



Sumário

<i>Portaria nº 791/SES</i>	<i>5</i>
<i>Santa Catarina em Conferência</i>	<i>6</i>
<i>Apresentação</i>	<i>7</i>
<i>A História das Conferências de Saúde em SC.....</i>	<i>9</i>
<i>Homenagem a Sérgio Arouca</i>	<i>15</i>
<i>Programação da IV Conferência Estadual de Saúde de SC</i>	<i>16</i>
<i>A Participação na IV Conferência Estadual de Saúde de SC</i>	<i>17</i>
<i>Propostas aprovadas na IV Conferência Estadual de Saúde de SC</i>	<i>17</i>
<i>Ementas das Moções Aprovadas</i>	<i>37</i>
<i>Perfil da Delegação Catarinense na 12ª Conferência Nacional de Saúde</i>	<i>40</i>
<i>Perfil das Escolhas Temáticas dos Delegados Catarinenses da 12ª Conferência Nacional de Saúde</i>	<i>42</i>
<i>Avaliação da IV Conferência Estadual de Saúde de SC segundo os participantes</i>	<i>44</i>
<i>Material de Divulgação da IV Conferência Estadual de Saúde de SC</i>	<i>47</i>

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE 2003

REPRESENTANTES DO GOVERNO

	Membro(s) Titular(es)	Origem	Membro(s) Suplente(s)	Origem
Repres. da Secretaria de Estado da Saúde	Fernando Coruja Agustini	SES	Flávio Magajewski	SES
	Carmen Emilia Bonfá Zanotto	SES	Maria Teresa Locks	SES
Repres. Instituto de Previdência SC	Demetrius Ubiratan Hintz	IPESC	Luiz Miguel Vaz Viegas	IPESC
Repres. Conselho Secretarias Municipais de Saúde	Teresinha Nieheues	COSEMS	Claudete Marchesini Comassetto	COSEMS
Repres. Ministério da Saúde	Eliza Amélia de M. Nogueira	MS	Ivaneete Scharpf Moratelli	MS

REPRESENTANTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

	Membro(s) Titular(es)	Origem	Membro(s) Suplente(s)	Origem
Repres. dos Conselhos Regionais	Mário César Machado	CRO	Alzira Ungareth Haberbeck	CREMESC
	Vanessa de Bona Sartor	CRF	Ana Cristina Costa Lima	CRP
Repres. dos Sindicatos Profissionais da Área da Saúde	Jânio Silva	SINDSAÚDE	Maria Nilza Oliveira	SINDPREVS
Repres. Associações Profissionais da Área	Ronald Ferreira dos Santos	SINDFAR	Clovis Thadeu Rabello Improtta	SIND. MÉD. VET.
	João Pedro Carreirão Neto	SIND.	Paulo Roberto Barbato	SIND.
Repres. Associações Profissionais da Área	Genoir Simoni	ACM	Leisa Beatriz Grando	ACM
	Adelino Renuncio	SOMEVESC	Luiz Jorge Vieira	ABO
Profissionais da Área	Maristela Assumpção de Azevedo	ABEN/ SC	Marcelo Fernando do Nascimento	ACM

REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

	Membro Titular	Origem	Membro Suplente	Origem
Repres. da Federação dos Hospitais	Tércio Egon Paulo Kasten	FEHOSC	Braz Vieira	FEHOSC
Repres. da Associação dos Hospitais	Canísio Isidoro Winkelmann	AHESC	Maurício José Souto Maior	AHESC
Repres. dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde/ Ensino Universitário	Romualdo Izon Heil	FURB	Denise Maria Sousa de Mello	UNIPLAC

Governo do Estado de Santa Catarina

Luiz Henrique da silveira

Governador

Eduardo Pinho Moreira

Vice-Governador

Secretaria de Estado da Saúde

Carlos Fernando Coruja Agustini

Secretário da Saúde

Carmen Emilia Bonfá Zanotto

Secretária Adjunta



REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS DO SUS

	Membro(s) Titular(es)	Origem	Membro(s) Suplente(s)	Origem
Repres. de Comissões Direitos Humanos e Cidadania	Dórian Esteves Ribas Marinho	CDH OAB/SC	Thais Angélica Mendes dos Santos	CDH CRP/SC
Repres. de Associações de Moradores	Gilson Pinheiro do Amaral	FAMESC	Rogério Postai	FAMESC
Repres. de Associações de Portadores de Patologia	Maria Thereza Lago da Veiga	AMUC	Ronaldo de Abreu	ADESC
Repres. de Associações de Portadores Deficiência	Gisele Chelli	FED. APAES	Volnei Luiz Linhares	ADEFI
Repres. de Trabalhadores Rurais	Maurício Aristides Sobczak	FETAESC	Antoninho Rovaris	FETAESC
	Neide Furlan	AEMA	Lúcia Fátima Maranhão	AEMA
Repres. de Trabalhadores Urbanos	Jair Sant'Ana	CUT/SC	Alessandro Jorge Pickcius	SINJUSC
	Oswaldo Oliveira Maciel	SINTE	Rogério Vieira	FEDESC
Repres. de Associações Patronais Ligadas à Agricultura	Abel Just	FAESC	Carlos Aires dos Santos Francisco	FAESC
	Pedro Cavaleiro de Almeida	FAESC	Nei Fabiano Vieira de Andrade	FAESC
Repres. de Associações Patronais Ligadas a Comércio/ Serviços	Claudisnei Constante	FECOMÉRCIO	Alessandra Miriam de Sousa	FECOMÉRCIO
Repres. de Associações Patronais Ligadas à Indústria	Kellen Cristine Medeiros Justus	FIESC	Eder Fagotti Buranelli	FIESC
Repres. de Movimentos Sociais Populares	Magda Duarte dos Anjos Scherer	ACMC	Andréia de Oliveira	Fórum Popular Saúde
Repres. de Associação de Aposentados e de 3ª Idade	Silvio de Souza Gomes	FEAPESC	Iracema Pedroso Sales	ANG
Repres. de Organizações Religiosas com Atuação na Área da Saúde	Fátima Pelachini Farias	CNBB Past. Saúde	Marilda Souza Velho	CNBB Past. Saúde
Repres. de Associações Movimentos Sociais e Populares com Atuação na Área da Saúde	Alexandre Gouveia Martins	Instituto Arco-Íris	Cristiane Martins Rinaldi	Acorda





Portaria n° 791/SES de 08/10/03

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE e Presidente do Conselho Estadual de Saúde, no uso de suas atribuições, resolve nomear a Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde, a se realizar em Florianópolis, de 24 a 26 de outubro de 2003, tendo como tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos”, qual seja:

Presidente: Carlos Fernando Coruja Agustini

Vice-Presidente: Ronald Ferreira dos Santos

Coordenador Executivo: Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Secretária: Ana Cristina Costa Lima

Tesoureira: Carmen Emília Bonfá Zanotto

Subcomissão de Relatoria:

Osvaldo de Oliveira Maciel, Luiz Antônio Silva, Pio Pereira dos Santos, Júlio César Marchi, Ruth Kehrig e Nair Terezinha Hames.

Subcomissão de Comunicação:

Alessandro Pickius (Coordenador), Maria Isabel Vargas da Cunha, Maristela Azevedo, Thaís Santos, Rosane Aparecida Varella, Fernanda Steffens, Carlos Côas e Lucimar Franceschini.

Subcomissão de Apoio Logístico:

Walter Vicente Gomes Filho (Coordenador), Alexandre Caraméz, Jair Francisco Vieira, Josilene Alves Kretzer, Maurício Ricardo Kasper,

Gilberto Seemann, Siran Irion da Silva, Amilton de Souza, Tânia Regina Cunha, Nilce Marchi, Álvaro Luiz Parente, Carla Giane da Rocha, Gilsani Valmira Correa, Maria Tereza Lago da Veiga, Marilda Souza Velho, Pedro de Almeida, Luiz Miguel Viegas, Carlos Ayres dos Santos Francisco e Cairo Henrique de Oliveira.

Subcomissão de Documentação e Programa:

Sônia Machado de Souza (Coordenadora), Ronald Ferreira dos Santos e Eleudemar Ferreira Rodrigues.

Subcomissão de Secretaria:

Marcelo Pinter Alves (Coordenador), Márcia Espíndola de Castro, Lúcia Helena de Souza, Sandro Braga, Sílvio Cazzonatti, Clécio Antônio Espezim, Márcio Henrique Mafra, Sandro José Pires da Silva, Selma Regina de Andrade Marino, Helena Hoffmann e Cleoni Beatriz Magiore.

Subcomissão de Recepção e Hospedagem:

Waldemar Marcelino Vieira (Coordenador), Alexandre Gouveia Martins e Giselle Chelli.

Subcomissão de Apoio às Etapas Municipais:

Maurício espíndola (Coordenador), Jair Santana, Hélio Ivo de Camargo, Gilberto Alves, Rudy Pereira Lopes, Cecília Hobold, Lisete Contin, Maria Tereza Zeferino e Rosilda dos Santos.

Carlos Fernando Coruja Agustini
Secretário de Estado da Saúde



Santa Catarina em Conferência *

Fernando Coruja Agustini ⁽¹⁾
Flávio Magajewski ⁽²⁾

A IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina deve ser entendida como mais um momento de avaliação da caminhada empreendida pela sociedade brasileira no sentido de concretizar o direito à saúde para todos os brasileiros.

Ambicioso em seus princípios e diretrizes, o Sistema Único de Saúde está completando quinze anos desde a promulgação da Constituição de 1988. A ousadia dos brasileiros foi confirmada pela determinação de assumir, em um país periférico e de terceiro mundo, uma política maior - a política que promove a vida de forma universal, integral e equânime - e inseri-la na sua Carta Magna como um direito de todos e dever do Estado.

Muito ainda devemos caminhar para que essa ousadia se incorpore no cotidiano das pessoas como uma conquista permanente. Entretanto, esse caminho passa certamente pela escuta sistemática dos anseios e necessidades da população brasileira, fato que ora estamos prestes a reencetar, pela via do debate sempre construtivo das conferências de saúde.

Usuários do SUS, prestadores de serviços de saúde, gestores públicos e trabalhadores de saúde são os sujeitos dessa construção coletiva. Mais de mil e duzentos delegados eleitos em conferências municipais de saúde estarão reunidos em Florianópolis nos próximos dias 24, 25 e 26 de outubro para definir as diretrizes estaduais e nacionais para o Sistema Único de Saúde nos próximos anos.

Esse momento de democracia ampliada é uma das mais veementes provas de que o SUS reconstrói um novo Estado e um novo País todos os dias. Um Estado e um País que seguem em busca da cidadania plena através de políticas públicas inclusivas e emancipatórias. Políticas que colocam os cidadãos na função de agentes produtores de seus destinos. Destinos esses que serão também certamente plenos de saúde, democracia e qualidade de vida.

A dinâmica da Conferência será a da apresentação dos temas definidos pelo Conselho Nacional de Saúde por conferencistas reconhecidos nacionalmente. Imagina-se que os debates se darão em vários eixos, com ênfase no financiamento, na organização dos serviços de saúde e nas relações de trabalho no âmbito do SUS. As propostas discutidas em grupos temáticos serão apresentadas e aprovadas em plenária para que os setenta e seis delegados catarinenses eleitos pela Conferência possam defendê-las em Brasília entre 7 e 11 de dezembro, quando acontecerá a XIIª Conferência Nacional de Saúde.

Sejam todos bem-vindos a Florianópolis. Bem-vindos à IV Conferência Estadual de Saúde. Bem-vindos todos ao chamamento para que transformemos a saúde que temos no SUS que queremos.

* Publicado no Diário Catarinense, em 24/10/03.

(1) Deputado Federal (PPS-SC), Secretário de Estado da Saúde de Santa Catarina

(2) Coordenador Executivo da IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina



Apresentação

Ao apresentar o Relatório da IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina é preciso contextualizar este ano de 2003 no Brasil. Início do Governo Lula, eleito no final de 2002. A 12ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada extraordinariamente, graças ao visionário Sergio Arouca, que percebeu em tempo que o novo governo federal somente poderia legitimamente dar continuidade à implementação do Sistema Único de Saúde se convocasse a sociedade a discutir o SUS que temos e propor o SUS que queremos.


Santa Catarina, mobilizada com a 12ª Conferência Nacional de Saúde, contou com delegados de 85% dos municípios na IV Conferência Estadual de Saúde, a maior representatividade alcançada neste estado. Estiveram presentes 996 delegados e 341 participantes, perfazendo um total de 1367 pessoas, que em grupos de trabalho contribuíram para o debate das propostas das etapas municipais e apresentaram novas propostas, de acordo com o temário proposto no Regimento da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Nos dias 24, 25 e 26 de outubro, em Florianópolis, dos 293 municípios do estado, 249 estiveram representados no evento, e nos três dias de intensos trabalhos, a plenária e os grupos de trabalho contaram com a contribuição ativa dos delegados e participantes. No último dia, mesmo que marcada para acabar ao meio-dia, a plenária esteve representativa até o final, e a eleição de delegados só foi encerrada às 22:00 horas.

A comissão de organização, formada por servidores da Secretaria de Estado da Saúde e Conselheiros Estaduais de Saúde, vivenciou em diminuto espaço de tempo a elaboração do Regulamento e Regimento Interno da IV Conferência, orientação e apoio às etapas municipais, criação e divulgação, levantamento de documentação, infra-estrutura, recepção de delegados e palestrantes, entre outras atividades, para pro-

duzir evento de tal porte. Houve muitas dificuldades, mas cabe levar a público o que causou sofrimento a todos os que participaram da Conferência Estadual, que foi o espaço inadequado em que tivemos de trabalhar. Pode-se constatar, na análise do resultado da avaliação sobre o evento, que este foi o quesito mais insatisfatório, na opinião dos que responderam ao questionário. “É importante lembrar que o evento havia sido originalmente programado para ser realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, mas a comissão organizadora foi obrigada a procurar um local alternativo quando, bem próximo da data prevista para a Conferência, foi informada de que esta não poderia ser realizada na UFSC.”, consta no relatório da avaliação. Vimos, portanto, agradecer a paciência dos participantes e comissão organizadora por todos os transtornos e cansaço adicional, problemas de comunicação e de infra-estrutura, advindos de termos trabalhado em local inadequado, independente de nossa vontade.

Por outro lado, o principal objetivo da Conferência, a construção das propostas para a saúde do estado, conforme se pode ler neste relatório, foi alcançado: as discussões nos grupos de trabalho foram intensas e a plenária esteve ativa na análise e votação das propostas, de maneira geral pertinentes com as principais questões estaduais e nacionais, como diretrizes políticas do SUS. Vem confirmar este dado os 60% dos que responderam ao questionário de avaliação, sobre esta ter alcançado seus objetivos.

Quanto à eleição de delegados, pode-se dizer que houve um avanço com a inclusão, no Regimento Interno, de cláusula que contemplasse uma distribuição preferencialmente macrorregional, a maioria decidiu que cada macro deveria ter o mesmo número de vagas, em prejuízo das entidades de representação estadual, que têm sede na capital. Desta for-



ma, movimentos sociais estaduais, representações de categorias e de federações de trabalhadores em muitos casos não estarão representadas na Conferência Nacional em detrimento de entidades locais, que representam um diminuto número tanto de usuários como de trabalhadores.

É preciso ressaltar a participação do Fórum Popular Estadual de Saúde – FoPES na condução da mesa da Plenária. Atuou, também, junto com pessoal da SES, da mesa de consenso, aberta para resolver problemas que não envolvessem conteúdo, a fim de agilizar os trabalhos de aprovação de propostas. No campo da articulação, foram trocadas notícias sobre as iniciativas de organização do Fórum Popular por delegados de algumas cidades. Para os que ainda não o conhecem, o FoPES é um espaço de articulação política não institucional, que desde 1991 se propôs a lutar pela implementação do SUS, contribuindo para a implantação do Conselho Estadual de Saúde.

Uma situação que se apresentou e que vale ressaltar é sobre a quantidade de pessoas que pensaram que toda a comissão de organização fosse da SES. Pode-se levantar a indagação sobre se os representantes do controle social se reconhecem como agentes essenciais na construção das Conferências, questão que merece reflexão dos atores sociais.

Este relatório traz, ainda, dados de avaliação da delegação eleita para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, ressaltando as escolhas de temas, em que “Controle social” foi escolhido somente pelos delegados representantes de usuários e de trabalhadores de saúde. Chama também a atenção o fato de os delegados representantes do governo e de prestadores de serviço não terem escolhido o tema “As três esferas de governo”. A análise não cabe aqui, pois diversos podem ser os motivos que levaram cada um escolher este ou aquele tema, mas ficam mais estes dados para reflexão.

Por fim, seguem as moções aprovadas, em que podemos ver uma grande preocupação com o financiamento e cumprimento da EC29, contra o projeto de Lei do Ato Médico, contra os transgênicos o PL Estadual sobre as organizações sociais, pela implementação de ações que visem a multidisciplinaridade na atenção à saúde, quanto às questões do consumo e dependência de álcool e a saúde do trabalhador, entre outras.

