRACCO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
NILZA MARIA PIASSI BERTELLI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



REGINA APARECIDA MARCHIORE DE CARVALHO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SANTO ANDRÉ	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
REGINA PETRILLO DE CASTRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
REJANE CALIXTO GONÇALVES	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ROBERTO SINISCALCHI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ROSA MARIA DIAS NAKAZAKI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ROSA MARIA RAMOS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ROSÂNGELA ELIAS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SELMA DE FÁTIMA NUNES GOUVEIA BUFF	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SERGIO MATSUDO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SILVIA APARECIDA CISI TANNUS	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SÔNIA ANTONINI BARBOSA	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SONIA DIAS LANZA FREIRE	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
VANIA SOARES DE AZEVEDO TARDELLI	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
VERA LÚCIA ANACLETO CARDOSO ALLEGIO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
VERA MARIA DA SILVA RIBEIRO	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ZILWARA DA PENHA GERAB	GESTOR/PRESTADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
AGOSTINHA FRANCISCA DE OLIVEIRA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANA AMÉLIA ALVES LÔBO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANA LÚCIA FIRMINO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANA PAULA DE ARRUDA GERALDES KALAOKA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANATÓLIO JÚNIOR FONTENELE	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

6^A
CONFERÊNCIA
ESTADUAL
DE
SAÚDE



				PAULO
ANGELA APARECIDA DE LIMA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANGÉLICA LIRA DOS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANGELO D' AGOSTINI JÚNIOR	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANNA VALÉRIA AC PRADAL	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANTONIO CARLOS DA CRUZ JÚNIOR	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANTONIO CARLOS LIMA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ARIANE GRAÇAS DE CAMPOS	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ARLINDO DA SILVA LOURENÇO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
BENEDITO AUGUSTO DE OLIVEIRA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CARLOS BARBOSA DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CLAUDETE SANTOS DE LIMA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DANYA ROBERTA DE SOUZA OLIVEIRA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DENILDA PEREIRA DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DEODATO RODRIGUES ALVES	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ELIANE DE LUCAS DA SILVA MARTINS	TRABALHADOR	TITULAR	OSASCO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
EMERSON TRINDADE	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FABIANA GONÇALVES CIPRIANO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FERNANDA LOU SANS MAGANO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JOSÉ ERIVALDER GUIMARÃES DE OLIVEIRA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
KATIA CILENE BARBOSA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



LEANDRO VASQUES JUSTINO LEITE DE OLIVEIRA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
LOURDES ESTEVÃO DE ARAÚJO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
LUCIA DE CASSIA TAVARES	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
LUIS CARLOS ARAÚJO LIMA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA ARACI DOS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA LUCIA DA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA LÚCIA SILVA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA MARTA DE BETAMIA BARBOSA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARTA MARQUES S. SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MIRIAN GALLO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MÔNICA FERNANDES DE ALBUQUERQUE	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
NATALICES ALEIXO SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
NEIDE APARECIDA SALES BISCUOLA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
NEUSA SPINELLI RUAS	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
OMAR BRAGA MENDONÇA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ONDINA D' OLIVEIRA COELHO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PAULO MARCELO NAOUM MAZAFERRO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
RINALDO DE NOVAES GOMES	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SELMA MARIA SILVA DOS SANTOS	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SILAS LAURIANO NETO	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLANGE APARECIDA TRINDADE	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

6^A
CONFERÊNCIA
ESTADUAL
DE
SAÚDE



				PAULO
SOLANGE CEVERA FARIA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
TERESA CRISTINA LARA DE MORAES DA CUNHA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
VILEDA MADALENA GOSSLER DE SOUZA	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
VINICIUS FIGUEIRA BOIM	TRABALHADOR	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ACÍLIA MARTINS DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ADÃO DO CARMO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
AIRSON DA COSTA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ALEX APARECIDO LEITE DE ALBUQUERQUE	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ÁLVARO ROSSI	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANDRÉIA PATRÍCIA BARCELOS DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANTÔNIO GONÇALVES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ANTÔNIO PEDRO DE SOUSA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
APARECIDA BENEDITA FRANCISCO DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ARACY CUSTÓDIO BORGES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
BENEDITO ALVES DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
BENEDITO CANTOR MARQUES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
BOLÍVIO DA SILVA SÁ WERNZ	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CARMEN ANGELA DE AQUINO MASCARENHAS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CÁSSIA SCHIFFER ROGERO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CÉLIA ALVES LIMA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