Finalmente, deixamos registrada, como sugestão para reflexão, o papel assumido pela imprensa, que apenas cumpriu a pauta da assessoria de imprensa da Secretaria de Estado da Saúde. Saudosos os tempos em que havia jornalismo a serviço da população, que pudesse contar à sociedade o que andam construindo seus atores sociais, por uma saúde pública feita em conjunto pelos usuários, trabalhadores e governo.

Ana Lima⁽¹⁾

Secretária da IV Conferência Estadual de Saúde

(1) Ana Cristina Costa Lima, Conselheira Estadual de Saúde, representante do Conselho Regional de Psicologia – 12ª Região, entidade atuante no Fórum Popular Estadual de Saúde.

A HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA

(da Pré-conferência preparatória à Oitava em 1986 à XI Conferência Nacional de Saúde em 2000)

Flávio Magajewski ⁽¹⁾

Introdução

A história das Conferências Nacionais de Saúde tem sido pouco pesquisada e por isso é muito pouco conhecida, mesmo daqueles que tem mais interesse pela análise do processo histórico do setor saúde. Entretanto, o pouco material disponível coloca ênfase nesses eventos enquanto síntese perfeita do longo processo de construção de uma política de saúde moderna e democrática. É evidente que se até 1986 este enfoque não incorria em maior equívoco, a ampliação das Conferências e sua realização nas três esferas de governo fez emergir um rico e diverso conjunto de processos singulares e próprios ao desenvolvimento histórico-social, tornando visíveis as forças interessadas no mesmo, particulares a cada região do país. Assim, nosso interesse é apresentar de forma bastante sumária e provisória, e portanto sujeita a aperfeiçoamento dos interessados no assunto, a rica diversidade e as questões específicas que permearam a realização das etapas infra-nacionais desse instrumento de consulta técnico-político incluído na legislação do Sistema Único de Saúde (Lei 8.142/90), em especial no estado de Santa Catarina. Desse estudo preliminar, ficou claro que no bojo do avanço do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde para os estados e municípios, o papel desses entes da federação gradativamente passou de ator coadjuvante para o de protagonista relevante da história setorial.

Por conta desse entendimento, nossa pretensão foi a de levantar as condições, responsabilidades, as principais propos-

tas em disputa, os atores sociais relevantes do processo e outras considerações que eventualmente possam dar identidade e caracterizar as etapas estaduais das conferências de saúde em Santa Catarina.


Além de recuperar a memória institucional, sistematicamente agredida pelo descaso dos gestores da área da saúde no estado, o presente levantamento objetiva oferecer subsídios aos interessados na construção participativa que as conferências representam, revelando os avanços já feitos em relação às edições anteriores. Apesar de nosso olhar quase sempre um pouco nostálgico em relação ao passado e pessimista em relação ao futuro, neste caso somos obrigados a considerar essa trajetória com bastante otimismo: o processo de controle social e de consolidação do processo de descentralização do SUS em nosso estado tem nas conferências de saúde uma prova irrefutável de vitalidade e progresso consistente e positivo, conforme apresentaremos a seguir.

A VIII Conferência em Santa Catarina

O Movimento Sanitário era um movimento social amplo e bem representado em quase todos os estados do país desde o início dos anos oitenta, graças a um bem sucedido esforço de institucionalização do movimento de reforma dentro das estruturas previdenciárias e da mobilização da academia a partir dos departamentos de saúde pública, com expressiva presença de lideranças de esquerda vitoriosas na luta contra a ditadura e favoráveis à reforma do sistema de saúde. Neste sentido, a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde em novos moldes, radicalmente democráticos, só foi possível pela ocupação de posições de direção em órgãos estratégicos na estrutura previdenciária do governo federal, caso de

(1) Médico, Mestre em Administração, Doutor em Engenharia de Produção. Ex-Secretário Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis (1994-96); Diretor de Planejamento e Coordenação da SES-SC.





Hésio Cordeiro na Presidência do INAMPS e de Sérgio Arouca na Presidência da Fundação Osvaldo Cruz.

Em Santa Catarina, a organização da pré-Conferência (assim foram chamadas as etapas estaduais da VIII) foi encabeçada pela burocracia esclarecida da Superintendência Estadual do INAMPS, em que sobressaiu a atuação da farmacêutica e professora universitária Clair Castilhos, entre outros profissionais que recém haviam ocupado cargos de relevância na condução administrativa do sistema de saúde previdenciário, loteado na Nova República entre lideranças do PFL e do PMDB. A convocação da Conferência foi feita pela Associação Catarinense de Saúde Pública – ACASP, dirigida na época pelo médico e professor Alcides Coelho.

A pré-Conferência realizou-se no Plenário da Assembléia Legislativa de Santa Catarina, que através da sua Comissão de Saúde apoiou o evento, realizado nos dias 7, 8 e 9 de março de 1996, tendo como conferencista Sérgio Arouca, já na época considerado a principal liderança do Movimento Sanitário no país ⁽²⁾.

O grande debate se deu, ante uma platéia atônita, entre os poucos defensores de um Serviço Nacional de Saúde, calçado na idéia de que os serviços de saúde deveriam ser estatizados, e os partidários de um Sistema Nacional de Saúde, mais plural, mas ainda eminentemente público. De qualquer forma, a discussão se fixava na alteração do arcabouço jurídico-político que sustentava o ainda vigente sistema médico-assistencial privatista, por um modelo financiado pela previdência social, que sustentaria um sistema de saúde entendido como um direito de todos e um dever do Estado.

Pouco mais de quarenta pessoas participaram desta reunião histórica, quase todos com atuação em Florianópolis. Em sua maioria, eram profissionais de saúde vinculados de alguma forma com a saúde pública e com algum vínculo profissional

com o setor público: o INAMPS, o DSP, a Universidade Federal de Santa Catarina e alguns poucos representantes de corporações da área da saúde, casos da enfermagem e remanescentes do Movimento de Renovação Médica (REME), e dos municípios, recém beneficiados pelas Ações Integradas de Saúde e ainda pouco familiarizados com a participação em movimentos nacionais.

Uma semana mais tarde, em Brasília, milhares de delegados de todo o país consagrariam as diretrizes da Reforma Sanitária, base para a grande mudança setorial que seria incorporada na Constituição de 1988.

A IX Conferência

Em meados de 1991, após intenso debate nacional, o Ministério da Saúde cedeu às pressões do Movimento Sanitário e encaminhou a convocação da IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Municipalização é o caminho”, estabelecendo o mês de novembro para sua realização.

Em Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde prote-lou a organização da Etapa Estadual enquanto pode, desgastada por denúncias administrativas e ainda pouco sin-tonizada com o caráter democrático incluído na legislação recém em vigor (Leis 8080 e 8142/90).

Em meados de junho daquele ano, diante do risco concreto da não realização da Conferência no estado, a Universidade Federal de Santa Catarina, tendo à frente a Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão, Dra. Maria de Lourdes de Souza, ameaçou a Secretaria de Estado de que se esta não convocasse a realização da Conferência, ela seria convocada à revelia pela Universidade. Este posicionamento firme da Universidade, associado à pressão dos municípios que vinham realizando

(1) *MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde. Brasília. 1986. p. 374.*



do as etapas municipais em consórcios regionais, acabou por vencer as resistências da Secretaria, que finalmente instituiu a Comissão Organizadora do evento, dividindo responsabilidades com a Universidade Federal. Já decorria o mês de agosto de 1991. De imediato, foram convocadas as etapas municipais, realizadas sob responsabilidade dos municípios sede de microrregião, que congregaram mais de 150 municípios em 13 eventos regionais. Nessa etapa, foram mobilizados mais de 4000 delegados dos municípios e mais de 1000 participantes e observadores, numa média de 300 inscritos por região ⁽²⁾.

O período de organização da etapa estadual foi marcado, em nível nacional, por posições provocativas do Ministro Aleni Guerra, sugerindo que a Conferência não mudaria a posição de quem tinha conquistado trinta e cinco milhões de votos nas urnas, caso do Presidente Fernando Collor em 1989. Às vésperas da abertura da Conferência Estadual, os boatos de que o Ministério estava preparando o adiamento da Conferência Nacional foram confirmados pela divulgação de telegrama encaminhado pelo Secretário Estadual da Saúde, Dr. João Guizzo Filho, ao Ministro da Saúde, solicitando o adiamento da Conferência Nacional por razões administrativas.

A Etapa Estadual da IX Conferência realizou-se em Ginásio de Esportes do Campus da Universidade Federal de Santa Catarina, no bairro Trindade, em Florianópolis, tendo sua abertura acontecido na noite de 26 de setembro de 1991 com a presença de Secretários de Estado e centenas de participantes, que assistiram conferência do Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, então Coordenador do Conselho Nacional de Saúde, recém estruturado, que, entre outras questões, ponderou sobre as pressões que acabariam levando o Ministério da Saúde a adiar o evento nacional.


A conferência reuniu 438 delegados, 500 observadores e 17 conferencistas, debatedores e comentadores convidados, entre eles Dr. Augusto Viveiros (MS), Ass. Maria Luiza Jaeger

(SMS Porto Alegre), Dr. Luciano Prates Junqueira (FUNDAP-SP), Joana Azevedo (MS) e Maria Tereza Leopardi (UFSC), que apresentaram os temas Municipalização e financiamento, gerenciamento do sistema, política de recursos humanos e controle social.

A Plenária da Conferência posicionou-se majoritariamente pelo aprofundamento do Sistema Único de Saúde através da concretização de seus princípios e diretrizes, criação e instalação do Conselho Estadual de Saúde (inclusive com aprovação de minuta de lei para sua criação), descentralização da gestão do sistema para os municípios e ampliação do financiamento público dos serviços prestados a partir de mecanismos outros que não o pagamento por produção de serviços (Artigo 35 da Lei 8080/190).

Ao final dos trabalhos, já madrugada do dia 29 de setembro de 1991, doze representantes do governo, oito dos profissionais de saúde, três dos prestadores de serviços, vinte e três representantes dos usuários juntamente com 22 credenciados foram indicados como delegados à IX Conferência Nacional de Saúde, que, todavia, seria adiada por decisão do Ministro da Saúde, sendo realizada apenas em agosto de 1992, em conjuntura política ainda mais crítica. A atmosfera em que se realizou a IX Conferência Nacional estava impregnada por uma profunda crise ética e política: esperava-se a conclusão dos trabalhos e a divulgação do Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que apurava os desmandos e a corrupção do Governo Fernando Collor de Mello. Presidiu a Conferência o novo Ministro da Saúde, o médico Adib Jatene. Nesta Conferência, pela primeira vez, foram ouvidas as palavras de ordem “Fora Collor”, que resultaram, curiosamente, em inédita e profunda mudança político-institucional, com a anulação dos trinta e cinco milhões de votos recebidos por

(1) SANTA CATARINA. Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde - Etapa Estadual de Santa Catarina. p. 3 (mimeo).



Collor, resultado do impedimento do Presidente da República no final do mesmo ano. Exatamente a negação da arrogante postura do Ministro Alcení Guerra quando adiou a realização da Conferência no ano anterior.

As amplas discussões ocorridas na IX Conferência Nacional contribuíram para um relatório final extenso e detalhado, que ampliou a perspectiva de descentralização ainda perturbada pelas estruturas institucionais do modelo centralista dominado pelo INAMPS, reafirmando os princípios universalizadores e publicistas do Sistema Único de Saúde. Foram definidas as linhas gerais da Norma Operacional Básica 1/93 e a legitimidade política da extinção do INAMPS, que no seguimento do processo permitiram o avanço do processo de descentralização e municipalização do SUS. Várias conferências temáticas ocorreram como desdobramentos da IX Conferência, garantindo aprofundamento para questões como a saúde mental, a saúde bucal, os recursos humanos e a ciência e tecnologia.

A X Conferência

A etapa estadual da X Conferência Nacional de Saúde foi realizada nos dias 11, 12 e 13 de julho de 1996, novamente no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina. Precedida pela realização de dezenas de conferências municipais e microrregionais e pela mobilização dos municípios em torno da defesa das suas propostas, a realização da Conferência Estadual foi assumida de forma mais orgânica pela Secretaria Estadual de Saúde, caracterizando a gradativa institucionalização dos mecanismos democráticos de consulta pública estabelecidos como diretriz de gestão do sistema. Entretanto, esta conferência foi parcamente registrada, exceto pelo relatório sintético encaminhado à organização nacional da Conferência. Estima-se que um número ligeiramente menor de participantes (em relação à Conferência anterior) foi

mobilizado nas etapas municipais e microrregionais, mas muito mais municípios realizaram a conferência autonomamente, garantindo um conjunto de propostas que pela primeira vez apresentou o Sistema Único de Saúde sob a ótica dos municípios, com interessantes sugestões sobre a regionalização e o papel gestor do estado e do poder local.

A XI Conferência

A realização das etapas municipais da XI Conferência Nacional de Saúde se deu, inicialmente, de modo autônomo, uma vez que muitos municípios convocaram suas conferências antes da confirmação da realização da Conferência Nacional e, portanto, sem saber o seu temário central (Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social). Foi a partir de abril de 2000, com treinamento da Secretaria de Estado da Saúde junto às Regionais de Saúde, que o processo foi majoritariamente deflagrado, tendo sido realizadas mais de 170 Conferências Municipais. Outros setenta municípios realizaram suas conferências em conjunto, de forma microrregional ou regionalmente, configurando-se um quadro no qual quase oitenta por cento dos municípios catarinenses discutiram a situação da saúde em eventos públicos que mobilizaram em média 100 pessoas por conferência. Assim, em torno de vinte mil catarinenses foram mobilizados pelas etapas municipais e regionais da XI Conferência Nacional de Saúde, também chamada de 3a Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina. Dessas grandes reuniões, emergiram e foram canalizadas para o evento estadual mais de 3600 propostas, sugestões e indicações da sociedade para avaliação pelos 1200 delegados eleitos como representantes dos segmentos dos usuários e dos prestadores de serviço do SUS. A Conferência foi realizada nos dias 10, 11 e 12 de novembro de 2000, no Paula Ramos Esporte Clube, em Florianópolis, sendo marcada pelo conflito e a truculência de alguns gestores estaduais, que em várias oport-

tunidades procuraram cercear a livre expressão dos participantes, constringendo servidores que assinavam moções contra a SES e provocando um clima de confronto com o movimento popular, que quase redundou no esvaziamento da Plenária Final, contornado por intervenções do representante do Ministério da Saúde e do Deputado Volnei Morastoni.

As propostas encaminhadas para a organização da etapa nacional foram majoritariamente formuladas pelo movimento popular e a representação dos municípios. Houve uma concentração de propostas nos temas de financiamento (cobertura da atenção primária, da média e da alta complexidade), organização dos serviços (PSF, municipalização X regionalização, gestão dos hospitais públicos administrados por terceiros), modelo de gestão (habilitação dos municípios) e na área de recursos humanos (precarização do trabalho e interiorização).

Um (pequeno) balanço do processo


A título de balanço desse longo processo de constituição e consolidação de instâncias democráticas amplas de consulta e debate da situação de saúde da sociedade, que já acumula quinze anos de desenvolvimento, podemos focalizar algumas características das conferências realizadas no estado e analisar suas tendências. Assim, selecionamos o “locus” organizador dos debates, o espaço político por onde gravitaram as propostas, os grupos de interesse predominantes, sua influência nas discussões realizadas e a natureza das propostas discutidas. Com este balizamento, podemos comparar as conferências e sugerir algumas tendências ocorridas no decorrer desse período.

Quanto à forma como se organizaram as conferências no estado, é nítido o deslocamento do “locus” de organização dos eventos do estado para os municípios. Mais especificamente,

a VIII foi uma Conferência de Saúde convocada em Santa Catarina pela sociedade civil, com apoio de órgãos e profissionais lotados em repartições públicas federais. A IX Conferência já foi organizada (mesmo a contragosto) pelo gestor da saúde no Estado, com quase todas as conferências infra-estaduais realizadas sob a forma de consórcios regionais. A X Conferência teve suas etapas municipais ampliadas, apesar de muitos municípios ainda terem realizado suas conferências sob a forma de consórcios. A XI Conferência teve a maior parte dos municípios realizando conferências municipais, com poucos municípios optando pelas reuniões regionalizadas, confirmando o avanço do processo de descentralização do SUS e o seu forte vínculo com o desenvolvimento e aprofundamento dos instrumentos de controle social sobre o sistema.

A mudança de âmbito e direção assumida pelas propostas mais consistentes nas diversas conferências realizadas correspondeu também a uma interessante modificação de prioridades nos debates ocorridos em Santa Catarina: na VIII Conferência, a ênfase do debate se centrou na alteração do arcabouço político-jurídico nacional; na IX, os debates privilegiaram questões vinculadas com as mudanças político-jurídicas e político-administrativas dos estados e municípios para adequarem-se ao SUS; na X Conferência, o debate girou em torno do aprofundamento e consolidação do processo de descentralização, com o aperfeiçoamento dos mecanismos de transferência de recursos e das estruturas político-administrativas municipais. Na XI Conferência, o eixo sobre o qual todas as propostas fizeram menção foi o aperfeiçoamento político-operacional do sistema de saúde já instalado em todo o país, sendo que o “sistema” sobre o qual os debates se dão já tem as características de um complexo conjunto de serviços, sob a égide de gestores das três esferas de governo, com a necessidade de negociação permanente de suas diferenças.





Da mesma forma, a mudança de conteúdo das propostas foi nítida: na VIII Conferência era o próprio sistema de saúde que estava sendo discutido; na IX, o controle social foi o tema central; na X Conferência, todo o debate girou sobre como acelerar o processo de descentralização deflagrado em 1993 com a NOB 1/93 e com a NOB 1/96 em fase de debate público. Na XI Conferência, o aperfeiçoamento do sistema com o dimensionamento dos serviços, ampliação dos quadros técnicos e a organização de estruturas de referência regional para atenção de média e alta complexidade foram a tônica das discussões. É evidente que os instrumentos de financiamento, os modelos de gestão e outras propostas de origem central dominaram o debate e as propostas apresentadas em um grande número de conferências municipais. Entretanto, é interessante que mesmo as propostas da moda (PACS, PSF, PPI etc.) não desmobilizaram a vontade criativa da sociedade de contribuir com propostas inovadoras e recriar o sistema desde o ponto de vista local e o seu olhar de usuários.

Finalmente, podemos apontar para a existência de uma tendência para a sofisticação do processo político inerente ao processo de mobilização social embutido nas Conferências de Saúde: Se a VIII Conferência foi uma imposição dos movimentos sociais reforçados pela derrocada do regime autoritário, a IX já se caracterizou pela sua amplitude e densidade participativa, bastante popular e abrangente. Já a X Conferência apresentou como padrão um nítido eixo corporativo de defesa de teses particulares a grupos e organizações sindicais e representativas de interesses parciais. A Conferência quase sucumbiu à pressão de inúmeros grupos de interesse.

Nas etapas municipais da XI Conferência em Santa Catarina ficou clara uma característica de institucionalização dos debates, com o levantamento de questões mais pertinentes aos problemas vivenciados pelo sistema do que com a sua constituição.

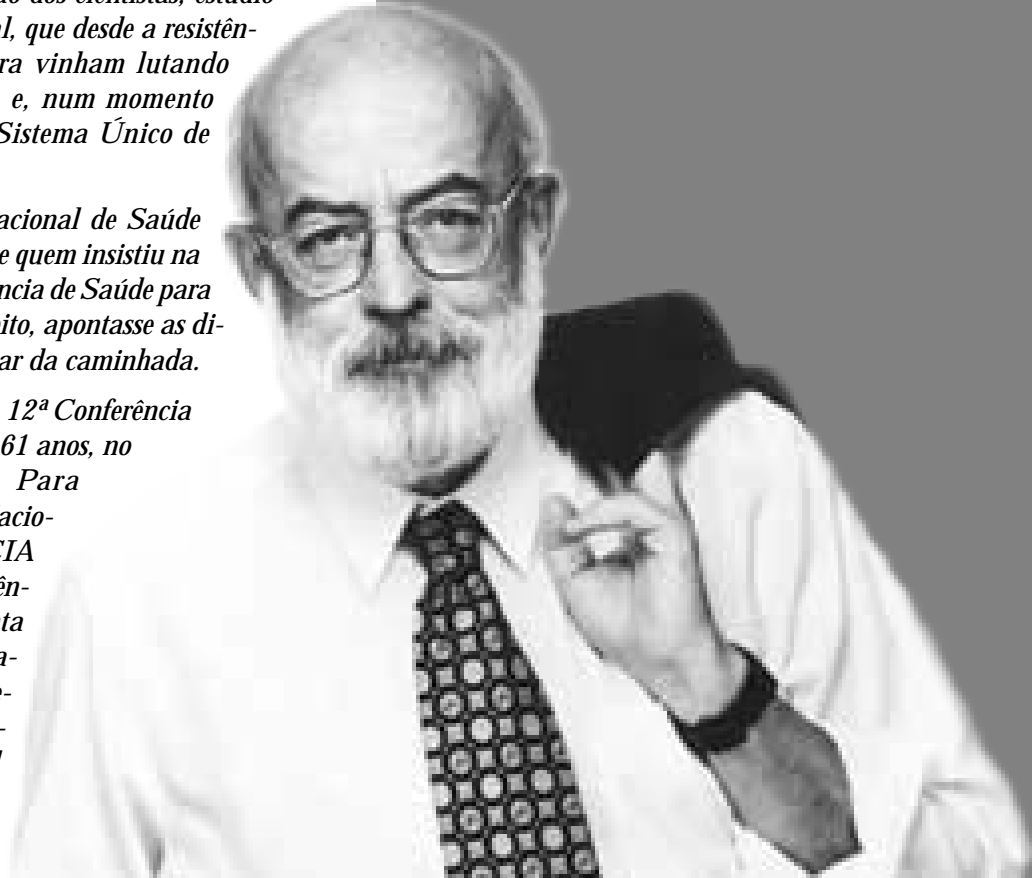
Olhando a trajetória cheia de percalços que caracterizou a realização das Conferências de Saúde em Santa Catarina, somos obrigados a identificar na sociedade catarinense a grande força social que mobilizou recursos e obrigou os governantes a cumprirem e a fazerem cumprir a lei. As Conferências de Saúde, como bem define o documento de apresentação da III Conferência Estadual de Saúde, “institucionalizaram definitivamente os mecanismos de participação da comunidade incluídas na legislação do Sistema Único de Saúde em nosso país”. Se a saúde como direito da cidadania ainda é um sonho distante, perseguido cotidianamente por todos os usuários do SUS nas filas dos serviços de saúde de todos os municípios catarinenses, dentro do próprio sistema de saúde a população vem assumindo posições cada vez mais relevantes no sentido de tornar possível o necessário para todos.

Homenagem

Sérgio Arouca foi um dos principais responsáveis, como ideólogo, militante político, professor universitário e presidente da FIOCRUZ, pela aproximação dos cientistas, estudiosos, movimento popular e sindical, que desde a resistência ao autoritarismo da ditadura vinham lutando por melhores condições de vida e, num momento feliz de síntese, formularam o Sistema Único de Saúde – SUS.

Coordenou a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e em 2003 foi novamente quem insistiu na convocação de uma nova Conferência de Saúde para que o País, avaliando o que foi feito, apontasse as diretrizes nacionais para um retomar da caminhada.

Arouca, indicado coordenador da 12ª Conferência Nacional de Saúde, faleceu com 61 anos, no dia 2 de agosto de 2003. Para homenageá-lo, a Conferência Nacional se chamará CONFERÊNCIA SÉRGIO AROUCA. A Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina reproduz essa homenagem, reconhecendo, em sua trajetória de estadista, o papel de artífice da Reforma Sanitária da qual o Sistema Único de Saúde é seu resultado mais concreto.



Programação

Sexta-Feira - 24/10:

8h às 19h - Credenciamento.

9h às 19h - Nas salas de vídeo, documentários e vídeo “Histórico da XI Conferência Nacional e III Conferência Estadual de Saúde”.

10h - Intervalo.

10h30min - MESA 01.

- Direito à Saúde: Dr. Fernando Coruja Agustini - Secretário de Estado da Saúde de Santa Catarina.
- A Seguridade Social: Beatriz Augusto Paiva - Professora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Financiamento da Saúde: Júlio Cesar de Marchi - Diretor da Divisão de Saúde da Assembleia Legislativa de Santa Catarina - ALESC.

12h30min - Almoço.

14h - MESA 02.

- As Três Esferas de Governo e o SUS: Marco Da Ros - Professor e Coordenador de Residências para o Programa Saúde da Família na Universidade Federal de Santa Catarina.
- Gestão Participativa: Nelson Rodrigues dos Santos - Diretor do Departamento de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.
- O Trabalho na Saúde: Herval Pina Ribeiro - Médico do Hospital Municipal Dr. Artur Ribeiro de Sabóia - SP.

16h - Intervalo.

16h30min - MESA 03.

- Intersetorialidade: Ana Maria Costa - Diretora de Articulação Intersetorial do Departamento de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.
- Organização da Atenção à Saúde: Lúcio Barcellos Ex- Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS.
- Ciência, Tecnologia e Saúde: Norberto Rech - Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.
- Comunicação e Informação em Saúde: Caco Xavier - Editor do Projeto RADIS - FIOCRUZ.

18h30min - Leitura e Aprovação do Regimento Interno.

19h30min - Cerimônia de Abertura da IV Conferência Estadual.

20h30min - Atividade Cultural.

Sábado - 25/10:

8h30min - Grupos de trabalho - Temas da Mesa 1.

10h30min - Intervalo.

11h - Grupos de trabalho - Temas da Mesa 2.

13h - Almoço.

15h - Grupos de trabalho - Temas da Mesa 3.

17h - Encerramento dos trabalhos em grupo.

18h às 20h - Plenária Final. Primeira parte.

20h - Atividade Cultural.

Domingo - 26/10:

8h30min - Plenária Final. Segunda parte. Eleição dos Delegados para a XII Conferência Nacional.

12h - Encerramento.

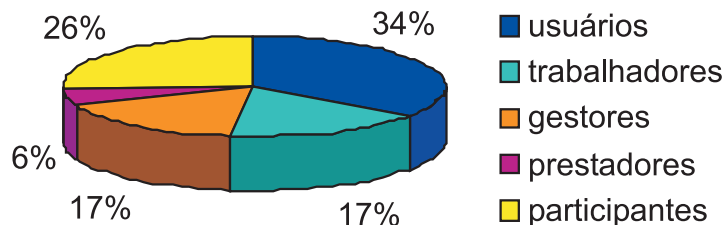


A Participação na IV Conferência Estadual de Saúde

Propostas Aprovadas na IV Conferência Estadual de Saúde

Florianópolis - SC, 24, 25 e 26 de outubro de 2003.

Participantes da 4ª Conferência Estadual de Saúde	
Usuários	463
Trabalhadores	233
Gestores	224
Prestadores	76
Participantes	341
TOTAL	1367



Fonte: Fichas de inscrição na IV Conferência Estadual de Saúde.

DIREITO À SAÚDE

1. Exigir o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde por parte do governo, dos profissionais de saúde e da sociedade.
2. Exigir que as três esferas de governo cumpram com os princípios e diretrizes do SUS.
3. Garantir o controle social nas três esferas de governo com a capacitação permanente dos conselheiros.
4. Garantir mecanismos para que o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, tenha mecanismos de controle e fiscalização das três esferas de governo quanto ao cumprimento da legislação do SUS e da EC – 29.
5. Garantir transparência no uso dos recursos públicos e melhor orientação à população usuária para que a mesma possa fazer o controle social, a fiscalização e a denúncia, visando ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.
6. Garantir o cumprimento da legislação em vigor: Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde – 8080/90, Normas Operacionais e Emenda Constitucional – EC 29, sem desvinculação de receitas da União, Estados e Municípios – DRU.
7. Garantir que seja implementada a PPI Estadual para distribuir mais equitativamente os recursos de média e alta complexidade ambulatorial.
8. Estimular e aumentar a pressão e participação dos diversos setores organizados sobre as diferentes áreas de representatividade, seja nos conselhos ou sobre as representações políticas, para o cumprimento da lei e das ações relativas ao desenvolvimento das políticas de saúde.
9. Garantir a aplicação do princípio da equidade no atendimento do SUS, com o respaldo e efetivo Controle Social e ampla



comunicação em saúde no nível nacional, a fim de multiplicar informações sobre as diretrizes do SUS.

10. Garantir o atendimento adequado e os insumos necessários para os portadores de necessidades especiais visando à atenção integral à saúde das pessoas.
11. Garantir igualdade de acesso aos benefícios legais às pessoas portadoras de necessidades especiais tanto da zona rural como urbana.
12. Garantia da elaboração de protocolos de atendimento nas diversas áreas da assistência à saúde.
13. Cumprimento da Lei das Prescrições Médicas, para que as mesmas sejam legíveis e que a medicação seja prescrita pelo nome genérico.
14. Garantir que o Ministério Público atue na defesa dos usuários do SUS, havendo uma maior articulação das três esferas de governo, buscando reduzir as ações que envolvam interesses comerciais da indústria farmacêutica.
15. Facilitar o acesso mediante revisão dos critérios de elegibilidade, com menos burocracia ao benefício de prestação continuada, para a pessoa portadora de necessidades especiais, pautados na lei orgânica de assistência social.
16. Exigir maior presença do setor estadual, frente à fácil percepção de sua ausência em detrimento da predominância das ações municipais ou federais.
17. Fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde e estímulo à criação dos conselhos locais de saúde, com orientação, educação e capacitação dos conselheiros e usuários, dentro dos conselhos municipais e locais, apoiados pelas Secretarias Municipais de Saúde e unidades de saúde.
18. Exigir dos Conselhos Municipais de Saúde a elaboração de Planos de Saúde plurianuais, evitando as alterações administrativas oriundas das trocas de governo.
19. Garantir a cobertura de custos para adequação estrutural (instalações e equipamentos) e assistencial (profissionais capacitados) que contemplem as necessidades de atendimento aos portadores de necessidades especiais.
20. Garantir a implementação de medidas preventivas para reduzir a prevalência de deficiências físicas e neurológicas em todas as oportunidades possíveis.
21. Realização de conferência, até o final do 1º semestre de 2004, para discutir e definir estratégias de implementação de políticas de saúde no Sistema Prisional, visando garantir o Direito à Saúde pelos sentenciados das instituições penais, de acordo com a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, Portaria Interministerial 1777, com participação de Organizações Governamentais e Não Governamentais.
22. Ampliar a assistência à saúde bucal, estendendo-a para todas as faixas etárias segundo a recomendação da OMS, inclusive com a ampliação da atenção primária, atenção secundária e terciária.
23. Ampliar e garantir a oferta de medicamentos aos usuários do SUS, segundo as diretrizes aprovadas pela Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica.
24. Garantir que o Protocolo sobre a violência intrafamiliar de Florianópolis seja implementado em todo o estado de Santa Catarina e no Brasil.
25. Garantir, quando da marcação de consultas com especialistas, a utilização de protocolo de Referência e Contra-referência, para o devido acompanhamento do clínico responsável.
26. Viabilizar o teste rápido para HIV nos Hospitais, Maternidades, Postos de Saúde e Secretarias de Saúde, para funcionários e pacientes, com garantia do pré e pós-aconselhamento.
27. Considerar o fenômeno da pauperização progressiva da epidemia da AIDS para a ampliação e manutenção de benefícios sociais necessários para garantir a adesão adequada dos pacientes (portadores de HIV em uso de anti-retrovirais) aos medicamentos, serviços e equipes de saúde.



28. Garantir a continuidade das ações desenvolvidas em DST, HIV, AIDS e redução de danos no estado de Santa Catarina.
29. Reiterar a imediata implementação da proposta de inclusão de tratamento dos usuários de tabacos e seus derivados na atenção básica.
30. Garantir que os procedimentos de consultas e exames especializados, com finalidades trabalhistas e/ou previdenciárias, sejam custeadas pelos órgãos que as solicitam (Ministério do Trabalho, Justiça do Trabalho e INSS) e não pelo SUS.
31. Combater a burocracia e agilizar o atendimento, priorizando a informação correta aos usuários e profissionais de saúde, facilitando e garantindo o acesso e atendimento humanizado.
32. Garantir que o estado, como gestor pleno, assuma responsabilidade pelo cumprimento da lei, garantindo acesso descentralizado aos insumos (órteses, próteses, medicamentos e outros) necessários para portadores de necessidades especiais
33. Estruturação dos espaços existentes (hospitais) de acordo com a realidade de cada região, não esquecendo a atenção integral à saúde.
34. Garantir que os municípios se habilitem na condição de gestão de acordo com suas características, dentro do plano diretor de regionalização e do nível de hierarquia.
35. Contratação por concurso público de profissionais especializados para atuarem nos serviços de saúde regionais (ambulatorios e hospitais de média e alta complexidade), garantindo a descentralização qualificada do atendimento integral à saúde.
36. Estruturar e implantar Central de Agendamento e Autorização de Leitos/ Serviços, usando como critério o quadro clínico e com o controle de toda a rede pública e contratada, criando mecanismos para o controle da distribuição e efetivo pagamento das AIHS.
37. Garantir maior agilidade por parte da Secretaria de Estado da Saúde no atendimento de TFD e alto custo.
38. Garantir que a atenção básica seja priorizada com aumento nos recursos destinados a sua cobertura e ampliação qualificada, inclusive com maior envolvimento monetário e técnico da Secretaria de Estado da Saúde.
39. Fortalecer a consolidação do Sistema Único de Saúde, valorizando as ações de prevenção através da estratégia do PACS/PSF e outros agentes de prevenção (DST/AIDS e hepatites), criando centros especializados regionalizados que ofereçam serviços profissionais e equipamentos para garantir a referência e contra-referência para os serviços de média e alta complexidade.
40. Promover capacitação e desenvolvimento de RH com ênfase na educação permanente, garantindo a humanização da assistência à saúde e o comprometimento com o SUS.
41. Garantir que o estado de Santa Catarina assuma os hospitais públicos terceirizados, fazendo concurso público e garantindo 100% de atendimento pelo SUS.
42. Garantir que o estado de Santa Catarina assuma o fornecimento de medicamentos de uso contínuo de alto custo; fornecimento de órteses e próteses e demais serviços de média e alta-complexidade em todas as regiões do estado.
43. Implantar serviços públicos de média e alta complexidade em todas as regiões do estado, priorizando o extremo-oeste e garantindo este serviço público em especial nas regiões onde os indicadores sociais e epidemiológicos indiquem maior necessidade e/ou tenham o setor privado como prestador predominante.
44. Garantir instrumentos de avaliação de desempenho que incluam a melhoria dos indicadores de saúde pelos municípios como critério de valorização para aprovação de recursos para novos projetos sociais, permitindo a continuidade e aprimoramento do atendimento à saúde da população.