CÉLIA APARECIDA ASSUMPÇÃO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CLARICE KAMMER PATRÍCIO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CLAUDEMIR SERENO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CLÓVIS FELICIANO SOARES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DÉBORAH C. DE PAULA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DELTINA CÂNDIDA DOS SANTOS FONSECA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DELVA BRAZ	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DENIS VEIGA JUNIOR	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
EDENILDA NEVES C. SOUSA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
EDNO OLIVEIRA ARAÚJO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ELISABETE APARECIDA SILVÉRIO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
EXPEDITO PEDRO DO NASCIMENTO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FÁBIO DA NATIVIDADE CRUZ	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FÁBIO JÚLIO MOTA DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FERNANDO ANTONIO DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FRANCELENE RODRIGUES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FRANCESCA EDINELDA ANDRADE GOMES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FRANCISCA ANDRADE QUINTEROS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FRANCISCA IVANEIDE DE CARVALHO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FRANCISCO SANDRO SALLAS ROLDAN	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
FREDERICO SOARES DE LIMA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

6^A
CONFERÊNCIA
ESTADUAL
DE
SAÚDE



				PAULO
GERALDO DE ARAÚJO MARQUES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
GERSON ASSIOLI LIMA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
GILBERTO FRACHETTA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HELOISA MARIA LEITE DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
IDECLÉIA GENEROSO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ISAC JOÃO DE SOUZA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ISMAEL GIANERI	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
IVAN LIMA SANTANA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
IVO CARLOS VALÊNCIO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JANETE BARBOSA HUNG	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JARQUELENE OLIVEIRA DO NASCIMENTO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JOÃO CORDEIRO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JOÃO CORTEZ NETO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JOÃO FERREIRA BRITO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JOÃO NERES DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JORGE DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JORGE DE FREITAS VAZ	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JÚLIO CÉSAR DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
JUTTA PECSI FUSARO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
KÉZIA ADRIANA DE ARAÚJO ALVES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

6^A
CONFERÊNCIA
ESTADUAL
DE
SAÚDE



LILIAN V. MANZALLI	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
LOURDES MARIA DE QUEIROZ	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
LUZIA DA SILVA PINTO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MANOEL COSTA FILHO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MANOEL JOSÉ DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARCIONILIA NUNES DE LIMA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARCOS AUGUSTO GERMANO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARCOS DAVID GUERREIRO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA AUXILIADORA CHAVES DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA BERTOLINA DE MORAES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA CHRISTINA IELO BELLO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA AMARAL	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA LIMA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA DE FÁTIMA LIMA DE SOUSA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA DE LURDES MARTINS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA HELENA LIMA DE FREITAS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA JOSÉ DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA JUSSARA HONORATO MOURATO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARIA PAULA DO CARMO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARTHA SANTOS DE AGUIAR	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
NEIDE DE FÁTIMA MARTINS ABATI	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

6^A
CONFERÊNCIA
ESTADUAL
DE
SAÚDE



				PAULO
ODETE JACINTO CAVALCANTE	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
OLDIMAR SÉRGIO ALVES DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
OLGA LUISA LEON DE QUIROGA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
OLGA VERÍSSIMO DA COSTA HERMÓGENES	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
OSVALDINA BATISTA DE MATOS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
OSWALDO FERREIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PAULO CARVALHO DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PAULO MARTINS MOREIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PAULO MOURA DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PAULO ROBERTO BELINELO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PEDRO GUEDES CAVALCANTE	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
RAIMUNDO CAITANO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
RAIMUNDO CAITANO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
RICARDO SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
ROSA DO NASCIMENTO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SANDRA DOS SANTOS REIS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SÉRGIO RODRIGUES DA SILVA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SEVERINO LIMA DE MELO	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SILVANA PIORELLI VIANA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
TARCÍSIO GERALDO FARIA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