SEGURIDADE SOCIAL

1. Garantir os direitos previdenciários, sem a criação de novos impostos, contribuições sociais e aumento das alíquotas atuais, aos trabalhadores, com prioridade para os que estão à margem do trabalho formal (auxílio doença, auxílio maternidade e aposentadoria).
2. Criar campanhas de esclarecimento visando estimular os trabalhadores informais a contribuir com a previdência para terem assegurados seus benefícios (como aposentadoria etc.)
3. Melhorar a gestão dos fundos já existentes, com transparência da alocação dos mesmos e criação de sistemas de fiscalização que possibilitem uma maior organização da Seguridade Social.
4. Criar mecanismos de controle social dos recursos da Seguridade Social, incluindo os fundos de Assistência Social, com transparência na distribuição dos recursos e com fortalecimento das instâncias colegiadas locais, obedecendo a paridade com ampla divulgação dos direitos do cidadão.
5. Criar, em caráter de urgência, mecanismos que garantam a rapidez e agilidade nos encaminhamentos intersetoriais necessários à obtenção dos direitos da Seguridade Social pelos cidadãos, de acordo com a Constituição Federal.
6. Garantir que o processo de reforma tributária contemple a manutenção e o fortalecimento da Seguridade Social nas três esferas de governo.
7. Garantir que os exames solicitados pela perícia do INSS sejam financiados pelo Ministério da Previdência e tenham agilidade na sua realização.
8. Rever e reformular a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), incluindo o portador de necessidades especiais e aumentando o per capita mínimo familiar para meio salário mínimo.
9. Garantir que o per capita para concessão de BPC seja aumentado de um quarto para um salário mínimo, e que sejam garantidos também para famílias que possuam duas ou mais pessoas portadoras de deficiências.
10. Ampliar o quadro de profissionais de serviço social e médicos peritos mediante concurso público de acordo com a legislação vigente, capacitando-os no atendimento humanizado da clientela da Seguridade Social, evitando arbitrariedades e negligências nos benefícios concedidos.
11. Garantir que os recursos da Seguridade Social cubram a aposentadoria (benefício) para portadores de deficiência e idosos acima de 60 anos com a revisão do art. 20 (Lei 8742).
12. Estudar formas de recuperar o repasse de 30% da receita da Seguridade Social ao SUS.
13. Garantir que as ações da Seguridade Social (saúde, assistência social, Previdência) sejam intersetoriais, reduzindo gastos desnecessários e garantindo melhor qualidade e resolutividade no atendimento dos usuários.
14. Recompôr a estrutura do Conselho Nacional de Seguridade Social de forma Tripartite como estratégia para implantar o conceito e o orçamento de Seguridade Social na Constituição Federal, garantindo mecanismos de controle social e uma maior organização da Seguridade Social.
15. Garantir que os recursos públicos da Saúde, vinculados ao orçamento de Seguridade Social, sejam destinados prioritariamente para o Serviço Público/ Sistema Único de Saúde, sendo a utilização de serviços privados credenciados e conveniados formalmente limitada a complementar a rede pública sem o devido para atendimento das demandas referenciadas e reprimidas.
16. Exigir que todo o médico do Sistema Único de Saúde possa preencher e fazer a abertura de CAT na suspeita da doença ocupacional conforme prevê a lei, encaminhando o trabalhador para a Seguridade Social, sem a necessidade dos municípios terem que investir recursos já previstos na Seguridade Social.



17. Criar uma política de humanização do atendimento no INSS, principalmente nas perícias médicas e concessões de BPC.
18. Criar mecanismos para que os casos de tratamento da dependência química sejam condição facilitadora para concessão de benefício em famílias em que o pai ou a mãe estejam nessa situação, relativizando a exigência da contribuição ao INSS nestes casos.
19. Apoiar a aprovação do Projeto de Lei de autoria da deputada Luci Choinacki, que prevê a aposentadoria da dona de casa.

INTERSETORIALIDADE

1. Reforçar sistematicamente a concepção de saúde como qualidade de vida.
2. Incentivar e apoiar estudos sobre as evidências dos determinantes e condicionantes intersetoriais dos problemas de saúde, disponibilizando esses dados para orientação de diagnósticos e intervenções sócio-ambientais.
3. Garantir melhor interação entre os setores público, privado e organizações não governamentais na prestação de serviços de interesse da saúde, visando ampliar e qualificar as condições de resolução dos problemas da comunidade.
4. Criar e implementar uma agenda intersetorial de governo para a saúde, articulando Ministério do Meio Ambiente, Educação, Trabalho, Cidades, Assistência Social etc.
5. Garantir políticas sociais amplas que assegurem emprego, moradia, segurança, cultura, renda e vida saudável, articuladas por meio de projetos intersetoriais nas três esferas de governo.
6. Integrar as políticas e as ações em saúde coletiva dos ministérios, secretarias estaduais e municipais e organizações não governamentais quanto ao acolhimento, atenção, tratamento e redução de danos dos grupos vulneráveis expostos à violência, álcool e outras drogas, sofrimento psíquico e conflitos com a lei, visando ao respeito aos direitos humanos, à não discriminação e ao cumprimento do direito à saúde.
7. Procurar integração mais qualificada dos órgãos de Educação e da Saúde, nos três níveis de governo, para o desenvolvimento e financiamento de projetos de atividades culturais extra-escolares (música, esportes, teatro, leitura, trabalhos manuais) em centros comunitários, para crianças, pré-adolescentes e adolescentes, a fim de fortalecer a autoestima, descobrir talentos e aptidões, favorecer uma melhor qualidade de vida e prevenir a opção por condutas de risco.
8. Ampliar o trabalho conjunto, em âmbito municipal, do Sistema Único de Saúde e da Secretaria de Segurança Pública, a fim de prevenir a criminalidade.
9. Garantir que as instâncias gestoras e o controle social promovam ações que integrem as áreas do meio ambiente e da saúde.
10. Estabelecer o saneamento básico como prioridade no plano diretor dos municípios brasileiros, com municipalização desses serviços e aumento dos investimentos públicos para o setor.
11. Implantar metas para o saneamento básico com prazos previstos e articulação com entidades não governamentais. Fazer cumprir os mecanismos para identificar e penalizar ligações clandestinas à rede pluvial.
12. Terminar as obras de saneamento começadas e/ou previamente autorizadas e empenhadas antes de conceder liberações para novas construções, garantindo a prioridade dos investimentos públicos para a população de maior vulnerabilidade.
13. Implantar um sistema de controle da qualidade da água fornecida à população, assegurando a publicação periódica dos resultados do mesmo pela imprensa.
14. Garantir que os recursos de saneamento básico tenham como premissa o zelo absoluto ao Aquífero Guarani, garantindo água potável às futuras gerações na região.
15. Garantir que o Estado cumpra e faça cumprir a legislação ambiental sobre o uso do solo, uso dos mananciais hídricos,



poluição ambiental e uso indiscriminado de produtos agrotóxicos na produção agropecuária e na embalagem de alimentos.

16. Instituir mecanismos para que Municípios e Estados fiscalizem efetivamente todas as áreas verdes, reservas, aquíferos etc.
17. Comprometer formalmente as secretarias e Ministério de Meio Ambiente na promoção da educação ambiental.
18. Garantir que o Ministério das Cidades e o Ministério Público aprove o plano de gerenciamento costeiro, definindo quais são as áreas de preservação ambiental nessas regiões.
19. Comprometer os profissionais da saúde, da educação, da justiça e da segurança no combate à violência e agravos em saúde.
20. Cumprir a agenda nacional da saúde articulando todos os setores e organizações.
21. Regulamentar urgentemente o Estatuto da Cidade e viabilizar o cumprimento da lei. Que o Estatuto da Cidade seja aplicado na forma da lei com a anuência dos órgãos e entidades que compõem o Fórum da Cidade a todas as áreas do município com ocupação desordenada e com risco ambiental.
22. Implementar atividades sócioeducativas e interdisciplinares de grande repercussão em todos os municípios sobre planejamento familiar e sexualidade segura envolvendo toda a população do município.
23. Estabelecer espaço de discussão e avaliação na implantação de ações conjuntas pelas três esferas de governo com vistas à garantia da segurança, promoção à saúde, meio ambiente e ação social comunitária, por meio das articulações intersetoriais, com a participação popular.
24. Fiscalizar, de acordo com a lei, rigorosa e permanentemente, a proibição do plantio e a comercialização de produtos transgênicos.

AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS

1. Superar o processo burocrático-normativo que tem pautado a ordenação de atribuições e responsabilidades no processo de habilitação à gestão de municípios e estados, com vistas à formalização de contratos em que se explicitem responsabilidades, objetivos e metas sanitárias.
2. Definir em comum acordo com as três esferas de governo o real significado do termo descentralização, e a partir desse consenso reorientar a organização do SUS.
3. Instituir processos permanentes de avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo, divulgando os resultados dessas avaliações à população.
4. Criar instrumentos integrados de planejamento, acompanhamento, avaliação e auditoria nas três esferas de governo, incluindo comissões intersetoriais com participação dos integrantes dos conselhos legalmente constituídos.
5. Discutir a viabilidade da implementação e efetivação do uso do Cartão SUS pelos Municípios.
6. Dinamizar e ampliar o processo de negociação e pactuação vigente nas comissões intergestores, propiciando o avanço na regionalização da saúde, atendendo os requisitos de racionalidade econômica e da efetividade na atenção com respeito à diversidade regional.
7. Regulamentar o fluxo das pactuações no SUS, esclarecendo que as deliberações das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), instâncias de pactuação fundamentais para a efetivação do SUS, sejam submetidas à apreciação dos respectivos Conselhos.
8. Integrar os sistemas municipais de saúde em sistemas regionalizados e hierarquizados, através de sistemas eficientes de referência e contra-referência, centrais de regulação e pactuação por sistemas de troca, de acordo com a capacidade instalada.



9. Melhorar a distribuição dos recursos estaduais, regionalizando o sistema de assistência através do reforço das estruturas públicas e ampliação do acesso dos usuários, especialmente aos serviços de média complexidade.
10. Regulamentar os consórcios intermunicipais de saúde, garantindo seu funcionamento dentro dos princípios do SUS.
11. Esclarecer melhor e divulgar mais as estruturas constitutivas e operacionais do Sistema Único de Saúde (Conselhos, Comissões Intergestores) e como são feitas as pactuações entre os Gestores.
12. Cumprir a Agenda Nacional da Saúde em articulação com todos os setores e organizações envolvidos.
13. Fortalecer o papel regulador do Ministério da Saúde em todos os âmbitos nos quais são estabelecidas relações com o setor privado, visando a garantia do direito universal à saúde.
14. Fortalecer o nível municipal de gestão do Sistema Único de Saúde, efetivando a descentralização das ações e serviços de saúde e principalmente a descentralização dos recursos financeiros, possibilitando ao gestor local a sua melhor aplicação.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE

1. Definir políticas de contratação e capacitação de profissionais de saúde para PSF, com garantia de treinamento introdutório das equipes pelo Estado, SMSs em conjunto com os pólos de educação permanente.
2. Estabelecer políticas claras de ações em vigilância sanitária com financiamento compatível.
3. Disponibilizar o total da capacidade pública instalada para a Programação Pactuada Integrada – PPI – com respeito aos fluxos estabelecidos pelas portarias do TFD (Tratamento Fora do Município) que garantem a autorização com o respectivo agendamento com equidade e agilidade.

4. Viabilizar profissionais especializados para atuar pelo SUS, de acordo com a necessidade de cada município e capacitação permanente através de políticas públicas para esses profissionais.
5. Regionalizar as Estruturas Públicas de Hospitais, Laboratórios e Centros de Média e Alta Complexidade, definindo a vocação de cada unidade prestadora de serviço e respeitando as necessidades de cada região e os princípios do SUS.
6. Garantir a participação das três esferas do governo no reequipamento das unidades de saúde.
7. Garantir as diretrizes políticas da III Conferência Nacional de Saúde Mental e da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e Medicamentos.
8. Garantir maior agilidade nos resultados de exame dos testes do pezinho.
9. Definir centrais de marcação de consultas especializadas em nível regional.
10. Reforçar a inclusão de alternativas terapêuticas como homeopatia, acupuntura e fitoterapia no SUS, através de profissionais habilitados, contratados via concurso público, visando melhorar a qualidade de vida dos cidadãos.
11. Estabelecer mecanismos através dos quais se comprometa o gestor municipal a viabilizar consultas, exames e medicamentos necessários ao atendimento da demanda reprimida, dentro de um prazo curto, a ser estabelecido.
12. Estruturar grupos multidisciplinares de educação em saúde em parceria com unidades básicas de saúde e instituições de ensino.
13. Garantir que a organização dos serviços de saúde se dê através da implantação efetiva do processo de planejamento local de saúde, realizado por meio de oficinas de territorialização e planejamento estratégico-situacional anual, com acompanhamento mensal nas reuniões das equipes das unidades básicas de saúde e participação do Conselho Local de Saúde.



14. Implantar o Programa de Referência de Terapias Naturais Novas e Tradicionais na rede básica de saúde, com inclusão de fitoterapia, homeopatia e acupuntura, executados por profissionais habilitados.
15. Criar suplementação de recursos financeiros para municípios que recebem população sazonal.
16. Criar e/ou ampliar projetos de atenção à saúde de pessoas que convivem com doenças crônico-degenerativas.
17. Garantir a implementação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, conforme aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, garantindo a complementação de recursos para seu financiamento.
18. Aprimorar os mecanismos de referência e contra-referência.
19. Implementar mecanismos de fiscalização das comunidades terapêuticas segundo os critérios da RDC 101/01 da Anvisa, já aprovada.
20. Implementar as ações do Programa de Planejamento Familiar com a participação efetiva das esferas Estadual e Federal.
21. Efetivar na Rede Pública Municipal tratamento Odontológico Integral, inclusive de especialidades (tratamento de canal, ortodontia preventiva, próteses etc.) com garantia de estrutura física, material permanente e de consumo nas unidades de saúde vinculadas à realidade atual.
22. Rever os recursos financeiros e os parâmetros de competência da PPI Epidemiológica e Vigilância Sanitária.
23. Excluir o procedimento “Consulta Social” como porta de entrada para os serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.
24. Rever o credenciamento dos Sindicatos, considerando o duplo pagamento (contribuição sindical e SUS), já que esses serviços atendem apenas os sindicalizados e, portanto, não são universais.
25. Criar uma cartilha do SUS, para ser entregue à população pelos Conselhos Locais, pelas unidades de saúde e outras entidades, informando sobre o funcionamento do SUS, direitos e deveres dos usuários e serviços disponíveis.
26. Intensificar a fiscalização da qualidade da água consumida, através da Vigilância Sanitária, como forma de prevenção de doenças, com obrigatório encaminhamento de relatório ao conselhos municipais de saúde.
27. Implementar de fato o sistema de informação e vigilância epidemiológica nos municípios, ampliando o acompanhamento às demais patologias locais, não somente as de notificação compulsória.
28. Implantar novos laboratórios de saúde pública para análises clínicas e análise de água e alimentos, para regionalizar a coleta e análise das amostras.
29. Garantir que todos os hospitais vinculados à estrutura da Secretaria de Estado da Saúde sejam efetivamente públicos na sua operacionalização.
30. Atualizar o elenco de medicamentos da farmácia básica e dos medicamentos do CAPS, com descentralização da sua disponibilização.
31. Disciplinar, uniformizar e normatizar a distribuição de medicamentos em todas as unidades de saúde.
32. Recomendar que as prescrições sejam prioritariamente dos medicamentos que constam da farmácia básica disponível no município, dando prioridade aos genéricos.
33. Garantir medicamento para os grupos específicos como, por exemplo, hipertensos e diabéticos.
34. Estruturar todas as unidades com os programas existentes e com salas de vacinas.
35. Informatizar as unidades de saúde e capacitar os profissionais para utilização dos equipamentos.
36. Apoiar os portadores de necessidades especiais, discutindo com a área de assistência social a concessão de benefícios tais como fraldas descartáveis, seringas, etc. mediante cadastro e estudo socioeconômico.



37. Utilizar o instrumento da PPI a fim de reorganizar a média e alta complexidade, buscando ampliação de oferta de serviços e garantia de acesso à oferta de serviços, bem como a realização da PPI Interestadual.
38. Elaborar política pública para incentivar a doação de órgãos e tecidos e flexibilização da Lei que trata da doação.
39. Garantir a contra-referência para as unidades básicas de todos os pacientes referenciados para consultas especializadas, exames complementares de média e alta complexidade e internações hospitalares.
40. Garantir a ampliação, pela Secretaria Estadual de Saúde, da dispensação de Medicamentos Excepcionais, cumprindo na integralidade e com agilidade a Portaria do MS n.º 1318/2002 que estabelece a relação de todos os Medicamentos Excepcionais.
41. Estabelecer indicadores sociais e epidemiológicos agregados por região que contemplem aspectos da subjetividade do sofrimento humano, a fim de propiciar informações para a modificação do modelo de atenção à saúde e aumentar a resolutividade da rede de atenção básica quanto aos transtornos psíquicos.
42. Garantir a rapidez e a agilidade na realização e diagnósticos no SUS.
43. Exigir o efetivo cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde.
44. Evitar a privatização dos hospitais públicos.
45. Garantir que o único Hospital Universitário do Estado continue público e gratuito, recebendo investimentos em tecnologia e insumos garantindo, assim, seu papel de referência no Estado.
46. Incluir no protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual a necessidade de acolhimento e humanização no pronto atendimento. A integridade física, moral e psíquica devem ser prioridades no pronto atendimento.
47. Criar serviços municipais de prevenção em DST/ HIV e a coleta para o teste sorológico de HIV e diabetes com o devido aconselhamento pré e pós-teste.
48. Assegurar que os gestores municipais e estaduais garantam a segurança dos agentes comunitários de saúde, agentes da dengue e trabalhadores, com redução de danos em caso de atentado físico e moral no exercício profissional.
49. Garantir a Assistência à Saúde para as áreas de assentamento de trabalhadores rurais.
50. Criar programas de saúde ambiental auto-sustentáveis para as famílias do Movimento Sem Terra (MST).
51. Definir políticas públicas para a atualização de produtos agroecológicos para hospitais, creches, escolas e atividades coletivas.
52. Criação e credenciamento de centros regionais de reabilitação do trabalhador e colocar em funcionamento o Centro de Reabilitação Regional de Curitibaanos.

GESTÃO PARTICIPATIVA

1. Dar legitimidade e cumprimento às alterações e aplicações das leis, das propostas das conferências e das deliberações dos conselhos de saúde.
2. Garantir que a atuação do CES seja efetiva na proposição, fiscalização e deliberação da Política Estadual de Saúde.
3. Empreender esforços na discussão, definição e monitoramento do perfil dos atores do Sistema Único de Saúde (gestores, conselheiros, prestadores, profissionais e usuários), no sentido da sua humanização e comprometimento.
4. Estimular o Governo do Estado a criar novas formas de gestão e de parcerias complementares que possam resultar, tanto para o nível estadual quanto para os municípios, em inversão de organogramas, prioridades e objetivos.



5. Criar cultura de gestão na qual o planejamento e as decisões sejam delegados às instâncias descentralizadas, pautadas pela legislação do SUS, repudiando ações clientelistas, corporativas e a mercantilização da saúde, garantindo a saúde como um Direito e Dever do Estado e a consolidação do SUS.
6. Implementar processo de contínua escuta e interlocução responsável entre usuários do SUS, o governo e os seus respectivos conselhos.
7. Rever regularmente os Planos Municipais de Saúde, através de fórum e metodologia adequada que envolva toda a sociedade civil em sua elaboração.
8. Garantir a implementação dos serviços de Disque-Denúncia e Disque-Saúde (ouvidoria) e que sejam encaminhados ao CMS, não apenas aos gestores, as solicitações dos usuários, com a devida identificação dos mesmos e que as denúncias sejam avaliadas, encaminhadas e acompanhadas pelos CLS e CMS, conforme a Lei Federal 8689.
9. Divulgar, através dos meios disponíveis, as reuniões e as decisões tomadas pelos conselhos. Estabelecer mecanismos de divulgação da importância e do papel da comunidade e do conselho no processo Saúde.
10. Adotar caixas de sugestões e críticas, sob responsabilidade da Secretaria dos Conselhos, sendo as mesmas invioláveis e seu conteúdo debatido regularmente durante as reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde.
11. Continuar realizando conferências locais, aproveitando os espaços já existentes na comunidade (escolas, igrejas, centros comunitários) com o objetivo de discutir saúde, informar o cidadão sobre seus direitos, deveres e a necessidade de sua participação nas discussões, efetivando, assim, o controle social.
12. Elaborar plano de comunicação social e de marketing visando fortalecer o comprometimento da sociedade organizada e dos atores do SUS com os seus princípios e postulados.
13. Aguçar o espírito do exercício da cidadania junto aos atores do SUS quanto aos seus direitos e deveres, relacionados às políticas públicas de saúde. Proporcionar, através de alguns dispositivos e mecanismos participativos, uma educação permanente em saúde, politizando o conceito de cidadania, resgatando a consciência cidadã do direito à saúde.
14. Criar condições operacionais para o funcionamento dos conselhos municipais de saúde (recursos humanos, físicos e financeiros), com incentivo financeiro das esferas municipal, estadual e federal.
15. Garantir a implantação das propostas das conferências e das deliberações das emendas de saúde e exigir a aplicação da Legislação da Saúde, com participação dos conselheiros na elaboração do PPA, LDO e do Plano Municipal / Estadual de Saúde.
16. Desenvolver processos de comunicação que possibilitem aos conselheiros difundir as informações em saúde às suas respectivas comunidades.
17. Garantir a participação de diferentes etnias e outras minorias nos conselhos de saúde, promovendo o princípio da equidade na representação destes.
18. Alterar a legislação que criou os conselhos para que a presidência dos conselhos de saúde nas três esferas de governo seja eleita pelos respectivos conselheiros.
19. Descentralizar as reuniões dos conselhos municipais de saúde, proporcionando maior participação da sociedade civil.
20. Realizar a eleição dos conselhos municipais de saúde em Fórum específico por segmento e que seja garantido no mínimo 01 assento nos conselhos municipais de saúde para representante dos conselhos locais de saúde.
21. Indicar que o Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria Interna do SUS, a Promotoria Pública Estadual e Federal, os Conselhos Profissionais e os Tribunais de Contas e as Comissões de Saúde do Legislativo atuem de for-



- ma articulada na resolução e fiscalização das ações, possibilitando maior eficácia no controle social do SUS, podendo ser contratada pelo CMS auditorias independentes. As recomendações e ajustes não cumpridos serão divulgados na plenária e encaminhados ao Ministério Público.
22. Incentivar a participação de lideranças comunitárias nas decisões e planejamento dos trabalhos das equipes de PSF.
 23. Determinar que as coordenações das unidades de saúde apresentem mensalmente à comunidade de sua área de abrangência, durante a reunião do Conselho Local de Saúde ou outro fórum popular na ausência deste, em sala de situação, relatório mensal sobre as condições de saúde da comunidade, os perfis dos atendimentos prestados na mesma e os resultados alcançados.
 24. Criar e/ou fortalecer fóruns locais, via conselhos municipais de saúde, com o objetivo de integrar as políticas setoriais, visando ao desenvolvimento de ações que contribuam com a melhoria da qualidade de vida da população.
 25. Estimular a participação das comunidades nas discussões dos Conselhos de Segurança Comunitários (CONSEG) para a melhoria do planejamento da segurança e demais setores envolvidos.
 26. Garantir, via Pólo de Educação Permanente, programa de capacitação permanente de conselheiros de saúde das três esferas de governo, objetivando melhor participação no controle social, instrumento este indispensável para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.
 27. Garantir a divulgação das pautas e atas dos conselhos pela internet (site patrocinado pela SES) e publicação das deliberações no prazo máximo de 15 dias após as respectivas reuniões.
 28. Garantir que todos os planos e projetos formulados pelos gestores da saúde sejam acompanhados de parecer autorizativo dos conselhos municipais de saúde para serem executados.
 29. Criar a Associação Regional dos Conselhos Municipais de Saúde, com encontros mensais, a partir de um cronograma preestabelecido.
 30. Garantir para os municípios participação e representação na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.
 31. Criar no orçamento do CMS (Fundo Municipal de Saúde) uma verba para manter os Conselhos Locais de Saúde (CLS) e promover as atividades que estimulem a participação popular.
 32. Garantir nos meios de comunicações locais, sem ônus para o solicitante, espaço para divulgação de informações dos conselhos locais.
 33. Estimular o reconhecimento das rádios comunitárias como instrumentos públicos de comunicação e divulgação dos interesses da sociedade, do SUS e da saúde em geral.
 34. Estimular a criação de Conselhos Gestores nos hospitais públicos e privados contratados pelo SUS.
 35. Informar a população sobre o papel do Ministério Público para que ele seja acionado em qualquer situação que represente risco à saúde e afronta à Lei.
 36. Estimular a criação de lei municipal que permita a dispensa do ponto do trabalhador de empresa, que tenha assento no CMS, para participar das atividades do CMS.
 37. Garantir que a Conferência Estadual de Saúde se manifeste contrária à aprovação do Projeto de Lei 260/03 que institui as Organizações Sociais de Santa Catarina, em tramitação na Assembléia Legislativa, que não garante os princípios do SUS e desrespeita a Lei Orgânica da Saúde.
 38. Garantir a obrigatoriedade, a cada dois anos, da realização das Conferências Municipais no estado de Santa Catarina, obrigando os gestores a apresentar nesse fórum o seu relatório de gestão, para ampliar o nível de discussão sobre os problemas locais, independentemente do número de habitantes do município.



39. Garantir na Conferência Estadual de Saúde que o governo do Estado de SC dê atenção a todas as regiões do estado, de forma igualitária, priorizando as diferentes necessidades.
40. Garantir que o Estado assuma sua responsabilidade e cumpra com sua obrigação em cada município.
41. Agendar audiências reivindicatórias periódicas junto ao secretário estadual de saúde, aos deputados e governador, através de delegação dos conselhos municipais de saúde em conjunto com secretários municipais, prefeitos e vereadores.
42. Organizar, através da CIS-AMEOSC, uma audiência pública com secretários, governador e deputados, garantindo a presença de todos os prefeitos da região, para cobrar maior atenção do governo e deputados, referente ao SUS, no sentido de saber se é a favor do SUS ou da privatização da saúde.
43. Verificar se está contemplada na composição do Conselho Estadual de Saúde a participação de movimentos sociais e organizações populares e, caso não esteja, pressionar para que isso aconteça.
44. Elaborar os relatórios da Lei de Responsabilidade Fiscal de forma mais clara, para que a população entenda as informações da gestão financeira da secretaria.
45. Buscar parcerias em empresas públicas e privadas para o desenvolvimento de ações da saúde.
46. Diluir o poder do gestor ao submeter ao conselho municipal de saúde suas decisões e ações, dentro do que preconiza a legislação vigente.
47. Propor debates com ampla participação da sociedade para esclarecer e encaminhar soluções para os problemas do SUS e transparência na execução das mesmas por parte dos governos constituídos.
48. Aumentar o vínculo de comprometimento da sociedade organizada e dos atores do SUS com os princípios e diretrizes do Sistema.

49. Produzir indicadores de saúde e promover sua ampla divulgação, que servirão como instrumentos para proporcionar a possibilidade de fiscalização e controle por parte dos movimentos populares em relação aos riscos sanitários e não apenas às demandas pela assistência.
50. Garantir que os delegados titulares e suplentes eleitos sejam financiados pelo Município para a etapa estadual, e pelo estado para a etapa nacional.
51. Garantir que as Conferências Estaduais de Saúde, no futuro, contemplem as macrorregiões do estado de Santa Catarina.
52. Garantir que os conselhos municipais de saúde tenham instrumentos para fiscalizar e evitar o clientelismo político-partidário e a presença de perfis corporativistas na função gestora.
53. Fiscalizar a indicação de exames e procedimentos através do Controle e Avaliação e Auditoria, e denúncia dos conselhos municipais de saúde, visando eliminar a lógica do lucro.
54. Exigir que os Hospitais regionais sejam financiados pelo Estado e atendam 100% pelo SUS, para garantir porta de entrada única aos usuários.
55. Reorganizar o Conselho Estadual de Saúde, garantindo assento para representantes do segmento de usuários oriundos dos conselhos municipais, sendo respeitada a paridade entre os municípios de gestão básica e gestão plena, e que 50% dos usuários no conselho estadual de saúde (8–oito), sejam de representantes dos usuários dos conselhos municipais de saúde.

TRABALHO NA SAÚDE

1. Revisar e adequar as propostas curriculares de graduação para os cursos da área de saúde e conexas, para contemplar os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS, capacitando-os para atuação prioritária na Saúde Pública, incluindo estratégias de informação e comunicação social para as comunidades.



2. Rever os protocolos técnico-administrativos das ações das equipes multiprofissionais de saúde inseridas em unidades públicas vinculadas ao SUS, harmonizando ações e procedimentos visando ao benefício dos usuários, sem superposição e/ou conflitos profissionais no âmbito das atribuições e/ou competências privativas.
3. Organizar parcerias com as Secretarias de Educação para melhor aplicação dos Parâmetros Nacionais de Educação nas escolas públicas, como formação de professores e disponibilização de material didático sobre Saúde.
4. Disponibilizar material educativo e profissionais da rede pública (nas três esferas) em parceria com Secretaria da Educação/ SESC/ SENAI e outras instituições, para capacitação de entidades populares, escolas, sindicatos e associações.
5. Definir uma política estadual descentralizada de educação permanente, na qual se inserirá a implantação de Pólos Regionais de Educação Permanente, respeitando as necessidades e características de cada região, com ampla divulgação e discussão com os dirigentes e atores envolvidos na construção e consolidação do SUS visando à formação de profissionais para atuação no SUS, no controle social e nas funções de gestão.
6. Capacitar equipes de controle e avaliação para realizar auditorias nos setores de atendimento e contas dos serviços de saúde.
7. Revisar e implementar, nos currículos dos cursos de formação em saúde, de conteúdos voltados para informação e comunicação em meio ambiente, saúde do trabalhador e humanização dos processos de trabalho.
8. Promover cursos de formação para Técnicos em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).
9. Descentralizar da Escola de Formação em Saúde, facilitando acesso à educação visando a uma melhor distribuição de renda.
10. Tornar obrigatória a prestação de serviços remunerados em municípios de interesse do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, por dois anos, para profissionais formados em instituições públicas de ensino universitário e tecnológico, em nível de graduação e pós-graduação.
11. Garantir que o acompanhamento dos cursos de formação dos trabalhadores de saúde, tanto de nível técnico quanto de nível superior, tenha a efetiva participação dos gestores das três esferas de governo e dos respectivos conselhos de controle social.
12. Implantar imediatamente a Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, ressaltando que não deva ter caráter de ensino superior, mas de educação técnica permanente para profissionais de saúde.
13. Disponibilizar, de forma gratuita, cursos regionalizados de formação universitária e em nível de pós-graduação para os servidores públicos federais, estaduais e municipais que atuam no SUS.
14. Que o PROFAE tenha continuidade além do ano de 2004, e que os cursos sejam realizados para todos os municípios.
15. Tornar obrigatória a criação de convênios entre Universidades e serviços de saúde credenciados pelo MEC, para que os profissionais de saúde em formação façam estágios em campo, prestando serviços à comunidade.
16. Capacitar permanentemente os trabalhadores da saúde para atendimento à saúde mental e dependentes químicos, incluindo nessa universalidade o reconhecimento já produzido pela sociedade organizada, assim como pelos órgãos governamentais nas três esferas.
17. Capacitar permanentemente os conselheiros municipais de saúde, agentes comunitários de saúde e equipes do PSF.
18. Ampliar a discussão sobre as funções, regulamentação das atividades, perfil e capacitação permanentes necessários para os agentes comunitários de saúde e equipes do PSF, agentes da dengue e redutores de danos, bem como debater a legislação dessas questões com o intuito de eliminar a precariedade do trabalho desses profissionais.



19. Reestruturar as equipes do PSF e equipes de saúde indígena para desenvolver ações multiprofissionais, incluindo novas categorias profissionais de acordo com as necessidades e a realidade local.
20. Garantir estratégias de profissionalização dos agentes comunitários de saúde.
21. Realizar concurso público para contratar e manter o quadro de pessoal necessário à execução da gestão e das ações e serviços de saúde conforme a definição nas normas operacionais básicas do SUS, inclusive no Programa de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes da Dengue e Programa de Redução de Danos.
22. Garantir a implantação efetiva do Programa de Saúde do Trabalhador, conforme determina a Lei 8.080, art. 6º, § 3º.
23. Constituir a Comissão Estadual Intersetorial de Saúde do Trabalhador, subordinada ao Conselho Estadual de Saúde.
24. Implementar ações de prevenção para acidentes e doenças do trabalho dos trabalhadores da área da saúde.
25. Incluir conteúdos referentes à saúde do trabalhador na formação de trabalhadores da saúde.
26. Investir na capacitação em biossegurança e na aquisição de equipamentos de segurança individual para atividades e situações que exponham os trabalhadores a risco à saúde.
27. Desenvolver ações de promoção à saúde e de ambiente de trabalho saudável e humanizado.
28. Reorganizar e/ou reestruturar os recursos físicos e humanos das SDRs - Gerências de Saúde.
29. Criar protocolos de biossegurança na rede ambulatorial do estado de Santa Catarina.
30. Implementar programas de interiorização e valorização dos profissionais da área da saúde para que permaneçam nos pequenos municípios.
31. Implantar Plano de Cargos e Salários para todos os servidores públicos da saúde, nas três esferas de governo, discutido amplamente em comissão paritária que inclua representação das três esferas de governo e representantes dos trabalhadores, que contemple a humanização do serviço de saúde, qualidade de vida no trabalho, questões trabalhistas, previdenciárias e de saúde dos trabalhadores.
32. Implantar mesas paritárias estaduais e municipais de negociação permanente do SUS, com responsabilidade pela garantia de condições dignas de trabalho no SUS.
33. Encaminhar projeto de lei de reforma administrativa para o setor de saúde com vistas à adequação dos recursos humanos frente às atuais necessidades de gestão das ações e serviços de saúde, contemplando o planejamento do número de profissionais de saúde a formar, por parte do Ministério da Saúde e Ministério da Educação.
34. Instituir processos permanentes de avaliação do desempenho do Sistema de Saúde nas três esferas de Governo com inclusão dos seguintes itens: relacionamento interpessoal, motivação, qualidade do trabalho, índice de resolutividade, nível de satisfação profissional etc.
35. Viabilizar pesquisas com recursos do Ministério da Saúde, cujas linhas sejam definidas com base nas prioridades do SUS e sob o controle social.
36. Disponibilizar recursos financeiros da esfera federal para as escolas de ensino médio em saúde, com acesso gratuito ao estudante, e com conteúdo curricular de acordo com as diretrizes e princípios do SUS.
37. Garantir, no nível da atenção básica, a inclusão de todos os profissionais que atuam neste nível na estratégia de Saúde da Família.
38. Garantir igualdade de direitos para todos os trabalhadores da saúde de acordo com sua carga horária.