TEREZINHA BARROS DE ALMEIDA DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
VALDIVINO DOS SANTOS ROCHA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
VALMIR FERREIRA DOS SANTOS	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
VITA AGUIAR DE OLIVEIRA	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
WALTER GIACON	USUÁRIO	TITULAR	SÃO PAULO	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
APARECIDA LINHARES PIMENTA	GESTOR/PRESTADOR	Convidado	DIADEMA	
BIANCA BLANCO	GESTOR/PRESTADOR	Convidado	SÃO PAULO	
ELAINE MARIA GIANNOTTI	GESTOR/PRESTADOR	Convidado	SÃO PAULO	
ISABEL CRISTINA PAGLIARINI FUENTES	GESTOR/PRESTADOR	Convidado	SÃO BERNARDO DO CAMPO	
MARA GHIZELLINI JACINTO	GESTOR/PRESTADOR	Convidado	CEDRAL	
MARCIA MARINHO TUBONE	GESTOR/PRESTADOR	Convidado	SÃO PAULO	
MARIA MIRTES EMILIANO	GESTOR/PRESTADOR	Convidado	SÃO PAULO	
RONALDO DIAS CAPELI	GESTOR/PRESTADOR	Convidado	SÃO PAULO	
VIRGINIA DA COSTA HONORIO	GESTOR/PRESTADOR	Convidado	SÃO PAULO	
ANA CAROLINA BASSO SCHMITT	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
BERGAIR DE OLIVEIRA VALENTINO	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
CLAUDIO JOSÉ MACHADO	TRABALHADOR	Convidado	BARRETOS	
CLAUDIO JOSÉ MACHADO	TRABALHADOR	Convidado	BARRETOS	
DEISE LUCIA DO NASCIMENTO	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
DEISE LUCIA DO NASCIMENTO	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
FATIMA REGINA RIANI COSTA	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
GILVANIA SANTOS SANTANA	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
JOSE LUIZ DE ALMEIDA	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
JOSE LUIZ DE ALMEIDA	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
JUAREZ ARAUJO BRANDÃO	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
LIGIA MENDES DA SILVA	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
LILIANE PACE	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
LILIANE PACE	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
MARCOS AURELIO COLEN LEITE	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
ODECIO DOMINGOS ALVES	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
PAULO ROGERIO OLIVEIRA	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
RONILDO FERREIRA DA SILVA	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
SANDRA LUCELIA PEREIRA	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	

6^A
**CONFERÊNCIA
 ESTADUAL
 DE
 SAÚDE**



VANESSA FARO CHAVES	TRABALHADOR	Convidado	UBERABA	
VERA LUCIA DE SOUZA CORNELIO	TRABALHADOR	Convidado	SÃO PAULO	
ALBERTO ANTONIO SAVA	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
ELISABETE APARECIDA FIGUEIREDO BARROS	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
GUERINO OLIVEIRA NETO	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
HELSON MARCELINO	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
JOSE MARCOS OLIVEIRA	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
LILIAN APARECIDA FERRAZ	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
LUCIANO FEITOSA DOS SANTOS	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
MARCO LUZ	USUÁRIO	Convidado	SÃO ROQUE	
MARIA MACEDO COSTA DE ALMEIDA	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
NADIR FRANCISCO DO AMARAL	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
RODRIGO DE SOUZA PINHEIRO	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
ROSE MARY LUIZA DA SILVA	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
SILVIA GALLI	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	
VANDA SAVÁ	USUÁRIO	Convidado	SÃO PAULO	