39. Criar mecanismos de assessoria jurídica e contábil para apoio aos conselhos municipais de saúde, com a sugestão de que sejam feitos consórcios entre municípios.
40. Criar instrumentos para avaliação da qualidade dos cursos e profissionais formados pelo PROFAE.

CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

1. Fomentar a pesquisa científica, tecnológica e a inovação em saúde, nas esferas municipal, estadual e federal, visando o aumento da equidade no cuidado à saúde da população, correspondendo às necessidades do SUS.
2. Implementar uma política que garanta o desenvolvimento tecnológico do complexo produtivo de saúde, com vistas à diminuição da dependência nacional no campo tecnológico e produtivo, bem como a garantia de maior auto-suficiência nos itens definidos como estratégicos para o país.
3. Estimular a participação do Conselho Nacional de Saúde na elaboração, implementação e acompanhamento da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde em nível nacional.
4. Estruturar uma Política de Avaliação Tecnológica em Saúde.
5. Avaliar, incorporar e utilizar os avanços biotecnológicos no setor da saúde, com ênfase na análise, gerenciamento e monitoramento da biossegurança.
6. Fortalecer as instituições de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S), tendo como principais eixos de atuação a formação e capacitação de recursos humanos, a implementação de infraestrutura e a disseminação de informações em C&T/S.
7. Cumprir a legislação para o investimento em tecnologia de informação e ciência.
8. Definir políticas para controle da extração, pesquisa e industrialização de produtos ou matérias-primas utilizados como insumos em saúde, retirados do território brasileiro.
9. Revisar a Lei de Patentes visando proteger os interesses nacionais, garantindo o investimento em pesquisas voltadas à produção de medicamentos, tomando medidas de controle relacionadas à biopirataria.
10. Resgatar e aprofundar pesquisas com plantas medicinais favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nas unidades sanitárias, de acordo com as recomendações da Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.
11. Resgatar as culturas populares sobre conhecimento de ervas medicinais, verificando quais têm ação cientificamente comprovada.
12. Implementar uma política de Ciência e Tecnologia integrando centros de pesquisa, laboratórios oficiais e universidades, visando à pesquisa e ao desenvolvimento de princípios ativos e intermediários de síntese e outros insumos farmacêuticos estratégicos, produção de medicamentos, hemoderivados e imunobiológicos, bem como equipamentos, a fim de diminuir gradativamente a dependência externa brasileira e os custos.
13. Fazer com que a ciência e a tecnologia sejam investidas em pesquisas concretas e que a população seja beneficiada, não somente na área de medicação, mas dos princípios básicos de alimentos agroecológicos (sem conservantes).
14. Implementar sistema de controle de qualidade para exames laboratoriais de análises clínicas com a participação do INMETRO para aferição dos equipamentos.
15. Investir prioritariamente no desenvolvimento de um parque farmacêutico nacional (incluindo os oficiais) com objetivos de fomentar pesquisas científicas e aplicações tecnológicas.
16. Articular as políticas públicas de pesquisa e desenvolvimento na área de saúde, a cargo do Ministério da Saúde e Ministério de Ciência e Tecnologia, com vistas ao fortalecimento e consolidação do SUS, com amplo controle social.



FINANCIAMENTO DA SAÚDE

1. Garantir o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, conforme resolução do Conselho Nacional da Saúde 332/03, em todas as esferas de governo, sendo que o não cumprimento implique nas penalidades da mesma.
2. Definir, mediante lei específica, as fontes de recursos para o cálculo do cumprimento da EC 29 nas 3 esferas de governo.
3. Definir, através de instrumento legal, o percentual de aplicação de recursos orçamentários de cada esfera governamental na área de saúde a partir de 2005.
4. Apoiar o veto ao artigo 96 da reforma tributária, que trata da desvinculação de recursos da União, assim como as possíveis desvinculações de recursos dos Estados e Municípios, referentes à emenda constitucional n.º 29, impedindo que as verbas da saúde sejam utilizadas com outros fins.
5. Regulamentar a lei definindo o processo de financiamento nacional do SUS, em obediência ao artigo 35 da lei 8.080/90, o qual estabelece os critérios de definição dos valores a serem transferidos aos estados, distrito federal e municípios. Esta lei deverá substituir as normas operacionais em vigor que descumprem os critérios estabelecidos pelo artigo 35. Enquanto não homologada a referida lei, que seja adotada, exclusivamente, a proporcionalidade populacional no repasse financeiro do SUS, em obediência ao artigo 3º da lei 8.142/90.
6. Garantir que os repasses per capita dos recursos do SUS devam se basear na população do ano vigente, utilizando como parâmetro os dados oficiais do IBGE e estejam adequados às leis orçamentárias das diferentes instâncias gestoras.
7. Criar mecanismos de financiamento da atenção básica que respeitem a capacidade de investimento dos municípios.
8. Garantir mecanismos que orientem o repasse dos recursos financeiros conforme as necessidades, perfil epidemiológico, diferenças regionais e realidades socioeconômicas.
9. Elaborar Projeto de Lei para estimular investimentos na saúde, nos moldes da Lei Rouanet, visando incentivos fiscais para instituições públicas de saúde, sendo os mesmos fiscalizados e aprovados pelos conselhos de saúde.
10. Redefinir os critérios de pagamento por procedimento propondo outros, como de agravos prioritários, a estruturação da rede de atenção e o incremento do sistema nacional de alta complexidade.
11. Adequar as tabelas de referência para o pagamento de serviços para os prestadores públicos e privados, garantindo valores compatíveis com a complexidade e custo dos procedimentos, com garantia da pontualidade dos repasses e variação anual de acordo com índices inflacionários (IGPM).
12. Adequar imediatamente os tetos físico-financeiros das AIH's, observando o princípio da equidade nos aspectos capacidade instalada, resolutividade e perfil epidemiológico e demográfico do município, bem como considerando a sua série histórica, conforme deliberação da CIB.
13. Buscar a equidade na alocação de recursos – tetos financeiros – como diretriz essencial para redução das desigualdades existentes nos níveis regionais, estaduais e nacional.
14. Aprovar indexador de reajustes para procedimentos e demais repasses feitos aos municípios.
15. Elaborar planilhas orçamentárias mais claras, com a finalidade de proporcionar visibilidade, sem superposições, dos seguintes conjuntos de itens: (I) custeio, (II) investimentos, (III) atenção básica, (IV) média complexidade e (V) alta complexidade.
16. Incrementar e implementar as ações de controle, avaliação e auditoria do sistema de saúde, com vistas a eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos.
17. Realizar contratos entre o serviço público e os serviços privados complementares, principalmente os terceirizados dentro das unidades hospitalares, visando à melhoria do acesso e à qualidade dos serviços de saúde.



18. Comprar serviços, esgotada a capacidade de oferta de serviços públicos, para agilizar o atendimento da demanda para a marcação de exames especializados, médicos especialistas e odontólogos, respeitando as necessidades de cada região.
19. Reverter a atual forma de gastos com investimentos, baseada em convênios e emendas parlamentares, para um padrão de investimentos sustentado em planos diretores discutidos nos conselhos de saúde.
20. Garantir mecanismos para que os recursos financeiros de subvenções sociais dos parlamentares do país sejam realocados para os fundos de saúde e assistência e destinados conforme deliberação dos conselhos de saúde e de assistência social.
21. Definir, através de Emenda Constitucional, nos moldes da EC 29, recursos federais, estaduais e municipais mínimos, visando exclusivamente o custeio e a execução de obras de saneamento básico.
22. Exigir que os recursos para o programa de erradicação da pobreza – Fome Zero e Saneamento Básico – sejam disponibilizados por outras fontes que não as da saúde. Os recursos da saúde devem ser exclusivamente para ações de saúde de acordo com a Lei 8.080/90.
23. Repor imediatamente os 4 bilhões e 477 milhões de reais retirados indevidamente do Orçamento da Saúde para 2004 e destinados ao Programa de Erradicação da Pobreza – Fome Zero e Saneamento Básico.
24. Reavaliar a política nacional de financiamento da assistência farmacêutica.
25. Elevar o valor do repasse para farmácia básica aos municípios e implantar laboratórios farmacêuticos oficiais em todos os estados, conforme as decisões da Conferência Nacional de Medicamentos.
26. Definir a participação estadual no financiamento da atenção básica, com valores compatíveis com a participação da União e dos municípios.
27. Garantir que as atuais fontes de recursos, inclusive 100% da CPMF, sejam destinadas somente para a saúde e aplicados nas três esferas de Governo.
28. Garantir repasse de recursos financeiros aos municípios para os programas de PSF e PACS, aumentando os recursos do Governo Federal e acrescentando incentivos do Governo Estadual.
29. Aumentar a cota da AIH's destinadas a pacientes portadores de necessidades especiais.
30. Repassar trimestralmente os valores relativos às AIH(s) não utilizadas aos municípios, para que os mesmos invistam em atenção primária, melhorando seus índices de saúde, já que isto significa sobra de recursos no FES e economia dos recursos públicos.
31. Fortalecer os Fundos Municipais de Saúde com maior repasse e autonomia para os gestores municipais, mesmo nas gestões plenas de atenção básica.
32. Implantar uma política adequada de financiamento para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), com maior agilidade do transporte, aumento dos recursos, bem como ampliação da regionalização da rede de média e alta complexidade.
33. Garantir recursos financeiros das três esferas de governo para a capacitação permanente dos trabalhadores de saúde e conselheiros municipais.
34. Aumentar os valores da tabela SIA/SUS para procedimentos odontológicos.
35. Ampliar o repasse de verbas da União para os Estados e Municípios para que os mesmos trabalhem com ONGs e entidades devidamente credenciadas para desenvolver programas preventivos, como combate ao uso/ abuso de substâncias psicoativas, combate ao câncer e outros.
36. Readequar as tabelas de referência para o pagamento de serviços, garantindo valores pagos a procedimentos de pre-



- venção e promoção da saúde superior aos valores pagos para procedimentos curativos.
37. Garantir repasses financeiros das esferas federal e estadual para viabilizar o Programa Saúde do Trabalhador e Saúde do Idoso em padrões regionalizados nos municípios.
 38. Reverter parte da restituição de imposto de renda dos “Planos privados” para o SUS nos municípios, dentro do estado.
 39. Direcionar um percentual do valor arrecadado do IPVA para investimento no atendimento pré-hospitalar e atendimentos ambulatoriais garantindo, assim, a total recuperação das vítimas de acidentes.
 40. Garantir maior flexibilidade dos repasses financeiros extra-teto dos governos Estadual e Federal para atendimento da população migrante, tais como: acampamentos do MST, meeiros etc.
 41. Cumprir as decisões da Audiência Pública da Assembléia Legislativa, no que se refere à elaboração do orçamento regionalizado no estado de Santa Catarina.
 42. Garantir o ressarcimento dos Planos de Saúde privados ao SUS, quando o atendimento dos conveniados for realizado na rede pública (SUS).
 43. Revisar a lógica das licitações para que na modalidade tipo menor preço não se perca a qualidade e quantidade dos medicamentos, principalmente nos municípios.
 44. Garantir mecanismos para que os recursos públicos sejam destinados preferencialmente para o Serviço Público/ Sistema Único de Saúde, e não mais pagos a clínicas particulares sem o devido credenciamento e convênio formalizado para atendimento da demanda reprimida.
 45. Garantir que o repasse do dinheiro da CPMF seja destinado unicamente à saúde, reafirmando o já definido nas leis federais.
 46. Efetuar o pagamento das AIH's represadas dos hospitais contratados pelo SUS, seguindo os critérios da CIB e mediante auditoria.
 47. Garantir que parte dos recursos da CPMF seja repassada ao município de origem da arrecadação, seja fundo a fundo ou financiando programas.
 48. Realizar uma revisão na tabela do SUS, especialmente no valor dos procedimentos de baixa, média e alta complexidade.
 49. Implantar definitivamente o Sistema Nacional do Cartão de Saúde para a utilização racional dos recursos.
 50. Garantir o financiamento indicado no estatuto do idoso, já sancionado, em seu capítulo IV de direitos da saúde, que entrará em vigor a partir de 01.01.2004.
 51. Apoiar a rejeição do projeto de lei que trata das organizações sociais em relação à administração dos serviços públicos que tramita na Assembléia Estadual.
 52. Revisar a Emenda Constitucional 29 para aplicação a partir de 2005, alterando o financiamento federal – com adoção de no mínimo investimento de 10% de recursos da União – e com a manutenção do percentual de 12% para os Estados e 15% para os Municípios.
 53. Implantar câmara de compensação de AIH's regionalmente, contemplando a sazonalidade, migrações, surtos etc.
 54. Fortalecer as estruturas públicas com otimização da sua capacidade instalada, formalizando novos contratos de prestação de serviços e adequando os já existentes com o setor privado, garantindo o atendimento das normas do SUS.
 55. Redirecionar a atual forma de investimentos; baseada em convênios, emendas parlamentares e subvenções sociais, para um padrão de investimento sustentado em planos diretores discutidos nos devidos conselhos de saúde.
 56. Garantir financiamento adequado das três esferas de governo para viabilizar a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador.

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

1. Implantar as propostas para a comunicação em saúde aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde nos três níveis de governo.
2. Fortalecer as estratégias de comunicação em saúde para auxiliar no controle social, atendendo ao planejamento das ações, à demanda de serviços e às expectativas sociais.
3. Promover o diálogo entre a comunidade científica e tecnológica e a sociedade, através de mecanismos de articulação para a democratização das informações.
4. Melhorar o fluxo de informações entre os conselhos de saúde e as unidades de saúde e demais instâncias gestoras nos níveis federal, estadual e municipal, privilegiando o controle social através dos conselhos de saúde.
5. Desenvolver uma política de incentivo ao fortalecimento das ouvidorias municipais e estaduais, com envio mensal de relatórios aos respectivos conselhos.
6. Implantar política de esclarecimento ao cidadão sobre a importância da segurança alimentar.
7. Criar campanhas informativas e publicitárias pelo Estado para conscientização da necessidade da doação de órgãos.
8. Agilizar projetos de informatização das unidades de saúde no estado sob o controle social dos conselhos municipais e estaduais de saúde.
9. Ampliar os investimentos financeiros e de recursos humanos para atividades associadas com a comunicação, a produção e garantia de acesso às informações em saúde no estado e municípios, utilizando-as continuamente para o planejamento de ações de saúde dirigidas aos agravos mais relevantes para a população.
10. Implementar uma política de informação continuada que articule as estratégias de educação em saúde com as demandas da área ambiental nos municípios.
11. Manter de modo permanente a troca das experiências exitosas, inovadoras e bem sucedidas de saúde em âmbito nacional e divulgá-las amplamente.
12. Publicar de forma sistemática informações relacionadas com a realidade epidemiológica do estado.
13. Garantir mecanismos para que os conselheiros prestem contas às suas entidades em relação à sua atuação nos conselhos municipais de saúde.
14. Agilizar a implementação do cadastro único multifinalitário destinado às diversas políticas sociais, como a assistência social, saúde e educação.
15. Elaborar o manual do usuário do SUS, em linguagem popular e com uso de imagens, a fim de esclarecer e orientar de maneira clara os usuários sobre seus direitos e deveres, atenção básica e responsabilidades do SUS.
16. Promover campanhas educativas relacionadas com o perfil epidemiológico e a realidade local, inclusive com uso de mídias de comunicação de massa, com a participação dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde.
17. Implementar o registro do Cartão Nacional de Saúde em todo o território nacional, como sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde.
18. Estabelecer padrões para representação e compartilhamento das informações em saúde com garantia jurídica de privacidade e confidencialidade da informação individual identificada.
19. Estabelecer padrões de infra-estrutura tecnológica com a participação dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde para a produção de informações da saúde (microcomputadores, *softwares*, redes e outros insumos) e comunicação entre gestores.
20. Garantir o aperfeiçoamento da integração e a articulação dos sistemas de informação e bases de dados existentes, de âmbito nacional, de interesse para a saúde.





21. Fortalecer o vínculo do Sistema Único de Saúde com a população, construindo e executando Plano de Comunicação Social e marketing do SUS, com a participação dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde.
22. Implantar uma política de *software* livre no âmbito do SUS.
23. Ampliar a produção e a veiculação de material gráfico para divulgação de ações de educação em saúde.
24. Regulamentar o envio de relatórios mensais aos conselhos estaduais e municipais de Saúde pelas ouvidorias e sistemas de controle e avaliação das esferas de governo.
25. Criar uma rede de comunicação em saúde com verbas suficientes para desenvolver campanhas de esclarecimento sobre a legislação e os direitos e deveres dos usuários do SUS.
26. Realizar campanha de âmbito nacional para informar a sociedade sobre a existência dos conselhos de saúde e seu papel de fiscalização e de formulação e acompanhamento da política de saúde nas três esferas de governo.
27. Realizar campanhas de esclarecimento para a população quanto ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (verbas destinadas ao setor e campanhas educativas de valorização da saúde, doenças ocupacionais, previdência etc.).
28. Desenvolver projetos que tenham por objetivo promover a conscientização dos usuários e profissionais do SUS para a prevenção e promoção da qualidade de vida da população.
29. Criar instrumentos de comunicação que orientem melhor os usuários sobre as normas e procedimentos da rede de atenção primária.
30. Garantir informações aos usuários dos hospitais contratados pelo SUS, quando internados em regime particular, para não alegarem ignorância sobre isso no momento da alta.
31. Garantir que usuário do SUS receba, após qualquer internação hospitalar, informações sobre os custos do seu atendimento para o Sistema Único de Saúde.
32. Garantir que o relatório da IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina seja amplamente divulgado.
33. Garantir o cumprimento da legislação federal, que prevê a realização de audiências públicas trimestralmente para prestação de contas dos fundos municipais e estaduais de saúde.
34. Estender o princípio da “complementariedade do setor privado”, um dos princípios organizativos do SUS, também na área da infra-estrutura de informática do sistema de saúde. Assim, os gestores deverão ser exigidos à utilização, quando da estruturação de sistemas de informação em saúde de caráter público, de programas e sistemas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, deixando de investir na compra de *softwares* privados, em geral não compatíveis e de difícil adequação às necessidades do SUS.
35. Criar *web sites* dos conselhos municipais de saúde do estado para troca de experiências e informações.
36. Possibilitar aos conselhos de saúde que atuem como ouvidorias, encaminhando as denúncias e reclamações recebidas, após conhecimento, ao Serviço de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, facilitando, assim, o acompanhamento e a resposta das mesmas pelo controle social.
37. Regularizar, em tempo hábil, as remessas e envios de materiais gráficos para divulgação das ações de educação em saúde de procedentes das esferas estadual e federal aos municípios.
38. Criar uma rede nacional de comunicação em saúde que garanta a ampla adesão dos atores sociais e a livre expressão de pontos de vista próprios de cada um dos seus participantes.



EMENTAS DAS MOÇÕES APROVADAS

1. **Moção de apoio** à inclusão do profissional de educação física nos níveis de atenção básica e de média complexidade ambulatorial.
2. **Moção de apoio** à necessidade urgente de rediscussão do financiamento da saúde no Estado de Santa Catarina e na União, em relação à Saúde do Trabalhador.
3. **Moção de apoio** à realização de auditoria dos fatos geradores do endividamento do país, nos termos do ato das disposições constitucionais transitórias da Carta de 1988.
4. **Moção de apoio** à destinação de recursos da saúde para a capacitação e pesquisa dos profissionais do PSF.
5. **Moção de apoio** à efetivação e reavaliação da emenda constitucional 29, para a manutenção de percentuais mínimos nas 3 esferas de governo.
6. **Moção de apoio** ao financiamento de internação e reinserção social de dependentes químicos em comunidades terapêuticas.
7. **Moção de apoio** à restrição de horário entre 22:00 e 06:00 horas para inserção de anúncios de bebidas alcoólicas na mídia eletrônica.
8. **Moção de apoio** à inserção de advertência e fotos sobre os males causados pelo álcool nos rótulos das bebidas alcoólicas.
9. **Moção de repúdio** à liberação do plantio de soja transgênica através da medida provisória 131/2003 pelo governo federal.
10. **Moção de repúdio** à atitude de membros da comissão organizadora na coordenação das mesas, ao não permitir a manifestação oral dos delegados.
11. **Moção de repúdio** à redefinição dos municípios das Regionais na nova configuração do Governo Estadual.
12. **Moção de repúdio** à desvinculação de receitas da União-DRU, estados e municípios garantidas na EC 29 e sua destinação para combate à pobreza e outros programas de inclusão social.
13. **Moção de repúdio** ao projeto de lei 260/03, em trâmite na Assembleia Legislativa, que institui as organizações sociais – OS.
14. **Moção de apoio** à criação de Escola de Saúde Pública no Estado de Santa Catarina, integrada às políticas de educação permanente de ciência e tecnologia.
15. **Moção de apoio** à descentralização de fornecimento de órteses e próteses.
16. **Moção de repúdio** à organização da IV CES, frente ao local inadequado, organização das mesas, e dificuldade de alimentação entre outras.
17. **Moção de apoio** à implantação do Hospital Regional da Região Carbonífera (ANREC) e (Vale do Itajaí - AMMVI).
18. **Moção de apoio** à participação dos secretários executivos dos Conselhos nas etapas Estadual e Nacional de Saúde.
19. **Moção de apoio** à criação de serviço de educação em saúde nas SMS.
20. **Moção de apoio** ao encaminhamento das propostas das Conferências Municipais e Regionais às SES e CES.
21. **Moção de repúdio** ao Hospital de Custódia de garantia da implementação da Lei Federal 10216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais.
22. **Moção de apoio** ao cumprimento do turno de trabalho contratual dos profissionais do SUS, com a parceria do MP no cumprimento da legislação.
23. **Moção de repúdio** à municipalização/ privatização dos serviços de água e esgoto, com desmantelamento do Sistema CASAN.

- 24. Moção de apoio** à contratação permanente do ACS, cumprindo a Lei 10507.
- 25. Moção de apoio** à redistribuição do per capita estadual destinado aos municípios.
- 26. Moção de apoio** à revisão do fornecimento de medicamentos de uso contínuo aos pacientes crônicos; à reciclagem e atendimento por equipes multidisciplinares nos diversos níveis de complexidade e remoção dos entraves burocráticos à atenção integral.
- 27. Moção de apoio** à eleição dos presidentes de conselhos e proporcionalidade de 25% de profissionais na composição dos mesmos.
- 28. Moção de repúdio** à reserva e utilização de leitos em hospitais públicos para planos privados.
- 29. Moção de repúdio** às prefeituras municipais no descumprimento do Art. 23, relativo ao custeio da participação dos delegados na IV Conferência.
- 30. Moção de apoio** à atenção dos lesionados em acidentes de trabalho.
- 31. Moção de apoio** à criação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador –CEREST– nos municípios, estados e país.
- 32. Moção de apoio** à Lei Arouca sobre Saúde Indígena.
- 33. Moção de apoio** à reorganização dos CES, com representação dos usuários do interior.
- 34. Moção de apoio**
- ao cumprimento do que determina a lei que criou a CPMF, para utilização do recurso somente em saúde;
 - à criação de novos serviços públicos de alta e média complexidade em todo o estado, conforme a necessidade da população;
 - à garantia de plantão médico de 24 horas e especialidades básicas pelo SUS, com recursos do Estado, nas seguintes áreas: cardiologia e ortopedia, conforme a demanda de cada região.

35. Moção de apoio à aprovação, ao acompanhamento e à fiscalização pelos Conselhos Estaduais de Educação e Saúde dos Cursos Profissionalizantes na área da saúde.

36. Moção de repúdio à perpetuação de mecanismos precários para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, como a CPMF.

37. Moção de apoio à

- ampliação do número de profissionais do PSF acrescentando: assistente social, fisioterapeuta e psicólogo;
- implantação do teste da orelhinha como identificador precoce da surdez em recém-nascidos;
- contratação de equipe multiprofissional de saúde para atender o sistema prisional;
- correção periódica da tabela do Sistema Único de Saúde;
- autorização para realização de avaliação fisioterapêutica pelo Sistema Único de Saúde;
- criação de Central de Regulação para distribuição de Autorizações de Internações Hospitalares.

Moções na íntegra

Moção 38

A IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina foi realizada de 24 a 26 de outubro de 2003, baseada na Constituição de 1988 e nas leis de 8080/90 e 8142/90, através das paridades entre governos e usuários, juntos, com compromisso de legislar para a efetivação do SUS e facilidade de acesso à saúde igualitária para todos. Em razão disto, determina que:

1. cumpra-se o que determina a lei que criou a CPMF; este recurso deve ser estendido somente para a saúde e não para outras áreas, conflitando com o combinado e a própria Lei de Responsabilidade Fiscal.

2. a população tenha acesso aos procedimentos de alta e média complexidade numa distância mínima, por meio da criação de novos serviços públicos distribuídos por todo o estado, conforme a necessidade da população.
3. todos os hospitais regionalizados que atendem pelo SUS tenham recursos garantidos pelo governo para a manutenção de plantão médico de 24 horas e especialidades básicas pelo SUS nas seguintes áreas: cardiologia e ortopedia, conforme a demanda da região.

Moção 39

Aprovação, acompanhamento e fiscalização pelos Conselhos Estaduais de Educação e Saúde dos Cursos Profissionalizantes na área da saúde.

Moção 40

Os participantes da IV Conferência Estadual de Saúde, reunidos em Florianópolis de 24 a 26 de outubro de 2003, manifestam-se contra a perpetuação de mecanismos precários para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, como assim o é a CPMF. Enquanto estiver em vigor, a totalidade dos recursos arrecadados devem ser destinados única e exclusivamente para financiar as ações e os serviços de saúde, sob estrito controle social.

Moção 41

Os participantes da IV Conferência Estadual de Saúde, reunidos em Florianópolis de 24 a 26 de outubro de 2003, consideram a existência de populações e movimentos sociais que não têm residência fixa, o que acarreta na falta de estrutura do município ao atendimento a essas pessoas, em particular, nos serviços de saúde. Propõem que sejam alocados recursos de caráter excepcional para municípios nessas circunstâncias.

Moção 42

Os participantes da IV Conferência Estadual de Saúde, reunidos em Florianópolis de 24 a 26 de outubro de 2003, solicitam

que seja feita a pactuação entre os estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul no atendimento de alta complexidade, respeitando as distâncias, proporcionando menor sofrimento aos pacientes e menor custo aos municípios no que tange ao transporte.

Moção 43

Moção de repúdio ao Projeto de Lei do Ato Médico,

O Projeto de Lei 25/02, que dispõe sobre o “Ato Médico”, está em tramitação no Congresso Nacional e apresenta o mesmo conteúdo que a Resolução 1627 do Conselho Federal de Medicina, que no ano de 2001 achou por bem organizar o que consistia a ação dos médicos. Está evidenciada uma tentativa de reserva de mercado, na qual o Estado atuaria como instrumento das categorias contempladas, medicina, odontologia e medicina veterinária, em detrimento das outras profissões regulamentadas por Lei Federal.

O Projeto de Lei do Ato Médico é um retrocesso diante dos avanços conquistados pelo conjunto de trabalhadores, no sentido da implantação e consolidação do SUS, por meio da construção da integralidade das ações de atenção à saúde, e implica na descontinuidade das ações profissionais na área da saúde, principalmente na rede SUS;

Desconsidera os princípios constitucionais de que atuação da saúde deve atender de forma integral às necessidades biopsicossociais dos indivíduos e dos coletivos;

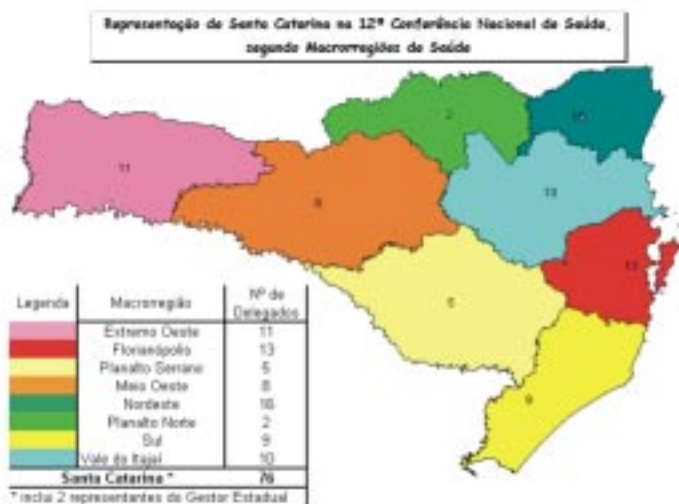
Limita, se não impede, o livre acesso da população à saúde nas suas diversas especialidades, vai contra as prerrogativas da atuação profissional, inscritas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), cerceia a atuação profissional que tem suas ações reconhecidas pela sociedade, fere o direito fundamental inserido na carta Constitucional, no Inciso XIII, Art.5, que diz que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.



Perfil da Delegação Catarinense na 12ª Conferência Nacional de Saúde

1. Representação por Macrorregião de Saúde

O estado de Santa Catarina participará da 12ª Conferência Nacional de Saúde com 76 delegados, representando os usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores.



Ineditamente em Santa Catarina, a plenária da IV Conferência Estadual de Saúde alterou o Regimento Interno da Conferência, indicando a escolha dos delegados pelo critério regional.

Além dos delegados, participaram da Conferência, também eleitos pela plenária, oito representantes de Santa Catarina na categoria de “observadores”, sendo três da macrorregião de Florianópolis, dois do Extremo-oeste, um do Sul catarinense, um do Nordeste do estado e um da macrorregião do Vale do Itajaí.

2. Representação por Segmento

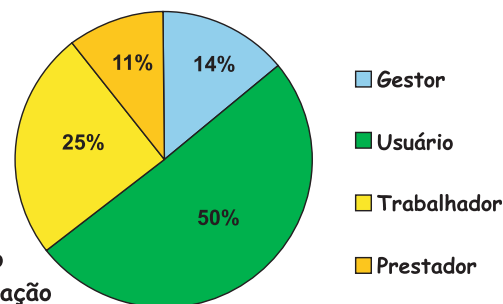
O Quadro 1 permite verificar a participação dos diferentes segmentos da população, segundo macrorregiões de saúde.

Segmento	Planalto Serrano	Planalto Norte	Extremo Oeste	Sul	Vale do Itajaí	Nordeste	Meio Oeste	Grande Fpolis.	Santa Catarina	
									Nº	%
Gestor	1	1	2	1	1	1	1	1	11*	14,5
Usuário	2	1	5	5	6	10	5	4	38	50
Trabalhador	2	-	3	2	2	4	1	5	19	25
Prestador	-	-	1	1	1	1	1	3	8	10,5
Total	5	2	11	9	10	16	8	13	76	100

* Inclui 2 representantes da Secretaria de Estado da Saúde

A composição da representação obedeceu o estabelecido: 50% são representantes de usuários, 25% são trabalhadores da saúde, 14,5% são gestores (incluindo representação do gestor estadual) e 10,5% prestadores (fig.1).

Fig.1
Representação de Santa Catarina na 12ª CNS, segundo segmento da população



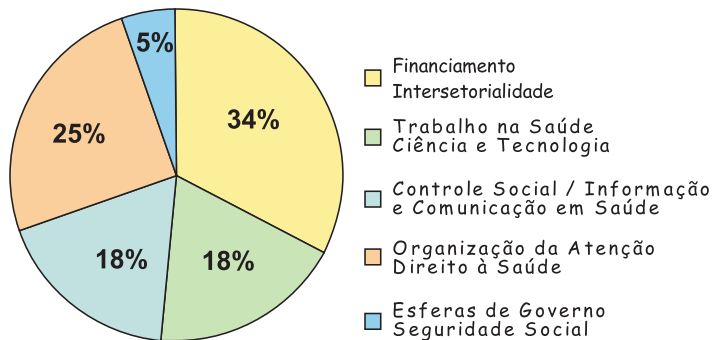


3. Representação por Tema escolhido

A escolha dos temas que serão debatidos nos grupos de trabalho obedeceu à preferência indicada pelos delegados nas fichas de cadastramento e definiu cinco grupos, cada um dos quais discutirá dois temas, conforme definido pela Comissão Organizadora da XIIª Conferência Nacional de Saúde.

Como pode ser observado na figura abaixo, a maior parte dos delegados, aproximadamente um terço do total, escolheu participar do Grupo A, que inclui a discussão sobre o Financiamento da Saúde e a Intersetorialidade das Ações de Saúde.

Fig.2 - Representação de Santa Catarina na 12ª CNS, segundo Grupo de Trabalho escolhido



Em 2º lugar, representando 25% do total de delegados, aparece o Grupo D, que discutirá a Organização da Atenção e o Direito à Saúde.

Os Grupos B (Trabalho na Saúde e Ciência e Tecnologia e Saúde) e C (Controle Social e Informação e Comunicação em Saúde), empataram em 3º lugar, com 18% do total.

O Grupo E (As Três Esferas do Governo e Seguridade Social e Saúde) foi o menos priorizado pelos delegados, ficando apenas com a representação de 5% dos delegados.

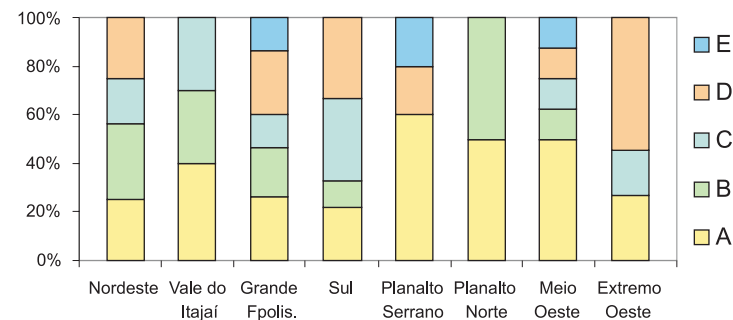
O Quadro 2 e a Figura 3 detalham a distribuição dos delegados de Santa Catarina na Conferência, segundo grupos de trabalho escolhidos e macrorregiões representadas.

Quadro 2 - Representação de Santa Catarina na 12ª CNS, segundo Grupos de Trabalho e Macrorregiões de Saúde

Grupos	Nordeste	Vale do Itajaí	Grande Fpolis.	Sul	Planalto Serrano	Planalto Norte	Meio Oeste	Extremo Oeste	Santa Catarina	
									Nº	%
A	4	4	4	2	3	1	4	3	25	32,9
B	5	3	3	1	0	1	1	0	14	18,4
C	3	3	2	3	0	0	1	2	14	18,4
D	4	0	4	3	1	0	1	6	19	25
E	0	0	2	0	1	0	1	0	4	5,3
Total	16	10	15 *	9	5	2	8	11	76	100

*Inclui os 2 representantes do Gestor Estadual

Fig. 3 - Distribuição % dos Delegados, segundo Grupos de Trabalho e Macrorregiões





Perfil das Escolhas Temáticas dos Delegados Catarinenses para a 12ª Conferência Nacional de Saúde

O Regulamento da 12ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu que a delegação de Santa Catarina seria composta por 76 Delegados e 08 observadores, distribuídos pelos segmentos representativos, conforme a figura abaixo.

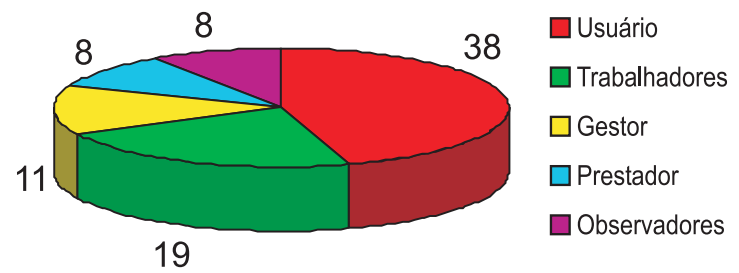


Figura 01: Representatividade segundo segmento dos participantes.

Com a finalidade de organizar a participação e representatividade dos diversos grupos de discussão, a Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde realizou a agregação dos temas a serem discutidos, mostrados no quadro abaixo.

Cada um dos delegados de Santa Catarina optou por um grupo de temas prioritário para discussão numa escala de 1 a 5.

GRUPO	TEMÁRIO	
	Temas do período da manhã	Temas do período da Tarde
A	O Financiamento da Saúde	Intersetorialidade das Ações de Saúde
B	O Trabalho na Saúde	Ciência e Tecnologia e a Saúde
C	Controle Social e Gestão Participativa	Informação e Comunicação em Saúde
D	A Organização da Atenção à Saúde	Direito à Saúde
E	As Três Esferas de Governo	As Três Esferas de Governo

Análise da Distribuição dos Delegados segundo Temas Escolhidos

Entre os diversos segmentos representativos dos delegados eleitos para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, o segmento dos usuários optou como prioridade discutir os temas: *O trabalho na Saúde e Ciência e Tecnologia e a Saúde, Controle Social e Gestão Participativa*, bem como *O Financiamento da Saúde e Intersetorialidade das Ações de Saúde*.

No segmento dos **usuários** observa-se uma distribuição mais uniforme dos temas em relação ao número de participantes, se comparado aos demais, conforme ilustrado na figura abaixo.

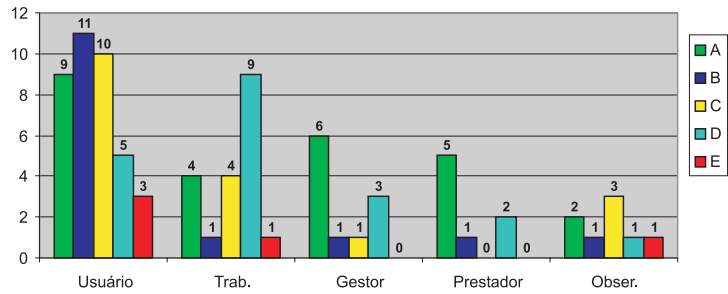


Figura 02: Distribuição do número de delegados segundo os temas

Os **trabalhadores de saúde** optaram, em sua maioria, por discutir a temática *Direito à Saúde e Organização da Atenção à Saúde*, o que denota a preocupação do segmento por uma mudança no sentido de assegurar o direito de acesso e assistência à saúde, assinalando para uma reorganização do modelo de atenção no SUS. A segunda opção dos representantes dos trabalhadores foi: *O Controle Social e Gestão*



Participativa, O Financiamento da Saúde e a Intersetorialidade das Ações de Saúde. Deve-se destacar, no segmento dos trabalhadores, o baixo número de delegados que optaram pelo grupo temático *Seguridade Social e As Três Esferas de Governo.*

Nos segmentos de **gestores e prestadores de serviços**, a opção pelos temas e a quantidade de participantes deu-se de forma semelhante. Poucos optaram pelo tema *O Trabalho na Saúde e Ciência e Tecnologia e a Saúde*, enquanto a maioria escolheu discutir na 12ª Conferência Nacional de Saúde temas relacionados ao *Financiamento da Saúde e Intersetorialidade das Ações de Saúde.*

Se comparada à escolha dos representantes de **gestores e prestadores de serviços**, observa-se que nenhum prestador optou pelas temáticas *Controle Social e Gestão Participativa e Informação e Comunicação em Saúde.* Gestores e prestadores de serviços, ainda, não manifestaram a opção de discutir temas como *As Três Esferas de Governo e A Seguridade Social e a Saúde.*

CONCLUSÃO

Considerando a participação dos delegados para a 12ª Conferência Nacional de Saúde segundo os grupos de temas escolhidos, independentemente dos segmentos representativos, 26 delegados escolheram o grupo temário **A** (O Financiamento da Saúde e Intersetorialidade das Ações de Saúde); 20 delegados escolheram o grupo temário **D** (A Organização da Atenção à Saúde e Direito à Saúde); 18 delegados escolheram o grupo temário **C** (Controle Social e Gestão Participativa,

Informação e Comunicação em Saúde); 15 delegados escolheram o grupo temário **B** (O trabalho na saúde, Ciência e Tecnologia e a Saúde); 05 delegados escolheram o grupo temário **E** (As Três Esferas de Governo e A Seguridade Social e a Saúde).

Participação por Temário

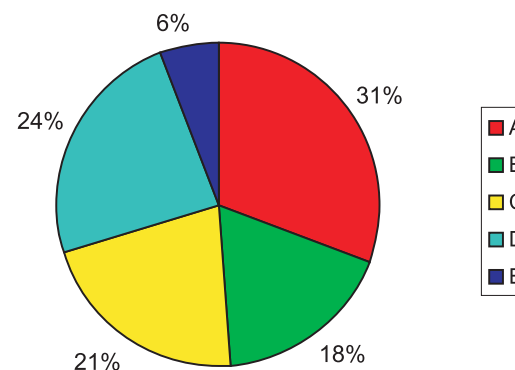


Figura 03: Participação geral dos delegados

Conforme ilustrado na figura acima, observa-se uma concentração no número de delegados que escolheram o grupo temário **A** - O Financiamento da Saúde e Intersetorialidade das Ações de Saúde. Nos temas relativos aos grupos temários **B, C e D** há uma distribuição equivalente, e somente no grupo **E** observou-se uma baixa procura, com relativo desequilíbrio na distribuição do número de delegados para este tema.



AVALIAÇÃO DA IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE ⁽¹⁾

O Relatório está editado na íntegra no site da Secretaria de Estado da Saúde (www.saude.sc.gov.br)

A Comissão Organizadora elaborou um *questionário de avaliação* contendo 8 questões, que foi distribuído aos participantes para que eles pudessem manifestar sua opinião, a fim de avaliar alguns aspectos relativos ao evento.

As respostas obtidas a partir dos 326 questionários devolvidos foram digitadas e analisadas com o auxílio do Tabwin, aplicativo desenvolvido pelo Datasus que permite a tabulação e a elaboração de gráficos de bases de dados.

É importante salientar que a amostra não foi obtida de forma aleatória, mas dependeu do interesse dos participantes em responder ao questionário e representa, aproximadamente, 30% do total de inscritos no evento. Esse fato pode trazer limitações à análise dos resultados, principalmente porque os que não responderam ao questionário poderiam ter um perfil de respostas diferente do obtido.

Cientes das possíveis limitações referentes à representatividade da amostra, o presente documento apresenta os resultados da avaliação realizada, com o objetivo de fornecer subsídios para uma reflexão sobre os aspectos positivos e negativos do evento.

(1) Documento elaborado por Heloisa Côrtes Gallotti Peixoto

1. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

1.1. TIPO DE PARTICIPANTE

Participantes e respondentes do questionário de avaliação, segundo tipo de participante.				
Tipo de Participante	Participantes		Respondentes	
	No	%	No	%
Usuário	448	46,8	152	48,9
Profissional de Saúde	226	23,6	76	24,4
Gestor de Saúde	217	22,7	59	19
Prestador privado	66	6,9	24	7,7
Total	957	100	311*	100

* Exclui 15 respondentes cujo tipo é ignorado.

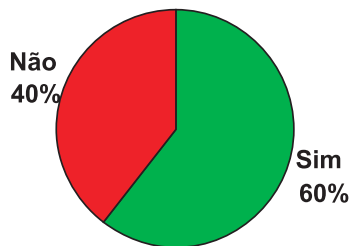
1.2. DOS OBJETIVOS ATINGIDOS

A Conferência conseguiu atingir seus objetivos?

Do total dos que responderam à questão, 60,2 % entenderam que os objetivos foram alcançados, e 39,8% responderam que os objetivos não foram atingidos integralmente.

A análise por tipo de participante mostra que somente o grupo dos prestadores privados tem opinião bastante dife-

Respondentes, segundo opinião sobre o alcance dos objetivos		
Atingiu objetivos?	Nº	%
Sim	171	60,2
Não	113	39,8
Sub-total	284	100
Não Respondeu	42	12,9
Total	326	100



rencia da dos outros grupos em relação a esta pergunta. Neste segmento, 65% dos respondentes entenderam que os objetivos não foram alcançados.

Indagados sobre se a Conferência proporcionou o amplo debate sobre as questões do

Sistema Único de Saúde, quase 70% responderam que sim.

O maior percentual de respostas positivas foi observado no grupo de usuários (73,6%), o que reafirma a importância de viabilizar esse tipo de espaço de discussão para garantir a participação da população na definição de políticas de saúde.

Por outro lado, mais da metade (54,5%) dos respondentes do grupo dos prestadores privados respondeu que a Conferência não proporcionou amplo debate sobre as questões do SUS, aparecendo novamente como o grupo em que observou-se o maior percentual de respostas negativas.

1.3. DA ORGANIZAÇÃO DO EVENTO

Para avaliar a organização do evento, foram elaboradas cinco questões, cada uma delas abordando um aspecto específico.

1.3.1. Organização (secretaria, material impresso, horários definidos etc.)

A primeira questão sobre a organização do evento indagava sobre a opinião dos participantes em relação ao funcionamento da secretaria, material impresso, horários definidos etc. Aproximadamente um quinto dos respondentes achou que a organização destes itens foi excelente ou boa, 40,8% consideraram ruim ou regular e 38,9%, insatisfatória. Novamente, os usuários foram os que fizeram avaliação mais positiva e os prestadores privados, a mais negativa.

1.3.2. Recepção (sinalização dos locais, conforto, informações fornecidas etc.)

Os resultados sobre a avaliação da recepção do evento, que incluía aspectos sobre sinalização dos locais, conforto, informações fornecidas etc. evidenciam que mais de um quarto (26,1%) dos respondentes consideraram a recepção excelente ou boa. Essa proporção variou de 34% no grupo de usuários a apenas 12,5% para os prestadores privados. Um terço dos respondentes avaliou esse quesito como regular e 40,9%, insatisfatório.

1.3.3. Local - Como avalia o LOCAL escolhido para o evento?

O local escolhido para a realização do evento não foi bem aceito pela maioria dos respondentes. Aproximadamente 80% deles consideraram o local inadequado, não havendo diferenças significativas quando o quesito é avaliado segundo o tipo de participante.

Respondentes, segundo opinião sobre o local			
Resposta	No	%	%ac
Excelente	4	1,3	1,3
Boa	12	3,8	5,1
Regular	48	15,3	20,4
Insatisfató	250	79,6	100
Sub-total	314	100	-
Não resp	12	3,7	-
Total	326	100	-

É importante lembrar que o evento havia sido originalmente programado para ser realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, mas a comissão organizadora foi obrigada a procurar um local alternativo quando, bem próximo da data prevista para a Conferência, foi informada de que esta não poderia ser realizada na UFSC.

1.3.4. Carga horária disponibilizada

Em relação à carga horária disponibilizada para o evento, 28,3% dos respondentes consideraram excelente ou boa. Aproximadamente um terço achou a carga horária planejada regular e 38,3%, insatisfatória.

A classificação da carga horária como insatisfatória variou de 52,2% entre os prestadores privados até 29,3% entre os profissionais de saúde.

1.3.5. Programação Cultural

A última questão sobre a organização do evento, era relativa à programação cultural oferecida durante o evento.

Do total de respondentes, 57% avaliaram como excelente ou boa a programação cultural, 27% consideraram a programação regular e somente 16% classificaram como insatisfatória.

No grupo dos prestadores privados, no entanto, observa-se uma proporção bem maior de respondentes que avaliaram a programação cultural como insatisfatória, quase um terço do total.

1.4. DO CONTEÚDO EXPOSTO NAS MESAS REDONDAS

A avaliação do conteúdo exposto nas três mesas foi bastante positiva, girando em torno de 70% a proporção de respondentes que classificaram como excelente ou bom o conteúdo exposto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo cientes das limitações dos resultados e de aspectos relacionados com a representatividade da amostra, espera-se que este documento possa contribuir para o planejamento de próximos eventos.

Material de Divulgação da IV Conferência Estadual de Saúde de SC



CARTAZ

IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina

24, 25 e 26 de Outubro de 2003
LOCAL: ASTEL/ESAG - Av. Madre Benvenuta, 2080 - Itacorubi - Florianópolis

"SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO - A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS"

Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina - Espaço Estadual do XII Conferência Nacional de Saúde
INFORMAÇÕES PELO FONE: 0800 48 2800

BANNER

IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina

Seja bem-vindo.

FRENTE CAMISETA. VERSO

CANETA

FAIXA

IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina

24, 25 e 26 de Outubro de 2003
LOCAL: ASTEL/ESAG - Av. Madre Benvenuta, 2080 - Itacorubi - Florianópolis

FAIXA DE MESA

IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina

Seja bem-vindo.

CRACHÁ

BOTTON

IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina

24, 25 e 26 de Outubro de 2003



FOLDER LIVRETO

IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina
24, 25 e 26 de Outubro de 2003
Florianópolis - SC

Comissão Organizadora da
IV Conferência Estadual de Saúde

Conselho Estadual de Saúde e
Secretaria de Estado da Saúde
Rua Esteves Junior, nº 160
6º e 8º andares, Centro
Florianópolis - SC
CEP: 88015-530
Fones: (48) 221.2057 - 221.2385
e-mails: cesi@saude.sc.gov.br
conferencia@saude.sc.gov.br
Mais informações:
www.saude.sc.gov.br

Viva Arouca!
(Amarildo Roggio)

Desde o centro até a margem,
A inclusão de todos e de cada um!
Ministerialvel reiteradas vezes
Secretário Municipal, Estadual e Nacional
Acreditava na luz da Palavra,
do Debate, da Participação.
Volta à mão de todos, à "Terra Brasilis"
A mesma de onde veio Osvaldo Cruz
Em um outro mês de Agosto.
Intrépido, resignou-se
Para não desmerecer a luta, imolou-se
Dialético, despediu-se ...
E assim digno, em silêncio
Adentrou a imortalidade:
Eloquente como nunca!
Viva Arouca para sempre!

Brasília,
4 de agosto de 2003

CERTIFICADO

IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina

CERTIFICADO

Certificamos que _____ participou da IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina, realizada nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003, em Florianópolis/SC, na qualidade de _____.

Florianópolis, 26 de outubro de 2003.

Fernando Coruja Agustini
Secretário de Estado da Saúde e
Presidente do Conselho Estadual de Saúde

Flávio Magajewski
Coordenador Executivo da Etapa Estadual da Conferência

BLOCO

IV Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina
24, 25 e 26 de Outubro de 2003
Florianópolis - SC

"SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO - A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS"