

2016 - Secretaria de Estado de Saúde e Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 5.000 exemplares.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Conselho Estadual de Saúde

Rua Rio de Janeiro, 471, 10º andar, Centro, Belo Horizonte – MG, CEP: 30.160-040

Telefones: (31) 3215-7208/3215-7209/3215-7210/3215-7268/3215-7235

E-mail: ces@saude.mg.gov.br

Site: ces.saude.mg.gov.br

Ficha Catalográfica

<p>Nº de Cutter</p> <p>Belo Horizonte. Governo de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Conselho Estadual de Saúde.</p> <p>8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais: “Saúde de qualidade para cuidar bem das pessoas”: Relatório Final/ Governo do Estado de Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde, Conselho Estadual de Saúde – organizadores: Belo Horizonte - MG, 2016.</p> <p>ISBN: XXXX</p> <p>1. SUS (Brasil). Conferência de Saúde. 2. Política Pública de Saúde. 3. Participação. 4. Controle Social. 5. Conselhos de Saúde. 6. Educação na Saúde. 7. Financiamento. 8. Secretaria de Estado de Saúde. 9. Conselho Estadual de Saúde.</p> <p>CDD (?) CDU (?)</p>

Catálogo na fonte: XXX

Equipe Editorial:

Organização: Conceição Aparecida Pereira Rezende, Ederson Alves da Silva, Eleciania Tavares da Cruz, Michelle Guirlanda, Lourdes Aparecida Machado.

Revisão: **SES (???)**

Fotos: Conceição Aparecida Pereira Rezende, Gilson Souza, Lourdes Aparecida Machado, Maurílio Nogueira e Michelle Guirlanda.

Diagramação: **XXXX**, Publicitária da Comunicação da SES/MG

GOVERNO DE MINAS GERAIS

FERNANDO DAMATTA PIMENTEL
Governador

PROF. SÁVIO SOUZA CRUZ
Deputado Estadual e
Secretário de Estado da Saúde

NALTON SEBASTIÃO MOREIRA DA CRUZ
Secretário-Adjunto

LISANDRO CARVALHO DE ALMEIDA LIMA
Chefia de Gabinete

ROMYNA LARA VALADARES ALMEIDA LANZA
Assessoria de Comunicação Social

MARIA APARECIDA TURCI
Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

PAULA CAMBRAIA DE MENDONÇA VIANNA
Subsecretaria de Regulação em Saúde

RODRIGO FABIANO DO CARMO SAID
Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde

RODRIGO FABIANO DO CARMO SAID
Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde

MÁRCIA FARIA MORAES SILVA
Subsecretaria de Gestão Regional

GESTORES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE NO PERÍODO DE
ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE
DE MINAS GERAIS

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Secretário de Estado de Saúde

ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE
Secretária de Estado Adjunta de Saúde

MARIA THEREZA RODRIGUE DA CUNHA
Chefe de Gabinete

PATRÍCIA CORREA GIUDICE
Assessoria de Comunicação Social

CONCEIÇÃO APARECIDA PEREIRA REZENDE
Assessora para Participação e Controle Social

MIRIAM MARIA DE SOUZA
Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

MARIA DO CARMO
Subsecretaria de Regulação em Saúde

CELESTE DE SOUZA RODRIGUES
Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde

PEDRO MOUSINHO GOMES CARVALHO SILVA
Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde

LEDA LÚCIA COUTO DE VASCONCELOS
Subsecretaria de Gestão Regional

MESA DIRETORA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

PROF. SÁVIO SOUZA CRUZ
Presidente do Conselho Estadual de Saúde

EDERSON ALVES DA SILVA
Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde

JURANDIR FERREIRA
Secretário Geral do Conselho Estadual de Saúde

JÚLIO CÉZAR PEREIRA DE SOUZA
1º Secretário do Conselho Estadual de Saúde

RENATO ALMEIDA DE BARROS
2º Secretário do Conselho Estadual de Saúde

JOSÉ DO CARMO FONSECA
3º Secretário do Conselho Estadual de Saúde

LOURDES APARECIDA MACHADO
1ª Diretor de Comunicação

RUBENS SILVÉRIO LEITE
2ª Diretor de Comunicação

SECRETARIA EXECUTIVA CES/MG

Secretária Executiva- Gerente

Eleciania Tavares da Cruz

Suporte Administrativo:

Charlene Aires Salomão Martins,
Daniele Luana Vieira Batista
Fabiana Coelho Sales de Alcântara
Filipe Moreira da Silva
Jaqueline Aparecida Alves
Josiane Aparecida Cordeiro Brandes Ferreira

Jornalista:

Michelle de Tolledo Guirlanda

COMISSÃO ORGANIZADORA DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Coordenador geral: Ederson Alves da Silva

Secretário geral: Jurandir Ferreira, e Secretário Adjunto: Paulo Venâncio Carvalho;

Relatora geral: Maria Nazaré Anjo dos Santos e Relator Adjunto: Érico de Moraes Colen;

COMITÊ EXECUTIVO

Alcione Ribeiro de Matos, conselheira estadual de saúde, usuária, Abes-MG

Conceição Aparecida Pereira Rezende, gestora, SES/MG

Ederson Alves da Silva, usuário, CUT-MG, Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde

Ethiara Vieira de Macedo, Prestadora, Cosems/MG

Júlio César Pereira de Souza, usuário, Famemg, 1º Secretário do Conselho Estadual de Saúde

Lourdes Aparecida Machado, trabalhadora, CRP-MG, 1ª Diretor de Comunicação

Maria Alves de Souza, conselheira estadual de saúde, usuária, Fetaemg

Sandra de Oliveira da Silva, conselheira estadual de saúde, trabalhadora, SindiSaúde-MG

COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E ACESSIBILIDADE

Coordenadora: Lourdes Aparecida Machado, conselheira estadual de saúde, trabalhadora, CRP/MG

Coordenadora-adjunta: Patrícia Correa Gíudice, assessora de comunicação SES/MG

Alessandro Luiz da Silva, colaborador, Sinttel/MG

Geraldo Heleno Lopes, conselheiro estadual de saúde, usuário, UGT/MG

Harrison Miranda, assessor de comunicação, ESP/MG

Joney Fonseca Vieira, assessor de comunicação, SES/MG

Júlio Cezar Pereira de Souza, conselheiro estadual de saúde, usuário, Famemg

Luciane Perpétua Marazzi, assessora de comunicação SES/MG

Michelle de Toledo Guirlanda, jornalista, CES/MG

Nathalia Freitas, assessora de comunicação, Cosems

Nathalia Monteiro, colaborador, CRP/MG

Rigléia Maria Moreira Lucena, conselheira estadual de saúde, trabalhador, CRF/MG

Rogers Carvalho, conselheiro municipal de saúde de Januária/MG

Silvia Amâncio, assessora de comunicação, ESP/MG

Wander Veroni Maia, assessora de comunicação SES/MG

COMISSÃO DE ARTICULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO:

Coordenadora: Sandra de Oliveira da Silva, conselheira estadual de saúde, trabalhadora/Sind-Saúde

Coordenador-adjunto: Gilson Silva, conselheiro estadual de saúde, usuário, UGT/MG

Ana Rita Fernandes, colaboradora, coordenadora de mobilização social da SES/MG

Andreia Pereira dos Santos, conselheira municipal de saúde Teófilo Otoni.

Camila de Araújo Dornelas, colaboradora, SESMG

Cristina Teodoro Pereira, colaboradora, BH

Dehonara de Almeida Silveira, colaboradora, BH

Dimas Felipe de Oliveira, colaborador, Itabira

Eduardo Ornellas de Oliveira, colaborador Mov. Estudantil e Fórum Em Defesa do SUS

Eva Alves Pereira, colaboradora, Coordenação Nacional Das Entidades Negras do Brasil

José Geraldo Martins, colaborador Movimento Social

Kleber Rangel Silva, colaborador, Diretoria de Promoção a Saúde e de Agravos não Transmissíveis/SESMG

Lucas De Jesus Silva, colaborador FADEMG

Luciana Barros, colaborador Movimentos Sociais de Minas Gerais

Luiz Antônio Pereira, conselheiro municipal de saúde de Ubá e Coordenador de Plenária de Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde

Paulo dos Santos Pereira, colaborador, município Teófilo Otoni

Rosa Maria Dos Santos, colaboradora, Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde/SESMG

Rosseli Cristina Barbosa, colaboradora, UNSP, Sindicato Nacional

Susan Prado Aun, colaboradora, Coordenação de Mobilização Social da Assessoria de Comunicação SESMG

COMISSÃO DE INFRAESTRUTURA E ACESSIBILIDADE

Coordenadora: Conceição Aparecida Pereira Rezende, assessora da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, para assuntos relacionados ao Controle Social do SUS/MG

Coordenador Adjunto: José Pereira de Souza, conselheiro estadual de saúde, usuário, FADEMG,

Adriana Fernandes Carajá, usuária, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase MORHAN

Claudete Liz de Almeida, conselheira estadual de saúde, usuária FAP-MG

Djalma de Paula Rocha, conselheiro estadual de saúde, usuário, CUT-MG

Elânia Dos Santos Pereira, conselheira estadual de saúde, trabalhador, COREN/MG

Ethiara Vieira de Macedo, colaborador, Cosems, MG.

Eustáquio José de Oliveira, colaborador Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência de MG.
Farley Adriano Miranda, assessor SESMG
Gabriela Pinheiro Rocha, assessora SESMG)
Gislene Gonçalves Reis, colaboradora Federação Quilombola
José Do Carmo Fonseca, conselheiro estadual de saúde, prestador/SINDHOMG)
José Pereira De Souza
Márcia Aparecida Nogueira Pivato- (conselheiro estadual de saúde/prestador/COSEMS)
Pedro Mousinho G. Carvalho Silva Subsecretario de Inovação e Logística em Saúde
Raquel Barbosa de A. Lima (conselheira estadual de saúde/CUT-MG)
Wildete Dias Frederici – (Conselheira Municipal)

COMISSÃO DE CULTURA E EDUCAÇÃO POPULAR:

Coordenador: Daniel dos Santos
Coordenadora Adjunta: Alcione Ribeiro de Matos.

Ana Paula Novaes - (colaboradora/ SMSA/BH)
Andreza A. Fernandes Alves - (conselheira/trabalhador/CRESS-MG)
Àquila Bruno-Movimento - (colaborador Movimento Estudantil/MG)
Daiane dos Santos - (colaborador / SESMG)
Daniela Souza Lima Campos (colaborador /Diretoria de Promoção Da Saúde/ SESMG)
Daniel Augusto Fernandes - (colaborador/SESMG)
Eliana Maria De Moraes – (colaboradora - Ass. dos Usuários Da Saúde Mental/ ASSUSSAM)
Guilherme Fernandes De Melo – (colaborador - Frente Mineira Sobre Drogas E Direitos Humanos)
Graça Senna- (conselheira municipal de saúde Ribeirão das Neves)
João Paulo Aché De F. Filho(colaborador – ESPMG)
Jordânia Fernanda Mariano - (colaboradora - Comunidade Quilombola / Passa Tempo)
Marconi Moura Fernandes - (colaborador - Sindicato Dos Psicólogos de Minas Gerais)
Maria Alves De Souza – (conselheira usuária / FETAEMG)
Maria Betânia Guimaraes - (colaboradora/ SMSA/BH)
Maria Silvia Collin Riveres - (colaborador Movimento da Juventude)
Rosilane Andreia Silva - (conselheira gestor/SEDPAC)
Soraia Marcos Ângelo - (colaboradora /Fórum Mineiro de Saúde Mental)

COMISSÃO DE RELATORIA

Relatora Geral: Maria Nazaré Anjo dos Santos
Relator Adjunto: Érico de Moraes Colen

Maria Nazaré A. Dos Santos- (conselheira estadual/usuária/FADEMG)
Adriana Fernandes Carajá - (colaboradora/usuária/MORHAN - Mov. de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase)
Andréia Hermógenes - (colaboradora/trabalhador/SINDSAUDE)
Berenice de Freitas Diniz - (colaboradora/trabalhador SINDSAUDE / Betim)
Conceição Ap. Gonçalves - Gestão De Pessoas/ Educação Permanente
Eni Carajá Filho – (usuário/Conselheiro Nacional de Saúde)
Erico De Moraes Colen – (colaborador/CUTMG)
Júlio Cesar Pereira De Souza- (conselheiro estadual de saúde/usuário/FAMENG)
Lourdes Pires- (colaboradora)
Luciana Da Conceição Silva- (colaboradora)
Maria Heloisa Dos Reis Silva(Conselheira Municipal de Saúde /São João Del Rei)
Mercedes - (colaboradora)
Rilke Novato Público - (colaborador/Subsecretaria de Vigilância E Proteção A Saude/SESMG)
Rita Ana de Jesus - (colaboradora)
Rodrigo Souza Leite - (colaborador/FUNED)
Sabrina - (colaborador/SINTEL)
Zaldivar Virgulino Serafim - (Conselheiro Municipal de Saúde/usuário/ Santos Dumont)
Valéria Dutra Batista Catalan - - (colaborador/SMS/ Betim e Contagem)
Wandha Karine Dos Santos – (colaborador/SESMG)

Conselheiros Estaduais de Saúde de Minas Gerais
Gestão 2015/2017

	TITULAR	SUPLENTE	SEGMENTO	ENTIDADE
1	Abelange Ramalho da Silva	Fernanda Coelho	USÁRIO	COLETIVO BILL
2	Alencar Tadeu Winter	João Batista da Silva	GESTOR	Ministério da Saúde
3	Aline Esteves Pacheco	Cristina das Graças Godoy	USÁRIO	AMAPEM/ARELA
4	Alírio Ferreira Mendes Júnior	Davina Márcia Souza Braga	PRESTADOR	CREA-MG
5	Ana Lúcia de Souza Carvalho	Milton Pinto de Andrade	USÁRIO	ASCOAP/MG
6	Andréia Gonçalves dos Reis	José Carlos Machado da Silva	USÁRIO	UEMP/MG
7	Andreza Almeida Fernandes Alves	Viviane Arcanjo de Oliveira	TRABALHADOR	CRES-MG
8	Antônio José de Meira	Haroldo Antônio Ribas	TRABALHADOR	CRO-MG
9	Flávia Cristine Martineli Catão	Ariete do Perpétuo Socorro D de Araújo	TRABALHADOR	SINMED/MG
10	Carlos Vanderley Soares	Wieland Silberschneider	GESTOR	SEPLAG/MG
11	Claudete Liz de Almeida	Gilson Silva	USÁRIO	UGT/MG
12	Valéria Monteiro de Jesus	Maria Aparecida M. Queiroga	GESTOR	SEE/MG
13	Denise Antônia De Paulo	Jane Pinto Gomes	GESTOR	FHEMIG
14	Djalma de Paula Rocha	Antônio de Pádua Aguiar	USÁRIO	CUT-MG
15	Donier Rodrigues Rocha	Daniel Anunciação dos Santos	TRABALHADOR	FESSEMG
16	Ederson Alves da Silva	Margareth da Silva Gonçalves	USUÁRIO	CUT-MG
17	Eduardo de Araújo Souza	Thiago da Silva Flores	USUÁRIO	MORHAM-MG
18	Fernando Dolabella Lisboa	Adriana Fernandes Carajá	TRABALHADOR	SEENF-MG
19	Geraldo Heleno Lopes	Eduardo Sérgio Coelho	USUÁRIO	UGT/MG
20	Gislene de Oliveira Nogueira	Cícero Luiz Camargos	PRESTADOR	AHMG
21	Gislene Gonçalves dos Reis	Antônia de Pádua	USUARIO	CMP/MG
22	Iris de Souza Almeida	Elza Lúcia Russo Miranda	USUARIO	CMP/MG
23	José do Carmo Fonseca	Castinaldo Bastos Santos	PRESTADOR	SINDHO
24	José Pereira de Souza	Luzia Paulina Silva Zolini	USUÁRIO	FADEMG
25	José Renato de Rezende Costa	Maria Emília Mendes Chaves	TRABALHADOR	CRM/MG
26	Júlio César Pereira de Souza	Daniel dos Santos	USUÁRIO	FAMEMG
27	Júnia Célia de Medeiros	Nivaldo César de Souza Júnior	TRABALHADOR	SINFARMIG
28	Jurandir Ferreira	Maria das Graças Drumond Reis	USUÁRIO	CNBB/LESTE
29	Kênia Lara da Silva	Lívia Cozer Montenegro	TRABALHADOR	ABEN/MG
30	Lourdes Aparecida Machado	André Amorim Martins	TRABALHADOR	CRP/MG
31	Lúcia Maria dos Santos	Darcy Mattos	USUÁRIO	MDC-MG
32	Luiz Sávio de Souza Cruz	Lisandro Carvalho de Almeida Lima	GESTOR	SESMG
33	Márcia Aparecida Nogueira Pivato	Sheila Cristina Mendes	GESTOR	COSEMS
34	Márcia do Carmo Bizerra Caúla	Elânia dos Santos Pereira	TRABALHADOR	COREN-MG
35	Maria Alves de Souza	Alícia Alves Cardoso	USUARIO	FETAEMG
36	Maria Nazaré Anjo dos Santos	Denilson Gonçalves	USUÁRIO	FADEMG
37	Maria Nazária de Souza Arruda	Adir dos Santos	USUÁRIA	FAP/MG
38	Patrícia Mendes Santos Quintiliano	Adolpho Von Randow	USUÁRIO	AMDI/TRANSVIDA
39	Paulo dos Reis Braga	Sílvia Maria Soares Ferreira	USUARIO	FMSM
40	Raimundo José da Costa	Maria de Lourdes de Oliveira Silva	USUARIO	CNBB/LESTE
41	Renato Almeida de Barros	Sandra de Oliveira da Silva	TRABALHADOR	SIND-SAUDE MG
42	Rogério Araújo	Maurício Vieira Chaves	PRESTADOR	COPASA
43	Roméia Rodrigues Lima	Valdelice de Moura	TRABALHADOR	SINTSPREV
44	Rubens Silvério da Silva	Fernando Luis Eliotério	USUÁRIO	FAMEMG
45	Sandra Issida Gonçalves	Maryane Rodrigues Ferreira	USUARIO	AMDI/ABRALE
46	Sílvio Salvador Cotta	Raimunda Nonata Cândida	USUARIO	MORHAM-MG
47	Tereza Cristina Dâmaso Gusmão	Isabela de Vasconcelos Teixeira	GESTOR	SETEMG
48	Valéria Monteiro de Jesus	Maria Aparecida Rodriguez Queiroz	GESTOR	SEE-MG
49	Vilson Luiz da Silva	Pedro Mário Ribeiro	USUARIO	FETAEMG
50	Vinícius Barros Rezende	Nathália Gomes Moreira de Oliveira	GESTOR	SECTS
51	Wesley Marques	Reginaldo Teófanos Ferreira de Araújo	PRESTADOR	AHMG

SUMÁRIO

I. Apresentação

II. “ 8ª Conferência Estadual de Saúde: um marco na participação popular – Fausto Pereira dos Santos Secretário Estadual de Saúde

III. Fala do Governador de Estado da Saúde (TRANSCRIÇÃO DA FALA DEVERÁ SER FEITA PELA ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DA SESMG)

IV. Regulamento da 8ª Conferência Estadual de Saúde

V. Programação da 8ª Conferência Estadual de Saúde

VI. Relatório Final da 8ª Conferência Estadual De Saúde De Minas Gerais “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas”

1.Propostas Aprovadas No Eixo 1 – Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade.....

2.Propostas Aprovadas No Eixo 2 – Participação E Controle Social.

3.Propostas Aprovadas Do Eixo 3 – Valorização Do Trabalho e da Educação em Saúde.....

4.Propostas Aprovadas No Eixo 4 – Financiamento do SUS e Relação Público Privado.

5.Propostas Aprovadas No Eixo 5 – Gestão do SUS E modelos de Atenção.

6. Propostas Aprovadas No Eixo 6 – Educação e Política de Comunicação Do Sus

7.Propostas Aprovadas No Eixo 7 - Ciências, Tecnologia e Inovação no SUS

8.Propostas Aprovadas No Eixo 8 – Reformas Democráticas e Populares do Estado.....

VII Propostas de Minas Gerais aprovadas para a 15ª Conferência Nacional de Saúde

VIII. Moções Aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde

IX. Relatório da Plenária de Movimentos Sociais, Populares em Saúde.

X. Relatório de Propostas Apresentadas na 1ª Conferêncinha Estadual de Saúde

XI. Anexos

Anexo A: Decreto da Presidência da República de 15 De dezembro de 2014

Anexo B: Documento Orientador de Apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde

Anexo C: Convocatória Decreto do Governador 002/2015

Anexo D: Deliberação CESMG 004/2015, que dispõe sobre a criação da Comissão Organizadora da VIII Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais

Anexo E. Deliberação CESMG nº 005/2015 que Aprova o Regimento Interno da 8ª Conferência Estadual de Saúde

Anexo F. Relação da Delegação Mineira na 15ª Conferência Nacional de Saúde

Anexo G. Fotos Momentos

I. APRESENTAÇÃO

INSERIR FOTO DA MESA DIRETORA DO CES NA 8ª CONFERÊNCIA (PASTA- FOTO MESA DIRETORA)

8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais foi marcada pela diversidade social

(Comissão Organizadora/ Mesa Diretora CESMG)

O tema das Conferências de Saúde em suas esferas municipais, estaduais e nacional em 2015 foi “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Minas Gerais incorporou esta temática em seus diferentes significados. Saúde pública como direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização. Saúde pública de qualidade, visando à superação das desigualdades, entre diferentes populações e regiões, à organização e a humanização nos serviços de saúde de modo a atender as necessidades dos usuários e ampliar o acesso. Cuidar bem das pessoas mediante a transformação das práticas de saúde, bem como a superação de iniquidades que afetam de forma diferenciada a população brasileira, a exemplo do racismo, sexismo e intolerância às diversidades; reafirmando, assim, a saúde como direito fundamental do povo brasileiro, pilar estruturante da cidadania.

8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, aconteceu de 1º a 4 de setembro no Expominas, em Belo Horizonte. Além dos objetivos tradicionais de uma conferência de saúde, como o debate e a apresentação de propostas que visam a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS), a 8ª CESMG teve um diferencial que marcará a história das conferências estaduais de Minas Gerais foi a inclusão nos debates das representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde; dar espaço para as demandas e garantir atenção à saúde para grupos sociais vulnerabilizados e socialmente marginalizados, entre eles população em situação de rua, movimento LGBT, prostitutas, populações dos assentamentos rurais e urbanos, movimentos dos sem-terra, povos que vivem nos acampamentos e assentamentos ciganos e povos de terreiro; enfim esses e outros sujeitos sociais, que vivem à margem do sistema de cidadania formal, e que necessitam ter o seu direito reconhecido por todos e garantido pelo Estado.

Várias iniciativas deram “tom” da 8ª CESMG. Nas etapas preparatórias, foram realizadas plenárias livres, destacando-se a Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais Populares, realizada no dia 22 de agosto na Faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Esta Plenária reuniu aproximadamente trezentas pessoas de diversos grupos sociais que discutiram o acesso ao SUS e elencaram propostas que foram levadas à 8ªCESMG.

Para efetivar a mobilização da sociedade, a Conferência deveria sair dos limites do Expominas. Assim, no primeiro dia (1º/09), foi realizado um Ato Público em Defesa do SUS e contra a Mercantilização da Saúde. A manifestação percorreu da Praça da Estação até a Praça Sete, no Centro da capital mineira. O ato público levantou questões como a defesa incondicional de um SUS 100% público, de qualidade e sob a gestão do Estado; a consolidação do SUS como um Sistema Único e Universal, com financiamento estatal estável e gestão pública que garantam a oferta de serviços e cuidados integrais e de qualidade; a flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para a contratação de trabalhadores da saúde (investindo no quadro de servidores próprios da saúde e diminuindo a contratação de serviços privados); a garantia de maior financiamento público com o fim da Desoneração das Receitas da União (DRU) para o setor da saúde; o investimento de 10% da Receita Corrente Bruta da União na saúde pública; a rejeição de todas as formas de privatização e parcerias público-privadas e a entrada do capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde; a não aprovação de projetos em curso no Congresso Nacional que atuam contra o SUS, a exemplo do Projeto de Emenda Constitucional 451, entre outros.

No mesmo dia, à noite, na solenidade de abertura destacou-se a presença do governador de Minas Gerais; momento histórico, já que foi a primeira vez que um governador participou de uma conferência Estadual de Saúde. Ali, foram reafirmados os compromissos da nova gestão, delineando, assim, o perfil democrático de uma conferência pública. A 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais trouxe para Belo Horizonte, delegadas e delegados de 530 municípios mineiros – totalizando três mil pessoas, diariamente, no Expominas. Nas Mesas de Debates, palestrantes contribuíram para as discussões nos grupos de trabalho. Estes grupos se dedicaram a analisar cerca de oito mil propostas sobre os oito eixos temáticos recomendados pela 15ª Conferência Nacional de Saúde. As propostas, após análise da Comissão de Relatoria e Grupos de Trabalhos escolhidas foram levadas à Plenária Final.

A garantia de acesso às mães e aos pais norteou a criação da “1ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais”, onde 30 delegadinhos e delegadinhos – na faixa de 0 a 12 anos de idade – participaram ativamente das discussões lúdicas e das brincadeiras em um espaço preparado para eles durante a Conferência Estadual. E também elaboram e elegeram propostas que serão anexadas a este Relatório. Destaca-se ainda a pluralidade das apresentações culturais, com artistas mineiros, que de alguma forma se identificam com a essência do evento, a inclusão social. Tradução de vida e arte que trouxeram momentos de emoção à Conferência.

A 8ª Conferência Estadual de saúde contou com árduo e comprometido dos integrantes das comissões temáticas. As tarefas foram realizadas com certa antecedência e de acordo com as orientações do Conselho Nacional de Saúde. Assim que foi estabelecido o regimento da etapa nacional, o Conselho Estadual elegeu, em março de 2015, a composição das comissões da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais. A comissão Organizadora Central foi composta por conselheiras e conselheiros de saúde e atores sociais que atuam no processo político da saúde pública.

Dentro dos prazos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, as etapas municipais se encerram em 15 de julho de 2015. As Conferências Municipais trouxeram complexidade e multiplicidade das diversas Minas Gerais. A Comissão de Relatoria agrupou as propostas, obedecendo a critérios hierárquicos para as propostas municipais, estaduais e nacionais. O dispositivo utilizado foi Sisconferência - DataSUS e o material produzido foi amplamente discutido. A Plenária discutiu o produto dos Grupos de Trabalho e seu resultado é também objeto deste documento.

Para viabilizar o deslocamento das delegadas e delegados o CESMG, em conjunto com a Secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais e o conselho de Secretarias Municipais de Saúde(Cosems-MG), disponibilizou o repasse de recursos nos Fundos Municipais de Saúde para a vinda dos delegados.

O sucesso da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais demonstra a força e a exatidão do nosso Controle Social, conquistadas ao longo de muitos anos de luta e perseverança. Mas nada disso seria possível sem o esforço relevante de todos os que participaram deste processo – mesa diretora, comissão organizadora, conselheiras e conselheiros de saúde, delegados e delegadas, funcionários do conselho Estadual de saúde de Minas Gerais e da Secretaria de Estado de Minas Gerais, conselhos e gestores municipais de saúde, Superintendências, Gerências e Núcleos Regionais de Saúde e os movimentos sociais. Protagonistas de mais um capítulo marcante na história do Sistema Único de Saúde deste país.

Apesar do sucesso da 8ª CESMG, ainda detectamos uma cultura de não participação e o medo de discriminação e represálias como fatores que contribuem para que a participação nos órgãos colegiados seja reduzida. Precisamos sair deste isolamento e nos apresentarmos como potenciais multiplicadores de ações que objetivam a descentralização e a universalidade do SUS. Precisamos participar, mobilizar e apoiar instâncias de controle social nos territórios em que estamos inseridos para o exercício da democracia e da participação social.

Belo Horizonte, 05 de setembro de 2015

Comissão Organizadora 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais
Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

II. “ 8ª Conferência Estadual de Saúde: um marco na participação popular”

Fausto Pereira dos Santos¹

INSERIR A FOTO DO SECRETÁRIO (PASTA – FOTO DO SECRETÁRIO)

Minas Gerais realizou, em setembro de 2015, a sua maior Conferência Estadual de Saúde. Maior em número de participantes – cerca de 3 mil – e, principalmente, em representatividade. Juntos, a Secretaria de Estado de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde garantiram que os mais diversos segmentos sociais, como quilombolas, ciganos, juventude, população negra, mulheres, povos indígenas, povos de terreiro, moradores de assentamentos, pessoas atingidas por patologias, entidades e movimentos de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT), entidades e movimentos de usuários e familiares do movimento pela Luta Antimanicomial, entidades e movimentos por moradia popular e dos trabalhadores sem-terra, dentre outros movimentos sociais, de direitos humanos e populares, pudessem discutir e reivindicar políticas públicas de saúde específicas, adequadas e resolutivas.

Na cerimônia de abertura, referendando o compromisso de um governo participativo e que busca ouvir as prioridades da população, o Governador Fernando Pimentel esteve presente. Pela primeira vez, um chefe de Estado participou de uma Conferência Estadual de Saúde. Um momento significativo no qual o Governador referendou seu compromisso com todos os segmentos sociais da saúde.

Como Secretário de Estado de Saúde e presidente do Conselho Estadual de Saúde, participei ativamente do processo de organização e realização da 8ª Conferência, das discussões de propostas para o SUS/MG, das plenárias e votações de propostas. Coordenamos um movimento importante para garantir a representatividade das delegadas e dos delegados de Minas Gerais à 15ª Conferência Nacional de Saúde, sugerindo um novo modelo de indicações que privilegiasse também as regiões do Estado com maiores vazios assistenciais.

Tivemos, assim, a garantia de discussões mais equânimes, em que todas e todos os mineiros pudessem estar representados, contemplando os principais pontos de discussão para a melhoria da saúde no Estado. Levamos para a Etapa Nacional pessoas ativas em suas regiões, com propostas maduras e condições de processar de forma objetiva os temas debatidos na Etapa Estadual.

Demonstramos em Minas Gerais uma grande capacidade de mobilização e colocamos para a sociedade nossa posição em defesa do SUS e do direito universal à saúde, mesmo em momento de crise econômica. Por isso, a presença da gestão ajudando na condução dos trabalhos foi fundamental e significa um compromisso deste governo com as políticas públicas voltadas para a saúde. Apostamos na Conferência como um espaço de participação e politização da saúde pública, não como um evento de rotina, e isso fez dela o momento mais expressivo que tivemos em Minas nos últimos tempos.

Mas a Etapa Estadual e também a Nacional são o início. Agora é o momento de implementar, de manter as discussões e incluir, ainda mais, as entidades e os movimentos sociais, populares e sindicais nos debates sobre a saúde. Assim conseguiremos mais melhorias nas políticas públicas de saúde para a população de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 04 de setembro de 2015.

Fausto Pereira dos Santos

Secretário de Estado de Saúde

¹ Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais e Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais até abril de 2016.

Fala do Governador

TRANSCRIÇÃO DO AUDIO DEVERÁ SER FEITO PELA ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DA SESMG

INSERIR A FOTO DO GOVERNADOR (PASTA – FOTO DO GOVERNADOR)

MIX DE FOTOS DAS COMISSÕES ORGANIZADORAS

PASTA COMISSÕES ORGANIZADORAS

IV. REGULAMENTO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Capítulo I Dos Objetivos

Art. 1º Nos termos da Deliberação CESMG nº 005, de 18 de maio de 2015, do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, e das Resoluções nº 500 e 501, do Conselho Nacional de Saúde, realizar-se-á em Belo Horizonte (MG) a 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, de 1º a 4 de Setembro de 2015, no Centro de Feiras e Exposições George Norman Kutova (Expominas), localizado à Av. Amazonas, nº 6.200 . Gameleira, com os seguintes objetivos:

Capítulo II

Do Credenciamento dos Participantes

Art.2º. O credenciamento das participantes e dos participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais será realizado no dia 1º/09, das 12 às 20h, e no dia 02/09/2015, das 8 às 10h.

Capítulo III

I . Da Participação na 8ª Conferência Estadual de Saúde

Art. 3º . A 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais contará com a participação de: Participantes indicados pelos municípios, pela Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais e Populares, eleitos pelo Plenário do CESMG, com direito a voz e a voto.

II . Da Participação de Crianças e Adolescentes na 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 4º . Participarão da 8ª Conferência Estadual de Saúde as crianças e pré.adolescentes de 0 a 12 anos, filhas e filhos de delegadas e delegados, de membros da Comissão Organizadora e das trabalhadoras e trabalhadores na 8ª CES, assim distribuídos:

I. Crianças de 0 a 6 anos; e

II. Crianças e Pré.adolescentes de 7 a 12 anos.

§ 1º A 8ª Conferência contará com um espaço definido para o acolhimento das crianças e pré.adolescentes, no período de 1º a 4/09/2015, das 7 às 19h, exceto quando a programação da Conferência exceder a este horário.

§ 2º As crianças de 0 a 6 anos serão acolhidas e cuidadas por equipe multiprofissional específica, como cuidadores, recreadores e técnicos, com acomodação e alimentação de acordo com cada faixa etária;

§ 3º As crianças e pré-adolescentes de 7 a 12 anos, serão consideradas Delegadinhas e Delegadinhos e participarão de atividades recreativas pedagógicas, experimentais e específicas da 1ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais.

§ 4º A alimentação de todas as crianças ficará a cargo da equipe multiprofissional.

§ 5º No ato do credenciamento dos participantes na 8ª CES será preenchida e assinada pela ou pelo responsável uma Ficha Cadastral de cada criança ou pré.adolescente;

§ 6º No crachá de identificação . de responsáveis e crianças . constarão os nomes dos mesmos.

Artigo 5º . O Relatório Final da 1ª Conferencinha Estadual de Saúde de Minas Gerais constará, em anexo, no Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Capítulo V Do Funcionamento dos Grupos e da Plenária Final

Art. 6º . São instâncias de decisão na Etapa Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde:

I. A Plenária de Abertura e plenária de aprovação do regulamento

II. Os Grupos de Trabalho (GT's) e,

- A Plenária Final.

§1º Os Grupos de Trabalho, em um número total de 14, serão compostos, paritariamente, por Delegadas e Delegados, nos termos da Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, deliberarão sobre o Relatório Consolidado, com participação de Convidadas e Convidados, que terão direito somente a voz.

§ 2º Os Grupos de Trabalho contarão com Mesa Coordenadora composta por uma Coordenadora ou um Coordenador, uma Secretária ou um Secretário e uma Relatora ou um Relator, escolhidos pelo Grupo e uma Facilitadora/ Relatora ou um Facilitador/ Relator indicados pela Comissão Organizadora para consolidar o Relatório do Grupo.

§ 3º . O Relatório Consolidado – das Plenárias e Conferências Municipais de Saúde –pela Comissão de Relatoria será lido e votado pelo Grupo de Trabalho, sendo permitidas alterações e aglutinações à proposta original, desde que esta não seja descaracterizada;

§ 4º . Às delegadas e aos delegados participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais será concedido destaque para propor alteração, aglutinação e supressão constantes no Relatório Consolidado discutidos no grupo e o tempo limite para intervenções não poderá exceder a três minutos;

§ 5º As propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais dos votos em cada Grupo de Trabalho, nos grupos que a discutirem, farão parte, automaticamente, do Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais. Caso não obtenham 70% em um dos grupos, as propostas serão encaminhadas para a Plenária Final.

§ 6º As propostas relacionadas ao Eixo Temático “Reformas democráticas e populares do Estado Brasileiro” – considerado no processo da 15ª CNS como Eixo Transversal , serão debatidas e votadas por todos os Grupos de Trabalho.

§ 7º Nos Grupos de Trabalho somente serão discutidas diretrizes e propostas que constarem do Relatório Consolidado dos municípios e da Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais e Populares.

§ 8º Os Grupos de Trabalho terão a participação de Delegadas e Delegados, convidadas e convidados, distribuídos de forma aleatória e paritária.

§ 9º . As propostas constantes no Relatório Consolidado da Etapa Estadual de Saúde aprovadas entre 40% e 69% dos grupos serão encaminhadas à Plenária Final para aprovação favorável, contrária ou supressão não cabendo alteração do texto original;

§ 10 . Cada Grupo de Trabalho elegerá uma Diretriz para o Eixo Temático e até cinco Propostas por Diretriz a serem discutidas e aprovadas na Plenária Final.

§ 11 . O Relatório Final da Etapa Estadual, a ser encaminhado à Comissão Organizadora da Etapa Nacional, deve conter uma (01) Diretriz para cada um dos oito (08) eixos temáticos e até cinco (05) Propostas por Diretriz, aprovadas na Plenária Final.

Art. 7º . A Plenária Final é a instância máxima de deliberação da 8ª Conferência Estadual de Saúde e têm por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas provenientes do Relatório Consolidado, elaborado pela Comissão de Relatoria, que foi discutido e aprovado pelos Grupos de Trabalho.

Parágrafo único. As propostas oriundas da Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais e Populares e da Conferencinha, que caracterizarem as especificidades e as políticas de equidade, deverão ser apresentadas na Plenária Final, como moções de âmbito Estadual e Nacional.

Art. 8º . Participarão da Plenária Final as Delegadas e os Delegados que obtiverem 75% de frequência nos Trabalhos de grupo.

Art. 9º . As “questões de encaminhamento” somente serão concedidas durante a discussão das propostas e as “questões de ordem” somente poderão ser solicitadas se houver descumprimento deste Regulamento e antes da entrada “em regime de votação”, por um período máximo de três minutos.

Art. 10 . A Mesa Coordenadora dos Trabalhos fará a leitura das propostas informando ao Plenário que a proposta está em discussão.

Art. 11 . As decisões da Plenária Final serão consideradas por maioria simples de votos das Delegadas e dos Delegados presentes no momento da votação.

Art. 12 . O Relatório aprovado na Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde será homologado pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, encaminhado para Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e inserido no Sistema Nacional de Monitoramento dos encaminhamentos das propostas aprovadas nas etapas da 15ª Conferência Nacional de Saúde, devendo, ainda, ser editado e, amplamente, divulgado por meios eletrônicos e impressos, com versão em braile.

Capítulo V Das Moções

Art. 13 . As moções serão aceitas somente se tiverem abrangência Estadual e Nacional e deverão ser entregues em sala reservada para a Comissão de Relatoria, por escrito, contendo as assinaturas de, no mínimo, 10% (dez por cento) das Delegadas e Delegados, com a indicação a quem se destina, e deverão ser protocoladas, impreterivelmente, até às 17h, do dia 3 de setembro de 2015.

§ 1º As moções após serem qualificadas, certificadas e numeradas, serão levadas à Plenária Final, sendo colocadas em votação para serem aprovadas ou rejeitadas por maioria simples, não cabendo qualquer discussão.

§ 2º A Comissão de Relatoria rejeitará a Moção que for considerada proposta, que se enquadre nos eixos temáticos, visando preservar e valorizar os trabalhos em grupo, cabendo recurso ao plenário.

Capítulo VI Disposições Gerais

Art. 14 . Será concedido o certificado de participação com percentual 75% de frequência/carga horária na 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, comprovados por meio da leitura eletrônica do crachá/ cartão ou da lista de presença.

Regulamento aprovado na Plenária da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 02 de setembro de 2015.

ANEXO : QUADRO DE VAGAS DE DELEGADOS EM MINAS GERAIS

NÚMERO DE DELEGADOS A SEREM ELEITOS NA VIII CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS PARA A 15ª CNS

NÚMERO E DELEGADOS E DELEGADAS A SEREM, POR REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE ELEITOS NA VIII CES PARA A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE					
	MACRORREGIAO	USUÁRIO	TRAB	GEST/PRES	TOTAL
01	CENTRO	22	11	11	44
02	SUL	08	8	08	16
03	NORTE	10	05	05	20
04	SUDESTE	09	04	04	16
05	LESTE	08	04	04	08
06	TRIANGULO N	08	04	04	16
07	OESTE	08	04	04	16
08	NORDESTE	06	03	03	12
09	CENTRO SUL	06	03	03	12
10	LESTE DO SUL	06	03	03	12
11	TRIANGULO S	06	03	03	12
12	NOROESTE	06	03	03	12
13	Jequitinhonha	08	04	04	16
	PLENÁRIA	08	04	04	16
	CES	02	01	01	04
	TOTAL GERAL	116	58	58	232

V. PROGRAMAÇÃO DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

INSERIR MIX DE FOTOS: ATO PÚBLICO/

ABERTURA/CREDENCIAMENTO/PALESTRANTES/ ATIVIDADES CULTURAIS/

ALMOÇO

Dia 1º de Setembro

08h00 – Ato Público em Defesa do SUS e contra a mercantilização da saúde (Praça da Estação / BH)

12h às 20h – Credenciamento no Expominas

13h30h - Intervenção Cultural – LIAN GONG

14h às 16h – Mesa 1: “Direito à Saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade e Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde”. Palestrante: Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, Fausto Pereira dos Santos. Coordenadora: Maria Alves – Conselheira Estadual de Saúde, usuária e representante dos Movimentos Quilombola e da Agricultura Familiar.

18h às 19h30 – Abertura Solene com a presença de autoridades Hino Nacional executado por usuários e monitores dos centros de convivência – Política de Saúde Mental de BH.

19h30 às 21h30 - Conferências Magnas: “Saúde Pública de Qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro” e “Reformas Democráticas e Populares de Estado Brasileiro”.

Palestrantes: Maria do Socorro de Souza, presidente do Conselho Nacional de Saúde e Juarez Guimarães, Doutor em Ciências Sociais, pós-doutor em Filosofia, cientista político com ênfase nas tradições republicanas e socialistas.

21h00 - Intervenção Cultural – Guarda de São Jorge de Nossa Senhora do Rosário

21h15 - Apresentação Cultural – Pereira da Viola

Dia 02 de Setembro

08h às 8h30 - Intervenção Cultural – Café com Viola com Paulo Carvalho

08h às 10h – Credenciamento no Expominas

08h30 às 10h – Mesa 2: “Participação e Controle Social”.

Palestrantes: Ana Maria Costa, Médica, Doutora em Ciências da Saúde, docente da Escola Superior de Saúde do Distrito Federal, coordenadora da Associação Latino Americana de Medicina Social e Saúde Coletiva; Marcos Vinícius de Oliveira Silva, Psicólogo, Doutor em Saúde Coletiva, Professor de Psicologia da Universidade da Bahia e Coordenador do Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental.

Coordenador: Ederson Alves da Silva, Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde, representante dos usuários pela CUT/MG.

10h00 - Apresentação Cultural –Persona Grata – Centro de Convivência Providência

10h30 às 12h30 – Mesa 3: “Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS” e “Valorização do Trabalho e da Educação na Saúde”.

Palestrantes: Berenice Diniz de Freitas, Especialista em Saúde Pública pela PUC-Minas, Mestre em Comunicação e Informação em Saúde pela Fiocruz, membro do Observatório do Controle Social do SUS/Betim. Renato Barros, Conselheiro Estadual de Saúde, representante dos trabalhadores pelo Sind-Saúde/MG.

Coordenadora: Sandra de Oliveira da Silva, representante dos trabalhadores pelo Sind-Saúde/MG.

13h30 - Apresentação Cultural – Grupo Sonoridade - Caminhos para Jesus - Portadores de Necessidades Especiais – Idosos

14h30 às 16h30 – Mesa 4: “Financiamento do SUS e Relação público-privado” e “Ciência e Tecnologia e Inovação no SUS”.

Palestrantes: Newton Pereira Júnior, Médico sanitarista, professor de saúde coletiva da Universidade de

Uberlândia, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), mestre e doutorando em saúde coletiva pela Unicamp. Esther Margarida Bastos, Bióloga, mestre em Ciência de Alimentos Pela UFMG, Doutora em Ciências Pela USP e diretora de Pesquisa e Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento da FUNED.

Coordenador: Jurandir Ferreira, Conselheiro Estadual de Saúde, representante dos usuários pela CNBB.

17h30 - Apresentação Cultural - Palco externo 18 h30 - Trem Tan Tan – Centro de Convivência Venda Nova **19h30** - Samba da Meia Noite

Dia 03 de Setembro

08h30 às 12h – Grupos de Trabalho

13h30 - Apresentação Cultural - Meninas de Sinhá

13h às 14h - Apresentação Cultural - Palco Aberto - Manifestações Culturais espontâneas - Palco externo

14h às 16h – Grupos de Trabalho

17h às 19h – Grupos de Trabalho

Dia 04 de Setembro

08h30 - Intervenção Cultural - Academia da Cidade - Zumba

09h às 12h – Plenária Final

13h30- Intervenção Cultural – Meninas de Sinhá

14h às 16h – Plenária Final

16h às 19h – Eleição das Delegadas e dos Delegados para a 15ª Conferência Nacional de Saúde

**V. RELATÓRIO FINAL DAS PROPOSTA APROVADAS NA 8ª CONFERÊNCIA
ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
“SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE PARA CUIDAR BEM DAS PESSOAS”**

1. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 1 – DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE.

DIRETRIZ:

Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

- 1.1** Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturador da Atenção Primária com ampliação das Equipes de Saúde da Família para cobertura de 100% da população da área de abrangência, com redimensionamento dos números de usuários por equipe de saúde da família, com no máximo 2000 usuários por ESF e ESB, de acordo com preconização pelo Ministério da Saúde no máximo quatro equipes de saúde da família e uma equipe de apoio do NASF, incluindo agentes de combate a endemias, academia da saúde (cidade) por Centros de Saúde, por meio de concurso público, bem como adequar os outros pontos da rede de atenção a saúde (média e alta complexidades) para garantir o acesso dos usuários aos outros níveis de atenção, garantindo efetivo acesso, qualidade e integralidade das ações de vigilância, promoção, prevenção, saneamento e saúde ambiental e assistência à saúde da população, de acordo com as necessidades identificadas, em tempo oportuno, sustentado pela coordenação do cuidado.
- 1.2** Garantir o financiamento pela esfera federal, estadual e municipal da compra de insumos, cursos de capacitação para os profissionais da política nacional de praticas integrativas e complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos promoção e recuperação da saúde aliada à implementação da política nacional agroecológica e produção orgânica, contrapondo-se ao uso de organismos geneticamente modificados e a desregulamentação da utilização de agrotóxicos no país, com a proibição de herbicidas nas vias publicas pelos municípios.
- 1.3** Garantir o acesso às consultas/exames especializados por meio do aumento da porcentagem nas vagas disponíveis no sistema de regulação para cobertura de absenteísmo, associado ao estabelecimento de ações como sensibilização dos usuários para a corresponsabilidade evitando a ausência aos procedimentos agendados, garantindo a contra referência, divulgação de informações pelas equipes de saúde da família do número de consultas/exames agendados, realizados, perdas e motivos do não comparecimento além da criação de protocolos clínicos que direcionará a solicitação do profissional de saúde, que deve previamente realizar a avaliação clínica do cliente e relatar a justificativa do procedimento; criar grupo de regulação/auditoria com melhoria da qualidade do atendimento e garantia nos agendamentos cirúrgicos e exames, melhorando o transporte em saúde, com aquisição de veículos novos, manutenção, limpeza e conservação dos veículos em operação, informando conscientizando os usuários a cerca das ofertas de serviços no SUS.
- 1.4** Ampliar o acesso e recursos e dar agilidade na obtenção das órteses, próteses e cadeiras de rodas e garantir manutenção periódica além da implantação de especialização em reabilitação em oficinas ortopédicas.

- 1.5** Garantir acesso ao pré-natal a 100% das gestantes com vinculação à maternidade de risco habitual ou alto risco, de acordo com suas necessidades e fortalecer a rede de atenção às gestantes.
- 1.6** Reavaliar o sistema de regulação estadual, SUS-Fácil e os demais sistemas, como sistema de informação que permite o acesso à média e alta complexidade, reorganizando as lacunas do mesmo e permitindo o acesso à contra referência dos usuários, isto é, integrando todas as centrais e garantia de alta complexidade/internação.
- 1.7** Ampliar e garantir o acesso da população a todos os profissionais (ESF, NASF, SAÚDE BUCAL) em pontos de apoio que devido à extensão territorial torna-se distante da sede principal e ampliar a oferta destes profissionais, com cuidado integral para as pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescentes, adultos e idosos) em todos os pontos de atenção, expandindo o atendimento da saúde básica nas comunidades de difícil acesso e zona rural.
- 1.8** Reestruturar e implementar as políticas de saúde, com foco na gestão pública, fomentando a inclusão de todos os movimentos e entidades de patologias, deficiências, doenças raras, autoimunes e incapacitantes na perspectiva de um SUS público e inclusivo, estimulando políticas de autocuidado, educação permanente, integralidade na assistência, diagnóstico precoce, combate a subnotificação, acesso universal na política de medicamentos em especial os de médio e alto custo, com pleno incentivo ao associativismo a participação social, ao fomento às pesquisas e tecnologias com vistas a assegurar que seja cumprido o preceito constitucional do direito à saúde como direito universal e social.
- 1.9** Apoiar a implementação da política nacional de saúde bucal garantindo a inserção de equipes de saúde bucal em 100% das equipes de saúde da família e o acesso dos usuários a atenção especializada através do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.
- 1.10** Reorganizar o modelo assistencial de forma a garantir melhoria nas condições de saúde, qualificando e organizando as redes de atenção à saúde respeitando o perfil demográfico e epidemiológico das regiões de saúde, mantendo a atenção básica como ordenadora do cuidado da população através da formalização de instrumentos organizacionais; ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica.
- 1.11** Melhorar o acesso ao transporte de pessoas idosas e debilitadas, ampliar oferta aos medicamentos, às consultas de média e alta complexidade, cirurgias e exames mais complexos.
- 1.12** Resgatar e consolidar como prática em saúde as oficinas e grupos operativos, incentivando a boa alimentação, atividades físicas e trabalhos manuais, estabelecendo parcerias com a população sobre os locais de execução dos grupos operativos e oficinas, investindo em ações de prevenção de doenças e promoções de saúde, principalmente questões relacionados ao autocuidado, incentivando as Unidades de Saúde a aderir às tecnologias leves. Grupo operativo, atenção compartilhada e autocuidado apoiado. Implantar grupos operativos, e grupos direcionados (ex: tabagismo, caminhada) de forma obrigatória na Atenção Primária, com apoio do CAPS buscando o autocuidado e adequando serviços de forma integral e humanizada com qualidade em tempo oportuno e equidade no

atendimento nas unidades básica de saúde em todos os setores da saúde, levando mais informações aos usuários.

1.13 Prover a atenção especializada à saúde integral para os grupos tradicionalmente excluídos: povos do campo e da floresta, pessoas em situação de rua, juventude, povos indígenas, aldeados e não aldeados, pessoas com deficiência povos e comunidades tradicionais, ciganos, quilombolas, população LGBTTT, população ribeirinha, geraizeiros², população que vive em acampamentos (aprimorar ações de atenção básica e saneamento), observando e respeitando as especificidades de saúde de cada segmento e suas práticas de saúde.

1.14 Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde criando novas equipes de saúde de família inserindo nessas, as equipes de saúde bucal, garantindo atenção aos povos indígenas, quilombolas, ciganos, com a criação de espaços públicos nas comunidades rurais e onde mais for necessário para a realização de atividades, ações e eventos de promoção e prevenção a saúde.

1.15 Garantir a oferta de serviços, considerando as prioridades da população, com qualidade dos serviços ofertados, criar espaços na agenda para grupos sociais de vulnerabilidades como prostitutas, pessoas em situações de ruas, entre outras, conscientizando a população combatendo toda forma de violência, racismo e discriminação social, orientando as mulheres sobre a violência doméstica, atendimento em situação de aborto, criando vínculos com essas mulheres, formando grupos de ajuda, fortalecendo o cuidado da saúde, valorizando a promoção da saúde a fim de prevenir as doenças e conseqüentemente diminuir a insuficiência aumentando a qualidade dos serviços ofertados e promovendo a ampliação da assistência a gestante e maior acesso específico.

1.16 Garantir uma Política Intersetorial eminentemente pública sobre álcool e outras drogas lícitas e ilícitas, sem financiamento às instituições privadas, recusando instituições e propostas segregativas e excludentes como modos de tratamento, assegurando a implementação nas três esferas de governo tendo como princípio a lógica da redução de danos e o tratamento oferecido pela rede substitutiva pública de saúde e da assistência social (CAPS, CAPS AD, CAPSi, Centros de convivência e consultórios de rua), a não utilização da internação compulsória como recurso, o caráter laico do estado, o fomento à criação de uma cultura mais tolerante e respeitosa aos usuários de drogas, a desconstrução dos mitos e preconceitos sobre o tema e coerente com os princípios do SUS, do SUAS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

2. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 2 – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

DIRETRIZ:

Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã e fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações Intersetoriais.

² Os geraizeiros são populações tradicionais que se adaptaram com sabedoria às características do bioma e às suas possibilidades de produção. Assim, garantem a subsistência familiar e comunitária ao longo do ano por meio do plantio de lavouras diversificadas como milho, feijão, mandioca, frutas e verduras. Os produtos que sobram são comercializados em comunidades vizinhas ou em feiras, beneficiados ou in natura. A criação de animais “na solta” também minimiza os custos e obedece a uma lógica secular que reconhece a capacidade da natureza de alimentar os seus rebanhos. Fonte: <http://www.cerratinga.org.br/populacoes/geraizeiros/in> 18/02/2016.

- 2.1 Garantir e efetivar o financiamento para a Política de Educação Permanente para o Controle Social do SUS, mobilização, sensibilização e educação da população para o controle social, promovendo e efetivando políticas de comunicação com auxílio das universidades em todas as esferas de governo, utilizando a divulgação por meios de comunicação de massa: TV, rádio, redes sociais, escolas, ONGs e outros meios de comunicação, para a socialização do conhecimento, do funcionamento e organização dos espaços de participação popular, para a conscientização dos trabalhadores e dos usuários para a importância da participação popular nas Comissões e Conferências de Saúde em todas as esferas do Controle Social, responsabilizando-os ao exercício da cidadania.
- 2.2 Assegurar e garantir a implementação das deliberações das Conferências de Saúde nas três esferas do governo, sob pena de responsabilização, entendendo que esse é o espaço de efetiva manifestação e vocalização popular sobre suas demandas de saúde e respeitar a competência legal, a autonomia e o caráter deliberativo dos conselhos de saúde na formulação de políticas e na fiscalização das três esferas de governo com mecanismo de monitoramento e divulgação periódica das propostas aprovadas.
- 2.3 Promover a Política de Educação Permanente para o controle social no SUS, conforme Resolução nº 363/2006 do Conselho Nacional de Saúde, mediante apoio político e financeiro aos planos de trabalho nas instâncias do SUS, incluindo fóruns de debate, conferências e demais processos formativos de forma regionalizada e descentralizada para conselheiros, atores de movimentos sociais, sindicais e populares, considerando as realidades loco regionais, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde.
- 2.4 Fortalecer o controle social, autônomo e democrático, por meio do apoio à criação e efetivação do Conselho Local, Conselho Municipal, Conselho Estadual e Nacional de Saúde, levando em consideração as especificidades locais como polo rural, comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhas e de geraizeiros, fomentando a participação das comunidades sobre a importância do controle social para a defesa da cidadania com a criação de material informativo bem como a divulgação nos meios de comunicação e estabelecimento de parcerias Intersetoriais com o intuito de legitimar os conselhos como espaço de gestão participativa, além da disponibilização de infraestrutura, apoio logístico e material, recurso financeiro para o efetivo funcionamento, com a garantia de financiamento federal para o custeio do controle social com repasse fundo a fundo.
- 2.5 Melhorar a dinâmica de trabalho dos Conselhos com aquisição, guarda e manutenção periódica de equipamentos e local específico para reuniões com garantia de recursos financeiros para garantir assessoria técnica e monitoramento das gestões do SUS pelos conselhos, para deslocamentos, participação em Plenárias, Fóruns e Conferência Municipal de Saúde e transporte para os conselheiros participarem das reuniões ordinárias e extraordinárias, devidamente regulamentadas, garantindo educação permanente para Conselheiros, além de usuários e servidores, mesmo que não sejam Conselheiros.
- 2.6 Articular junto ao Ministério da Educação e a Secretaria de Desenvolvimento Social a implementação na matriz curricular escolar de conteúdos básicos sobre a importância do controle social e das políticas públicas de saúde.
- 2.7 Realizar plenárias Regionais de Conselhos de Saúde dentro do Estado de Minas Gerais para que os conselhos debatam os problemas vivenciados e para que haja maior integração dos conselhos de uma determinada região.

- 2.8 Fortalecer os conselhos junto ao Governo do Estado e aos gestores municipais que devem continuar com as políticas de fortalecimento dos colegiados dos conselhos nas regiões de saúde já desenvolvidas e colocar em funcionamentos novos, política esta que ainda não saiu do papel, e no âmbito municipal deve haver uma integração com demais conselhos no município, pautando assuntos relevantes para melhorar a qualidade de vida dos munícipes.
- 2.9 Comprometer, responsabilizar que os gestores nas três esferas do SUS para que garantam a estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que os conselhos de saúde possam exercer plenamente suas funções cumprindo com suas atribuições definidas em lei e que os espaços físicos dos Conselhos não se restrinjam aos da Secretaria de Saúde.

3. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 3 – VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

DIRETRIZ:

Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização das trabalhadoras e dos trabalhadores, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho, considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde, estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.

- 1.1 - Investir e garantir o cumprimento da Constituição Federal de 1988 assegurando a inserção única e exclusiva de profissionais da saúde para o SUS, por meio de concurso público, contemplando todas as categorias profissionais pelo regime jurídico único, prevenindo a rotatividade dos profissionais, criando a política de fixação profissional, garantindo a criação, elaboração e execução do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) / saúde/SUS, pactuando entre as três esferas governamentais, observando critérios pré-definidos, as garantias constitucionais, a isonomia salarial por nível de formação, valorizando a dedicação exclusiva, a interiorização, as progressões, garantindo o piso salarial das categorias profissionais da saúde corrigido, anualmente, com jornada máxima de 30h por semana sem redução salarial, criando e implementando as Mesas Permanentes de Negociações do SUS, para ampliar a discussão com os segmentos envolvidos, visando a valorização profissional e as carreiras compatíveis com as políticas de saúde vigentes, assegurando a desprecarização dos vínculos dos trabalhadores com o serviço público. Os Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)/saúde/SUS devem incorporar todos os profissionais da área assistencial e da gestão, não permitindo a cessão de servidores de saúde para a iniciativa privada.
- 1.2 - Exigir a execução da Portaria do GM/MS (Gabinete do Ministro) nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que promova a valorização do SUS como Política Pública e a Saúde como direito de todos e dever do Estado, que considere as necessidades da população, assim como as obrigações éticas dos trabalhadores no exercício de suas funções. A política de Educação Permanente em Saúde deve ser implementada para gestores, trabalhadores de todas as áreas e usuários do SUS, inclusive os conselheiros de Saúde, tendo para isso a garantia de financiamento, contando com parcerias feitas com Instituições de Ensino e disponibilidade de recursos. Na

Implementação da Educação Permanente, recursos como protocolos e agenda definidos através de planejamento estratégico são essenciais na formação de multiplicadores e no monitoramento das ações. Uma Política de Educação permanente que atenda às necessidades do SUS pressupõe a garantia de acesso à educação sem prejuízo dos vencimentos e sem comprometimento dos processos de trabalho. Pretende assegurar a profissionalização, humanização e trabalho em rede.

- 1.3 - Promover a Educação Permanente na Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade técnica dos profissionais envolvidos com a vigilância em saúde, visando maior e melhor qualidade na sua função educadora e orientadora (poder pedagógico e educacional, ou seja, a capacidade que os profissionais possuem para orientar e educar toda a população a respeito dos hábitos de saúde compra de produtos e prevenção de doenças) e na sua função fiscalizadora impedindo irregularidades (poder de polícia executado quando ocorrem fiscalizações, aplicação de intimações e infrações sanitárias, interdições de estabelecimentos, apreensão de produtos e equipamentos).
- 1.4 - Garantir ações de implementação de todas as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, comprometendo todos os níveis de gestão, assegurando recursos fundo a fundo para a política Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio de recursos específicos do bloco da vigilância em saúde, com ações matriciais desde a atenção básica até a alta complexidade, garantindo transparência nos gastos e investimentos, gestão pública nos Centros de Referência à Saúde do Trabalhador (CERESTs) com controle social, com a implantação das Comissões Intersetoriais de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (CISTTs), em todos os municípios, com monitoramento pelos Conselhos de Saúde.
- 1.5 - Inserir na grade curricular do ensino médio a disciplina "Participação Social em Saúde Pública" e implantar a disciplina "Educação em Saúde" na grade Curricular Nacional, subsidiando o indivíduo para que seja sujeito ativo na melhoria de sua qualidade de vida, por meio da observação de hábitos saudáveis de vida.
- 1.6 - Garantir condições adequadas de trabalho dos profissionais de saúde, fornecendo Equipamento de Proteção Individual (EPI) e uniformes, assegurando ambientes de trabalho saudável e promotor do bem estar dos usuários e usuárias, dos trabalhadores e trabalhadoras e dos estudantes, garantindo uma rede de suporte de outros setores para maior qualidade do trabalho do profissional.
- 1.7 - Definição de critérios claros para concessão de insalubridade e periculosidade aos profissionais do SUS com base no salário base, considerando os riscos inerentes às funções exercidas.
- 1.8 - Incentivar e garantir a realização de ações de combate a todo tipo de violência, incluindo o preconceito, implementando medidas eficazes para a prevenção e combate ao assédio moral e institucional em todas as suas formas, assegurando a responsabilização, punição dos assediadores com a criminalização dessa prática e a proteção e recuperação da saúde física e mental das vítimas de assédio moral e sexual, criando uma comissão de ética para apuração e elaboração de uma cartilha de direitos e deveres dos trabalhadores, com orientações detalhadas sobre o assédio moral.
- 1.9 - Promover e intensificar ações de educação em saúde nas Escolas (PSE) e comunidades, em especial as escolas e comunidades quilombolas rurais, indígenas e demais etnias, de forma regular e sistemática, inserindo o profissional de saúde no ambiente escolar.

- 1.10 Promover educação permanente para profissionais de saúde quanto às Políticas de Equidade, cultura indígena, quilombolas e demais etnias.
- 1.11 Disponibilizar maior número de profissionais a nível regional para educação permanente dos profissionais de saúde para seguir as linhas guias e protocolos federais e estaduais, garantindo maior autonomia dos profissionais, efetivando a implantação dos mesmos, padronizando a assistência.
- 1.12 - Fortalecer o movimento pelo reconhecimento da contribuição da enfermagem para os avanços do Sistema Único de Saúde e a valorização dos profissionais de enfermagem como maior força de trabalho da área da saúde e do SUS garantindo a segurança desses trabalhadores e combatendo a criminalização da categoria pela mídia, defendendo um modelo assistencial centrado no usuário e operacionalizado por uma equipe multiprofissional no âmbito dos serviços de saúde públicos e privados assim como fomentar a formação política nos cursos de formação técnica, graduação e de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) em saúde assim como a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente para todas as categorias garantindo piso salarial e plano de cargos e carreiras.
- 1.13 - Garantir a aplicação de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) na saúde pública, para inversão de modelo de atenção, contemplando os ambientes de aprendizagem e as práticas nos serviços do SUS, além de intervir na formação dos novos profissionais, defendendo uma profunda reforma nos currículos universitários, incluindo conteúdo de bioética, relações etnoraciais em saúde, e abrangendo a abordagem de gênero, de modo a aproximar a formação profissional em saúde do SUS, da realidade e das necessidades do país, cumprindo um papel transformador da sociedade com implantação dos princípios e diretrizes da Portaria GM/MS 1996/2007 que estabeleceu a Política de Educação Permanente em Saúde, e as comissões de integração ensino e serviço no SUS, e do trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que seja estabelecido um permanente processo de avaliação da qualidade dos cursos hoje existente, ampliando a formação nas universidades públicas em substituição aos cursos privados, além de universalizar e ampliar as residências em saúde, priorizando a Atenção Primária em Saúde, para todos os profissionais e do programa Programa de Educação e Trabalho (PET), inclusive garantindo que as políticas de cotas etnoraciais nas universidades públicas ampliem o acesso às profissões de saúde.
- 1.14 - Implantar e implementar mecanismos de avaliação de Desempenho para todos os profissionais do SUS, visando a valorização dos profissionais de saúde oferecendo educação permanente melhorando a qualidade dos serviços prestados.
- 1.15 - Combater o PL nº 4.330/2004 (Projeto de Lei), que permite a terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, rompendo todos os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros.
- 1.16 - Regular, acompanhar e controlar as reestruturações curriculares das profissões da área da saúde articuladas com a regulação e a fiscalização da qualidade de criação de novos cursos, em acordo com as necessidades de saúde da população e do SUS.
- 1.17 - Garantir o cumprimento efetivo da Política Nacional de Humanização nas unidades de saúde em todas as esferas governamentais destacando a importância da educação permanente para atendimento

ao público e a valorização do trabalhador a partir da garantia de direitos e cidadania, propondo atuação interdisciplinar. Garantir ambientes de trabalho humanizados e a oferta de pelo menos uma refeição diária para os profissionais de saúde.

- 1.18 - Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações Intersetoriais em especial com as Secretarias de Educação e Assistência Social.
- 1.19 - Promover a formação de novos pesquisadores nos polos de educação permanente em saúde e garantir apoio à iniciação científica em todos os níveis de ensino (especialização/mestrado/doutorado), de modo que tal formação agregue conhecimento para além da pesquisa bibliográfica acadêmica, sobretudo, que produza dados consistentes e utilizáveis para desenvolver ações de saúde.
- 1.20 - Viabilizar incentivo financeiro, conforme negociação com os trabalhadores, por cumprimento de metas e indicadores de Saúde, observando a disponibilidade financeira e os ditames da lei de responsabilidade fiscal, para todos os funcionários.
- 1.21 Reformulação das leis que regem o processo de trabalho do Agente de Combate à Endemias (ACE), em especial os que trabalham na Zona Rural e no UBV (ULTRA BAIXO VOLUME) e no perifocal, para que permitam melhores condições de trabalho devido a grande extensão territorial com o objetivo de melhorar a assistência prestada.
- 1.22 - Promover ações educativas para a população quanto ao uso indiscriminado de medicamentos em geral e psicotrópicos.
- 1.23 - Investir em campanhas para usuários e trabalhadores inclusive com unidades móveis em parceria com a Polícia Rodoviária, capazes de promover o fortalecimento do trabalho multiprofissional e humano.

4. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 4 – FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO PRIVADA.

DIRETRIZ

Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, aprimorando o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário.

- 4.1 - Garantir, incondicionalmente, o SUS 100% estatal e de qualidade, sob a gestão direta do Estado, contra todas as formas de privatização e parcerias público-privadas, contra os modelos privatizantes de gestão, pela revogação das leis que deram origem às Organizações Sociais às Organizações as Sociedade Civil de Interesse Público, às Fundações Estatais de Direito Privado e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares com eliminação absoluta dos subsídios ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como, o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar e pelas operadoras de planos e

seguros de saúde públicos (servidores, polícias) e privados, pelos serviços prestados nas unidades de saúde pública, aprimorando o sistema de informações, otimizando a regulação de forma efetiva dos planos e seguros de saúde por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU); dos subsídios públicos aos planos privados de saúde; contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde; revogação dos artigos relacionados à saúde da Lei nº 13.097/2015; amplo apoio ao projeto de lei 1.721/2015, que altera dispositivos da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, inseridos pelo art. 142, da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015; não aprovação da PEC nº 451, que obriga as empresas a pagarem planos privados de saúde para todos os seus empregados; posicionar-se contrário aos efeitos da Emenda Constitucional nº. 86/2015 (do orçamento impositivo), por possibilitar a redução do financiamento da saúde pela União.

- 4.2 - Reafirmar a saúde como direito universal, integral e dever do Estado, destinando, no mínimo, 10% das receitas correntes brutas da União ou equivalente do Estado e Município, assegurando o financiamento estável com definição de novas fontes e priorizando o investimento na atenção primária³ e nas ações de serviços públicos com financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde.
- 4.3 - Aumentar a cota de procedimentos de média e alta complexidade na Programação Pactuada e Integrada (PPI), de acordo com o crescimento populacional, dos exames, das consultas especializadas fora do domicílio e a fiscalização das cotas para a diminuição dos vazios assistenciais devido ao não cumprimento da pactuação, evitando sobrecarregar os consórcios e os municípios com a alocação de recursos na lógica de micro/macrorregiões, a exemplo da implantação de hospitais regionais, revistas anualmente.
- 4.4 - Garantir financiamento de forma tripartite das políticas sociais, de modo a viabilizar a universalização da saúde para populações frequentemente desassistidas como pessoas com patologias crônicas e pessoas com deficiências, moradores em situação de rua, ciganos, populações sem comprovação de residência, ocupações urbanas e rurais, habitação, populações que vivem da economia popular solidária, LGBT, mulheres, estudantes e jovens, indígenas, trabalhadores, aposentados e idosos, negros e quilombolas, em uso abusivo de álcool e outras drogas de forma a atender suas especificidades, voltadas para o controle e tratamento.
- 4.5 - Implantar, implementar e garantir o plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) do SUS para os profissionais da área da saúde de acordo com o que preconiza a Lei nº 8.142/1990.
- 4.6 - Garantir saúde estatal e de qualidade ao vigorar o proposto nos projetos de Lei Complementar 130/2012 que institui o imposto sobre grandes fortunas revertido para o financiamento das ações e políticas de saúde, a favor do projeto de lei 251/2005 que aumenta o gasto com pessoal para até 75% dos recursos financeiros destinado à saúde, e ao mesmo tempo elimina a saúde dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e fim dos subsídios públicos e renúncia fiscal aos planos privados de saúde, além de incluir no marco regulatório da mineração o aumento do valor dos Royalties-

³CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO DE RELATORIA: O termo “atenção primária” foi utilizado neste relatório, uma vez que esta comissão visou respeitar o texto original aprovado pela plenária, contudo, ressalta-se que o termo correto a ser utilizado é “atenção básica”, conforme consta na PORTARIA GM/MG Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

CFEM (Contribuição Financeira sobre Extração Mineral) com maior retorno aos municípios para utilização na Saúde Municipal.

- 4.7 - Garantir financiamento tripartite específico para o custeio do controle social, com repasse fundo a fundo em que a gestão do recurso seja do próprio conselho visando a implementação das ações e prestação de contas votada em plenária subsidiando as atividades do conselho e implementar as ouvidorias em saúde centralizadas e descentralizada nas várias instituições que compõem o SUS, garantir que no orçamento da saúde o percentual de 0,3% seja reservado aos conselhos de Saúde para garantir a efetivação de suas ações.
- 4.8 - Viabilizar a política de medicamentos mediante aumento do investimento na produção pública de insumos e medicamentos, dando condições aos laboratórios públicos para fabricá-los, abastecimento ambulatorial, bem como ampliar a disponibilidade de medicamentos, além de obedecer ao prazo de entrega dos medicamentos, maiores recursos para gerir a assistência farmacêutica, efetivação e melhoria do sistema de compras estadual para medicamentos e materiais médicos cirúrgicos com adesão dos municípios com núcleos regionais de dispensação, estender mais as opções ofertadas na lista para as farmácias do governo para medicamentos de alto custo, financiamento dos medicamentos usados na média e alta complexidade pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual via fundo a fundo, maior investimento na área de pesquisa e prescrição em fitoterápicos.
- 4.9 - Transparência e fiscalização do funcionamento dos consórcios de saúde, consórcios de direito público de saúde e dos contratos de prestação de serviços para evitar a duplicidade de pagamento para a mesma finalidade e garantir que os procedimentos estejam de acordo com os protocolos de agravos a saúde, apoiar a instalação da comissão parlamentar de inquérito para investigar os planos de saúde.
- 4.10 Garantir a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos e resgatar os recursos estatais da saúde captados pelo setor privado e apoiar a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e monitorar os Planos de Saúde, aprimorar a cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar dos planos e seguros privados de saúde como pelas operadoras de planos de saúde seja público (IPSEMG, PMMG, etc.), privado (UNIMED, Bradesco Saúde e etc), seguradora (BB, DPVAT, etc.) e pelos serviços prestados aos mesmos na unidade de saúde pública, aprimorando o sistema de rede de informações de dados que permita ao setor público detectar se o usuário possui plano de saúde, otimizar a regulação de forma efetiva dos planos de saúde através da Agência Nacional de Saúde, posicionar-se contra os modelos privatizantes de gestão e pela revogação das leis que deram origem às Organizações Sociais, às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, às Fundações Estatais de Direito Privado e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.
- 4.11 Incluir no marco regulatório da exploração dos recursos minerais da mineração o aumento do valor dos Royalties-CFEM (Contribuição Financeira sobre Extração Mineral) com maior retorno aos municípios para utilização na Saúde Municipal.
- 4.12 Realizar a avaliação socioeconômica para definição dos critérios utilizados para aquisição de insumos de saúde para atendimentos de demandas emergenciais, evitando-se a judicialização com a criação de câmaras técnicas.

5. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 5 – GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO

DIRETRIZ:

Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral à Saúde.

- 5.1 - Garantir o fortalecimento das redes de atenção por linha de cuidado ampliando a rede de saúde visando à integralidade, promoção, proteção e recuperação de saúde adequando à oferta de serviços e procedimentos da atenção básica, atenção especializada, rede hospitalar e rede de urgência às necessidades da população e ao perfil demográfico e epidemiológico, garantindo os princípios do SUS, reafirmando a atenção básica como ordenadora do cuidado, com regulação assistencial e garantia de financiamento público, fortalecendo as regiões de saúde, como elemento para a integralidade da atenção a saúde em razão do pacto Interfederativo no SUS, com fortalecimento das políticas Intersetoriais garantindo melhoria no processo de regulação de exames e procedimentos de alta e média complexidade diminuindo o tempo de espera para sua realização e adequação da estrutura física e gestão do trabalho no SUS, fortalecendo toda a equipe multiprofissional, promovendo a educação permanente e melhorando a remuneração das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde, mostrando que a população, também, é responsável pelo sistema de saúde e não apenas o poder público, buscando, também, parcerias entre os municípios vizinhos para viabilizar as demandas das consultas especializadas, apoio ao diagnóstico e cirurgias, construção de hospitais de referência para o trauma nas Regiões Ampliadas de Saúde, política de saúde da trabalhadora e do trabalhador, garantindo a acessibilidade das pessoas com deficiência e a atenção às populações acampadas, assentadas e das ocupações urbanas, implementando um fórum de toda a rede de saúde com encontros mensais para a divulgação dos trabalhos e o fortalecimento dos serviços, regionalizando os de alta complexidade, com a criação de polos regionais de saúde que possam atender melhor os pequenos municípios.
- 5.2 - Garantir a cobertura de 100% da população, fortalecendo a atenção básica, readequando o número de usuários adscritos, conforme a vulnerabilidade populacional com, no máximo, dois mil usuários por equipe, mudando o modelo médico assistencial centrado, ainda predominante, focado no atendimento individual e curativo, subordinado aos interesses da indústria de medicamento e equipamentos biomédicos, para possibilitar o atendimento longitudinal, integral e universal, assegurando a atenção básica como ordenadora do sistema, privilegiando a Política Nacional de Promoção à Saúde e a Política de humanização; incentivando a corresponsabilização dos usuários com ações educativo-preventivas nas escolas; criando uma política de atendimento as mulheres em situação de violência integrada a rede de enfrentamento a violência contra mulheres, implantando, também, uma política voltada para a prevenção da violência sexual nas escolas; garantindo, que as equipes tenham tempo hábil para realizarem planos de trabalho de acordo com sua demanda respeitando assim a autonomia dos profissionais nas resoluções dos problemas, reavaliando, mensalmente, os mesmos, articulando com a epidemiologia; realizando projetos e intervenções junto à comunidade, por meio de grupos populacionais específicos (idosos, crianças, mulheres, LGBT, pessoas em situação de rua entre outros); incluindo outros profissionais da saúde na equipe mínima de acordo com a necessidade e realidade de cada área e usuário; trabalhando com demanda programada e espontânea, afim de melhorar a qualidade de vida da população, garantindo a atuação efetiva dos agentes comunitários de saúde, através de busca ativa qualificando a assistência domiciliar; e aumentar os recursos financeiros para atenção básica, ampliando e promovendo a

educação permanente para todo o quadro de pessoal da saúde possibilitando a fixação dos profissionais nas equipes.

5.3 - Cumprir rigorosamente a Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; agilidade nos prazos de entrega e distribuição, atualizando as listas de medicamentos básicos, especializados e estratégicos das três esferas de governo, ampliando o financiamento estadual para a assistência, a criação pelo governo do Estado de um programa específico de logística para medicamentos e suporte básico laboratorial, com base nas regiões ampliadas de saúde.

5.4 - Ampliar a Rede de Saúde Mental, estimulando a criação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em todos os municípios mineiros, adequando o número de leitos à demanda de saúde mental em hospitais municipais e estaduais, visando a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em consonância com os princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, evitando os encaminhamentos indevidos para hospitais psiquiátricos, clínicas e comunidades terapêuticas; garantindo psicólogos nas escolas, como apoio aos alunos, cuidando de futuros danos à saúde mental da população; garantindo a execução plena da Política de Redução de Danos e suas ações, para minimizar os efeitos adversos que o abuso de drogas pode gerar nos indivíduos e na sociedade, oferecendo suporte às famílias através de políticas Intersetoriais para fortalece-las na tarefa do enfrentamento do álcool, crack e outras drogas, consolidando o matriciamento e ampliação recursos para manutenção de residências terapêuticas do SUS e a ampliação do número de Consultórios de Rua em todos os Estados; instituindo casas de apoio, abrigos e banheiros públicos.

5.5 - Vetar todo tipo de privatização do SUS, combatendo todos os chamados “novos modelos de gestão”, revendo as leis (federais, estaduais e municipais) conforme a situação, que deram origem as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIPs), às fundações estatais de direito privado, Serviços Sociais Autônomos, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e suas subsidiárias e aquelas que permitem ou preveem as Parcerias Público Privadas (PPP), eliminando todas as formas de terceirização do trabalho em saúde, aprimorando a relação Inter federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões ampliadas de saúde, com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral, atualizando os parâmetros da Programação Pactuada e Integrada (PPI), conforme a população definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de cada ano, usando critérios de equidade, acatando as decisões das Comissões Intergestoras Regionais, mapeando as redes nos territórios, garantindo processos de avaliação dos serviços, defendendo a implantação efetiva nos Estados do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que prevê a assinatura de um termo regional, no qual devem estar explicitadas as responsabilidades da União, Estados e municípios com descrição das ações e serviços de saúde, identificando os prestadores e garantindo o financiamento. Além disso, realizar o monitoramento desempenho dos gestores/chefias municipais, otimizando a implantação do Decreto Federal nº 7.508/2011.

5.6 - Rever e fortalecer o papel e o financiamento adequado dos hospitais de pequeno porte e das salas de estabilização, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica como ordenadora da Rede Atenção à Saúde e gestora de cuidados em saúde.

6. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 6 – EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS

DIRETRIZ:

Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS, valorizando o SUS como política de Estado por meio de estratégias de comunicação.

6.1 - Garantir financiamento para informatizar todas as unidades e serviços do SUS para integrar, unificar e atualizar os diversos sistemas de informática e banco de dados (E-SUS, SISPRENATL, SISVAN e outras), criando uma rede potente, eficiente e com velocidade (banda larga) compatível com as necessidades de informação, possibilitando que as informações circulem de forma efetiva por todos os equipamentos em níveis de complexidade do SUS, efetivando o prontuário eletrônico único do cidadão, utilizando o Cartão Nacional de Saúde como forma de acesso e informação de cada usuária e usuário, garantindo o controle de custos e gastos e contribuindo como ferramenta de gestão e melhorando os serviços prestados às usuárias e aos usuários do SUS.

6.2 - Estabelecer uma política de comunicação para o SUS para sua valorização enquanto uma política de Estado, contemplando todas as áreas do Sistema de Saúde, garantindo o financiamento pelas três esferas de governo e estabelecendo estratégias de comunicação e educação permanente, reconhecendo os diferentes grupos sociais e suas especificidades, utilizando uma linguagem clara e acessível, em todos os meios de comunicação como TV, rádios comerciais e comunitários, redes sociais, sites eletrônicos, boletins impressos e eletrônicos, com o objetivo de manter a população constantemente informada sobre seus direitos e deveres, para realizar a defesa permanente do SUS, divulgar as boas práticas de saúde e os serviços oferecidos pelo SUS; promover o diálogo e a integralidade das ações das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde; divulgar esclarecimentos de como acessar os serviços de saúde; divulgar o SUS como patrimônio do povo brasileiro, estabelecer melhor diálogo entre os profissionais do SUS em cada âmbito e nas três esferas de governo; e criando um canal aberto de comunicação do SUS com as usuárias e os usuários nas Unidades de Saúde, divulgando os fluxos de atendimento, os gastos e os investimentos em saúde, garantindo assim, transparência e estabelecendo um diálogo com a sociedade sobre a importância da participação social no SUS; divulgando as ações dos Conselhos de Saúde e, permanentemente, o Cartão Nacional de Saúde do SUS.

6.3 - Garantir que, no Programa de Inclusão Digital (PID), sejam utilizados conteúdos relacionados ao SUS e que os produtos do ensino da informática sejam utilizados como veículos de informações possibilitando ao aprendiz conhecer, compreender a estrutura, seus serviços do SUS, e sobre seus direitos tornando-os cidadãos e cidadãs críticos e conscientes.

6.4 - Estabelecer política de educação permanente, criando incentivos, voltada para todos os profissionais de saúde, incluindo conteúdos da legislação do SUS, com abordagem integrada aos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão dos serviços de saúde, com ênfase na atenção básica, nos processos de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação das ações, e ainda, promovendo a interface com outras políticas públicas.

6.5 - Aumentar, nas instituições de ensino público, a oferta de cursos universitários na área de saúde e dos cursos de pós-graduação para a formação de profissionais para a saúde com base no modelo assistencial que o SUS preconiza.

- 6.6 - Criar espaços e mecanismos que estimulem a comunicação e a conversação entre as usuárias e os usuários, as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde, as gestoras e os gestores da saúde e os diferentes setores que impactam sobre os determinantes e condicionantes da saúde (tais como: educação, meio ambiente, assistência social, obras públicas, etc.) para a produção do sentido de integralidade da saúde e da necessária atuação conjunta.
- 6.7 - Criar Jornal informativo específico do SUS, com periodicidade (mensal ou bimestral) para divulgar os serviços oferecidos.
- 6.8 - Garantir que o Programa de Inclusão Digital (PID) contribua para que os conselhos de saúde sirvam-se da informática e da internet como ferramentas para busca de informações em saúde e para melhorar a comunicação entre conselhos e também com a sociedade.
- 6.9 - Promover campanhas para divulgar o programa de inclusão digital (PID) e capacitar as servidoras e os servidores da saúde para sua utilização.
- 6.10 - Divulgar a cartilha de direitos e deveres das usuárias e dos usuários do SUS.
- 6.11 - Garantir o fornecimento de subsídios e suporte tecnológico para criação de redes sociais e sites que possibilitem a divulgação das ações desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde, a fim de fortalecer o controle social.
- 6.12 - Garantir que as propostas construídas nas conferências possam ser comunicadas e publicadas por meio de portarias e sejam divulgadas à população e garantir que os conselhos com certa periodicidade acompanhem a implantação e a efetivação das ações pós-conferência e denunciar quando não cumprido.
- 6.13 - Garantir a divulgação, em formato acessível, de informações relativas ao número de consultas, procedimentos realizados, Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) digital, e comunicação de eventos relacionados ao SUS, em todas as unidades de saúde do SUS, nas Estratégia Saúde da Família (ESF) e hospitais, e a escala de profissionais deverá ser divulgada e atualizada.
- 6.14 - Garantir que o acesso à informação sobre o andamento de processos de aquisição de órteses e próteses seja transparente e de fácil acesso às usuárias e aos usuários.
- 6.15 - Criar um programa específico para as zonas rurais, com acesso à internet, disponibilizando computadores, televisores e aparelhos de DVD para complementar o sistema de informação de ambientes como sala de espera em unidades de serviços de saúde rurais.
- 6.16 - Aprimorar os sistemas de informações do SUS que necessitam atualizar e criar mecanismo de simplificação das ferramentas que geram indicadores e resultados para facilitar o manuseio das conselheiras e dos conselheiros de saúde.
- 6.17 - Abrir o Canal Saúde de TV aberta para acesso de toda a população.

- 6.18 - Fortalecer as ouvidorias criando formas de custeio para sua manutenção municipal, regiões ampliadas de saúde e a Estadual, dentro das normas do SUS, criando sites para reclamações e sugestões para usuários, incluindo pesquisa de satisfação dos serviços do SUS, com vistas a melhorar esse canal de comunicação e elencar os problemas dos serviços de saúde, junto às equipes.
- 6.19 - Divulgar as ouvidorias para que a população tenha conhecimento desse canal de comunicação do SUS nas três esferas de governo, divulgando o número do telefone em outdoor, Rádios e demais meios de comunicação.
- 6.20 - Garantir que as ouvidorias recebam denúncias por meio do Programa de Inclusão Digital (PID).
- 6.21 - Implementar a Política de Educação Permanente para conselheiros de saúde nas três esferas de governo, com garantia de incentivo financeiro, e criação de fóruns virtuais nacionais permanentes entre Conselheiros de saúde para troca de experiências.
- 6.22 - Garantir que o SUS estabeleça o diálogo com outras áreas, como o Ministério de Educação (MEC), escolas, todas as expressões de religiosidade, etnias, quilombolas, indígenas, (aldeados e não aldeado) igrejas e associações, e implantar uma agenda estadual de ações em saúde com atuação direta nas escolas e comunidades locais realizadas por profissionais de saúde.
- 6.23 - Garantir que as unidades de saúde divulguem todas suas ações realizadas e seus quantitativos (vacinações, consultas, exames, visitas médicas domiciliares, tratamentos odontológicos, etc.) e criar informativo mensal da atenção básica para uso das unidades de saúde a fim de garantir maior utilização dos espaços de comunicação, fortalecendo a divulgação dos trabalhos realizados.
- 6.24 - Melhorar a comunicação entre as redes de assistência, dinamizando o processo de referência e contra referência.
- 6.25 - Fornecer, em tempo hábil, material informativo e educativo referente às diversas campanhas de saúde em quantidade suficiente para divulgação nos municípios.
- 6.26 - Criar uma política de democratização da informação e comunicação exigindo que os veículos de comunicação divulguem orientações sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças, visando melhorar a qualidade das informações prestadas à população através da imprensa, que seja mais objetiva, esclarecedora e menos sensacionalista.
- 6.27 - Criar Jornal informativo específico do SUS, com periodicidade (mensal ou bimestral) para divulgar os serviços e reverter a imagem negativa que a imprensa corporativa tem mostrado sobre a saúde pública.
- 6.28 - Criar um espaço nas rádios comerciais e comunitárias para realizar avisos e comunicados sobre a saúde a acontecer todos os dias com horário fixo e um Programa da Saúde na Rádio uma vez por semana onde haverá avisos, palestras, depoimentos, prevenção.
- 6.29 - Divulgar os relatórios de gestão quadrimestrais em linguagem acessível ao público.

- 6.30 - Viabilizar por meio do Estado/União espaço digital, de uso pelos municípios, para divulgação de informações e orientações relativas à rede de atenção a saúde local, incluindo funcionamento e fluxo de atendimento das Unidades de Saúde de cada município, agenda dos eventos, informações do Conselho Municipal de Saúde e outros.
- 6.31 - Garantir o aprimoramento da divulgação dos dados gerados pelos sistemas de informação do SUS, utilizando-os para direcionar o serviço para as reais necessidades da população.
- 6.32 - Assegurar a divulgação da forma de atendimento oferecido pelo SUS, às usuárias e usuários, as servidoras e servidores em todos os setores e níveis de atenção à saúde.
- 6.33 - Criar um programa voltado para a população que incentive e valorize a participação nas discussões acerca do planejamento e execução de políticas públicas.
- 6.34 - Utilizar as ferramentas disponíveis na internet para divulgar as decisões das conferências e ações implementadas pelo Estado pós-conferência.
- 6.35 - Promover logística adequada ao acesso dos cursos disponíveis no canal Minas Saúde e outros canais, com cronograma dos programas de educação permanente a fim de promover a qualificação dos profissionais de saúde e fomentar política regular de divulgação do mesmo.
- 6.36 - Promover parcerias entre a saúde e a educação, para que seja acrescentado à grade curricular das escolas municipais e estaduais, para todos os ciclos, disciplina sobre Saúde Pública, objetivando a defesa do SUS enquanto política de Estado, incluindo o controle social.
- 6.37 - Instituir uma política de educação para profissionais da saúde que atuam em programas de atenção à criança.
- 6.38 - Buscar incentivo para capacitação da equipe quanto ao uso dos sistemas de informação.
- 6.39 - Garantir na política de educação permanente para profissionais da saúde o tema
- 6.40 - Controle Social, legislação e normas do SUS e inclusão digital.
- 6.41 - Buscar o fortalecimento e o contato entre as três esferas de governo no que diz respeito à educação, saúde, assistência social e informatização do sistema.
- 6.42 - Garantir a educação permanente para as conselheiras e os conselheiros de saúde, realizando cursos, bem como o acesso aos sistemas informatizados e pesquisas, com vistas a sistematizar e aprimorar o conhecimento.
- 6.43 - Garantir a capacitação permanente das conselheiras e dos Conselheiros de Saúde com conteúdos de gestão, para a promoção da participação efetiva das usuárias e dos usuários.
- 6.44 - Garantir a efetivação do programa “Educanvisa” como política pública de saúde permanente nos estados e municípios com recursos oriundos das três esferas de governo.

6.45 - Garantir a inclusão do Cartão Nacional de Saúde no documento de identidade do cidadão (RG) como é feito com o CPF.

6.46 - Criar página em rede social para a divulgação das propostas aprovadas nas conferências de saúde, contendo check-list para que possam ser registradas as propostas cumpridas e cronograma para o cumprimento das demais, nas três esferas da gestão.

6.47 - Garantir a divulgação do e-mail e telefone dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado e criar um site para a sociedade ter acesso às discussões e deliberações.

6.48 - Garantir mídia informativa digital divulgando, na sala espera de todas as unidades de saúde, a posição das usuárias e dos usuários sobre a ordem cronológica do seu atendimento, bem como sala de situação com o número de consultas e procedimentos realizados, o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) digital, a escala de profissionais e informativos de eventos do SUS.

6.49 - Promover e melhorar o acesso à internet em todo o Estado para que os profissionais de saúde tenham acesso fácil e ágil às informações do SUS.

7. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 7 - CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS

DIRETRIZ:

Defender e fortalecer uma política industrial de ciência, tecnologia e inovação em saúde, que promova a produção nacional de insumos (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde), consolidando a soberania e o desenvolvimento da plataforma tecnológica do país, bem como tecnologias de promoção, diagnóstico, prevenção, tratamento e recuperação da saúde indispensáveis ao atendimento adequado às necessidades de saúde da população.

7.1 - Promover a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamento (RENAME), por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica, com fomento para efetivar, garantir, fortalecer, incentivar, desenvolver, investir, fiscalizar, ampliar e implementar uma Política Industrial Estatal de Ciência, Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Saúde, que garanta a produção nacional de insumos, procedimentos e equipamentos indispensáveis ao atendimento adequado a saúde, com recursos públicos para Centros de Pesquisa e Tecnologia nas instituições públicas, alinhada às necessidades da população brasileira, com base em evidências técnico-científicas, fortalecendo a atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS (CONITEC), não apenas para a incorporação de tecnologias, mas para pressionar o desenvolvimento nacional na produção de insumos para a saúde e antecipar novas demandas com exploração do potencial biológico da fauna e flora brasileiras e pesquisas científicas voltadas para as práticas integrativas e complementares.

7.2 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica Plena e Pública com responsabilidade estruturada pelas três esferas de governo, de acordo com a competência de cada um dos entes federados, atendendo em todos os níveis de atenção à saúde com profissionais preparados, aumentando o investimento em inovação tecnológica, discutindo criticamente a medicalização dos corpos e pelo fim do Programa “Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço” que deve ter suas ações e recursos financeiros transferidos, integralmente, à estruturação da assistência farmacêutica pública e da rede

pública, inclusive na estruturação e financiamento de laboratórios estatais, regionais para pesquisa básica e produção de medicamentos, com revisão do fluxo e diminuição da burocracia para acesso aos medicamentos.

7.3 - Aprovar a reforma da lei de Patentes Brasileiras para a inclusão e o fortalecimento das medidas de proteção e exclusão de medidas prejudiciais à saúde (acordo de comércio internacional, conhecido como Trips Plus), tendo em vista a manutenção de conquistas da sociedade civil e a viabilidade da assistência farmacêutica no SUS. Promover a educação permanente para os servidores das três esferas de governo para que tenham conhecimento e possam orientar e executar ações que estejam ligadas a ciência, tecnologia e inovação no SUS, exigindo que a União priorize a quebra de patentes sobre a fabricação de medicamentos que tiveram sua produção e comercialização descontinuada pelos laboratórios.

7.4 - Implantar e garantir, como Política Nacional do SUS, o e-SUS com Sistema de Prontuário Eletrônico único, em âmbito nacional e unificado com todos os demais sistemas, com ampla divulgação e sua utilização obrigatória nos três níveis de atenção e em todos os serviços de saúde, com a certificação digital e identificação do usuário por meio do Cartão Nacional de Saúde, acoplado seu número ao documento de registro geral, garantindo recursos financeiros, materiais, tecnológicos e humanos habilitados para agilizar e otimizar o atendimento ao usuário, conforme suas demandas e necessidades, para o tratamento dos dados pela equipe assistencial, de gestão e pesquisa, fortalecendo as redes de atenção integral à saúde, colocando a tempo e prazo a condução para uso por parte do usuário, mesmo que seja de outro município da região de saúde.

7.5 - Implementar tecnologias de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde que fortaleçam a autonomia das pessoas e reduzam o risco de doenças e agravos provocados pela própria atenção à saúde, garantindo que o direito à assistência farmacêutica e medicamentos se amplie e seja efetivo no Brasil.

7.6 Unificar os sistemas utilizados bem como inclusão em rede, facilitando a emissão de relatórios para divulgação do que é realizado nos municípios (atendimentos, exames, entrega de medicamentos, cirurgias, pronto socorro etc.).

7.7 - Estimular pesquisas para inovar a promoção e prevenção de doenças de maiores agravos, tais como: hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, hipertensão arterial, diabetes, doença falciforme, doença renal crônica, dengue e câncer, com características específicas do povo brasileiro, fomentando o financiamento para todos os níveis de atenção à saúde.

7.8 - Implantar internet e telefones em todos os estabelecimentos de saúde para melhorar a comunicação com as usuárias e os usuários.

7.9 - Estabelecer comunicação ampla, direta e permanente através dos serviços de referência do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado, Superintendência Regional de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde dentre outros, com os municípios a fim de reduzir o impacto dos agravos à saúde e melhorar os processos de Educação em Saúde de modo a fomentar amplo processo político em torno da produção, disseminação e uso das informações. É estratégico que a informação e as tecnologias a ela associadas passem a fazer parte da Agenda Política da Saúde, sob pena de perdermos o “bonde da história”, fortalecendo o DataSUS, e-SUS, prontuário eletrônico e Cartão Nacional de Saúde.

- 7.10 - Regular o mercado de produtos e serviços de saúde, incluindo a indústria de medicamentos e insumos e as operadoras de planos e seguros privados de saúde, de modo a assegurar a primazia do interesse público.
- 7.11 - Ampliar investimentos nos processos de pesquisas das universidades públicas.
- 7.12 - Realizar oficinas em grupos utilizando recursos digitais diversos para exposição de temas relacionados a saúde.
- 7.13 - Fortalecer o intercâmbio entre pesquisa científica e políticas de saúde, a exemplo da necessidade de intensificação de pesquisas para de imunização para a dengue.
- 7.14 - Garantir e ampliar a conectividade através de novas tecnologias, para possibilitar reuniões, debates, seminários de forma virtual entre cidades e regiões.
- 7.15 - Investir na melhoria da infraestrutura de pesquisas, desenvolvimento tecnológico em saúde nas instituições de ensino superior e serviços de saúde de natureza pública visando a melhoria dos serviços de saúde e garantia de acesso a novas tecnologias.
- 7.16 - Aumentar a oferta a exames de média e alta complexidade e atendimento por profissionais especializados em tempo hábil, utilizando-se da criação de centros de diagnóstico e especialidades públicos dentro da rede de serviços e atendimentos do SUS e rever a Programação Pactuada Integrada (PPI)
- 7.17 - Aumentar dos incentivos das três esferas de governo e promover a Educação Permanente em Saúde, para profissionais da saúde pública, quanto à atualização científica, uso da informática e dos recursos tecnológicos na prestação dos serviços de atenção à saúde, valorizando os profissionais.
- 7.18 - Investir na implantação do prontuário eletrônico integrado a um sistema informatizado de gestão e pesquisa epidemiológica para atendimento unificado do usuário com acesso através do cartão SUS, favorecendo o trabalho da equipe assistencial, gestores e pesquisadores.
- 7.19 - Ampliar e divulgar as formas de comunicação, para as usuárias e aos usuários, através das redes sociais dos diversos meios existentes garantindo o acesso da informação a todos os níveis da população.
- 7.20 - Exigir que a União priorize a quebra de patentes de medicamentos de alto custo e de equipamentos necessários para a área da saúde.
- 7.21 - Melhorar o Sistema de Regulação SUSFácil de agendamentos de exames e consultas, tratamentos hospitalares eletivos e de urgência e emergência com o objetivo de obter melhor transparência e veracidade das informações.
- 7.22 - Implementar nas três esferas de governo a Política Nacional de Atenção à saúde LGBT, com caráter transversal e Intersetorial, garantindo na atenção primária à saúde e nos demais níveis de atenção o atendimento integral à saúde para a população LGBT, em especial transexuais, transgêneros

e travestis, capacitando as equipes de Saúde da Família para ofertar atendimento específico e tratamento de forma igualitária e universal, contemplando hormonioterapia, processo transexualizador, encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessários, porém, mantendo a coordenação do cuidado com as equipes de Saúde da Família.

7.23 - Melhorar e aperfeiçoar o sistema do portal DataSUS, com objetivo de obter melhor transparência e veracidade das informações.

8. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 8 – REFORMAS DEMOCRÁTICAS E POPULARES DO ESTADO.

DIRETRIZ:

Construir um Projeto de Desenvolvimento para o Brasil que assegure: a soberania nacional; a democratização do sistema político e dos meios de comunicação social; o crescimento econômico integrado ao desenvolvimento nacional; o emprego e o combate às desigualdades de renda; a manutenção dos direitos sociais conquistados com financiamento que garanta a sustentabilidade das políticas de proteção social; maior poder de regulação do Estado sobre o capital privado e os direitos sociais; investimentos em habitação, saneamento e transporte público; a preservação do ambiente e o manejo sustentável dos recursos naturais; a produção de alimentos saudáveis e o acesso universal a serviços públicos de qualidade em saúde, educação, previdência e assistência social.

8.1 - Realizar Reforma Política por Congresso Constituinte, que aprofunde e aperfeiçoe a democracia participativa, utilizando os meios já existentes (Plebiscitos, Projetos de Lei de Iniciativa Popular, referendos), efetivando as decisões aprovadas nas Conferências de Saúde estabelecendo novas regras institucionais que garantam a ampliação da participação democrática e transparência na atuação dos políticos, além do fim do financiamento empresarial das campanhas eleitorais, da interferência do poder econômico na política, principalmente do complexo industrial da saúde privada e de planos e seguros saúde, repúdio à PEC 451/2014 e outras propostas que possam comprometer os princípios do SUS.

8.2 - Realizar auditoria da dívida pública e uma reforma tributária que inverta a lógica atual que onera os mais pobres, buscando um sistema tributário mais justo que reduza a tributação sobre o consumo e concentre no patrimônio e na renda das grandes fortunas, com recursos suficientes para o financiamento da saúde com qualidade, sem investimentos do capital estrangeiro ou nacional para o setor privado, sem cortes dos orçamentos da saúde, tais como:

- a) melhorar a distribuição das alíquotas do Imposto de Renda (IR) para pessoa física com faixas mais altas e aumentos da faixa de isenção;
- b) reduzir a tributação indireta sobre o consumo;
- c) aumentar o Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR) dos grandes latifúndios;
- d) reduzir as taxas que incidam diretamente sobre o setor produtivo como o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS);
- e) acabar com a isenção do Imposto de Renda (IR) sobre lucros e dividendos e com a dedução dos juros sobre o capital próprio;
- f) aliviar a carga tributária dos trabalhadores com impostos progressivos;
- g) excluir do cálculo de gastos com a folha de pessoal, estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, o gasto com folha de pagamento dos servidores da saúde; e

h) acabar com a restituição de Imposto de Renda (IR) para gastos com saúde privada.

8.3 - Democratizar a mídia para garantir o direito à informação, inclusive sobre a saúde pública, estabelecendo uma política de comunicação para o SUS com o objetivo de manter a população constantemente informada, criando mecanismos para divulgação dessas informações, a partir de canais de TV com sinal aberto e emissoras de rádio, além das mídias e redes sociais que permitam a integração entre a população e o sistema de saúde, inclusive criando canal aberto de televisão com informações 24 horas sobre saúde para divulgação dos projetos, planos de trabalho e prestação de contas aprovados ou revogados pelos Conselhos de Saúde, para que a população tenha consciência de seus direitos, incluindo os povos do campo e das florestas.

8.4 - Promover a educação permanente aos membros do Poder Judiciário para que, com conhecimento sobre os serviços de saúde, possam reavaliar as decisões nos processos judiciais de saúde no Brasil, para garantir agilidade e eficiência na Justiça brasileira e na condução dos processos judiciais favorecendo as mediações sanitárias de modo a repensar a judicialização da saúde, para priorizar a garantia dos direitos coletivos e não só dos direitos individuais.

8.5 - Implementar uma Política Nacional de Participação Social que fortaleça o controle social autônomo, democrático e deliberativo por meio do apoio à criação e efetivação de conselhos locais, conselhos municipais, estaduais e nacional de políticas públicas levando em consideração as especificidades locais, como polo rural, comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhos, povos do campo e das florestas, fomentando a participação das comunidades sobre a importância do controle social para a defesa da cidadania com a criação de material informativo bem como a divulgação nos meios de comunicação e estabelecimentos de parcerias Intersetoriais com o objetivo de legitimar os conselhos como espaço de gestão participativa, além da disponibilização de infraestrutura, apoio logístico e material, ouvidorias, recurso financeiro para o efetivo funcionamento, com a garantia do financiamento pelas três esferas de governo, para custeio do controle social com repasse fundo a fundo, melhorando a fiscalização e a efetivação da prestação dos serviços públicos.

8.6 - Realizar a reforma urbana e reforma agrária popular baseada em agricultura familiar e camponesa agroecológica, para estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde articulando com outras políticas públicas a segurança, acesso à terra, moradia, água, saneamento básico, habitação, segurança alimentar e nutricional, de mobilidade urbana e rural incluindo a destarificação, entre outras relacionadas às perspectivas de impactos no desenvolvimento regional e na determinação social da saúde e proibição em todo o território nacional dos agrotóxicos, já proibidos em outros países, da pulverização aérea de agrotóxicos e em Defesa da Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida, assim como pela preservação e uso racional dos recursos provenientes da natureza e contra toda e qualquer forma de intervenção que agrida o meio ambiente, especialmente aquelas que perpetuam as desigualdades nos espaços urbanos e rurais e que atentam contra a saúde e a dignidade humana em seus aspectos sociais e culturais, além de lutar pela efetiva implementação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, elaborando programas de conscientização e preservação do meio ambiente com reciclagem e manejo sustentável dos recursos naturais.

8.7 - Defender a Reforma Curricular do ensino junto ao Ministério da Educação, exigindo desde a pré-escola até o ensino superior (instituições públicas e privadas) conteúdos relacionados aos direitos constitucionais, principalmente da saúde, e disciplinas de educação sanitária referente ao autocuidado, educação alimentar e nutricional, prevenção, promoção e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a consciência da população desde a infância.

8.8 - Avançar na reforma sanitária desmercantilizando a saúde e superando o abismo entre o direito formal e o direito real, visando à efetivação dos princípios do SUS, da integralidade, universalidade e resolutividade da assistência à saúde, e o enfrentamento das desigualdades e iniquidades na saúde.

Belo Horizonte, 05 de setembro de 2015.

Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Ederson Alves da Silva
Vice-presidente CES/MG

Jurandir Ferreira
Secretário Geral CES/MG

VII. PROPOSTAS DE MINAS GERAIS APROVADAS PARA A 15ª CNS

PROPOSTAS DE MINAS GERAIS APROVADAS PARA 15ª CNS “SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE PARA CUIDAR BEM DAS PESSOAS”

1. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 1 – DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE.

DIRETRIZ:

Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

1.1 Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturador da Atenção Primária com ampliação das Equipes de Saúde da Família para cobertura de 100% da população da área de abrangência, com redimensionamento dos números de usuários por equipe de saúde da família, com no máximo 2000 usuários por ESF e ESB, de acordo com preconização pelo Ministério da Saúde no máximo quatro equipes de saúde da família e uma equipe de apoio do NASF, incluindo agentes de combate a endemias, academia da saúde (cidade) por Centros de Saúde, por meio de concurso público, bem como adequar os outros pontos da rede de atenção a saúde (média e alta complexidades) para garantir o acesso dos usuários aos outros níveis de atenção, garantindo efetivo acesso, qualidade e integralidade das ações de vigilância, promoção, prevenção, saneamento e saúde ambiental e assistência à saúde da população, de acordo com as necessidades identificadas, em tempo oportuno, sustentado pela coordenação do cuidado.

1.2 Garantir o financiamento pela esfera federal, estadual e municipal da compra de insumos, cursos de capacitação para os profissionais da política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde aliada à implementação da política nacional agroecológica e produção orgânica, contrapondo-se ao uso de organismos geneticamente modificados e a desregulamentação da utilização de agrotóxicos no país, com a proibição de herbicidas nas vias públicas pelos municípios.

1.3 Garantir o acesso às consultas/exames especializados por meio do aumento da porcentagem nas vagas disponíveis no sistema de regulação para cobertura de absenteísmo, associado ao estabelecimento de ações como sensibilização dos usuários para a corresponsabilidade evitando a ausência aos procedimentos agendados, garantindo a contra referência, divulgação de informações pelas equipes de saúde da família do número de consultas/exames agendados, realizados, perdas e motivos do não comparecimento além da criação de protocolos clínicos que direcionará a solicitação do profissional de saúde, que deve previamente realizar a avaliação clínica do cliente e relatar a justificativa do procedimento; criar grupo de regulação/auditoria com melhoria da qualidade do atendimento e garantia nos agendamentos cirúrgicos e exames, melhorando o transporte em saúde, com aquisição de veículos novos, manutenção, limpeza e conservação dos veículos em operação, informando conscientizando os usuários a cerca das ofertas de serviços no SUS.

1.4 Ampliar o acesso e recursos e dar agilidade na obtenção das órteses, próteses e cadeiras de rodas e garantir manutenção periódica além da implantação de especialização em reabilitação em oficinas ortopédicas.

1.5 Garantir acesso ao pré-natal a 100% das gestantes com vinculação à maternidade de risco habitual ou alto risco, de acordo com suas necessidades e fortalecer a rede de atenção às gestantes.

2. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 2 – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

DIRETRIZ:

Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã e fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações Intersetoriais.

2.1 Garantir e efetivar o financiamento para a Política de Educação Permanente para o Controle Social do SUS, mobilização, sensibilização e educação da população para o controle social, promovendo e efetivando políticas de comunicação com auxílio das universidades em todas as esferas de governo, utilizando a divulgação por meios de comunicação de massa: TV, rádio, redes sociais, escolas, ONGs e outros meios de comunicação, para a socialização do conhecimento, do funcionamento e organização dos espaços de participação popular, para a conscientização dos trabalhadores e dos usuários para a importância da participação popular nas Comissões e Conferências de Saúde em todas as esferas do Controle Social, responsabilizando-os ao exercício da cidadania.

2.2 Assegurar e garantir a implementação das deliberações das Conferências de Saúde nas três esferas do governo, sob pena de responsabilização, entendendo que esse é o espaço de efetiva manifestação e vocalização popular sobre suas demandas de saúde e respeitar a competência legal, a autonomia e o caráter deliberativo dos conselhos de saúde na formulação de políticas e na fiscalização das três esferas de governo com mecanismo de monitoramento e divulgação periódica das propostas aprovadas.

2.3 Promover a Política de Educação Permanente para o controle social no SUS, conforme Resolução nº 363/2006 do Conselho Nacional de Saúde, mediante apoio político e financeiro aos planos de trabalho nas instâncias do SUS, incluindo fóruns de debate, conferências e demais processos formativos de forma regionalizada e descentralizada para conselheiros, atores de movimentos sociais, sindicais e populares, considerando as realidades loco regionais, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde.

2.4 Fortalecer o controle social, autônomo e democrático, por meio do apoio à criação e efetivação do Conselho Local, Conselho Municipal, Conselho Estadual e Nacional de Saúde, levando em consideração as especificidades locais como polo rural, comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhas e de geraizeiros, fomentando a participação das comunidades sobre a importância do controle social para a defesa da cidadania com a criação de material informativo bem como a divulgação nos meios de comunicação e estabelecimento de parcerias Intersetoriais com o intuito de legitimar os conselhos como espaço de gestão participativa, além da disponibilização de infraestrutura, apoio logístico e material, recurso financeiro para o efetivo funcionamento, com a garantia de financiamento federal para o custeio do controle social com repasse fundo a fundo.

2.5 Melhorar a dinâmica de trabalho dos Conselhos com aquisição, guarda e manutenção periódica de equipamentos e local específico para reuniões com garantia de recursos financeiros para garantir assessoria técnica e monitoramento das gestões do SUS pelos conselhos, para deslocamentos, participação em Plenárias, Fóruns e Conferência Municipal de Saúde e transporte para os conselheiros participarem das reuniões ordinárias e extraordinárias, devidamente regulamentadas, garantindo educação permanente para Conselheiros, além de usuários e servidores, mesmo que não sejam Conselheiros.

3. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 3 – VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

DIRETRIZ:

Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização das trabalhadoras e dos trabalhadores, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho, considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde, estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.

1.1 - Investir e garantir o cumprimento da Constituição Federal de 1988 assegurando a inserção única e exclusiva de profissionais da saúde para o SUS, por meio de concurso público, contemplando todas as categorias profissionais pelo regime jurídico único, prevenindo a rotatividade dos profissionais, criando a política de fixação profissional, garantindo a criação, elaboração e execução do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) / saúde/SUS, pactuando entre as três esferas governamentais, observando critérios pré-definidos, as garantias constitucionais, a isonomia salarial por nível de formação, valorizando a dedicação exclusiva, a interiorização, as progressões, garantindo o piso salarial das categorias profissionais da saúde corrigido, anualmente, com jornada máxima de 30h por semana sem redução salarial, criando e implementando as Mesas Permanentes de Negociações do SUS, para ampliar a discussão com os segmentos envolvidos, visando a valorização profissional e as carreiras compatíveis com as políticas de saúde vigentes, assegurando a desprecarização dos vínculos dos trabalhadores com o serviço público. Os Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)/saúde/SUS devem incorporar todos os profissionais da área assistencial e da gestão, não permitindo a cessão de servidores de saúde para a iniciativa privada.

1.2 - Exigir a execução da Portaria do GM/MS (Gabinete do Ministro) nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que promova a valorização do SUS como Política Pública e a Saúde como direito de todos e dever do Estado, que considere as necessidades da população, assim como as obrigações éticas dos trabalhadores no exercício de suas funções. A política de Educação Permanente em Saúde deve ser implementada para gestores, trabalhadores de todas as áreas e usuários do SUS, inclusive os conselheiros de Saúde, tendo para isso a garantia de financiamento, contando com parcerias feitas com Instituições de Ensino e disponibilidade de recursos. Na Implementação da Educação Permanente, recursos como protocolos e agenda definidos através de planejamento estratégico são essenciais na formação de multiplicadores e no monitoramento das ações. Uma Política de Educação permanente que atenda às necessidades do SUS pressupõe a garantia de acesso à educação sem prejuízo dos vencimentos e sem comprometimento dos processos de trabalho. Pretende assegurar a profissionalização, humanização e trabalho em rede.

1.3 - Promover a Educação Permanente na Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade técnica dos profissionais

envolvidos com a vigilância em saúde, visando maior e melhor qualidade na sua função educadora e orientadora (poder pedagógico e educacional, ou seja, a capacidade que os profissionais possuem para orientar e educar toda a população a respeito dos hábitos de saúde compra de produtos e prevenção de doenças) e na sua função fiscalizadora impedindo irregularidades (poder de polícia executado quando ocorrem fiscalizações, aplicação de intimações e infrações sanitárias, interdições de estabelecimentos, apreensão de produtos e equipamentos).

1.4 - Garantir ações de implementação de todas as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, comprometendo todos os níveis de gestão, assegurando recursos fundo a fundo para a política Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio de recursos específicos do bloco da vigilância em saúde, com ações matriciais desde a atenção básica até a alta complexidade, garantindo transparência nos gastos e investimentos, gestão pública nos Centros de Referência à Saúde do Trabalhador (CERESTs) com controle social, com a implantação das Comissões Intersetoriais de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (CISTTs), em todos os municípios, com monitoramento pelos Conselhos de Saúde.

1.5 - Inserir na grade curricular do ensino médio a disciplina "Participação Social em Saúde Pública" e implantar a disciplina "Educação em Saúde" na grade Curricular Nacional, subsidiando o indivíduo para que seja sujeito ativo na melhoria de sua qualidade de vida, por meio da observação de hábitos saudáveis de vida.

4. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 4 – FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO PRIVADA.

DIRETRIZ: Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, aprimorando o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário.

4.1 - Garantir, incondicionalmente, o SUS 100% estatal e de qualidade, sob a gestão direta do Estado, contra todas as formas de privatização e parcerias público-privadas, contra os modelos privatizantes de gestão, pela revogação das leis que deram origem às Organizações Sociais às Organizações as Sociedade Civil de Interesse Público, às Fundações Estatais de Direito Privado e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares com eliminação absoluta dos subsídios ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como, o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar e pelas operadoras de planos e seguros de saúde públicos (servidores, polícias) e privados, pelos serviços prestados nas unidades de saúde pública, aprimorando o sistema de informações, otimizando a regulação de forma efetiva dos planos e seguros de saúde por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU); dos subsídios públicos aos planos privados de saúde; contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde; revogação dos artigos relacionados à saúde da Lei nº 13.097/2015; amplo apoio ao projeto de lei 1.721/2015, que altera dispositivos da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, inseridos pelo art. 142, da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015; não aprovação da PEC nº 451, que obriga as empresas a pagarem planos privados de saúde para todos os seus empregados; posicionar-se contrário aos efeitos da Emenda Constitucional nº. 86/2015 (do orçamento impositivo), por possibilitar a redução do financiamento da saúde pela União.

4.2 - Reafirmar a saúde como direito universal, integral e dever do Estado, destinando, no mínimo, 10% das receitas correntes

brutas da União ou equivalente do Estado e Município, assegurando o financiamento estável com definição de novas fontes e priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos com financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde.

- 4.3 - Aumentar a cota de procedimentos de média e alta complexidade na Programação Pactuada e Integrada (PPI), de acordo com o crescimento populacional, dos exames, das consultas especializadas fora do domicílio e a fiscalização das cotas para a diminuição dos vazios assistenciais devido ao não cumprimento da pactuação, evitando sobrecarregar os consórcios e os municípios com a alocação de recursos na lógica de micro/macrorregiões, a exemplo da implantação de hospitais regionais, revistas anualmente.
- 4.4 - Garantir financiamento de forma tripartite das políticas sociais, de modo a viabilizar a universalização da saúde para populações frequentemente desassistidas como pessoas com patologias crônicas e pessoas com deficiências, moradores em situação de rua, ciganos, populações sem comprovação de residência, ocupações urbanas e rurais, habitação, populações que vivem da economia popular solidária, LGBT, mulheres, estudantes e jovens, indígenas, trabalhadores, aposentados e idosos, negros e quilombolas, em uso abusivo de álcool e outras drogas de forma a atender suas especificidades, voltadas para o controle e tratamento.
- 4.5 - Implantar, implementar e garantir o plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) do SUS para os profissionais da área da saúde de acordo com o que preconiza a Lei nº 8.142/1990.

5. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 5 – GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO

DIRETRIZ:

Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral à Saúde.

- 5.1 - Garantir o fortalecimento das redes de atenção por linha de cuidado ampliando a rede de saúde visando à integralidade, promoção, proteção e recuperação de saúde adequando à oferta de serviços e procedimentos da atenção básica, atenção especializada, rede hospitalar e rede de urgência às necessidades da população e ao perfil demográfico e epidemiológico, garantindo os princípios do SUS, reafirmando a atenção básica como ordenadora do cuidado, com regulação assistencial e garantia de financiamento público, fortalecendo as regiões de saúde, como elemento para a integralidade da atenção a saúde em razão do pacto Interfederativo no SUS, com fortalecimento das políticas Intersetoriais garantindo melhoria no processo de regulação de exames e procedimentos de alta e média complexidade diminuindo o tempo de espera para sua realização e adequação da estrutura física e gestão do trabalho no SUS, fortalecendo toda a equipe multiprofissional, promovendo a educação permanente e melhorando a remuneração das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde, mostrando que a população, também, é responsável pelo sistema de saúde e não apenas o poder público, buscando, também, parcerias entre os municípios vizinhos para viabilizar as demandas das consultas especializadas, apoio ao diagnóstico e cirurgias, construção de hospitais de referência para o trauma nas Regiões Ampliadas de Saúde, política de saúde da trabalhadora e do trabalhador,

garantindo a acessibilidade das pessoas com deficiência e a atenção às populações acampadas, assentadas e das ocupações urbanas, implementando um fórum de toda a rede de saúde com encontros mensais para a divulgação dos trabalhos e o fortalecimento dos serviços, regionalizando os de alta complexidade, com a criação de polos regionais de saúde que possam atender melhor os pequenos municípios.

- 5.2 - Garantir a cobertura de 100% da população, fortalecendo a atenção básica, readequando o número de usuários adscritos, conforme a vulnerabilidade populacional com, no máximo, dois mil usuários por equipe, mudando o modelo médico assistencial centrado, ainda predominante, focado no atendimento individual e curativo, subordinado aos interesses da indústria de medicamento e equipamentos biomédicos, para possibilitar o atendimento longitudinal, integral e universal, assegurando a atenção básica como ordenadora do sistema, privilegiando a Política Nacional de Promoção à Saúde e a Política de humanização; incentivando a corresponsabilização dos usuários com ações educativo-preventivas nas escolas; criando uma política de atendimento as mulheres em situação de violência integrada a rede de enfrentamento a violência contra mulheres, implantando, também, uma política voltada para a prevenção da violência sexual nas escolas; garantindo, que as equipes tenham tempo hábil para realizarem planos de trabalho de acordo com sua demanda respeitando assim a autonomia dos profissionais nas resoluções dos problemas, reavaliando, mensalmente, os mesmos, articulando com a epidemiologia; realizando projetos e intervenções junto à comunidade, por meio de grupos populacionais específicos (idosos, crianças, mulheres, LGBT, pessoas em situação de rua entre outros); incluindo outros profissionais da saúde na equipe mínima de acordo com a necessidade e realidade de cada área e usuário; trabalhando com demanda programada e espontânea, afim de melhorar a qualidade de vida da população, garantindo a atuação efetiva dos agentes comunitários de saúde, através de busca ativa qualificando a assistência domiciliar; e aumentar os recursos financeiros para atenção básica, ampliando e promovendo a educação permanente para todo o quadro de pessoal da saúde possibilitando a fixação dos profissionais nas equipes.
- 5.3 - Cumprir rigorosamente a Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; agilidade nos prazos de entrega e distribuição, atualizando as listas de medicamentos básicos, especializados e estratégicos das três esferas de governo, ampliando o financiamento estadual para a assistência, a criação pelo governo do Estado de um programa específico de logística para medicamentos e suporte básico laboratorial, com base nas regiões ampliadas de saúde.
- 5.4 - Ampliar a Rede de Saúde Mental, estimulando a criação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em todos os municípios mineiros, adequando o número de leitos à demanda de saúde mental em hospitais municipais e estaduais, visando a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em consonância com os princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, evitando os encaminhamentos indevidos para hospitais psiquiátricos, clínicas e comunidades terapêuticas; garantindo psicólogos nas escolas, como apoio aos alunos, cuidando de futuros danos à saúde mental da população; garantindo a execução plena da Política de Redução de Danos e suas ações, para minimizar os efeitos adversos que o abuso de drogas pode gerar nos indivíduos e na sociedade, oferecendo suporte às famílias através de políticas Intersetoriais para fortalece-las na tarefa do enfrentamento do álcool, crack e outras drogas, consolidando o matriciamento e ampliação recursos para manutenção de residências terapêuticas do SUS e a ampliação do número de Consultórios de Rua em todos os Estados; instituindo casas de apoio, abrigos e banheiros públicos.
- 5.5 - Vetar todo tipo de privatização do SUS, combatendo todos os chamados “novos modelos de gestão”, revendo as leis (federais, estaduais e municipais) conforme a situação, que deram origem as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da

Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIPs), às fundações estatais de direito privado, Serviços Sociais Autônomos, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e suas subsidiárias e aquelas que permitem ou preveem as Parcerias Público Privadas (PPP), eliminando todas as formas de terceirização do trabalho em saúde, aprimorando a relação Inter federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões ampliadas de saúde, com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral, atualizando os parâmetros da Programação Pactuada e Integrada (PPI), conforme a população definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de cada ano, usando critérios de equidade, acatando as decisões das Comissões Intergestoras Regionais, mapeando as redes nos territórios, garantindo processos de avaliação dos serviços, defendendo a implantação efetiva nos Estados do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que prevê a assinatura de um termo regional, no qual devem estar explicitadas as responsabilidades da União, Estados e municípios com descrição das ações e serviços de saúde, identificando os prestadores e garantindo o financiamento. Além disso, realizar o monitoramento desempenho dos gestores/chefias municipais, otimizando a implantação do Decreto Federal nº 7.508/2011.

6. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 6 – EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS

DIRETRIZ:

Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS, valorizando o SUS como política de Estado por meio de estratégias de comunicação.

- 6.1 - Garantir financiamento para informatizar todas as unidades e serviços do SUS para integrar, unificar e atualizar os diversos sistemas de informática e banco de dados (E-SUS, SISPRENATL, SISVAN e outras), criando uma rede potente, eficiente e com velocidade (banda larga) compatível com as necessidades de informação, possibilitando que as informações circulem de forma efetiva por todos os equipamentos em níveis de complexidade do SUS, efetivando o prontuário eletrônico único do cidadão, utilizando o Cartão Nacional de Saúde como forma de acesso e informação de cada usuária e usuário, garantindo o controle de custos e gastos e contribuindo como ferramenta de gestão e melhorando os serviços prestados às usuárias e aos usuários do SUS.
- 6.2 - Estabelecer uma política de comunicação para o SUS para sua valorização enquanto uma política de Estado, contemplando todas as áreas do Sistema de Saúde, garantindo o financiamento pelas três esferas de governo e estabelecendo estratégias de comunicação e educação permanente, reconhecendo os diferentes grupos sociais e suas especificidades, utilizando uma linguagem clara e acessível, em todos os meios de comunicação como TV, rádios comerciais e comunitários, redes sociais, sites eletrônicos, boletins impressos e eletrônicos, com o objetivo de manter a população constantemente informada sobre seus direitos e deveres, para realizar a defesa permanente do SUS, divulgar as boas práticas de saúde e os serviços oferecidos pelo SUS; promover o diálogo e a integralidade das ações das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde; divulgar esclarecimentos de como acessar os serviços de saúde; divulgar o SUS como patrimônio do povo brasileiro, estabelecer melhor diálogo entre os profissionais do SUS em cada âmbito e nas três esferas de governo; e criando um canal aberto de comunicação do SUS com as usuárias e os usuários nas Unidades de Saúde, divulgando os fluxos de atendimento, os gastos e os investimentos em saúde,

garantindo assim, transparência e estabelecendo um diálogo com a sociedade sobre a importância da participação social no SUS; divulgando as ações dos Conselhos de Saúde e, permanentemente, o Cartão Nacional de Saúde do SUS.

- 6.3 - Garantir que, no Programa de Inclusão Digital (PID), sejam utilizados conteúdos relacionados ao SUS e que os produtos do ensino da informática sejam utilizados como veículos de informações possibilitando ao aprendiz conhecer, compreender a estrutura, seus serviços do SUS, e sobre seus direitos tornando-os cidadãos e cidadãs críticos e conscientes.
- 6.4 - Estabelecer política de educação permanente, criando incentivos, voltada para todos os profissionais de saúde, incluindo conteúdos da legislação do SUS, com abordagem integrada aos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão dos serviços de saúde, com ênfase na atenção básica, nos processos de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação das ações, e ainda, promovendo a interface com outras políticas públicas.
- 6.5 - Aumentar, nas instituições de ensino público, a oferta de cursos universitários na área de saúde e dos cursos de pós-graduação para a formação de profissionais para a saúde com base no modelo assistencial que o SUS preconiza.

7. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 7 - CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS

DIRETRIZ:

Defender e fortalecer uma política industrial de ciência, tecnologia e inovação em saúde, que promova a produção nacional de insumos (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde), consolidando a soberania e o desenvolvimento da plataforma tecnológica do país, bem como tecnologias de promoção, diagnóstico, prevenção, tratamento e recuperação da saúde indispensáveis ao atendimento adequado às necessidades de saúde da população.

- 7.1 - Promover a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamento (RENAME), por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica, com fomento para efetivar, garantir, fortalecer, incentivar, desenvolver, investir, fiscalizar, ampliar e implementar uma Política Industrial Estatal de Ciência, Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Saúde, que garanta a produção nacional de insumos, procedimentos e equipamentos indispensáveis ao atendimento adequado a saúde, com recursos públicos para Centros de Pesquisa e Tecnologia nas instituições públicas, alinhada às necessidades da população brasileira, com base em evidências técnico-científicas, fortalecendo a atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS (CONITEC), não apenas para a incorporação de tecnologias, mas para pressionar o desenvolvimento nacional na produção de insumos para a saúde e antecipar novas demandas com exploração do potencial biológico da fauna e flora brasileiras e pesquisas científicas voltadas para as práticas integrativas e complementares.
- 7.2 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica Plena e Pública com responsabilidade estruturada pelas três esferas de governo, de acordo com a competência de cada um dos entes federados, atendendo em todos os níveis de atenção à saúde com profissionais preparados, aumentando o investimento em inovação tecnológica, discutindo criticamente a medicalização dos corpos e pelo fim do Programa “Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço” que deve ter suas ações e recursos financeiros transferidos, integralmente, à estruturação da assistência farmacêutica pública e da rede pública, inclusive na estruturação e financiamento de laboratórios estatais, regionais para pesquisa básica e produção de medicamentos, com revisão do fluxo e diminuição da burocracia para acesso aos medicamentos.

- 7.3 - Aprovar a reforma da lei de Patentes Brasileiras para a inclusão e o fortalecimento das medidas de proteção e exclusão de medidas prejudiciais à saúde (acordo de comércio internacional, conhecido como Trips Plus), tendo em vista a manutenção de conquistas da sociedade civil e a viabilidade da assistência farmacêutica no SUS. Promover a educação permanente para os servidores das três esferas de governo para que tenham conhecimento e possam orientar e executar ações que estejam ligadas a ciência, tecnologia e inovação no SUS, exigindo que a União priorize a quebra de patentes sobre a fabricação de medicamentos que tiveram sua produção e comercialização descontinuada pelos laboratórios.
- 7.4 - Fortalecer a assistência farmacêutica plena e pública com responsabilidade e estruturada pelas três esferas de governo nos três níveis da rede pública de acordo com a competência de cada um dos entes federados, atendendo em todos os níveis de atenção à saúde com profissionais qualificados para tal fim, aumentando o investimento em inovação tecnológica, discutindo criticamente a medicalização dos corpos e pelo fim do Programa "Farmácia Popular/Saúde não tem preço" que deve ter suas ações e recursos financeiros transferidos integralmente à estruturação da assistência farmacêutica pública e da rede pública, inclusive na estruturação e financiamento de laboratórios estatais regionais para pesquisa básica e produção de medicamentos, revisão do fluxo e diminuição da burocracia para acesso ao medicamento. (Texto original)
- 7.5 - Implementar tecnologias de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde que fortaleçam a autonomia das pessoas e reduzam o risco de doenças e agravos provocados pela própria atenção à saúde, garantindo que o direito à assistência farmacêutica e medicamentos se amplie e seja efetivo no Brasil.

8. PROPOSTAS APROVADAS NO EIXO 8 – REFORMAS DEMOCRÁTICAS E POPULARES DO ESTADO.

DIRETRIZ:

Construir um Projeto de Desenvolvimento para o Brasil que assegure: a soberania nacional; a democratização do sistema político e dos meios de comunicação social; o crescimento econômico integrado ao desenvolvimento nacional; o emprego e o combate às desigualdades de renda; a manutenção dos direitos sociais conquistados com financiamento que garanta a sustentabilidade das políticas de proteção social; maior poder de regulação do Estado sobre o capital privado e os direitos sociais; investimentos em habitação, saneamento e transporte público; a preservação do ambiente e o manejo sustentável dos recursos naturais; a produção de alimentos saudáveis e o acesso universal a serviços públicos de qualidade em saúde, educação, previdência e assistência social.

- 8.1 - Realizar Reforma Política por Congresso Constituinte, que aprofunde e aperfeiçoe a democracia participativa, utilizando os meios já existentes (Plebiscitos, Projetos de Lei de Iniciativa Popular, referendos), efetivando as decisões aprovadas nas Conferências de Saúde estabelecendo novas regras institucionais que garantam a ampliação da participação democrática e transparência na atuação dos políticos, além do fim do financiamento empresarial das campanhas eleitorais, da interferência do poder econômico na política, principalmente do complexo industrial da saúde privada e de planos e seguros saúde, repúdio à PEC 451/2014 e outras propostas que possam comprometer os princípios do SUS.

- 8.2 - Realizar auditoria da dívida pública e uma reforma tributária que inverta a lógica atual que onera os mais pobres, buscando um sistema tributário mais justo que reduza a tributação sobre o consumo e concentre no patrimônio e na renda das grandes fortunas, com recursos suficientes para o financiamento da saúde com qualidade, sem investimentos do capital estrangeiro ou nacional para o setor privado, sem cortes dos orçamentos da saúde, tais como: a) melhorar a distribuição das alíquotas do Imposto de Renda (IR) para pessoa física com faixas mais altas e aumentos da faixa de isenção; b) reduzir a tributação indireta sobre o consumo; c) aumentar o Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR) dos grandes latifúndios; d) reduzir as taxas que incidam diretamente sobre o setor produtivo como o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); e) acabar com a isenção do Imposto de Renda (IR) sobre lucros e dividendos e com a dedução dos juros sobre o capital próprio; f) aliviar a carga tributária dos trabalhadores com impostos progressivos; g) excluir do cálculo de gastos com a folha de pessoal, estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, o gasto com folha de pagamento dos servidores da saúde; e h) acabar com a restituição de Imposto de Renda (IR) para gastos com saúde privada.
- 8.3 - Democratizar a mídia para garantir o direito à informação, inclusive sobre a saúde pública, estabelecendo uma política de comunicação para o SUS com o objetivo de manter a população constantemente informada, criando mecanismos para divulgação dessas informações, a partir de canais de TV com sinal aberto e emissoras de rádio, além das mídias e redes sociais que permitam a integração entre a população e o sistema de saúde, inclusive criando canal aberto de televisão com informações 24 horas sobre saúde para divulgação dos projetos, planos de trabalho e prestação de contas aprovados ou revogados pelos Conselhos de Saúde, para que a população tenha consciência de seus direitos, incluindo os povos do campo e das florestas.
- 8.4 - Promover a educação permanente aos membros do Poder Judiciário para que, com conhecimento sobre os serviços de saúde, possam reavaliar as decisões nos processos judiciais de saúde no Brasil, para garantir agilidade e eficiência na Justiça brasileira e na condução dos processos judiciais favorecendo as mediações sanitárias de modo a repensar a judicialização da saúde, para priorizar a garantia dos direitos coletivos e não só dos direitos individuais.
- 8.5 - Implementar uma Política Nacional de Participação Social que fortaleça o controle social autônomo, democrático e deliberativo por meio do apoio à criação e efetivação de conselhos locais, conselhos municipais, estaduais e nacional de políticas públicas levando em consideração as especificidades locais, como polo rural, comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhos, povos do campo e das florestas, fomentando a participação das comunidades sobre a importância do controle social para a defesa da cidadania com a criação de material informativo bem como a divulgação nos meios de comunicação e estabelecimentos de parcerias Intersetoriais com o objetivo de legitimar os conselhos como espaço de gestão participativa, além da disponibilização de infraestrutura, apoio logístico e material, ouvidorias, recurso financeiro para o efetivo funcionamento, com a garantia do financiamento pelas três esferas de governo, para custeio do controle social com repasse fundo a fundo, melhorando a fiscalização e a efetivação da prestação dos serviços públicos.

Belo Horizonte, 05 de setembro de 2015.
Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Ederson Alves da Silva
Vice-presidente CES/MG

Jurandir Ferreira
Secretário Geral CES/MG

VI. MOÇÕES

MOÇÃO DE APOIO

Número: 010

Criação e implantação de Fórum Permanente ou Câmara Técnica Intersetorial (em todas Regionais de Saúde), com encontros semestrais para avaliação e acompanhamento das propostas aprovadas e dificuldades locais.

Justificativa: As conferências são espaços amplos para discussão e decisões, mas não existe o acompanhamento efetivo da implantação do que foi proposto e aprovado. É no município que os problemas acontecem e nas Regionais ocorrerá a facilitação em viabilizar soluções.

Deverão participar desses Fóruns ou Câmara Técnica Intersetorial os conselheiros municipais e os delegados eleitos na Conferência anterior (municipal). A mobilização vai gerar ganhos sociais para a saúde e o SUS, nos municípios.

Número: 001

Maior acessibilidade de cirurgia para pacientes com esclerose mesial temporal e crise parcial complexa (crise epiléptica).

Número: 008

Tendo em vista os ataques sistêmicos e sistemáticos do sistema capitalista (saúde como mercadoria) contra o SUS que tem princípios de cuidado integral, acesso universal e público.

Tendo em vista a necessidade de criação de mais espaços e estratégias de reafirmação e politização das conquistas do povo brasileiro, propomos:

A criação do Dia Nacional de Luta em defesa do SUS, dia 19 de setembro (dia da promulgação da lei 8.080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde – SUS).

Número: 011

Pela efetivação da jornada de trabalho de 30 horas para Assistentes Sociais. Os participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais, reunidos no Expominas nos dias 1º e 4 de setembro de 2015, apoiam a reivindicação da Categoria de Assistente Social junto ao Governo de Minas pela implementação da Lei nº 12.317, sancionada pelo então Presidente Lula em 26 de agosto de 2010, que alterou a lei que regulamenta a profissão, Lei Federal nº 8.662/1993, em seu artigo 5º, alínea A, garantindo a redução de jornada de trabalho para 30 horas semanais. A conquista desse direito possibilita diminuir a sobrecarga do trabalho, com vistas a resguardar a saúde da trabalhadora e do trabalhador sem alterar estruturalmente a organização do trabalho. Assistentes sociais estão historicamente inseridos nas políticas sociais. A luta por melhores condições de trabalho para assistentes sociais é um compromisso histórico do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e de todos os Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do Brasil e se insere na luta pelo direito ao trabalho com qualidade para toda a classe trabalhadora, conforme estabelece nosso Código de Ética.

Numero: 012

Nós, delegadas e delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, apoiamos as lutas da Enfermagem, maior contingente da força de trabalho do SUS, composta por auxiliares de enfermagem, técnicas e técnicos de enfermagem, enfermeiras e enfermeiros que historicamente contribuem para a efetivação das políticas de saúde e

ampliação do acesso aos serviços. Denunciamos a criminalização e responsabilização da categoria pela grande mídia e sabemos que essas trabalhadoras e trabalhadores atuam sob condições precárias de atendimento, longas jornadas de trabalho, escassez de recursos e dimensionamento insuficiente de profissionais. Tais condições favorecem a propagação de ataques midiáticos ao Sistema Único de Saúde, financiados por corporações de interesse privado, que por sua vez exploram a Enfermagem com baixos salários, extensa carga horária e condições de trabalho insalubres. Dessa forma, apoiamos a aprovação e solicitamos andamento para a tramitação do Projeto de Lei (PL) 2.295/2000 que regulamenta a carga horária desses profissionais e o Projeto de Lei (PL) 459/2015 que dispõe sobre o piso salarial da categoria.

Número: 013

Nós, Delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, apoiamos a greve das técnicas e dos técnicos administrativos, docentes e discentes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), localizada no município de Uberaba, Minas Gerais. A greve na UFTM expressa a continuidade de uma luta histórica da comunidade universitária contra a privatização e mercantilização da educação pública, e se coloca como necessária e urgente, frente à falta de respostas do governo federal à pauta de reivindicações dos professores federais, aos ataques ao ensino superior público e aos direitos dos trabalhadores.

As Instituições Federais de Ensino (IFE) de todo o país, dentre elas a UFTM, vivenciam um aprofundamento da precarização das condições de trabalho e de estudo; desestruturação da carreira dos professores das IFE, com aprofundamento das perdas salariais da categoria e da perda da aposentadoria com salário integral, aprovação de leis que permitem o fim dos concursos públicos, da estabilidade no emprego, e apontam para a contratação terceirizada de docentes, técnicas e técnicos para a IFE. Frente a esse cenário conclamamos a comunidade a apoiar o movimento que tem buscado articular os vários segmentos a participar das ações de luta na defesa intransigente da construção de uma Universidade brasileira efetivamente pública, gratuita, autônoma, laica e de qualidade.

Número: 014

Nós, delegadas e delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, apoiamos as centenas de famílias que realizaram ocupações em terrenos que não cumprem sua função social no espaço urbano há mais de 50 anos, impulsionadas pelas precárias condições de vida e trabalho, pela especulação imobiliária e também pela focalização e seletividade das políticas sociais de moradia (um direito social garantido pelo artigo 6º da Constituição Federal de 1988). Essas ocupações, feitas desde fevereiro de 2015 vem sendo realizadas por trabalhadoras e trabalhadores de Campo Florido que buscam apoio dos diversos setores da sociedade, tendo em vista que, além da moradia, instaura-se uma luta contra a injustiça social vivida em todo Triângulo Mineiro e no país. As centenas de famílias acampadas no município de Campo Florido, Minas Gerais, são compostas por trabalhadoras e trabalhadores, crianças e idosas e idosos e diariamente vivenciam precárias condições de trabalho, habitação, alimentação e saneamento básico. Desde a ocupação, estas famílias têm resistido à criminalização do movimento na cidade e região, bem como lutado para fazer jus ao direito à moradia em Campo Florido, MG.

Também, não pactuamos com todas as formas de criminalização da luta do Movimento Vitória de Campo Florido, pois lutamos contra todas as formas de preconceito e injustiça social, que neste caso se assenta na concentração da propriedade privada no espaço urbano.

PELO DIREITO À VIDA! PELO DIREITO À MORADIA!

Número: 015

Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão executivo do Ministério da Saúde, é uma das instituições do Governo Federal presente em todo território nacional e responsável em promover a inclusão social por meio de ações de saneamento e saúde ambiental na prevenção e controle de doenças e agravos ocasionados pela falta ou inadequação nas condições de saneamento básico em todos os municípios de até 50 mil habitantes, na área rural e áreas de interesse especial, como assentamentos, remanescentes de quilombos e reservas extrativistas. Conforme o Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB) a Coordenação do Saneamento Rural é da competência da Funasa e nós delegadas e delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais solicitamos que seja garantido pelo Ministério da Saúde e Ministério das Cidades esta coordenação, incluindo o saneamento em áreas indígenas e que as intervenções de saneamento no SUS seja em conformidade a Lei nº 141 de 13 de janeiro de 2012 e que tenha sustentabilidade ambiental na gestão, operação e manutenção.

Número: 022

Moção de Apoio ao Controle Interno do SUS. Nós, delegadas e delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais apoiamos a Carta em apoio ao Controle Interno do SUS, que será levada à 15ª Conferência Nacional de Saúde. As trabalhadoras e trabalhadores do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) em Minas Gerais apoiam, na íntegra, o documento elaborado em conferência realizada em Brasília, no último dia 5 de agosto, que reuniu trabalhadoras e trabalhadores do SNA de todo o Brasil com participação do Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS Sindical) para o fortalecimento do controle interno do SUS. Fortalecer o SUS é fortalecer também o seu sistema interno de controle, por um Sistema Nacional de Auditoria (SNA) organizado e efetivo cuja função é verificar a execução das ações e serviços de saúde quanto aos aspectos técnico-científico, contábil, financeiro e patrimonial do SUS, que seja um instrumento de apoio à gestão.

O SNA foi criado em 1993 e, ao longo desses 22 anos, pouco tem sido feito para que cumpra o seu papel no tocante às necessidades de uma ação cuidadora e preventiva quando se trata da qualidade dos serviços e uso adequado dos recursos destinados ao SUS. Em face das dificuldades encontradas foi articulada em 2015 a instalação de uma Frente Parlamentar Mista em Defesa do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, com o objetivo de implementar políticas públicas para a reestruturação dos serviços de fiscalização e controle interno do SUS, combate à corrupção e ao desperdício de recursos de saúde. A exemplo do Legislativo, entendemos que o espaço da Conferência Nacional de Saúde, não só é oportuno como é um fórum legítimo para debater e acolher as demandas do SUS, que transformadas em propostas, comporão a carta maior das reivindicações da sociedade civil para o aprimoramento do SUS. Por isso, acreditamos que o tema “auditoria do SUS” deva estar inserido no relatório final da 15ª Conferência Nacional de Saúde e assim sugerimos como propostas a serem debatidas e defendidas:

Eixo I – Direito à Saúde, garantia de Acesso e Atenção da qualidade Os entes federados, por meio do SNA, deverão realizar auditorias operacionais sistemáticas para verificar a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das políticas públicas de saúde e, se o cuidado dispensado às pessoas atende ao Direito à Saúde, garantia de acesso e atenção de

qualidade com a finalidade de promover o aperfeiçoamento e a instrumentalização da gestão.

Eixo IV – Financiamento do SUS e Relação Público-Privada

Que os entes federados aprimorem seus mecanismos de controle interno e estruturam o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, de modo a atender os dispositivos da Lei Complementar (LC) nº 141/2012.

Eixo V – Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde: Que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e Distrito Federal (DF) e Municipais de Saúde, fortaleçam o Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), por meio do estabelecimento de uma Política Nacional de Auditoria do SUS (PNAS), conforme deliberado na 13ª Conferência Nacional de Saúde, contemplando os principais aspectos: auditoria como atividade típica de Estado, financiamento tripartite, equipes multiprofissionais e governança do SNA com autonomia em cada esfera de governo.

Número: 029

Moção de apoio à deliberação nº 2.155 de 2015, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG) que suspende temporariamente a gestão dos hospitais pelo município de Montes Claros, transferindo-a para o Estado de Minas Gerais. A suspensão ocorreu em função do esgotamento da tentativa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) de mediar conflito entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Montes Claros e prestadores hospitalares, causada principalmente pelo sistemático atraso de pagamentos que vem ocorrendo há cerca de dois anos, colocado em risco à assistência de um milhão e seiscentas mil (1.600.000) de pessoas no município de Montes Claros e tem o apoio dos demais 85 gestores municipais da Região Ampliada de Saúde. Essa moção de apoio é essencial para que todo segmento da saúde respeite os ritos do SUS e o regimento da CIB-SUS/MG.

Número: 031

“Sem água não há vida, sem vida não tem como falar da saúde. Portanto, sem água não tem saúde”. Faço apelo à 15ª Conferência Nacional de Saúde e ao povo brasileiro, que conclamam a água como tema indispensável, transversal e direito à saúde, contra a privatização e à mercantilização da água e, principalmente, contra a outorga de uso da água como meio de transporte de minério (mineroduto), que assoreia as bacias de rios e leva ao rebaixamento de lençóis freáticos, destruindo o ecossistema e a biodiversidade. A título de exemplo, as empresas Vale, Anglo América, Manabi, etc., retiram entre 2.500 a 4.500 m³ (metros cúbicos) de água por hora, das bacias dos rios Piracicaba, Santo Antônio e Doce, entre outros.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Número: 016

Nós, delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, repudiamos a interferência da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) na gestão da saúde dos municípios sem a consulta prévia e deliberação dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde, como aconteceu recentemente em Montes Claros. Exigimos da SES/MG que as instâncias do controle social sejam respeitadas.

Número: 021

Eu peço a redução gradativa da contratação de terceirizados para administrar serviços públicos. A revogação da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, que por sua vez vem permitindo ao longo dos anos a terceirização dos serviços públicos de saúde. Cumprindo a Lei nº 8.080/1990 que diz que ocorre em caráter complementar e enquanto houver a dependência do SUS pelo setor privado. O setor privado deve ser regulado pelo público, contratado pelos princípios da administração pública, com controle social e conselhos de saúde.

Número: 024

“Remanescentes quilombolas”. Há um ano solicitamos da Fundação Palmares o registro do autorreconhecimento enquanto remanescentes quilombolas. Nenhuma providência concreta foi tomada para que as demandas pertinentes a nossa etnia fossem adquiridas, ficando assim a ASSOCIAÇÃO DE POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAL GORUTUBANOS NATOS DE JANAÚBA – MG (Aucotrag), sem participação legítima enquanto entidade em diversas camadas. Contamos com o apoio da assembleia para não ficarmos excluídos das políticas públicas e demais demandas.

Número: 030

Combater o Projeto de Lei (PL) nº 4.330/2004, que permite a Terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, rompendo todos os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiras e brasileiros.

MOÇÃO DE APELO

Número: 002

Inclusão na tabela SUS o Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT), indicada para tumores de próstata, de cabeça, de pescoço, ginecológicos, gastrointestinais e tumores do Sistema Nervoso Central, tumores pediátricos devido à alta capacidade de redução de dosagem em tecidos sadios.

Número: 003

Eu, Paulo da Silveira Chaves, participo da Sociedade São Vicente de Paulo, Pastoral da criança, Encontro de Casais em Cristo (ECC), Cursilho venho, através desta, apelar ao Ministério da Saúde (MS) que aumente o número de leitos nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) para atender pacientes em tratamento oncológico.

Número: 004

Quebra de patente na comercialização de suplemento alimentar para atender pacientes em tratamento oncológico (câncer).

Número: 005

As delegadas e os delegados presentes na 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, apoiam a reivindicação dos indígenas não aldeados e que vivem nos Centros Urbanos e nas regiões de Minas Gerais, e no país e que lutam por atenção diferenciada e acompanhamento à saúde em todos os níveis da assistência de acordo com as especificidades dos próprios povos e sua culturalidade e pela criação e destinação de espaços públicos para que sejam realizadas atividades de saúde. Pelos direitos a esses povos. Pela imediata revogação da Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 215/2000.

Número: 007

O Ministério da Saúde tem disponibilizado a rede SUS para algumas Associações Pais e Amigos Excepcionais (Apaes). Venho através dessa moção solicitar a disponibilização da rede SUS para todas as Apaes, visto que essas entidades vem prestando serviços na área da saúde para os municípios e tem passado por grande dificuldade financeira. O funcionamento do SUS nas Apaes vai dar atendimento especializado para os deficientes intelectuais e múltiplos.

Número: 009

Os governos (município, estado e união) não financiar a saúde privada e sim financiar saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Número: 017

O crescimento da população humana é acompanhado pelo o crescimento concomitante e desordenado de população de animais, sinantrópicos e domésticos, aumentando o desequilíbrio ambiental e proporcionando o aparecimento de agravos à saúde, seja pela transmissão de zoonoses, seja por causar acidentes e agressões, gerando danos ambientais e culturais. Assim sendo, solicitamos que a saúde se adeque à realidade e crie novas políticas de controle de populações animais que agreguem a defesa da saúde e do ambiente, respeitando o bem estar animal.

Número: 019

As pessoas idosas solicitam a inclusão de “cuidador de idosos” no quadro profissional dos hospitais conveniados com o SUS, com o objetivo de acompanhar os idosos hospitalizados.

Belo Horizonte, 05 de setembro de 2015.

Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Ederson Alves da Silva
Vice-presidente CES/MG

Jurandir Ferreira
Secretário Geral CES/MG

MIX DE FOTOS DA PLENÁRIA DE MOVIMENTOS SOCIAIS (PASTA- FOTOS MOVIMENTOS SOCIAIS)

Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais e Populares

22 de Agosto de 2015 - Auditório da Faculdade de Medicina da UFMG



8ª Conferência
Estadual de Saúde
Minas Gerais



Ata da Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais e Populares da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Belo Horizonte

2015

Sumário

Ata da Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais e Populares da 8ª Conferência Estadual de Saúde. 65

Anexo 02 - Propostas dos grupos de discussão 70

Anexo02 - Lista de presença.....**Erro! Indicador não definido.**

Ata da Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais e Populares da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Na data de vinte e dois de agosto de dois mil e quinze reuniram-se na faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, entidades de cunho popular, movimentos sindicais e sociais. Iniciados os trabalhos, ainda na parte da manhã, a mesa solicitou a apresentação do nome e entidade de cada presente na plenária para apreciação de todos os presentes. Posteriormente, foram relatadas as solicitações a serem conduzidas para a 8ª Conferência Estadual, descritas a seguir, segundo a formação de grupos de representações afins. A medida do possível, os depoimentos foram coletados durante o ato da fala e a partir do material escrito entregue na mesa da relatoria.

Iniciado os trabalhos das narrativas dos movimentos agrupados, Júlio, do movimento moradia de rua, relatou que há quatro consultórios de rua para atender mais de 300 pessoas, sem estrutura suficiente para atender a toda população, material e especialistas para atender a demanda. Ressaltou acerca das ocupações, sendo quase 20 na região de BH que não são atendidos pelo SUS por não ter referência (ACS não fazem o cadastro). Relatou quanto à necessidade do aumento do número de equipamentos. No interior, por exemplo, Governador Valadares existe apenas um local para consulta. Referente às ocupações na região metropolitana de Belo Horizonte constata a falta de assistência do SUS devido à falta de vinculação/referência. Colocou que políticas são demandadas para atender essa população. A representação da população de rua denunciou seu acometimento por uma série de doenças que necessitam de tratamentos no hospital. Colocou que não possuem alimentação adequada, sendo caros os tratamentos. Afirmou que pessoas não tem o mínimo de condições precisam de casas de apoio. A higiene faz parte da saúde. Devem ser instalados sanitários públicos e banheiros, os quais, muitas vezes são pagos, como ocorre em Belo Horizonte. Muitos locais não aceitam moradores de rua os quais tem dificuldade para tomar banho. Dentre 1.827 pessoas, 45% vivem no centro de BH.

Movimento de juventude, Vinicius, relatou a falta de sensibilidade ao atendimento da juventude negra, feminina e LGBT, falta de acompanhamento no âmbito sexual a mulheres lésbicas, manifestou-se contra o ajuste fiscal e cortes da saúde, medicalização da infância, profilaxia pós exposição, da família no campo, harmonização do sujeito Trans, protocolo transexualizador (acesso), falta de acesso aos especialistas, dentistas, pediatra entre outros via SUS, sendo que crianças e adolescentes, sobretudo a juventude rural não tem acesso, pois os médicos não vão a esses locais. Saliou o preconceito com a juventude do campo, racismo institucional contra a juventude, dificuldade de participação dos jovens nos espaços devido a barreiras como a linguagem técnica, além de particularidades como especialistas em dias de semana e horário não acessível por causa de estudo e trabalho. Pontuou o acesso via protocolo transexualizador. Colocou a falta de acompanhamento por mulheres negras, LGBT, profilaxia pós-exposição e falta de acesso ao programa saúde da família.

Alexandre da tribo Pataxó, colocou que deve-se facilitar o acesso dos indígenas em instituições de saúde na atenção secundária e terciária. Há falta de política específica para recursos hídricos e saneamento, falta de política específica para prevenção e tratamento dos problemas relacionados ao uso de drogas e álcool, falta de fiscalização das GRS nos municípios com populações indígenas. Implementação e criação comitê técnico da população negra. Marinalva, do grupo dos Índios no Conceito Urbano, relatou problemas das comunidades indígenas de MG, onde os municípios não reconhecem os indígenas como munícipes dificultando o acesso aos serviços públicos de saúde como exames laboratoriais, especialistas, leitos para internação e transferência de indígenas hospitalizados. Demandou capacitação para profissionais de saúde quanto à cultura indígena, reconhecimento das demandas em contexto urbano, elaboração de projetos de sustentabilidade para as comunidades indígenas respeitando a história e cultura de cada povo.

Maria Catarina, Movimento Sindical e Centrais de Trabalhadores, relatou fechamento da área de abrangência para atendimento dos trabalhadores, manifestou-se contrária a criação de perícia medica privada e em prol da perícia medica do SUS, não à terceirização da saúde, política de saúde especifica para doenças características do mundo do trabalho, atendimento por mapeamento geográfico que impede o trabalhador, ausência da CIST (Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador e trabalhadora no CEREST), educação continuada dos funcionários do SUS no atendimento à saúde do trabalhador. As forças populares se colocaram mediante os focos importantes de luta a partir de 2011 frente ao PSDB. Não à terceirização da saúde.

Lilian Naves, movimentos de patologias, relatou dificuldades dos profissionais em realizar um bom diagnóstico para fazer referência e contra referência, dificuldade de acesso a medicamentos de alto custo para doenças crônicas, burocratização para realização de cirurgias e dificuldade para acesso aos leitos para pacientes com DST-AIDS.

Érico, movimento sindical dos trabalhadores, demandou flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) quanto ao limite de gasto com pessoal na área da saúde para investir na contratação de profissionais de saúde para o SUS, realizando concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU). Demandou a criação da Carreira Única do SUS, pactuada entre as três esferas de governo, contemplando todos os trabalhadores, isonomia salarial por nível de formação, valorizando, de forma diferenciada, a dedicação exclusiva, a interiorização, a qualificação e o tempo de serviço, garantindo o piso salarial, o Plano de Carreira e jornada máxima semanal de 30 horas. Érico relatou acerca que a dificuldade de acesso ao SUS advém das péssimas condições de trabalho, baixos salários, pisos salariais não garantidos, plano de carreira inadequado que não caminha para as 30h. Relatou que as demandas do trabalhador não são levadas a sério pelos órgãos do governo,

porém, é o trabalhador o agente que conduz às pautas citadas anteriormente. Reforçou que deve-se avançar na implementação das deliberações da XIV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, comprometendo todos os níveis de gestão, assegurando recursos fundo a fundo para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio de bloco específico, matricialmente desde a atenção básica até a alta complexidade, garantindo transparência nos gastos e investimentos, gestão pública nos CEREST's com controle social e monitoramento pelos vários CIST/Conselhos de saúde.

A representação da associação “Nascentes de Água e Recursos Hídricos” relatou que os cemitérios são criados aleatoriamente para atender ao setor privado e contaminam as águas. Colocou a necessidade de regulamentação com controle social juntamente a Vigilância Sanitária. Afirmou que o controle social da saúde deve avaliar a transposição da água do rio São Francisco, que os planos diretores devem contemplar usinas de reciclagem para reaproveitamento do lixo de modo a evitar focos de dengue e outras epidemias, que deve ser instituído o cadastro das nascentes e devem ser fiscalizadas junto ao setor imobiliário. Finalizou dizendo “Água é vida, meio Ambiente é qualidade de vida. Sem saúde não temos vida. Água tratada para todos, rede de esgoto para todos.”

Bárbara, movimentos de mulheres, relatou acerca das mulheres que são identificadas de forma objetivada pela sociedade, cujas crenças levam a colocar seu corpo como objeto de posse, desejo. Esse corpo não pode sofrer violência doméstica e feminicídio. Deve ser conquistada a autonomia da mulher ao pronto-socorro, aborto que vitima milhares de mulheres, não esquecendo-se das especificidades da saúde da mulher negra. Deve-se aumentar a representação das mulheres nos conselhos de saúde, respeitando-se a representatividade.

Eva, CONEM e movimentos sociais negros, requisitou a criação do comitê técnico de saúde da população negra, quilombola e de matriz africana. Beatriz, povos de terreiro, movimento negro apresentou a demanda para a aposentadoria dos pacientes com anemia falciforme. Ainda, afirmou que deve ser efetivado o acolhimento ao SUS de homens e mulheres negras, sobretudo grávidas. Denunciou a violência ao povo negro e classes de matriz africana, racismo religioso e racismo institucional. Colocou que os sistemas de informação são divididos em dois momentos: i) população negra (como procurar), ii) comitê da CIB, o qual não foi aprovado.

Marlene, MST junto ao coletivo MLST, atentou pela saúde e vida dos trabalhadores rurais. Colocou que não há acesso às consultas, sendo que os trabalhadores sem-terra não são recebidos por não possuírem a comprovação de residência exigida (conta de luz). Profissionais de postos de saúde não são devidamente preparados para receber habitantes de assentamentos sem água, luz e moradia. Afirmou que devem ser resgatadas práticas populares medicinais. Ainda, colocou o desconhecimento do histórico de vida das pessoas ao chegarem às unidades básicas por parte dos seus profissionais.

Fernanda, seguimento das mulheres bissexuais e Lésbicas, pontuou contra a discriminação no atendimento, exigindo respeito à saúde integral das mulheres Lésbicas. Ressaltou que, muitas vezes, essas mulheres são mães, sendo que, no atendimento ginecológico a situação é mais grave, com agressões físicas e ações inadequadas, muitas vezes devido à inadequação do profissional para fazer as perguntas corretas, inibindo o retorno. Colocou que a prevenção deve ir para além do uso da camisinha, pois fala-se que não há risco entre as mulheres, desprotegendo muitas mulheres. O sistema deve lembrar que nem todas as mulheres são heterossexuais. Relatou acerca das atividades dos movimentos lésbicos em Ipatinga, Belo Horizonte e vários lugares do Estado de Minas Gerais.

Roberta, Movimento Saúde Mental, também representou os movimentos das pessoas com deficiência e atentou quanto à discriminação no serviço do SUS: UBS, UPA, hospitais gerais e outros, preconceito da secretaria municipal de saúde com a rede de saúde mental (por exemplo em Ouro Preto). Relatou a falta de médicos na atenção básica, falta de material para os serviços CAPS e centro de convivência. Demandou que o acesso à informação sobre o andamento de processos de próteses, órteses deve ser facilitado. Colocou a ausência de equipamentos adequados para exames preventivos, ginecológicos e rede de atenção para pessoas com deficiência. Requisitou atenção a demandas por alimentação diferenciada, ainda, ritalina e risperidona não são fornecidas, bem como acompanhamentos pontuais às famílias e seus deficientes pelos profissionais de saúde nas residências. Encerrou afirmando que a inclusão efetivamente não existe.

Ábida, saúde mental, relatou que há falta de médicos na atenção básica e UPAS, material de serviço nos CAPS e centros de convivência. Afirmou que o Estado deve implantar, consolidar e favorecer a saúde mental, álcool e outras drogas. Salientou que deve-se reafirmar o caráter público da saúde mental, revisando todas as formas de terceirização e privatização, ainda, que o SUS deve dar mais atenção a essa população pois todos possuem dificuldades, mulheres, homens, indígenas, seguimentos, etc e os usuários que possuem necessidades de tratamentos diferenciados devem ter cuidados mais avançados.

Brenda Santunioni, movimento Transexuais, relatou o constrangimento, automedicação, exclusão das políticas de saúde, profissionais da saúde que não estão capacitados para receber travestis e transexuais, lazer, cultura e educação, saúde mental. Colocou que não são as únicas homossexuais, pontuando as diferenças das solicitações. O SUS deve ter profissionais capacitados para atender a essa população bem visível (notável) e perguntar o nome social, para que o atendimento seja feito com mais dignidade. Demandou práticas de tratamento hormonal. Afirmou acerca da exclusão das políticas de saúde, principalmente aos profissionais que fazem programa, bem como acerca da burocracia a respeito de políticas para atender a população. Colocou que a outra parte da saúde para além do médico e do remédio é o lazer, cultura e educação da população travesti e de transexuais. Relatou acerca da dificuldade de acesso ao sistema de saúde: questões sociais, política, gestão e estrutura, criminalização pela sociedade, homofobia, fundamentalismo religioso com interferência (e.g. evangélicos). Pontuou que a política da população LGBT, aprovada em 2011, não foi implementada em

Minas Gerais, não havendo atendimento integral a essa população, sendo necessário posicionamento do Estado quanto ao seu caráter laico e quanto ao tratamento ao gay.

Maria da Conceição Duarte, aposentados e idosos, citou a orientação do pintor Pablo Picasso: “mesmo que tiver cem anos, não deixe de aprender”. Relatou acerca da falta de reconhecimento do idoso, ainda quanto a discriminação dos idosos menos favorecidos/esclarecidos. Denunciou o desconhecimento pela população do estatuto do idoso, não reconhecimento das necessidades das doenças crônicas e degenerativas, tais como doenças renais, hemodiálise e Parkinson. Demandou atenção à Casa do idoso e ao acolhimento e humanização do atendimento aos idosos. Pediu maior atenção à política de atendimento de apoio aos idosos aos postos de saúde. Colocou a exclusão do atendimento privado pelo SUS e falta de capacitação dos funcionários da saúde que não sabem atender idosos. Salientou que, muitas vezes, falta vocação, havendo apenas o interesse do provento financeiro.

Édson Epifânio, Carmo do Cajurú, congadeiros, conclamou Congadeiros de Carmo Cajuru de todo centro oeste, à irmandade de Carmo Cajuru, que completa, em outubro, 133 anos de documento e aproximadamente 250 anos de festa da Nossa Senhora do Rosário com aproximadamente 1.500 congadeiros em todo centro oeste e 20.000 em Minas Gerais, registrado como patrimônio histórico da humanidade. Colocou que todos os órgãos governamentais acreditam cuidar do patrimônio histórico apenas ao reformar e conservar através de obras e mais obras, porém, o congado não pode sofrer reformas com cal, cimento e gesso, porque somos seres humanos que formam este patrimônio histórico que Minas Gerais tanto se orgulha. Colocou que são necessárias políticas públicas para cuidar da saúde desse povo que vem se definhando e morrendo devido a condições precárias de saúde, uma vez que somos todos seres humanos. Denunciou que o trabalho dessa população ocorre com elevada carga horária, sem assistência, muitas vezes levando ao atendimento por particulares por não conseguir no sistema público. Cobrou do SUS o reconhecimento, dada a face de patrimônio histórico, sendo devidamente valorizada.

Simone Carvalho, Observatório Social de BH, informou que estudam em seu grupo de pesquisa as contas públicas e licitações de modo a promover o controle social, para contribuir para uma nova atuação de controle de saúde nas esferas municipais, estaduais, e federal, dificuldade e reivindicações, fiscalização dos conselhos de saúde nos municípios para sua real implementação, maior transparência e controle dos repasses e políticas públicas aplicadas e sua utilização. O observatório estuda a formação e aquisição de medicamentos e questões farmacêuticas, além de possuir um projeto piloto que inclui a alimentação escolar e PSE. Informou que, em 2016, haverá participação da comunidade na gestão das caixas escolares e, ainda, em projeto junto à relatoria pública da infância e da juventude, conseguiram fazer a inclusão e participação da sociedade. Colocou que, nos municípios, falta o controle, sendo muitos fictícios. Várias prefeituras realizam a prestação de contas no mesmo computador. Políticas mais efetivas devem ser feitas na questão álcool e drogas. Finalizou dizendo que o movimento é favorável a reforma política e reforma fiscal.

Alexandre, movimento indígena, relatou que os municípios não reconhecem os indígenas e dificultam o acesso aos serviços de saúde, tais como exames laboratoriais, consultas especializadas, leitos e interação, transferência entre hospitais. Demandou capacitação para trabalhadores de saúde quanto à cultura indígena. Colocou que deve-se reconhecer as demandas de saúde dos povos indígenas com a elaboração dos projetos de autosustentabilidade respeitando a história cultural de cada povo e facilitar o acesso dos indígenas às instituições de saúde na atenção secundária e terciária, e recursos hídricos saneamento básico. Atentou acerca da falta de políticas específicas para tratamentos relacionados a álcool e drogas. Finalizou dizendo que, muitas vezes, não há uma boa relação do sistema com a comunidade indígena.

Shirlei Krenak colocou que as pessoas que trabalham no SUS não o fazem de maneira inteiramente correta devido à falta de capacitação. O processo de capacitação é histórico. Contudo, as pessoas alocadas não conhecem sua história. A formação deve contemplar esse trabalho de conhecimento histórico, desde as crianças e jovens.

Sandra Maria da Silva, quilombolas, apontou que, dentre as dificuldades, ocorre falta de tratamento específico no atendimento dos municípios, em que há demora nas consultas. Afirmou que, muitas vezes, o valor do procedimento tem que ser dividido com a unidade de saúde. Salientou que deve haver uma união município, estado e federação para que haja unidades PSF. Denunciou a falta de comprometimento dos gestores, por desconhecimento ou má vontade, não são atendidas as especificidades da população negra, por exemplo, quanto à solicitação de exames para prevenção e promoção. Salientou que deve haver capacitação para os gestores municipais, pois, embora muitos tenham boa vontade, não tem conhecimento. A Secretaria Estadual de Saúde deve fazer orientações aos municípios.

Gervásio, movimento parkinsoniano, demandou disponibilização do adesivo Neupro pelo estado, manutenção de fornecimento do medicamento Mantidan na rede do estado, instalação de um centro e núcleos regionais de doenças, cirurgia DBS-desburocratização, facilitação, da cirurgia pelo SUS para os parkinsonianos, Disque Parkinson um número de 0800 disponibilizado ao parkinsoniano, isenção de tributos, na compra de veículos que facilitem a vida do parkinsoniano, transporte, passe livre, acessibilidade, isenção de impostos (IPTU, IPVA, etc) adesivo de trânsito para embarque e desembarque. Colocou que a aposentadoria por tempo de serviço não cabe a essa doença progressiva. Ressaltou que alguns medicamentos, sobretudo nas pequenas cidades, não são adquiridos pelo poder municipal e não são encontrados neurologistas no SUS. Pontuou que um particular chega a custar 1.300 reais. Afirmou que doenças como Alzheimer, EM, etc, merecem educador físico, fisioterapeuta, etc. Ainda, colocou que a cirurgia feita pelo SUS deve ser disponibilizada no interior. Finalizou dizendo que através do associativismo, cooperativismo é possível fazer uma saúde melhor.

Lúcia Helena, Associação de Catadores. Afirmou : “Na saúde, não temos direito a nada. Coletamos materiais nas casas das pessoas e não temos fiscalização para nosso exercício”.

Túlio Henrique, economia solidária, colocou que a economia solidária é a contramão do capitalismo a partir da autogestão e, embora vise o lucro, não visa a exclusão, pois inclui pedreiros, arquitetos, etc. Os transgênicos são proibidos fora do país, contudo aqui no Brasil as informações não são sequer prestadas ao consumidor. Colocou que deve ser realizado o cadastro da economia solidária. Afirmou que não basta ter o acompanhamento, deve haver disponibilidade no SUS. Ainda, pontuou que é necessário um horário para o trabalhador do campo o qual deve ter um acesso a cidade mais próxima, contudo, muitas vezes, não são contemplados. Salientou que a monocultura do latifundiário, muitas vezes, impossibilita ao trabalhadores acesso ao sistema de saúde. Colocou, ainda, que devem ser resgatadas práticas medicinais integrativas para que haja uma reciprocidade, identidade com o tratamento.

Carlos Amaral, Comunidade Ciganos do Estado de Minas Gerais, ressaltou a união dos movimentos para ganhar a luta, dado que a união é para fortalecer cada um de nós. Apresentou a situação desse povo acerca da falta de água, luz, dificuldades quanto a falta de comprovação de endereço (conta de luz), posicionando que muitos se tratam com ervas. Pediu que os governos enxerguem as dificuldades desses povos por todo o Brasil.

Ana Afro, conselho de igualdade racial, colocou que, quanto à medicina alternativa, existe uma lei não implementada. Salientou que a medicina alternativa, das plantas, das ervas, das benzedadeiras tem grande importância e funciona, devendo o SUS contribuir para sua efetivação. Afirmou que “Quando descobrirem que um chá de erva cidreira alcama, o rivotril vai perder”.

Frank Carvalho, Pastoral da Saúde, colocou a necessidade de abrigo para acompanhantes de pacientes do SUS e pacientes com alta que não tenham onde se recuperar e alimentar pós-tratamento.

Foram elencados, de forma não exaustiva, a presença dos seguintes movimentos: Movimentos de mulheres, Movimentos GLBT, Movimentos de idosos e aposentados, Movimentos de populações de rua, Movimentos de pessoas com deficiências, Movimentos sem terra, Movimentos quilombolas e negros, Movimentos de juventude, Movimentos ambientalistas, Movimentos antidrogas, Movimentos de economia solidária, Ademoc, Agentes de pastoral negros, ANBB Associação da nascentes, Associação barbacenense de ação contra a AIDS, Associação de apoio aos transplantados e familiares de MG, Associação de deficientes físicos de Uberaba, Associação de doentes renais e transplantados de Divinópolis, Associação de Esclerose múltipla de Minas Gerais, Associação de moradores de quilombolas, Associação de pessoas com deficiência de Lavras, Associação dos diabéticos de Belo Horizonte, Associação dos povos indígenas de Belo Horizonte e Região metropolitana, Associação loucos por direito, Associação dos usuários da rede mental de Ouro Preto – Acolher, CM de enfrentamento da violência contra as mulheres, Coletivo de Feministas, Coletivo negro de residentes, Coletivo Negros de Residentes, Colônia Santa Izabel Betim, Comunidade quilombola da pontinha, CONEN, Confederação brasileira de aposentados pensionistas e idosos, Congadas do Sul de Minas, Conselho de Saúde Ribeirão da Neves, Conselho Municipal de Saúde de Diamantina, CTMP – Central de movimentos populares, Fórum em Defesa do SUS, Grupo de apoio amor, Instituto parkinsoniano de Minas Gerais, Instituto superação do autismo de BH, JCD – Jovens contra as drogas, Marcha mundial de mulheres, Movimento LBT, Movimento libertação dos sem terra, Movimento Nacional Unificado, Movimento Popular de Moradia, MST, Pastoral da Criança, Pastoral da terra de Uberlândia, Povo Xucuru Kariri, Quilombo, Rede Unida de Saúde, Sindaúde, Tribo Cachisois e União Nacional de moradia popular. A relatoria pede desculpas por qualquer omissão de entidades ou falha na transcrição.

A lista de presença foi coletada indivíduo a indivíduo e encontra-se em anexo. As propostas dos grupos de discussão foram anexadas na íntegra em seguida.

Esta ata, redigida por Felipe Ferré (Cebes, Movimento da Reforma Sanitária) e Sabrina Teixeira Ribeiro (Sinttel, Sindicato dos Trabalhadores de Telecomunicação e Telefonia de Minas Gerais), apoiados por Maria Nazaré Anjo dos Santos (Coordenadora da relatoria da 8ª Conferência Estadual), encerrou-se com a plenária por volta das dezessete horas e trinta minutos da presente data.

Sem mais,

A Relatoria.

Anexo 01 - Propostas dos grupos de discussão

n	Grupo	proposta
1	01 Aposentados e Idosos	(1) CAPACITAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA SAÚDE COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DO IDOSO PRINCIPALMENTE, E À POPULAÇÃO EM GERAL.
2	01 Aposentados e Idosos	SABER ESCUTAR, PORQUE O IDOSO TEM DIFICULDADE EM EXPRESSAR O CONHECIMENTO DE SEUS DIREITOS.
3	01 Aposentados e Idosos	(2) OS APOSENTADOS E PENSIONISTAS IDOSOS PROPOEM QUE SEJA EFETIVAMENTE IMPLEMENTADA EM TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE A POLÍTICA NACIONAL DE ACESSO, ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.
4	01 Aposentados e Idosos	(3) SABER DIFERENCIAR O IDOSO NAS SUAS LIMITAÇÕES NA HORA DO ATENDIMENTO.
5	01 Aposentados e Idosos	(4) MAIS ATENÇÃO AOS PACIENTES DE DOENÇAS CRÔNICO –DEGENERATIVAS E NÃO TRANSMISSÍVEIS DOS IDOSOS.
6	01 Aposentados e Idosos	(5) SOLICITAR AOS PSF QUE NAS SUAS VISITAS DOMICILIARES AOS IDOSOS COMO ESTA SENDO CUIDADO PELOS FAMILIARES E SEMPRE VERIFICAREM SE ELES ESTÃO SENDO ADMINISTRADOS OS MEDICAMENTOS NOS HORÁRIOS E DOSAGENS PRESCRITAS.
7	01 Aposentados e Idosos	(6) SOLICITAR AOS GOVERNOS QUE INCLUAM NO PROGRAMA “MAIS ESPECIALIDADES “ GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ATENDER AO CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA.
8	01 Aposentados e Idosos	(7) TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO:
9	01 Aposentados e Idosos	PARA O TRATAMENTO DE CÂNCER (RADIOTERAPIA E QUÍMIOTERAPIA) E HEMODÍALISE SEJAM CRIADAS “ CASAS DE ACOLHIMENTO”.
10	01 Aposentados e Idosos	(8) TOMAR SEMPRE COMO REFERÊNCIA A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) , PARA REGULAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS E DEMAIS DEMANDAS. Implementar nas três esferas de governo a Política Nacional de Atenção à saúde LGBT, com caráter transversal e intersetorial, garantindo na atenção primária à saúde e nos demais níveis de atenção o atendimento integral à saúde para a população LGBT, em especial transexuais, trans, transgêneros e travestis, capacitando as equipes de Saúde da Família para ofertar atendimento específico e tratamento de forma igualitária, Humanizada e universal, contemplando a hormonioterapia, processo transexualizador, encaminhamento para os outros níveis de atenção, quando necessários, porém mantendo a coordenação do cuidado com as equipes de Saúde da Família.
11	02 Estudantil e juventude	Desburocratização e humanização do protocolo Transsexualizador, aumentando o número de vagas, adequando a oferta à demanda.
12	02 Estudantil e juventude	Reforçar a implementação do Programa “Mais especialidades”, aumentando os profissionais em pequenos municípios e áreas rurais, buscando o fortalecimento de equipes multi e interdisciplinares contemplando as 16 profissões prevista no SUS.
13	02 Estudantil e juventude	Proporcionar formação permanente para os profissionais do SUS, tendo em vista a perspectiva dos direitos fundamentais da juventude/adolescência dos grupos historicamente oprimidos
14	02 Estudantil e juventude	Organização da agenda voltada para
15	02 Estudantil e juventude	Financiamento integral do SUS para a Rede Substitutiva, voltada para o atendimento ao usuário de álcool e drogas. Não financiamento às comunidades terapêuticas.
16	02 Estudantil e juventude	Fortalecimento do Programa Saúde na Escola com implementação e solidificação dos programas já existentes.
17	02 Estudantil e juventude	Implementação do Programa Consultório na rua com vista especial para município de médio porte
18	02 Estudantil e juventude	Criação de um local de tratamento de crianças e adolescentes usuários de drogas
19	02 Estudantil e juventude	Construção de uma portaria de orientação técnica do Conselho Estadual de Saúde para os conselhos municipais, respeitando as peculiaridades regionais e locais para o desenvolvimento de atividades do controle social com horário noturno, adaptação da linguagem técnica e formação, tendo em vista fomentar a participação e protagonismo das juventudes nas instâncias de controle social do SUS
20	02 Estudantil e juventude	Realizar campanhas de conscientização do risco de transmissão de DST em relações sexuais lésbicas.
21	02 Estudantil e juventude	Garantir a assistência pediátrica nas Unidades básicas de saúde
22	02 Estudantil e juventude	Proporcionar a criação de fóruns locais e regionais com parceria com as universidades, movimentos sociais e populares com o objetivo de formar as juventudes sobre temas pertinentes à agenda de defesa do SUS público, estatal, universal e de qualidade e socialmente referenciado. Destacando o COAPES como uma estratégia.
23	02 Estudantil e juventude	Revogar a portaria que proíbe a doação de sangue por parte de H x H que estão em relacionamento estável. Sendo que não são apenas HxH que praticam sexo anal, sendo esse o motivo da negação da possibilidade de doação.
24	02 Estudantil e juventude	Reforçar por meio de políticas públicas, o atendimento humanizado e a erradicação da violência obstétrica, principalmente contra a juventude feminina, além disso, fortalecer o atendimento pediátrico na APS.
25	02 Estudantil e juventude	Fortalecer práticas intersetoriais entre a saúde e educação alertando para os riscos da medicalização da infância, por meio, de campanhas de televisão, rádios, redes sociais e demais mídias.
26	02 Estudantil e juventude	Repúdio a redução da maioridade penal e do projeto de lei 4.330 que libera a terceirização em todos os ramos de atividades, inclusive atividades fins.
27	02 Estudantil e juventude	Reservar 10% das vagas dos usuários da Conferência Estadual para a juventude, com paridade de gênero e étnico racial
28	02 Estudantil e juventude	Enfrentamento da criminalização étnica da juventude através da legalização e regulamentação das drogas
29	02 Estudantil e juventude	Potencializar articulações entre as políticas de saúde, educação, segurança alimentar e nutricional e assistência social, com objetivo de construir planos e programas de ações intersetoriais para assegurar o acesso das juventudes a alimentos e orientação nutricional
30	02 Estudantil e juventude	
31	03 Assentamentos e acampamentos	Descriminação das famílias quanto à falta de endereço.
32	03 Assentamentos e acampamentos	Que o SUS aceite uma carta redigida pelos próprios usuários declarando que os mesmos não possuem endereço registrado. Que o sistema entenda que os mesmos não podem, desta forma, apresentar comprovantes como contas de luz, telefone e outros. Esta carta então seria suficiente para que os usuários pudessem usufruir do SUS como qualquer pessoa.
33	03 Assentamentos e acampamentos	Falta de postos de saúde e atendimento familiar.

n	Grupo	proposta
34	03 Assentamentos e acampamentos	Implementação de postos de saúde e de atendimento familiar próximos aos assentamentos e acampamentos, ou mesmo dentro destes locais, assim como visitas periódicas de médicos e agentes de saúde às famílias. Que haja um acompanhamento periódico e regular com os pacientes mesmo após o término do tratamento incentivando a procura dos mesmos por uma boa qualidade de vida. Além, da valorização e capacitação do profissional de saúde aproximando-o da realidade da comunidade onde estão inseridos.
35	03 Assentamentos e acampamentos	Falta de saneamento básico.
36	03 Assentamentos e acampamentos	Implementação de uma medicina alternativa preventiva para evitar doenças futuras às famílias evitando assim mais gastos aos cofres públicos. Ainda, que o SUS pressione os órgãos competentes para que tomem as medidas cabíveis (tratamento e captação adequada da água) para evitar futuras doenças e despesas para os cofres públicos.
37	03 Assentamentos e acampamentos	Respeito cultural às tradições familiares.
38	03 Assentamentos e acampamentos	Inserção de métodos culturais e da medicina popular nos postos de atendimento, como benzedeiras e medicina integrativa (incentivo ao uso de plantas medicinais e remédios naturais). Que haja um debate dentro do SUS sobre o respeito quanto as tradições e costumes destas famílias, pois estes costumes são muito importantes para o bem estar e qualidade de vida das mesmas.
39	03 Assentamentos e acampamentos	Falta de especialidades médicas.
40	03 Assentamentos e acampamentos	Aumento da oferta por parte do SUS de especialidades médicas nos postos de saúde e de atendimento familiar dos acampamentos e assentamentos para aumentar a qualidade do serviço prestado. As especialidades devem ser as mais específicas possíveis, como ginecologia, ortopedia, higiene bucal, dentre outros. Que haja também um forte investimento na parte psicológica das pessoas que residem nestes locais, pois os mesmos carecem de um acompanhamento mais efetivo nesta área.
41	03 Assentamentos e acampamentos	Segurança Alimentar.
42	03 Assentamentos e acampamentos	Que o SUS promova campanhas de conscientização para incentivar as famílias dos assentamentos e acampamentos a procurar formas de melhorar a sua qualidade de vida. Estas campanhas devem tratar de agroecologia, medicina natural, segurança alimentar através da agricultura orgânica e desenvolvimento sustentável.
43	04 Ciganos, negros e quilombolas	1. Correção da deliberação CIB-SUS MG Nº1375 20 de fevereiro de 2013 que cria o comitê técnico de saúde da população negra, quilombola, acrescentar os povos de terreiros e os povos ciganos.
44	04 Ciganos, negros e quilombolas	3. Implementar a Política de Atenção Integral das pessoas com doença de anemia falciforme, baseada na Portaria 1391 de Agosto de 2005.
45	04 Ciganos, negros e quilombolas	4. Criação da dotação orçamentária para viabilizar o comitê de saúde da população negra, quilombola, povos de terreiro, congadeiros e povos ciganos.
46	04 Ciganos, negros e quilombolas	5. Atendimento com especialidades e saberes tradicionais.
47	04 Ciganos, negros e quilombolas	6. Construir impacto federativo entre o federal, estadual e municipal
48	04 Ciganos, negros e quilombolas	7. Construção de PSAF e NASF nos quilombos e comunidades.
49	04 Ciganos, negros e quilombolas	8. Capacitar equipes de saúde quanto ao acolhimento da população negra e suas especificidades.
50	04 Ciganos, negros e quilombolas	9. Aprofundar as punições e a criminalização do racismo institucional ou qualquer racismo.
51	04 Ciganos, negros e quilombolas	10. Reconhecimento enquanto patrimônio histórico e cultural das praticas medicinais tradicionais de terreiro, quilombos, ribeirinhos e demais como forma de tratamento alternativo das varias doenças e moléstias em nossa sociedade.
52	04 Ciganos, negros e quilombolas	11. Garantir equipe de saúde nos dias das apresentações dos congados.
53	04 Ciganos, negros e quilombolas	12. Acreditamos ser fundamental que o presidente do conselho estadual de saúde seja eleito e que os componentes-membro do conselho estadual de saúde sejam compostos respeitando a paridade de gênero e étnico-racial.
54	05 Trabalhadores	1. Fortalecer o movimento pelo reconhecimento da contribuição da enfermagem para os avanços do Sistema Único de Saúde e a valorização dos profissionais de enfermagem como maior força de trabalho da área da saúde e do SUS garantindo a segurança desses trabalhadores e combatendo a criminalização da categoria pela mídia, defendendo um modelo assistencial centrado no usuário e operacionalizado por uma equipe multiprofissional no âmbito dos serviços de saúde públicos e privados assim como fomentar a formação política nos cursos de graduação, de formação técnica e de pós-graduação em saúde assim como a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente para todas as categorias.
55	05 Trabalhadores	2. Investir na contratação de profissionais de saúde para o SUS, por meio de concursos públicos, contemplando todas as categorias, pelo Regime Jurídico Único (RJU), inclusive flexibilizando a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) quanto ao limite de gasto com pessoal na área da saúde para sustentar a criação da Carreira Única do SUS, pactuada entre as três esferas de governo, contemplando todos os trabalhadores, a isonomia salarial por nível de formação, valorizando, de forma diferenciada, a dedicação exclusiva, a interiorização, a qualificação e o tempo de serviço, garantindo o piso salarial, o Plano de Carreira e jornada máxima semanal de 30 horas sem redução salarial.
56	05 Trabalhadores	3. Avançar na implementação de todas as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, comprometendo todos os níveis de gestão, assegurando recursos fundo a fundo para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio de rubrica específica do bloco da vigilância em saúde, com ações de matriciamento desde a atenção básica até a alta complexidade, garantindo transparência nos gastos e investimentos, gestão pública nos CEREST's com controle social com a implantação das CISTTs em todos os municípios e monitoramento pelos várias CISTT/Conselhos de saúde.
57	05 Trabalhadores	4. Garantir a aplicação de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) tanto na educação quanto na saúde pública, para inversão de modelo de atenção, contemplando os ambientes de aprendizagem e as práticas nos serviços do SUS, além de intervir na formação dos novos profissionais, defendendo uma profunda reforma nos currículos universitários, incluindo abordagem de gênero, de modo a aproximar a formação profissional em saúde do SUS, da realidade e das necessidades do país, cumprindo um papel transformador da sociedade com implantação dos princípios e diretrizes da portaria 1996/2004 que estabeleceu a política de Educação permanente em saúde, e as comissões de integração ensino e serviço no SUS, e do trabalho em saúde, ao

n	Grupo	proposta
		mesmo tempo em que seja estabelecido um permanente processo de avaliação da qualidade dos cursos hoje existente, ampliando a formação nas universidades públicas em substituição aos cursos privados, além de universalizar e ampliar as residências em saúde, priorizando a APS, para todos os profissionais e do programa PET, inclusive garantindo que as políticas de cotas étnico-raciais nas universidades públicas ampliem o acesso às profissões de saúde.
58	05 Trabalhadores	5. Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do Estado, destinando no mínimo 10% das receitas correntes brutas da União ou equivalente, e que 25% dos royalties do pré-sal sejam repassadas para a saúde, garantindo o investimento público e o financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde e priorizando o investimento na atenção primária, garantindo a manutenção dos percentuais mínimos dos estados e municípios.
59	05 Trabalhadores	6. Defesa incondicional do SUS público, 100% estatal e de qualidade e sob a gestão direta do Estado e contra todas as formas de privatização e parcerias público-privadas, fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU), orçamento impositivo, fim das renúncias fiscais, dos subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde, contra a entrada do capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e pela revogação dos artigos da lei 13.097/2015 relacionados à saúde, e pleno apoio ao projeto de Lei 1721/2015.
60	05 Trabalhadores	7. Eliminar o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde e, ao mesmo tempo, apoiar o PL nº 251/2005 que amplia a possibilidade de gastos com pessoal para o setor saúde.
61	05 Trabalhadores	8. Fortalecendo a assistência farmacêutica plena e pública com responsabilidade e estruturada pelas três esferas de governo nos três níveis da rede pública de acordo com a competência de cada um dos entes federados, entendendo em todos os níveis de atenção à saúde com profissionais qualificados para tal fim, aumentando o investimento em inovação tecnológica, discutindo criticamente a medicalização dos corpos e pelo fim do Programa “Farmácia Popular/Saúde não tem preço” que deve ter suas ações e recursos financeiros transferidos integralmente à estruturação da assistência farmacêutica pública e da rede pública, inclusive na estruturação e financiamento de laboratórios estatais regionais para pesquisa básica e produção de medicamentos, revisão do fluxo e diminuição da burocracia para acesso ao medicamento.
62	05 Trabalhadores	9. Criar novos arranjos institucionais e dispositivos metodológicos (colegiados gestores partitários) para a gestão participativa no SUS MG, possibilitando a co-gestão na elaboração, implementação, e avaliação das políticas e programas de saúde, nas 3 esferas.
63	05 Trabalhadores	10. Implementar no âmbito do SUS MG as políticas de promoção da equidade, criando comitês técnicos e temáticos para a saúde da população negra, população do campo e favelas, população LGBT, população de rua, população cigana e indígenas.
64	05 Trabalhadores	11. Criar mecanismos de controle e avaliação das conferências municipais e plenárias realizadas no Estado de Minas Gerais, através do Conselho Estadual de Saúde, para garantir a legitimidade desse espaço, de acordo com a Resolução nº 453/2012, quanto ao rigor no cumprimento das paridades, de forma que haja comprovação de 50% de entidades e movimentos de usuários bem como representatividade mínima proporcional à população de cada município, consolidando e fortalecendo o processo do controle social na saúde.
65	05 Trabalhadores	12. Garantir efetiva implementação do SAMU em todos os municípios com equipe multiprofissional.
66	05 Trabalhadores	Os trabalhadores também referendaram o encaminhamento da proposta da Pré-conferência Popular de saúde e da proposta do movimento de “Enfermeiro em Luta”, além da carta dos trabalhadores de Auditoria do do SUS.
67	05 Trabalhadores	As vagas que não foram preenchidas pelo segmento trabalhador na plenária de movimentos sociais serão distribuídas entre os trabalhadores a partir de discussão entre os sindicatos e suas bases.
68	06 Movimento rural e floresta	SANEAMENTO BÁSICO PARA TODOS: ÁGUA TRATADA, REDE DE ESGOTO, COLETA DE LIXO, SISTEMA DE DRENAGEM PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS DE VEICULACAO HIDRICA
69	06 Movimento rural e floresta	TAXAR OS UTILIZADORES DE RECURSOS HIDRICOS E IMPLEMENTACAO DE MODELOS DE TRATAMENTOS. (INDUSTRIAS, ABATEDORES, MINERADORAS, CUTUMES)E QUE FIQUE DE RESPONSABILIDADE DA VIGILANCIA SANITARIA A FISCAIZACAO E CONTROLE DA DEVOLUCAO DESSAS AGUAS AO MEIO AMBIENTE.
70	06 Movimento rural e floresta	ALIMENTACAO ADEQUADA SEM AGROTOXICO, MANTER OS RECURSOS HIDRICOS E GARANTIR O ACESSO AO TERRITÓRIO. FAZER QUE HAJA MAIS APROXIMACAO COM EMPRESAS ESPECIALIZADAS.
71	06 Movimento rural e floresta	FISCALIZAR OS MUNICIPIOS SE TEM EFETIVAMENTE CONSELHO DE SAÚDE.
72	06 Movimento rural e floresta	CRIAÇÃO DE UMA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA PARA ABERTURAS DE NOVOS CEMITÉRIOS, UMA VEZ QUE CIENTIFICAMENTE COMPROVADO QUE ESSES CONTAMINAM OS LENÇÓIS FREÁTICOS E QUE ESSE CONTROLE FIQUE COM ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DA VIGILANCIA SANITARIA. ESTUDO DE IMPACTO AMBIENTAL E O RELATORIO DE IMPACTO AO MEIO AMBIENTE. (EIA E RIMA)
73	06 Movimento rural e floresta	INCLUSÃO DA MATÉRIA NA GRADUAÇÃO CURRICULAR DE CONSCIÊNCIA DA PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE.
74	06 Movimento rural e floresta	QUE SEJA CRIADO UM CADASTRO EM NÍVEL REGIONAL DE TODAS AS FONTES DE NASCENTES.
75	06 Movimento rural e floresta	MAIOR TRANSPARÊNCIA NA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS.
76	06 Movimento rural e floresta	QUE CADA CIDADE TENHA SEU PRÓPRIO CONTADOR.
77	06 Movimento rural e floresta	IMPLEMENTAR AS POLÍTICAS DE FISCALIZAÇÃO DOS PROJETOS AMBIENTAIS E A INCLUSÃO DO EIA E RIMA.
78	06 Movimento rural e floresta	CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA UM ATENDIMENTO MAIS HUMANIZADO, EFICIENTE E RÁPIDO NO SUS.
79	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	AMPLIAÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTÓRIOS DE RUA EM TODO O ESTADO DE MG
80	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	CRIAÇÃO DE CASAS DE APOIO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE PÓS ALTA HOSPITALAR
81	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	CRIAÇÃO DE BANHEIROS PÚBLICOS, QUE ATENDAM A HIGIENE PESSOAL DOS MORADORES EM SITUAÇÃO DE RUA
82	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	ABERTURA DE RESTAURANTES POPULARES EM TODOS OS MUNICÍPIOS MINEIROS.
83	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	DESENVOLVER PROJETOS DE EDUCAÇÃO , VISANDO A GERAÇÃO DE EMPREGO E RENDA.

n	Grupo	proposta
84	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	criação de casa de apoio para abrigar os pacientes e acompanhantes, durante os períodos de pré e de internação e no pós alta;
85	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Garantia de acesso ao atendimento no SUS para as famílias beneficiadas nos empreendimentos de moradia popular;
86	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	que seja garantido Projeto de ampliação ou Construção das unidades de saúde nas áreas onde serão instalados os conjuntos habitacionais , contemplando as necessidades quanto ao tamanho da equipe de saúde, dispensação de medicamentos e outros insumos.
87	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Garantir acessibilidade ao atendimento no SUS , aos movimentos das ocupações urbanas e rurais .
88	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Indicação de um projeto federal, que incentive e obrigue a compra de alimentos orgânicos pelo governo, determinando no mínimo 30% do orçamento, a compra de produtos e serviços devidamente registrados no CADSol e distribuí-los em escolas , creches, albergues , prefeituras e todo espaço publico/conveniado que se faça preciso. Alternativa ao uso de transgênico.
89	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Educação rural e social, sobre os risco e desvantagens do uso de transgênico e campanhas publicitárias , a não investida em agrotóxicos.
90	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Visitas especializadas e qualificadas de equipes técnicas de saúde em assentamentos, áreas de risco isoladas, trabalhadores de reciclagem e demais áreas que ofereçam riscos.
91	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Criação de horários de atendimento exclusivo aos trabalhadores rurais e urbanos, um horário que deva ser flexível com base nas condições sociais contemporâneas .
92	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Estreitar os laços com os empreendimentos de economia solidaria, com a finalidade de realizar oficinas e artesanatos com os portadores de doenças mentais, como forma de melhoras a sua saúde , geração de renda , inserção no mercado de trabalho e inclusão social.
93	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Acompanhar trabalhadores que atuam em latifúndios , acompanhando seu estado de saúde , evitando que as condições ambientais que ele convive , se torne problemas graves de saúde . Além de definir um percentual de produção monocultural , tão investida por latifundiários .
94	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Investir na criação de empreendimentos, que visa as práticas populares medicinais eficazes e integrativas , como método comum nas unidades de saúde. Valorizando a medicina alternativa, com métodos que influenciam na qualidade de vida e a cultura popular.
95	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Rejeição da PL que retira a identificação de transgênicos dos alimentos.
96	07 Economia solidária, moradores de rua, pastoral, ocupações urbanas, habitação	Proibição em todo o território nacional dos agrotóxicos, já proibidos em outros países, da pulverização aérea de agrotóxicos, e em defesa da campanha permanente contra os agrotóxicos.
97	08 LGBT	Garantir nas três esferas de Governo a Política Nacional de atenção à saúde integral LGBT com caráter transversal e intersetorial
98	08 LGBT	Garantir atendimento às travestis, mulheres transexuais e homens trans de forma igualitária e universal, contemplando hormonioterapia, processo transexualizador, encaminhamento para outros níveis de atenção quando necessários, porém, mantendo a coordenação do cuidado com as equipes de saúde da família
99	08 LGBT	Criação do comitê técnico de saúde integral LGBT no Estado
100	08 LGBT	Criar espaço de controle social e monitoramento da política de enfrentamento da epidemia de AIDS em Minas Gerais
101	08 LGBT	Incluir as especificidades dos homens gays na política de atenção à saúde do homem em Minas Gerais
102	08 LGBT	Defender o SUS como política de saúde universal, integral e pública. Combater o financiamento privado do SUS em Minas Gerais
103	08 LGBT	Promover formação continuada para profissionais da saúde na atenção primária, secundária e terciária a cerca do atendimento das mulheres bissexuais e lésbicas.
104	08 LGBT	Criar campanhas de sensibilização e orientação para profissionais de saúde em relação ao atendimento de saúde integral de mulheres bissexuais e lésbicas.
105	08 LGBT	Articular Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura para mudança nos currículos acadêmicos das profissões vinculadas à saúde, incluindo a discussão sobre saúde de mulheres bissexuais e lésbicas.
106	08 LGBT	Disponibilizar e distribuir insumos de prevenção para sexo entre mulheres, para além dos preservativos femininos e masculinos.
107	08 LGBT	Fomentar pesquisas ou coletas de dados/mapeamento dos sistemas de informações do SUS a cerca da saúde de mulheres bissexuais e lésbicas.
108	08 LGBT	Criar consultório itinerante com especialidade em ginecologia, pediatria e saúde bucal, em todas as regiões do Estado.
109	08 LGBT	Não-obrigatoriedade de autorização do companheiro(a) na realização de cirurgia de métodos irreversíveis (laqueadura e vasectomia).
110	08 LGBT	Garantir nas três esferas de Governo a Política Nacional de atenção à saúde integral LGBT com caráter transversal e intersetorial
111	08 LGBT	Garantir atendimento às travestis, mulheres transexuais e homens trans de forma igualitária e universal, contemplando hormonioterapia, processo transexualizador, encaminhamento para outros níveis de atenção quando necessários, porém, mantendo a coordenação do cuidado com as equipes de saúde da família
112	08 LGBT	Criação do comitê técnico de saúde integral LGBT no Estado
113	08 LGBT	Criar espaço de controle social e monitoramento da política de enfrentamento da epidemia de AIDS em Minas Gerais
114	08 LGBT	Incluir as especificidades dos homens gays na política de atenção à saúde do homem em Minas Gerais
115	08 LGBT	Defender o SUS como política de saúde universal, integral e pública. Combater o financiamento privado do SUS em Minas Gerais
116	08 LGBT	Promover formação continuada para profissionais da saúde na atenção primária, secundária e terciária a cerca do atendimento das mulheres bissexuais e lésbicas.
117	08 LGBT	Criar campanhas de sensibilização e orientação para profissionais de saúde em relação ao atendimento de

n	Grupo	proposta
		saúde integral de mulheres bissexuais e lésbicas.
118	08 LGBT	Articular Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura para mudança nos currículos acadêmicos das profissões vinculadas à saúde, incluindo a discussão sobre saúde de mulheres bissexuais e lésbicas.
119	08 LGBT	Garantir nas três esferas de Governo a Política Nacional de atenção à saúde integral LGBT com caráter transversal e intersetorial
120	08 LGBT	Garantir atendimento às travestis, mulheres transexuais e homens trans de forma igualitária e universal, contemplando hormonioterapia, processo transexualizador, encaminhamento para outros níveis de atenção quando necessários, porém, mantendo a coordenação do cuidado com as equipes de saúde da família
121	08 LGBT	Criação do comitê técnico de saúde integral LGBT no Estado
122	08 LGBT	Criar espaço de controle social e monitoramento da política de enfrentamento da epidemia de AIDS em Minas Gerais
123	08 LGBT	Incluir as especificidades dos homens gays na política de atenção à saúde do homem em Minas Gerais
124	08 LGBT	Defender o SUS como política de saúde universal, integral e pública. Combater o financiamento privado do SUS em Minas Gerais
125	08 LGBT	Promover formação continuada para profissionais da saúde na atenção primária, secundária e terciária a cerca do atendimento das mulheres bissexuais e lésbicas.
126	08 LGBT	Criar campanhas de sensibilização e orientação para profissionais de saúde em relação ao atendimento de saúde integral de mulheres bissexuais e lésbicas.
127	08 LGBT	Articular Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura para mudança nos currículos acadêmicos das profissões vinculadas à saúde, incluindo a discussão sobre saúde de mulheres bissexuais e lésbicas.
128	08 LGBT	Disponibilizar e distribuir insumos de prevenção para sexo entre mulheres, para além dos preservativos femininos e masculinos.
129	08 LGBT	Fomentar pesquisas ou coletas de dados/mapeamento dos sistemas de informações do SUS a cerca da saúde de mulheres bissexuais e lésbicas.
130	08 LGBT	Criar consultório itinerante com especialidade em ginecologia, pediatria e saúde bucal, em todas as regiões do Estado.
131	08 LGBT	Não-obrigatoriedade de autorização do companheiro(a) na realização de cirurgia de métodos irreversíveis (laqueadura e vasectomia).
132	09 Patologia, deficiência	Centro De Referência para atendimento para pessoas com patologias
133	09 Patologia, deficiência	Assistência ambulatorial gratuita para pessoas com patologias
134	09 Patologia, deficiência	Capacitação e humanização dos profissionais da saúde com enfoque no racismo institucional
135	09 Patologia, deficiência	Aumentar a disposição de leitos e regular as vagas para pessoas com patologias com doenças patologias
136	09 Patologia, deficiência	Aumentar ás campanhas de esclarecimento referentes á patologias
137	09 Patologia, deficiência	Fim do subfinanciamento
138	09 Patologia, deficiência	Cobrar maior empenho dos responsáveis pela logística da distribuição dos medicamentos específicos para que não atrase ou falte.
139	09 Patologia, deficiência	Aumentar a cota de exames genotipagem, carga viral etc
140	09 Patologia, deficiência	Aumentar as campanhas e esclarecimento das DST
141	09 Patologia, deficiência	Manter informados sobre o processo, prazos e motivo demora para concessão das orteses e próteses e meios auxiliares de locomoção
142	09 Patologia, deficiência	Maior agilidade em consultas especializadas e exames para agilizar o diagnostico prevenindo
143	09 Patologia, deficiência	Equipar adequadamente as unidades básicas, com equipamentos acessíveis para o atendimento a pessoa com deficiência e patologias
144	09 Patologia, deficiência	Que os conselhos de políticas publicas e se integrem com vistas á otimização de recursos e alinhamento da política pública para pessoas com patologias e PNES
145	09 Patologia, deficiência	Casa de Apoio á portadores de patologias vinculado ao centro de especiliadades
146	09 Patologia, deficiência	Combater o processo de terceirização da logística de armazenamento aquisição e entrega de medicamento
147	09 Patologia, deficiência	Que o alcance da Lei complementar 142/2013 que define a aposentadoria para pessoas com deficiência no regime geral de previdência seja estendido aos servidores públicos do regime próprio da previdência.
148	09 Patologia, deficiência	Atuar profundamente na reabilitação física das pessoas com patologias
149	09 Patologia, deficiência	Cartilha para informação de medicação para doenças
150	09 Patologia, deficiência	Doenças específicas: AIDS, Anemia Falciforme, Esclerose Múltipla, Parkinson, LUPUS, Artrite Reumatoide. Garantir uma política sobre drogas eminentemente pública, sem financiamento às instituições privadas, recusando instituições e propostas segregativas e excludentes como modos de tratamento, tendo como princípios a lógica de redução de danos, a não utilização da internação compulsória ou involuntária como recurso, o caráter laico do Estado, o fomento a criação de uma cultura mais tolerante e respeitosa aos usuários de drogas, a desconstrução dos mitos e preconceitos sobre o tema composta pela rede substitutiva e pública da saúde e da assistência social, coerente com os princípios do SUS, do SUAS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.
151	10 Movimento antimanicomial	
152	10 Movimento antimanicomial	Exigir do gestor público, em todas as instâncias (municipal, estadual e federal) invista os recursos necessários para implantar, implementar, consolidar, fortalecer e avançar a política de saúde mental, álcool e outras drogas, em consonância com os princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.
153	10 Movimento antimanicomial	Garantir a inclusão de pessoas em sofrimento mental e uso abusivo de álcool e outras drogas em serviços de atenção básica e serviços de urgência e emergência.
154	10 Movimento antimanicomial	Estimular e assegurar a implantação de CAPS em todo Estado, com garantia de funcionamento de 24horas , priorizando as regiões descobertas ou com baixa cobertura assistencial.
155	11 Sindical	Impedir a terceirização dos serviços de saúde e a privatização das perícias médicas. Garantia dos 10% dos recursos do PIB para a Saúde.
156	11 Sindical	Abertura da área de abrangência para os trabalhadores da região com cadastramento nos centros de saúde de todos os trabalhadores e trabalhadoras (empresas, industrias, etc.) de suas respectivas áreas de abrangências.
157	11 Sindical	Criar uma política estadual de educação permanente por profissionais qualificados em prol de uma capacitação dos colaboradores do SUS para que todos os tenham um atendimento humanizado e qualificado para todos os trabalhadores e trabalhadoras para que toda a população seja contemplada com um atendimento de qualidade.
158	11 Sindical	Garantir a integridade no atendimento combatendo a judicialização na saúde da classe trabalhadora
159	11 Sindical	Criação de uma política pública nos atendimentos aos menos favorecida no Estado. Controle social nos PAC e

n	Grupo	proposta
		PSF para que tenham medicamentos suficientes para atender a toda a população.
160	11 Sindical	Garantir a integridade do atendimento ao usuários do SUS evitando o acionamento judiciário da classe trabalhadora. Eliminando a crueldade existente nas perícias médicas do SUS
161	11 Sindical	Fomentar uma política pública de saúde ocupacional para as doenças laborais mediante pesquisas e fiscalização permanentes nas empresas e instituições
162	11 Sindical	Criar mecanismos para melhorar a qualidade de todo o processo de atendimento junto ao SUS nas doenças e acidentes do trabalho.
163	11 Sindical	Implantação dos cerests em todas as regioes de saúde e territorios em desenvolvimento, com a presença e participação da CISTs nos repspectivos CERESTs efetivando o controle social. Implantação dos CERESTs com o planejamento estrategico junto aos movimentos sindicais e conselhos de saúde de acordo com o DECRETO 7.508/11 que dispõe que as políticas públccas de saúde deverão ser apuradas em todos os conselhos.
164	11 Sindical	Impedir a terceirização dos serviços de saúde e a privatização das perícias médicas. E a entrada do capital estrangeiro no Sistema do SUS
165	12 Indígena	Garantir a manutencao e o funcionamento dos os hospitais municipais e estaduais, evidenciando a situacao do Hospital Cura dars, na cidade de Machacalis, que atende as comunidades indigenas Pataxo-Hahae e Maxakalis de Santa helena, Bertopolis. Que esta proximo de fechar as portas por falta de recursos.
166	13 Indígena	Politica da secretaria estadual de saúde para acompanhar, orientar aos municipios quanto a aplicação e execução dos recursos especidficos destinados a saude indigena
167	14 Indígena	Politica especifica para prevenção, tratamento dos problemas relacionados ao uso abusivo de alcool e drogas para os indígenas aldeiaados e em contexto urbano.
168	15 Indígena	Politica especifica para recursos hidricos e saneamento, buscando a promoção de saude e prevencao de doencas, responsabilizando as 3 esferas de governo
169	16 Indígena	Politica para gantantir o reconhecimento dos indígenas como munícipes garantindo o acesso aos serviços de saúde nos diversos niveis de atenção, , como exames laboratoriais, exames de diagnosticos, consultas especializadas, leitos para internação, transferencia de indígenas hospitalizados, atendimento respeitando as especificidades de cada etnia.
170	17 Indígena	Política de sustentabilidade para as comunidades indígenas nas 3 esferas de governo, respeitando a historia cultural de cada povo.
171	18 Indígena	Politica de Educacao continuada para os trabalhadores que prestam servicos para os indigenas, respeitando os conhecimentosde cada povo/etnia
172	19 Indígena	Politica estadual para garantir a aquisicao de medicamentos de alto custo, uma vez que o processo vigente não esta atendendo em tempo oportuno as necessidades dos pacientes.

COMISSÃO ORGANIZADORA DA 8ª CONFERENCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
REGULAMENTO DA PLENÁRIA ESTADUAL DE ENTIDADES, MOVIMENTOS SOCIAIS, SINDICAIS E POPULARES

Capítulo I - Dos objetivos

Art. 1º O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, através da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, atendendo o disposto nos artigos 14, 23, 33 e 36, 38 e 39 da deliberação CESMG Nº 005, de 18 de Maio de 2015 que dispõe sobre o Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, e amparada nas Resoluções nº 500 e 501 do Conselho Nacional de Saúde, promoverão no dia 22 de Agosto de 2015, no horário de 08h às 18h, a PLENÁRIA ESTADUAL DE ENTIDADES, MOVIMENTOS SOCIAIS, SINDICAIS E POPULARES.

Art. 2º São objetivos da Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais e Sindicais:

- 1) Assegurar a participação do público na elaboração de Políticas de Equidade e intersetorialidade do SUS propiciando a participação de novos e diferentes atores sociais na 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais
- 2) Discutir o tema e os eixos da 8ª Conferência Estadual de Saúde, e elaborar propostas específicas do Movimento Social, Sindical e Popular para a 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais;
- 3) Identificar as dificuldades de acesso dos movimentos sociais sindicais e populares aos serviços, Conselhos e Conferências de saúde;
- 4) Indicar os delegados e as delegadas, paritariamente, conforme as Resoluções 453/2012, 500/2015 e 501/2015 do Conselho Nacional de Saúde; e Alínea “e” do Art. 23 Deliberação CES MG nº 005 de 18 de maio 2015.

Capítulo II - Da Participação

Art. 3º São considerados participantes da Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais e Populares, as representações de entidades e movimentos sociais, sindicais e populares (i) supra municipais por Territórios de Desenvolvimento de Minas Gerais; (ii) de base estadual; e (iii) federal centralizadas ou descentralizadas no estado.

§ 1º A Plenária contará com 160 participantes dos 16 Territórios de Desenvolvimento do Estado de Minas Gerais, sendo que cada um desses Territórios, escolherá 02 representantes de cada Entidade ou Movimento obedecendo ao Art. 4º deste regulamento, limitados a 10 representantes por Território e que serão identificados via (Sedese, Sedpac, Seda, Seed, SES, Cosems /MG; Incra, Funai, Sesai, Funasa, MS, MDA, Seppir), contatados e organizados pelas respectivas Superintendências Regionais de Saúde de Minas Gerais-SRS/GRS.

§ 2º As representações de gestores/prestadores de serviços de saúde e de trabalhadores da saúde, de âmbito estadual e federal, que serão indicados como delegadas e delegados poderão participar da Plenária, como convidadas e convidados, como pré-requisito para participação na 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 4º As entidades, movimentos sociais, sindicais e populares participantes da Plenária deverão escolher seus representantes, obedecendo ao Art. 33 §§ 2º, 3º e 5º e Inciso III do Art. 36 da Resolução CESMG nº 005/2015.

§ 1º Os critérios de equidade a serem observados na escolha dos participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais são:

I – Gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;

II – Étnico raciais, de modo a garantir representatividade aos diversos grupos que compõe as populações negra, indígena e as comunidades originárias e tradicionais, respeitadas as diferenças e proporcionalidades locais;

III - Representatividade rural e urbana, considerando as trabalhadoras e os trabalhadores do campo e da cidade;

IV - Geracional, estimulando, especialmente, a participação de entidades, coletivos e movimentos de jovens, de idosas e idosos, aposentadas e aposentados;

V - Pessoas com deficiência e com necessidades especiais, patologias e doenças raras ou negligenciadas.

§ 2º A composição do conjunto total de Delegadas e Delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde, deverá garantir o mínimo de 50% de mulheres do seu conjunto total de cada delegação, nos termos do § 4º, do Art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e nos termos da Resolução n.º 453/2012 do CNS, a representação das Usuárias e dos Usuários nas etapas Municipal.

§ 3º Todas as entidades e movimentos sociais e sindicais ao indicar os seus representantes para a Conferência devem observar o conjunto dos critérios de inclusão e equidade previstos no § 1º deste artigo.

Capítulo III - Do credenciamento dos participantes

Art.5º O credenciamento dos participantes oriundos de entidades e movimentos sociais, populares e sindicais e de convidados será realizado no dia 22/08/2015 de 07h30min às 10h.

Capítulo IV - Do Desenvolvimento da Plenária

Art.6º- A programação da Plenária Estadual de Entidades, Movimentos Sociais, Sindicais e Populares será:

- a) Mesa de abertura composta pela Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais e por representantes das Entidades e dos Movimentos Sociais
- b) Roda de Apresentação das pessoas presentes para manifestação das dificuldades de acesso e acolhimento nas ações e serviços do SUS, nos Conselhos e nas Conferências de Saúde;
- c) Grupos de trabalho
- d) Plenária para apresentação pública de todas as propostas que foram elaboradas pelos grupos
- e) Reunião para a indicação de nomes, a serem submetidos à aprovação pelo Pleno do CES para participarem da 8ª Conferência Estadual de Saúde na condição de delegadas e delegados.

§ 1º Os grupos de trabalho discutirão as especificidades e as políticas de equidade, de acordo com as realidades de cada movimento e elaborarão propostas que serão apresentadas na Plenária Final.

§ 2º As propostas específicas oriundas da Plenária de Movimentos Sociais, Populares e Sindicais serão identificadas e destacadas no Consolidado de Propostas das Plenárias e Conferências Municipais de Saúde ou incorporadas no caso de não terem sido identificadas ao Consolidado de Propostas.

Art.7º Os grupos de trabalho contarão com Facilitadores, Coordenadores e Relatores.

Capítulo V - Da indicação de nomes de delegadas e delegados para aprovação pelo Pleno do CES à 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais.

INSERIR MIX DE FOTOS DA CONFERÊNCINHA – PASTA CONFERÊNCINHA

PROPOSTAS RETIRADAS NA 1ª CONFERÊNCINHA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS DE 01 A 05 DE SETEMBRO DE 2015; EXPOMINAS.

Propostas da Conferencinha		
Nome da Criança	Idade	Proposta
Arthur Henrique Santos Fernandes	12 anos	“Eu entendi que as pessoas que necessitam da libras, precisam de mais felicidade, eles não podem entrar em todas as lojas porque não vai conseguir nada, pois os vendedores não sabem libras. Além de terem que enfrentar essa dificuldade, ainda tem dificuldade para se comunicar em hospitais, tem que ter pelo menos um funcionário que sabe libras para facilitar”.
Isabela Beatriz dos Santos Figueiredo	07 anos	“O olho para mim é muito importante, por isso eu entendi que o olho é importante para ver as coisas, se você não vê mais você vai ficar muito triste.” “Minha proposta é ter uma caixa de som para as pessoas deficientes no passeio da rua para falar se o sinal estiver fechado ou aberto”. Criação de um dispositivo para ajudá-las a atravessar as ruas. Uma caixa de som, nos passeios, iria avisá-las quando o sinal estivesse fechado, para uma travessia mais segura.
Lucas Melo Veiga Senna	07 anos	“Todos deveriam ficar em lugares melhores e mais bonitos, com árvores, flores, televisão, pista de corrida e bola para brincar. Fazer exercício é importante e eles merecem viver bem.” Construção de locais ao ar livre, com atividades de lazer e exercícios, um local com ambientação calma e arborizada para as pessoas com transtornos mentais e deficiências. Movimento da Luta Antimaniconial.
Lara Avelar Lopes	09 anos	“Minha ideia é ter uma pessoa nos sinais para falar se pode ou não atravessar a rua, assim nenhum acidente acontecerá”.
Gerais	----	“Ampliar o número de pessoas que trabalham em saúde hoje, bem como seus espaços de atuação”.
Gerais	----	“Que a cobertura universal e a acessibilidade sejam efetivadas, mesmo que nas florestas ou nas cidades mais distantes”.
Gerais	----	“Promoção e educação em saúde, para que todos saibam proteger sua saúde, educação essa voltada para hábitos cotidianos, como alimentação saudável, prevenção de doenças e prática de exercícios”.
Gerais	----	“Potabilidade e economia de água”.

Cronograma de Atividades da Conferencinha**01/09/15****De 08 às 22h: 0-2 anos- Demanda livre e cuidados**

Das 08h às 20h – Credenciamento	
Das 08 às 10h-Recepção e acomodação das crianças de acordo com a faixa etária.	Ato Público (Praça da Estação),
09 às 10h- Café da manhã.	
Das 10 às 12h- Atividades de acordo com cada faixa etária.	03 a 12 anos- Atividades recreativas e pedagógicas: <ul style="list-style-type: none">• Roda de apresentação das crianças• Acordo de boa convivência;• Caderno de colorir com a explicação dos símbolos da logomarca.• Tenda A partir de 07 anos <ul style="list-style-type: none">• Apresentação da proposta da Conferencinha• Laboratório Experimental da Funed;
Das 12h às 13h30– Almoço	
Das 13h30 às 14h- Atividades	03 a 12 anos-Apresentação Cultural Trem TanTan no Plenário da Conferência para as crianças na faixa etária
Das 14 às 16h- Atividades	03 a 12 anos <ul style="list-style-type: none">• Contação de histórias sobre a diversidade étnica e cultural: lendas, contos africanos e indígenas; A partir de 05 anos <ul style="list-style-type: none">• Identificação da própria identidade, as crianças irão desenhar suas imagens em um papel de ofício e colorir com a cor que cada um se identifica.
Das 16h às 17h- Lanche.	
Das 17h30 às 18h - Atividades	3 a 12 anos: Apresentação Cultural Guarda de Congo e Moçambique no Plenário da Conferência para as crianças na faixa etária
19h – Abertura Solene no Plenário e na os pais poderão levar os filhos para participar.	3 a 12 anos:Demanda livre.
19h às 20h- Lanche	Para as crianças que não participarem da abertura solene.
Das 20h às 21h	3 a 12 anos:Demanda livre.
21h- Coquetel	Encerramento das Atividades e entrega da criança para os responsáveis, salvo exceções.

ANEXOS I. DOCUMENTOS CONVOCATÓRIOS

Anexo A. Decreto de 15 de Dezembro de 2014

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos
DECRETO DE 15 DE DEZEMBRO DE 2014
Convoca a 15ª Conferência Nacional de Saúde.
A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica convocada a 15ª Conferência Nacional de Saúde, a se realizar no período de 23 a 26 de novembro de 2015, em Brasília, Distrito Federal, com o tema: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas” e o eixo: “Direito do Povo Brasileiro”.

Art. 2º A 15ª Conferência Nacional de Saúde será coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

Art. 3º As etapas municipais da 15ª Conferência Nacional de Saúde serão realizadas no período de 9 de abril a 15 de julho de 2015, e as etapas estaduais no período de 16 de julho a 30 de setembro de 2015.

Art. 4º A 15ª Conferência Nacional de Saúde compreenderá etapa de monitoramento após o período de realização da etapa nacional de que trata o art. 1º.

Art. 5º O regimento interno da 15ª Conferência Nacional de Saúde será aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e editado mediante portaria do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 6º As despesas com a organização e realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde correrão por conta de recursos orçamentários consignados ao Ministério da Saúde.

Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de dezembro de 2014; 193º da Independência e 126º da República.

DILMA ROUSSEFF
Arthur Chioro

Anexo B: Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde

APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde¹, deliberou pela realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS) em 2015 com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Uma temática que incorpora diferentes significados. Saúde pública como direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização. Saúde pública de qualidade, visando à superação das desigualdades, entre diferentes populações e regiões, à organização e à humanização nos serviços de saúde de modo a atender as necessidades dos usuários e ampliar o acesso. Cuidar bem das pessoas mediante a realização e a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a transformação das práticas de saúde, bem como a superação de iniquidades que afetam de forma diferenciada a população brasileira, a exemplo do racismo, sexismo e intolerância às diversidades; reafirmando, assim, a saúde como direito fundamental do povo brasileiro, pilar estruturante da cidadania e do desenvolvimento da nação.

O Conselho Nacional de Saúde também reafirma o papel das conferências como processo político-mobilizador de caráter reflexivo, avaliativo e propositivo² não devendo ser visto meramente como um evento. Diante disso, na 15ª Conferência Nacional de Saúde, o CNS propõe incentivar o princípio da paridade de gênero, sem comprometer a paridade entre os segmentos; superar as barreiras de acessibilidade às pessoas com deficiência; e

1 Instância máxima de deliberação do SUS, Lei nº 8.142, de 28/12/1990.

2 Lei nº 8.142, de 28/12/1990. arantir acesso humanizado. Recomenda também a participação de movimentos sociais e populares não institucionalizados, conforme estabelece o Regimento da 15ª CNS³.

O ano de 2015 será marcado pela realização de 14 conferências nacionais setoriais e temáticas, que mobilizarão mais de dois milhões de pessoas⁴. Dentre diferentes perspectivas e diversos desafios, destacamos o de aproximar a agenda reivindicatória da sociedade à agenda dos governos eleitos.

O ambiente político-social em que acontecerão essas conferências é desafiador. O país enfrenta uma crise econômica e política que favorece propostas conservadoras e antidemocráticas, as quais colocam em risco os pilares do Estado de Direito e os avanços políticos e sociais das últimas décadas. O momento exige o compromisso efetivo do Estado, dos governos e da sociedade na defesa da democracia e da cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das principais conquistas sociais, fruto da luta do povo brasileiro. Um balanço dos últimos 27 anos evidencia o quanto a situação de saúde da população brasileira melhorou após a criação do SUS. Contudo, problemas econômicos, políticos e sociais ainda não equacionados colocam em risco a sua consolidação. Ao mesmo tempo, o sistema tem sofrido ataques de setores conservadores e do mercado visando a sua destruição. Por isso, a defesa do Sistema Único de Saúde exige ação política firme e articulada. É preciso impedir a desconstitucionalização do SUS! Como resultado,

espera-se ampliar a representação dos sujeitos participantes; melhorar a organização e o formato das etapas deliberativas; reduzir e qualificar o número de deliberações; e, estrategicamente, aprovar prioridades dentre as diretrizes e ações que possam influenciar e incidir na formulação dos Planos de Saúde e Planos Plurianuais dos governos eleitos para o período 2016-2019.

As prioridades aprovadas na 15ª CNS, que comporão a agenda dos próximos quatro anos e definirão o campo de atuação do controle social na saúde, deverão ser monitoradas em todas as instâncias de gestão. Vale ressaltar que, por meio das conferências de saúde, a população pode promover mudanças e melhorar o Sistema Único de Saúde, a começar pela realidade local.

Diante do exposto, o presente Documento Orientador pretende auxiliar a reflexão e o debate dos temas da 15ª Conferência Nacional de Saúde, com a possibilidade de que novos documentos sejam apensados a este. Aqui estão consolidadas as produções e posicionamentos do Conselho Nacional de Saúde acerca dos Eixos Temáticos da 15ª CNS e de temas prioritários que fazem parte da conjuntura da saúde no Brasil, fundamentados

3 Resolução nº 500/2015.

4 Fonte: Secretaria Geral da Presidência da República. em Recomendações, Resoluções, Manifestos e Notas Públicas aprovadas pelo colegiado do CNS. O documento também oferece, em cada Eixo Temático, algumas perguntas problematizadoras que podem nortear os debates nas conferências livres, rodas de conversa, grupos de discussão e nas etapas deliberativas municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional.

Leia, reflita, debata, critique.

Traga sua voz e suas propostas para a 15ª CNS.

Pleno do Conselho Nacional de Saúde

Brasília, 15 de maio de 2015.

EIXO TEMÁTICO TRANSVERSAL

Reformas Democráticas e Populares do Estado

A Carta Constitucional reconhece a saúde como direito fundamental, definindo-a como resultante de políticas sociais e econômicas. Portanto, não há como discutir saúde sem considerar seus determinantes sociais. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde reconhece que o Brasil, na última década, apesar das crises enfrentadas pelo capitalismo internacional, conseguiu melhorar indicadores sociais, com crescimento econômico e melhor distribuição de renda e pleno emprego.

A adoção de políticas públicas de redução das desigualdades favoreceu a diminuição da pobreza⁵, o aumento real do salário mínimo e do poder de compra da população, e a menor taxa de desemprego registrada na série histórica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essas mudanças impactaram na qualidade de vida e nos indicadores de saúde, em especial na queda da desnutrição e da mortalidade infantil e no aumento da esperança de vida.

Sabemos que o país ainda não alcançou o patamar de qualidade de vida desejável para toda sua população, muito menos foram superadas todas as questões sociais que historicamente deram origem e mantêm as mais diversas e diferentes formas de desigualdade, discriminação e injustiça social. Além disso, algumas das recentes conquistas encontram-se sob forte ameaça devido à crise econômica mundial, agravada por crises políticas. Essa conjuntura favorece a imposição de interesses externos com a intenção de manter a ordem hegemônica do capitalismo globalizado.

Para melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde, o Brasil necessita continuar construindo um projeto de desenvolvimento que assegure: a soberania nacional; a democratização do sistema político e dos meios de comunicação social; o crescimento econômico integrado ao desenvolvimento nacional; o emprego e o combate às desigualdades de renda; a manutenção dos direitos sociais conquistados com financiamento que garanta a sustentabilidade das políticas de proteção social; maior poder de regulação do Estado sobre o capital privado e os direitos sociais; investimentos em habitação, saneamento e transporte público; a preservação do ambiente e o manejo sustentável dos recursos naturais; a produção de alimentos saudáveis, e o acesso

5 Entre 2001 e 2012, a população em situação de extrema pobreza no Brasil reduziu-se de 14% para 3,5%, respectivamente. Fonte: Indicadores e Dados Básicos do Brasil (IDB) universal a serviços públicos de qualidade de saúde, educação, previdência e assistência social.

Avançar na reforma sanitária e superar o abismo entre o direito formal e o direito real são deveres do Estado que não podem mais ser postergados. Isso exige estabelecer uma agenda de mobilização e de defesa do SUS que unifique o povo e impulse os governos, em torno de bandeiras como as apresentadas a seguir:

- Reforma Política – que busque o fortalecimento da democracia representativa, com controle social do processo eleitoral, financiamento público das campanhas eleitorais e combate à compra e venda de votos. Uma reforma política que amplie a participação social nas decisões políticas, mediante plebiscitos, referendos e preferência na tramitação de projetos de lei de iniciativa popular.

O CNS também ressalta a urgência no julgamento pelo Supremo Tribunal Federal da ADIN que proíbe o financiamento de campanha eleitoral por empresas;

Reforma Tributária – que coloque o Brasil na direção dos países que alcançaram sistemas tributários mais justos, os quais determinam a quem tem mais patrimônio e mais riqueza o pagamento de mais impostos;

Reforma do Poder Judiciário – que aumente a transparência no funcionamento das instâncias judiciárias, mediante incremento de audiências públicas, prioridade na garantia de direitos coletivos em contraponto aos direitos individuais, além de outras medidas de justiça social;

- Democratização dos meios de comunicação – que reafirme o caráter público e a melhoria da regulação democrática das redes de internet, televisão, rádio e jornais;
 - Enfrentamento das desigualdades e iniquidades na saúde, em defesa dos princípios constitucionais do SUS;
- Repúdio à nº 171/1993, que reduz a maioria penal;
- Repúdio à PEC nº 12/2015, que propõe a alteração da redação do parágrafo único do art. 1º da Constituição Federal, cuja determinação indica que todo o poder da República emana do povo, para declarar que todo o poder emana de Deus; e
 - Repúdio às Medidas Provisórias nos 664/2014 e 665/2014, que suprimem direitos previdenciários e trabalhistas.

EIXOS TEMÁTICOS

I - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

Passados 27 anos da institucionalização do SUS, reconhecem-se importantes esforços na organização do sistema no país. Sabe-se, contudo, que ainda são muitos os reclamos sociais em razão da insuficiência dos serviços, da garantia de qualidade no atendimento e de muitos outros problemas que exigem urgentes respostas dos agentes públicos. Dentre os avanços, estão: a valorização da atenção básica, por intermédio da Estratégia de Saúde da Família, dos Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias; os Serviços de Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu e Unidades de Pronto Atendimento – Upas); o Programa Mais Médicos; a assistência farmacêutica; a assistência odontológica (Equipes de Saúde Bucal), as vigilâncias em saúde, entre outras. A redução dos índices de mortalidade infantil, o enfrentamento de endemias e epidemias (febre amarela, cólera, tuberculose, hanseníase e Aids) e a cobertura do Programa Nacional de Imunizações também demarcam essas mudanças.

Vale lembrar que a saúde decorre também de moradia digna, transporte, segurança, alimentação de boa qualidade e em quantidade suficiente, saneamento básico, serviços públicos de qualidade, processos pacíficos de intermediação e resolução de conflitos e relações ambientais sustentáveis. Depende ainda de um ambiente social fundado no respeito aos direitos humanos de mulheres e homens em todas as fases da vida, na valorização da cooperação e da solidariedade, no respeito à diversidade sociocultural e étnico-racial, na superação do racismo, e no respeito à diversidade sexual e de gênero. Ou seja, a construção da saúde perpassa o conjunto de políticas públicas e somente se efetivará com a articulação de todos os setores de governo e da sociedade.

Em virtude disso, há imperiosa necessidade de dar espaço para demandas e agendas dos grupos sociais mais vulnerabilizados e socialmente marginalizados, como a população em situação de rua, as prostitutas, as populações dos assentamentos rurais e urbanos, o povo que vive nos acampamentos e assentamentos ciganos. Assim também as distinções entre usuários baseada na renda e condição social, mas também permeada por outros fatores sociais e econômicos, como gênero, etnia, orientação sexual, deficiências, patologias, credos, acesso a informação, localização geográfica. Esses e outros sujeitos sociais, que vivem à margem do sistema de cidadania formal, necessitam ter o seu direito à saúde reconhecido por todas e todos e garantido pelo Estado. Sendo assim, as distinções fundadas nessa estratificação precisam ser superadas e as necessidades específicas de saúde dessas Usuárias e Usuários devem deixar de ser ocultas e ganhar visibilidade. Os desafios políticos relacionados à promoção e proteção da saúde são da mesma natureza dos desafios da atenção, porém com algumas particularidades. A principal delas é o fato de que muitas das políticas de promoção e proteção possuem uma trajetória própria, algumas inclusive são anteriores ao próprio SUS (PNI, SISLAB, FUNASA etc.), outras ainda embrionárias. É preciso considerar que o Brasil tem dimensões continentais e é o único país com mais de 100 milhões de habitantes a oferecer um sistema universal de saúde com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, banco de sangue, transplantes de órgãos e campanhas de vacinação. Por isso, é fundamental desconstruir a prática de segregação que costuma delimitar os debates técnicos e políticos na saúde. É preciso avaliar e refletir, a partir da comunidade, sobre como se dá o acesso à saúde e sobre a qualidade do serviço prestado. Faz-se necessário melhorar a distribuição desigual dos equipamentos de saúde no país, sobretudo quando se observam as desigualdades regionais e do espaço rural em relação ao urbano. Essas disparidades são fortemente demarcadas nas regiões Norte e Nordeste. No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre o Direito à Saúde e a Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:

a) Diretrizes/Objetivos:

- Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas;

- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS;

- Aprimorar As redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde;

- Aprimorar o marco regulatório da vigilância sanitária, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde.

b) Propostas:

- Conhecer as necessidades de saúde da população para garantia adequada de serviços e ações de forma integral e humanizada, com qualidade, em tempo oportuno e equidade no atendimento;

- Combater toda forma de violência, de racismo institucional e social, de discriminação de gênero, diversidade sexual, geracional ou de condição de vida, que venha a comprometer o acesso;

- Avançar na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assegurando o

respeito às escolhas das pessoas e as práticas e saberes em saúde das populações tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde;

- Lutar pela efetiva implementação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, contrapondo-se ao uso dos organismos geneticamente modificados e à desregulamentação da utilização de agrotóxicos no país;

- Apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, garantindo mais investimentos financeiros e de pessoal no âmbito dos municípios;

- Defender os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres sobre sua saúde e sua vida, visando: redução da violência sexual e doméstica, diminuição da mortalidade materna, planejamento reprodutivo, atendimento em situação de aborto, saúde das mulheres jovens/lésbicas/negras/rurais/indígenas/com deficiências e patologias, e inclusão da abordagem de gênero na formação dos profissionais de saúde;

- Fortalecer o cuidado da saúde nos serviços básicos e especializados, valorizando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e as reabilitações para reduzir as mortes evitáveis e qualificar as condições de vida das pessoas;

- Estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde articulando outras políticas como reforma urbana, segurança, transporte, acesso à terra e à água, e segurança alimentar e nutricional, entre outras relacionadas às perspectivas de impactos no desenvolvimento regional e na determinação social da saúde;

- Garantir a atenção diferenciada à saúde aos povos indígenas, quilombolas, ciganos e comunidades tradicionais, aprimorando ações de atenção básica e saneamento, observando e respeitando as suas práticas de saúde;

- Denunciar a falsa proposta de Cobertura Universal de Saúde, que não produz cobertura a todos e sim pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população.

Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade:

1. A população do município/estado/Distrito Federal conhece os direitos de usuárias e usuários do SUS?

2. Como a população avalia o acesso e a qualidade dos serviços e ações de saúde ofertados no município/estado/Distrito Federal?

3. Que propostas podem melhorar a qualidade da saúde no município/estado/Distrito Federal?

4. Que caminhos (diretrizes) devem ser trilhados para garantir o direito à saúde com ampliação do acesso e qualidade dos serviços?

5. Que propostas devem ser priorizadas?

II - Participação e Controle Social

São várias as formas de participação social, que vão desde as institucionalizadas no âmbito da administração pública, como os conselhos e as conferências, até as organizadas de forma legítima e livre por grupos, entidades e movimentos sociais.

Participação e controle social na saúde significam a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na formulação, na execução, no monitoramento, no controle e na avaliação das políticas e programas de saúde, conforme estabelece a Lei n.º 8.142/1990.

Existem atualmente 5.597 conselhos municipais, estaduais e distrital de saúde, compostos por trabalhadores da saúde, usuários, gestores e prestadores de serviço. Entretanto, a conjuntura requer o resgate desses espaços como instrumentos vivos de gestão participativa capazes de cumprir com suas atribuições legais e políticas, fortalecendo sua autonomia deliberativa, estrutura e representação perante o Estado e a sociedade.

As conferências de saúde têm sido espaços importantes de avaliação, formulação e proposição no campo da política de saúde. No entanto, para que se tornem ainda mais representativas, é importante que incluam novos atores sociais, ainda que não estejam organizados formalmente. É necessário também que a aprovação de diretrizes e propostas nesses espaços de participação sejam amplamente divulgadas para que se transformem em agenda de toda a sociedade em defesa do SUS.

Lembramos, ainda, que a Política Nacional de Participação Social, não foi reconhecida pelo Congresso Nacional como necessária ao fortalecimento da democracia brasileira. O que representa um grave retrocesso ao processo de fortalecimento dos espaços de participação e controle social.

No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre Participação e Controle Social as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:

a) Diretrizes/Objetivos:

- Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã;

- Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.

b) Propostas:

- Promover a inclusão nos espaços dos conselhos de saúde de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra e quilombola, LGBT, população em situação de rua, pessoas com deficiências;

- Fortalecer a elaboração de orçamentos participativos em todas as esferas do SUS;

- Respeitar a competência legal, a autonomia e o caráter deliberativo dos conselhos de saúde na formulação de políticas e na fiscalização das três esferas de governo;

-

Comprometer e responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS pela oferta de estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que os conselhos de saúde possam exercer plenamente suas funções cumprindo com suas atribuições definidas em lei;

-

Fortalecer os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como efetivos espaços de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, visando avançar na construção do Subsistema de Saúde Indígena do SUS;

-

Fortalecer a participação dos movimentos e organizações indígenas nos conselhos distritais de saúde indígena e avançar na articulação destes com os demais conselhos de saúde;

Refletir e propor estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções das conferências;

Implantar e implementar a Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, mediante apoio político e financeiro aos planos de trabalho nas instâncias nacional, estadual, municipal e do Distrito Federal.

Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho Participação e Controle Social:

1. O que é necessário para fortalecer a atuação dos conselhos de saúde de seu Município/Estado/Distrito Federal?
2. Que pautas e ações podem ser articuladas com outros conselhos de políticas públicas?
3. Que ferramentas de mobilização social podem ser utilizadas para o fortalecimento da Participação e Controle Social no seu Município/Estado/Distrito Federal?

III - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde

O Brasil possui hoje um contingente aproximado de três milhões de trabalhadores e trabalhadoras atuando no setor saúde. Esse número pode ser ainda maior se considerarmos, além das categorias profissionais de saúde já regulamentadas, as novas profissões que reivindicam reconhecimento.

A inserção dos profissionais de saúde no setor tem sido regida por diferentes regimes de contratação. Nas últimas décadas, constata-se um galopante crescimento da terceirização no setor público da saúde. O resultado tem sido a precarização das condições de trabalho, com aumento das situações de risco, do número de acidentes e do aparecimento de doenças, em decorrência do desrespeito às normas de saúde e segurança, dos baixos níveis salariais, da ampliação da jornada de trabalho, do crescimento da rotatividade e do descumprimento de direitos trabalhistas.

As consequências negativas dessa modalidade de contratação para a classe trabalhadora brasileira levaram o Conselho Nacional de Saúde a se manifestar contra a proposta de regulamentação da terceirização contida no Projeto de Lei nº 4.330/2004 que tramita no Congresso Nacional. O CNS manifestou-se, ainda, a favor da definição de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho para o SUS que defenda a implantação de planos de cargos, salários e carreiras para todas as profissões de saúde, com o objetivo de superar as desigualdades no acesso à atenção à saúde em todos os municípios, em especial nas áreas urbanas e rurais de difícil provimento, e regulamentar a ordenação da formação de profissionais de saúde. A formação deve ser objeto permanente de aperfeiçoamento, garantindo-se, assim, capacidade técnica, responsabilidade ética e compromisso social com ampla vivência no SUS.

Após 12 anos de mobilização contra a aprovação da Lei n.º 12.842/2013 (Lei do Ato Médico), o modelo de equipe multi e interdisciplinar saiu vitorioso com os vetos da presidenta da República ao texto aprovado no Legislativo. Essa conquista fortaleceu a luta pela desconcentração de poder nas equipes de saúde e em favor da democratização do conhecimento.

No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:

a) Diretriz/Objetivo:

Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.

b) Propostas:

Combater a precarização das relações de trabalho, evitando a transferência ou terceirização de serviços públicos para o setor privado;

Propor políticas de gestão do trabalho e de educação que estimulem a fixação dos profissionais, fortaleçam a carreira pública, valorizem o trabalho e atendam às necessidades de saúde da população;

Avançar na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do Sistema Único de Saúde, comprometendo todos os níveis de gestão;

Assegurar ambientes de trabalho saudáveis e promotores do bem-estar dos usuários e das usuárias, dos trabalhadores e das trabalhadoras e dos estudantes;

- Garantir a aplicação de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) na educação, contemplando os ambientes de aprendizagem e as práticas nos serviços do SUS;

- Garantir que as políticas de cotas étnico-raciais nas universidades públicas ampliem o acesso às profissões de saúde;

- Regular a formação de profissionais de saúde em consonância com as necessidades de saúde da população com ênfase na atenção básica, reconhecendo as especificidades dos povos tradicionais, comunidades rurais, ribeirinhos, etc.;

- Ampliar a participação social na formulação e na implantação das políticas de educação, na área da saúde, com garantia da qualidade e expansão de vagas nas escolas públicas de todos os níveis educacionais, incluindo as residências em saúde;

- Regular, acompanhar e controlar as reestruturações curriculares das profissões da área da saúde articuladas com a regulação e a fiscalização da qualidade de criação de novos cursos, em acordo com as necessidades de saúde da população e do SUS;

- Firmar o compromisso de solucionar em dez anos, de forma definitiva, as pendências relacionadas ao recursos humanos do SUS;
- Garantir a manutenção dos vetos presidenciais à Lei do Ato Médico;
- Flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) quanto ao limite de gasto com pessoal na área da saúde e investir em carreira pública para os servidores;
- Investir em carreira pública para os servidores, realizando concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com plano de carreira para contratação de profissionais de saúde para o SUS, abolindo todas as formas de precarização do trabalho;
- Combater o PL nº 4.330/2004, que permite a terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, rompendo todos os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros.

Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho Valorização do Trabalho e da

Educação em Saúde:

1. Que ações os Conselhos de Saúde vem desenvolvendo em apoio à luta das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde pela melhoria das condições de trabalho no setor?
2. Que medidas a gestão têm adotado no que se refere à formação, ao provimento e à fixação dos profissionais de saúde no município/estado/Distrito Federal?

IV - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado

Decorridos 27 anos do advento do Sistema Único de Saúde, o poder público (União, estados, Distrito Federal e municípios) responde apenas por 44% dos gastos em saúde no Brasil, enquanto 56% são gastos privados (planos de saúde, compras de medicamentos, entre outros). Isso significa que ainda hoje o financiamento público é insuficiente para efetivar a garantia do direito à saúde.

O financiamento do SUS deve ser garantido por todos os entes federativos (União, estados, Distrito Federal e municípios). Constata-se, entretanto, nos últimos anos, um aumento significativo da participação dos municípios, que vêm aplicando, em média, 22% do orçamento – acima do piso estabelecido de 15%; Por outro lado, os estados aplicam os 12% constitucionais. Já a União vem cumprindo, sistematicamente, a regra atual, que é do valor aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB. Nesse sentido, tem aplicado valores equivalentes, apenas, ao mínimo constitucional exigido.

Uma breve retrospectiva histórica permite demonstrar com clareza o subfinanciamento crônico da saúde. Em 1993, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 169 definia que 30% da seguridade social e 10% das receitas de cada esfera de governo fossem destinados para a saúde. A matéria não foi aprovada. Passados sete anos, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 com valores inferiores aos originalmente pensados e mantendo o orçamento federal insuficiente diante das necessidades dos SUS. Com a EC nº 29/2000, o governo federal diminuiu proporcionalmente sua participação no financiamento do SUS e aumentou a dos estados e municípios.

Desde os anos 2000, defende-se a aplicação de um mínimo de 10% das receitas correntes brutas (RCB) federais na área da saúde. Essa proposta, no entanto, não foi incorporada na Lei Complementar nº 141/2012, o que motivou a apresentação de novos pleitos.

O Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Saúde + 10) foi lançado, em março de 2012, após uma histórica reunião com ampla participação de diversas entidades representativas da sociedade brasileira. O Movimento teve por objetivo coletar assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegurasse o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira, alterando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Em 5 de agosto de 2013, mais de 2,2 milhões de assinaturas apoiando o projeto de lei foram entregues ao Congresso Nacional. As Casas Legislativas, no entanto, decidiram colocar em tramitação a PEC nº 358/2013 que originalmente visava impor no orçamento as emendas parlamentares, destinando 50% destas para o financiamento da saúde. A proposta aprovada como Emenda Constitucional nº 86/2015, que trata do orçamento impositivo, revogou o dispositivo legal que estabelecia a destinação para a saúde de 25% dos recursos adquiridos pela exploração do Pré-Sal. Além disso, escalonou em cinco anos o alcance do percentual de 15% dos recursos da União, iniciando com uma aplicação de 13,2% a partir de 2016.

Recentemente, o Conselho Nacional de Saúde alertou para os efeitos danosos que podem trazer a aplicabilidade da EC nº 86/2015 por entender que se trata de uma tentativa de petrificação do subfinanciamento da saúde, inserindo na Constituição Federal regras que colocam as obrigações da União em patamares inferiores ao da legislação vigente.

Considerando a atual conjuntura de queda do ritmo da arrecadação federal e o escalonamento gradual do percentual das receitas correntes líquidas (iniciando com 13,2% em 2016), as interpretações sobre os efeitos destas novas regras são contraditórias. Algumas análises acreditam que haverá ampliação de recursos a partir do primeiro ano, tendo em vista que o percentual se refere ao mínimo a ser aplicado e que, por não incidir sobre o orçamento do ano seguinte – o que acontece com a regra vigente até 2015 –, permite aplicação acima do mínimo em função das necessidades do Plano Plurianual (PPA). Outras avaliações, no entanto, sinalizam a possibilidade de redução do financiamento, inclusive pela vigência da execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares.

A agenda de mobilização em busca do financiamento adequado para a saúde precisa continuar. Sem dúvida, essa bandeira é a que reúne os mais amplos setores da sociedade e tem em si o maior potencial de agregar forças políticas e sociais na defesa do SUS. Por sua característica ampla, plural, popular e suprapartidária, o Movimento Saúde+10 permanece na luta pelo comprometimento de 10% das receitas correntes brutas da União ou valor equivalente para a saúde; em busca de novas fontes de financiamento para o SUS – taxaço das grandes fortunas, revisão das renúncias fiscais, Justiça Tributária; e em defesa do financiamento prioritariamente a ações e serviços públicos de natureza pública.

Relação Público-Privado

O Conselho Nacional de Saúde considera que o setor privado que atua na saúde, em especial por meio dos seguros e planos de saúde, desempenha um serviço de relevância pública (art. 197 da Constituição Federal) e, por isso, deve ser objeto de maior intervenção do poder público, cabendo a este regular o setor, bem como definir diretrizes tanto para a política quanto para ações específicas.

Esta é uma das razões que levou o CNS a se posicionar contra o artigo 142 da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que permite a participação direta e indireta de empresas ou capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil. A citada lei, além

de estimular o consumo individual de planos privados como meio de acesso aos serviços de saúde, rompe com os preceitos constitucionais do acesso universal à saúde, como direito de todos e dever do Estado, e da participação do setor privado na condição de suplementar ao público.

Vale ressaltar que o mercado de planos e seguros de saúde ganhou importância econômica e poder político nos últimos anos. Somente em 2013, a saúde suplementar movimentou cerca de R\$ 110,8 bilhões no atendimento de 25% da população. Pelo fato de serem doadoras de campanhas eleitorais, essas empresas passaram a ter forte influência no Congresso Nacional. Um reflexo disso está na aprovação pelo Senado Federal, após indicação do Poder Executivo, de pessoas ligadas a empresas de planos de saúde para compor a diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Outro aspecto importante a ser observado é que a legislação prevê o ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde das despesas decorrentes do atendimento de clientes de planos privados e seguros de saúde em unidades públicas. No entanto, ainda que a prática do ressarcimento tenha aumentado nos últimos anos, os valores devolvidos ao SUS ainda não alcançaram o patamar devido.

A renúncia fiscal da União em favor de pessoas físicas e jurídicas que mantêm contratos com empresas de planos e seguros de saúde deve ser vista sob a ótica da ética pública e justiça social, não podendo continuar a reproduzir as desigualdades sociais que ela encerra. Segundo dados extraídos do Anexo IV.11 do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2016 da União, a renúncia de receita referente às despesas médicas atingirão R\$ 12,2 bilhões no próximo ano. Estímulo importante para a manutenção e aprofundamento das desigualdades sociais.

Dentro da mesma lógica que acaba por reforçar as desigualdades sociais, o poder público financia planos de saúde exclusivos para servidores e agentes públicos dos três poderes da República.

Nesse contexto, impõe-se uma questão ética e de justiça social: É justo que 75% da população que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde contribua com o fomento de empresas privadas que têm como objetivo o lucro?

A existência da “dupla porta” no SUS, ao dar preferência àqueles que possuem planos e seguros privados de saúde, rompe com o atendimento universal e igualitário, segregando as pessoas na assistência à saúde e aumentando a lucratividade das empresas.

No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre Financiamento do SUS e Relação Público-Privado, as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:

a) Diretrizes/Objetivos:

- Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos;
- Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário.

b) Propostas:

- Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do Estado, destinando 10% das receitas correntes brutas da União ou equivalente; assegurando financiamento estável com definição de novas fontes de financiamento; e priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos;
- Acabar com a Desvinculação das Receitas da União (DRU) para o orçamento da seguridade social, em especial para o setor da saúde;
- Melhorar o padrão de gasto, observar os critérios de rateio dos recursos da União para os estados e dos estados para os municípios na forma da LC nº 141/2012;
- Defender a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar;
- Defender a suspensão do efeito da lei que autoriza a entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde;
- Eliminar o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde e, ao mesmo tempo, apoiar o PL nº 251/2005 que amplia a possibilidade de gastos com pessoal para o setor saúde (Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, abril de 2015);
- Regular de forma compatível com o bem protegido – a saúde humana – o setor privado que atua na área da saúde, enfrentando temas relevantes como as coberturas contratadas; o reajuste de preços dos planos e seguros; os conteúdos essenciais dos contratos; os subsídios públicos; a proibição, com penalização, de práticas como a “dupla porta”; a relação dos entes federativos com os hospitais universitários; a vedação da existência de planos de saúde para servidores e agentes públicos pagos com recursos públicos;
- Posicionar-se contrário aos efeitos da EC nº 86/2015, por possibilitar a redução do financiamento da saúde pela União;
- Defender o fim dos subsídios públicos e da renúncia fiscal aos planos privados de saúde;
- Revogar o art. 142 da Lei nº 13.016/2015, que permite a entrada do capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde;
- Posicionar-se contrário à PEC nº 451/2014, que pretende tornar obrigatória a garantia de plano de saúde para o trabalhador do mercado formal;
- Apoiar a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar os planos de saúde.

Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho Financiamento do SUS e Relação

Público-Privado:

1. Como as responsabilidades atribuídas pela Lei n.º 141/2012 à gestão do SUS e aos Conselhos de Saúde têm sido cumpridas no município/estado/Distrito Federal?
2. Que lutas e propostas pelo financiamento do SUS têm sido organizadas e realizadas em no município/estado/Distrito Federal?

V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

No Brasil, historicamente, o modelo de atenção à saúde centrado na assistência médico-hospitalar tem sua origem no antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que garantia aos trabalhadores e trabalhadoras apenas serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares. Esse modelo se firmou, ao longo dos anos, como base de sustentação do padrão de desenvolvimento econômico, social e ambiental.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, a atenção básica passou a ser tida como principal porta de entrada, ou seja, desempenhando papel de ordenadora dos serviços e do cuidado. Essa definição, todavia, precisa deixar de ser meramente formal e tornar-se realidade no dia a dia, para que possa promover as necessárias mudanças na organização do sistema. As redes de atenção à saúde somente surtirão efeito se a atenção básica for organizada a partir das necessidades da comunidade e não como reflexo de ofertas baseadas em interesses econômicos e políticos setoriais. O grande desafio é garantir o acesso da população a serviços de qualidade, de forma equitativa e em tempo adequado às necessidades de saúde. São aspectos relevantes para a organização e o funcionamento do SUS os determinantes sociais; a atenção básica como ordenadora dos serviços e cuidados; a Estratégia da Saúde da Família; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); o Programa Mais Médicos; e a assistência farmacêutica.

A predominância do modelo assistencial médico hospitalar, mais privado do que público, nos moldes dos anos 1970-1990, precisa deixar de existir. Ressalta-se que esse modelo consome quase 70% do recurso financeiro da saúde pública no Brasil. É preciso também eliminar a lógica vertical dos programas que não dialogam com as equipes de atenção básica, pois promovem a fragmentação do cuidado e fragilizam o princípio da atenção integral. Faz-se necessário ainda considerar que cerca de 70% dos municípios brasileiros são de pequeno porte e, por isso, a região e a rede são aspectos relevantes na organização do sistema para a garantia da integralidade da assistência à saúde e melhoria da gestão pública. Dentre as dificuldades que os estados e os municípios enfrentam estão os limites com gasto de pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). A intensificação da terceirização na saúde tem sido justificada, dentre outros motivos, por essas dificuldades. Entretanto, a via da terceirização dos serviços cria distorções salariais, fraciona o sistema, comprometendo a sua visão sistêmica e impedindo a melhoria da atuação de equipes multiprofissionais, com prejuízo para a população e o SUS, além de ser um mecanismo facilitador do desvio de finalidade e da corrupção.

No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde, as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:

a) Diretrizes/Objetivos:

- Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral;
- Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação;
- Qualiicar a produção do cuidado, com a participação ativa do usuário e o protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras;
- Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável;
- Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.

b) Propostas:

- Entender e defender que o SUS é essencialmente interfederativo e que requer gestão compartilhada na região de saúde, devendo ser adotado o contrato organizativo de ação pública, previsto no Decreto nº 7.508/2011, como o ajuste jurídico-sanitário das responsabilidades dos entes na região de saúde, o qual respeita as especificidades regionais e garante segurança jurídica no cumprimento das responsabilidades de cada um para com o sistema;
- Fortalecer o setor e a gestão pública da saúde;
- Considerar o trabalho em saúde a partir da perspectiva de equipe multiprofissional e interdisciplinar, na qual os saberes devem ser compartilhados na construção de projetos e intervenções junto ao indivíduo e à comunidade;
- Superar as dificuldades jurídicas do SUS em relação à administração pública, que necessita ser menos burocrática, mais ágil e precisa dispor de melhor definição dos modelos jurídicos de gestão pública, sendo mais permeável ao controle social;
- Transferir recursos de acordo com os critérios de rateio da LC nº 141/2012 e adotar mecanismos que diminuam a interferência federal na administração pública municipal e estadual e do Distrito Federal, além de melhorar os mecanismos de transparência da informação;
- Fortalecer a região de saúde como elemento para a integralidade da assistência à saúde em razão das interdependências federativas;
- Organizar as redes de saúde de modo que atendam à mudança no perfil demográfico e epidemiológico da sociedade;
- Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais;
- Ampliar a implantação da atenção básica para atingir 80% da população brasileira, fortalecendo-a como ordenadora do sistema;
- Alterar a Lei de Responsabilidade Fiscal referente ao limite de gastos com pessoal da área da saúde.

Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde:

1. Que modelo jurídico de gestão do SUS tem sido adotado no município/estado/Distrito Federal?
2. Qual o posicionamento e que ações são desenvolvidas pelo Conselho de Saúde do município/estado/Distrito Federal frente a este problema/desafio?
3. A forma como o SUS está organizado atende às necessidades de saúde da população do município/estado/Distrito Federal?
4. Que ações e serviços atenderiam melhor?

VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS

O Conselho Nacional de Saúde entende que a garantia do direito universal, integral e equitativo à saúde depende da ampliação do poder redistributivo do Estado democrático. Os interesses de acumulação do capital próprios do pensamento neoliberal, fortemente presente e atuante no Congresso Nacional, nas mídias comerciais, nos poderes Judiciário e Executivo,

devem ser combatidos por não respeitar os direitos sociais consagrados na Constituição Federal. Esses atores constroem uma campanha cotidiana nos meios de comunicação de massa para assegurar a privatização e a redução dos direitos sociais e trabalhistas. O Sistema Único de Saúde oferece atendimento a todos os brasileiros, com 100% de cobertura na vigilância em saúde, sendo que 75% da população dependente única e exclusivamente do Sistema para suas necessidades em saúde. Defender o direito universal à saúde é tarefa cotidiana, pois demanda enfrentamento dos porta-vozes ideológicos que divulgam pautas com intuito de desconstruir o SUS. É necessário divulgar os sucessos desse modelo que incomoda a muitos por demonstrar que é possível a existência de um sistema público de saúde no país. O Sistema Único de Saúde sempre estará em construção e sempre terá adversários. Informação em saúde é um componente estratégico para a construção e organização do SUS. Atualmente, contamos com diversos sistemas de informação que consolidam dados e orientam as decisões na gestão em saúde. Trazer essas informações para o cotidiano da sociedade brasileira é um desafio que se une ao fortalecimento da participação e do controle social. Todavia, persiste o quadro de fragmentação das informações em saúde e a necessidade da implantação de sistemas informatizados que integrem as bases de dados, a exemplo do Cartão Nacional de Saúde. É necessário ainda fortalecer as ouvidorias em saúde e os conselhos de saúde. Fundamental também constituir canais de diálogo e exposição das ações exitosas do sistema público de saúde brasileiro.

No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS, as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:

a) Diretrizes/Objetivos:

- Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS;
- Valorizar o SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação.

b) Propostas:

- Estabelecer uma política de comunicação para o SUS com o objetivo de manter a população constantemente informada;
- Criar mecanismos para divulgação dessas informações a partir de canais de TV com sinal aberto e emissoras rádio, além das mídias e redes sociais que permitam a interação entre a população e o sistema de saúde;
- Garantir que a publicidade de utilidade pública também atue na defesa e divulgação do SUS e da saúde como direito de todos e dever do estado;
- Estimular produções audiovisuais a partir do olhar das usuárias e usuários do SUS, a fim de contribuir para a construção de uma imagem do SUS como direito e patrimônio do povo brasileiro.
- Trabalhar conteúdos que enfatizem a necessidade de valorizar o SUS como política de Estado e a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Perguntas geradoras para o Grupo de Trabalho Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS:

1. Como o município/estados/Distrito Federal pode articular a imprensa local para ser disseminador e divulgador positivo do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim reverter a imagem ruim propagada pelas grandes mídias?
2. Como utilizar o Programa de Inclusão Digital (PID) como meio para a concretização das políticas de saúde e sua fiscalização local?
3. Como ajudar a construir uma rede nacional de troca de informações, que fomente as redes locais de comunicação entre os apoiadores do SUS e mais especificamente o Conselho Municipal de Saúde/Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal?
4. Que estratégias podem ser utilizadas para a comunicação pós-conferência, de modo a acompanhar a efetivação das propostas da 15ª CNS nos planos municipal, estadual, do Distrito Federal e nacional?

VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS

Saúde também se faz com ciência e recursos tecnológicos, que evoluem e significam parcela considerável do investimento no Sistema Único de Saúde. O tema da tecnologia e inovação em saúde muitas vezes é desconhecido e negligenciado, sendo apenas veiculado sob a ótica do consumo de serviços e insumos, o que desencadeia desinformação e reivindicações sem lastro técnico-científico, aumentando a judicialização da saúde. O Brasil tem investido no desenvolvimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva nacional para o fortalecimento do SUS. Não são poucas as políticas nacionais de ciência, tecnologia e inovação em saúde, assistência farmacêutica e incentivo à pesquisa formuladas e implementadas nas últimas décadas. Essa é, sem dúvida, uma prioridade na consolidação do sistema público de saúde universal que tem relação direta com o modelo de desenvolvimento econômico e social. A segurança do Sistema Único de Saúde depende de uma política industrial e de desenvolvimento econômico voltada para a soberania nacional e para a garantia de acesso a bens, conhecimentos e serviços de saúde por toda a população. Há pouco mais de dez anos, com a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos no Ministério da Saúde e a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, foi possível consolidar vários componentes da assistência farmacêutica, a exemplo dos programas Farmácia Popular e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; da qualificação da gestão por meio do Programa Horus; e das parcerias com o setor privado (PDP – Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo). Outro importante avanço na saúde do povo brasileiro foi a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei nº 13.021/2014 que muda o conceito de farmácia no Brasil. Assim, as farmácias que até então eram tidas como simples estabelecimentos comerciais foram transformadas em locais de prestação de serviços de saúde, consolidando a assistência farmacêutica como direito. O desafio agora é reunir forças para que na regulamentação da lei prevaleçam os princípios e diretrizes do SUS e o desenvolvimento desse setor econômico.

No contexto da 15ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde aponta para o debate sobre Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS, as seguintes diretrizes/objetivos e propostas:

a) Diretriz/Objetivo:

- Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde.

b) Propostas:

- Defender uma política industrial, de ciência, tecnologia e inovação em saúde, que promova a produção nacional de insumos (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde) indispensáveis ao atendimento adequado às necessidades de

saúde da população;

- Defender que as tecnologias de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde fortaleçam a autonomia das pessoas e reduzam o risco de doenças e agravos provocados pela própria atenção à saúde, garantindo que o direito à assistência farmacêutica se amplie e seja efetivo no Brasil;
- Regular o mercado de produtos e serviços de saúde, incluindo a indústria de medicamentos e outros insumos e as operadoras de planos e seguros privados de saúde, de modo a assegurar a primazia do interesse público;
- Fortalecer o complexo industrial produtivo da saúde e a assistência farmacêutica, no sentido de impactar na redução do déficit da balança comercial para a importação de medicamentos e na promoção e incorporação de novas tecnologias ao SUS, favorecendo a ampliação do acesso a produtos e insumos pela população, consolidando a soberania, e promovendo o desenvolvimento da plataforma tecnológica do país, da pesquisa e da inovação;
- Aprovar a reforma da Lei de Patentes Brasileiras para inclusão e fortalecimento das medidas de proteção e exclusão de medidas prejudiciais à saúde (acordo de comércio internacional conhecido como Trips Plus), tendo em vista manutenção de conquistas da sociedade civil e a viabilidade da assistência farmacêutica no SUS.

Pergunta geradora para o Grupo de Trabalho Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS:

1. Que ações são necessárias no município/estado/Distrito Federal sobre Ciência, Tecnologia e Inovação para que o SUS atenda melhor as necessidades de saúde da população?

Anexo C: Decreto do Governador 002/2015

DECRETO DO GOVERNADOR 002/2015 DECRETO Nº 1, DE 16 DE JANEIRO DE 2015 .

Dispõe sobre a convocação da realização da VIII Conferência Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais .

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, no uso de atribuição que lhe confere o inciso VII do art. 90 da Constituição do Estado e tendo em vista o disposto na Lei Federal nº 8.142, de 28 De dezembro de 1990,

DECRETA:

Art. 1º Fica convocada a VIII Conferência Estadual de Saúde, a realizar-se no período de 16 de julho a 30 de setembro de 2015, em Belo Horizonte, objetivando deliberar sobre o tema “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas”, definido no Decreto Federal de 15 de dezembro de 2014, que convocou a 15ª Conferência Nacional de Saúde .

Art. 2º A VIII Conferência Estadual de Saúde será coordenada pela Secretaria de Estado de Saúde – SES – e constituirá etapa preparatória para a 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único. A VIII Conferência Estadual de Saúde contará com etapas preparatórias em nível municipal, que serão realizadas no período de 9 de abril a 15 de julho de 2015, após a publicação de seus regulamentos, que deverão estar em consonância com o regulamento estadual e nacional, dispondo sobre a organização, o funcionamento e o processo de escolha dos delegados .

Art. 3º A VIII Conferência Estadual de Saúde será presidida pelo Secretário de Estado de Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo vice - Presidente do Conselho Estadual de Saúde.

Parágrafo único. O Secretário de Estado de Saúde, por meio de resolução, constituirá a comissão organizadora da VIII Conferência Estadual de Saúde.

Art. 4º A organização e o regulamento da VIII Conferência Estadual de Saúde obedecerão ao disposto na Deliberação CESMG nº 4, de 17 de setembro de 2014, do Conselho Estadual de Saúde – CES.

Art. 5º As despesas com a organização e a realização da VIII Conferência Estadual de Saúde correrão por conta de recursos orçamentários da SES e do CES.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Tiradentes, em Belo Horizonte, aos 16 de janeiro de 2015;
227º da Inconfidência Mineira e 194º da Independência do Brasil.

FERNANDO DAMATA PIMENTEL

Anexo D:

DELIBERAÇÃO CESMG Nº 004 DE 05 DE MAIO DE 2015

Dispõe sobre a criação da Comissão Organizadora da VIII Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais

O Conselho Estadual de Saúde, órgão colegiado da estrutura do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, com suas atribuições legais de atuar na formulação e deliberação das estratégias e controle da execução da Política Estadual de Saúde, definidas pelo Decreto Estadual de nº 45.559 de 03 de março de 2011, considerando:

- a Constituição Federal de 1988;
- a Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990;
- a Lei federal complementar 141 de 13 de janeiro de 2012;

- o Plano Estadual de Saúde;
- a decisão do Plenário do CESMG em sua reunião Ordinária de 09 de março de 2015;

Delibera:

1º - Fica criada, no âmbito do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais, uma Comissão Organizadora da VIII Conferência de Estadual de Saúde de Minas Gerais, composta por 08 (oito) membros, eleitos pelo Plenário do CESMG.

2º - A Comissão Organizadora da VIII Conferência de Estadual de Saúde de Minas Gerais, é composta pelos seguintes membros:

Alcione Ribeiro de Matos
Conceição Aparecida Pereira Rezende
Ederson Alves da Silva
Ethiara Vieira de Macedo
Júlio César Pereira de Souza
Lourdes Aparecida Machado
Maria Alves de Souza
Sandra de Oliveira da Silva

Art. 2º - Revogam-se as disposições em contrário;

Art. 3º - Esta deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Plenário do CESMG, em Belo Horizonte, 09 de março de 2015.

Ederson Alves da Silva
Vice - Presidente do CESMG

Jurandir Ferreira
Secretário Geral do CESMG

Homologo a Deliberação CESMG Nº 004/2015, conforme descrito acima.

Fausto Pereira dos Santos
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Anexo E. **DELIBERAÇÃO CESMG Nº 005 DE 18 DE MAIO DE 2015.**

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

DELIBERAÇÃO CESMG Nº 005 DE 18 DE MAIO DE 2015.

Dispõe sobre a aprovação do Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais.

O Plenário do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, em sua Reunião Ordinária do dia 11 de maio de 2015 e Extraordinária do dia 18 de maio de 2015, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 45.559, de 03 de março de 2011, pela Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 e Resolução nº 500, de 12 de fevereiro de 2015, do Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Aprovar o Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais.

CAPÍTULO I DA NATUREZA E OBJETIVOS

Art. 1º - A 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais Etapa da 15ª Conferência Nacional de Saúde, aprovada conforme a Deliberação CES/MG nº 004 de 17 de setembro de 2014, convocada pelo Decreto Estadual nº 01, publicado no Diário Oficial do Estado de Minas Gerais em 16 de janeiro de 2015 tem por objetivos:

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

II - Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca do direito à saúde e em defesa do SUS;

III - Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade mineira na etapa estadual da 15ª Conferência Nacional de Saúde em Minas Gerais;

IV - Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual - PPA e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no contexto dos 25 anos do SUS;

V - Aprofundar o debate sobre as reformas necessárias à democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde.

VI – Eleger delegadas e delegados para a 15ª Conferência Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II DO TEMA

Art. 2º - As Etapas Municipal e Estadual de Minas Gerais terão como tema: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”, de acordo com a 15ª Conferência Nacional de Saúde.

§ 1º - Os eixos temáticos da Etapa Municipal e da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais deverão ser:
I - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade;

- II - Participação social;
- III - Valorização do trabalho e da educação em saúde;
- IV - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado;
- V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde;
- VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS;
- VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS;
- VIII - Reformas democráticas e populares do Estado.

§ 2º - Os eixos serão discutidos em painéis centrais/ mesas redondas, contando com a presença de coordenação, secretaria e a participação de expositores e debatedores, indicados pela Comissão Organizadora, assegurando o debate com os delegados e convidados.

§ 3º - Serão elaboradas ementas que orientarão as apresentações dos expositores e debatedores nos painéis centrais.

§ 4º - A Comissão Organizadora promoverá a apresentação de textos sobre o temário principal para subsidiar as discussões da Conferência.

§ 5º - A metodologia específica da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais será explicitada no Regulamento com o objetivo de propiciar participação ampla e democrática de todos os segmentos representados na Conferência e a obtenção de um Relatório Final que contribua para melhorar a qualidade do SUS-MG.

§ 6º - As apresentações das expositoras/debatedoras e dos expositores/debatedores têm a finalidade de qualificar os debates e serão orientadas pelas Ementas definidas pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.

CAPÍTULO III DAS FASES E ETAPAS

Art. 3º - A 15.ª CNS conta com uma fase de mobilização e formação e 04 (quatro) etapas para elaboração, votação e acompanhamento de propostas, de acordo com o seguinte calendário:

- I - Etapa Municipal – entre 09 de abril e 15 de julho de 2015;
- II - Etapa Estadual e do Distrito Federal – entre 16 de julho e 30 de setembro de 2015;
- III - Etapa Nacional - 01 a 04 de dezembro de 2015; e
- IV - Etapa de Monitoramento - a partir de 2016.

§ 1º - Os debates sobre o tema e os eixos temáticos da Conferência serão conduzidos nas Etapas Municipal e Estadual com base em Documento Orientador elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde.

§ 2º - As deliberações da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais e da 15ª Conferência Nacional de Saúde serão objeto de monitoramento pelas instâncias de controle social, em todas suas esferas, com vistas a acompanhar seus desdobramentos.

§ 3º - A Etapa Estadual ocorrerá ainda que não sejam realizadas as etapas previstas no inciso I.

§ 4º - Em todas as etapas das Conferências Municipais, da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais e da 15ª Conferência Nacional de Saúde será assegurada a paridade das Delegadas e dos Delegados representantes dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados dos demais segmentos, conforme previsto nas Resoluções n.º 453/2012 e 500/ 2015 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, e na Lei n.º. 8.142/1990.

§ 5º - Em todas as Etapas da 15ª Conferência Nacional de Saúde será assegurada a acessibilidade plena, considerando aspectos arquitetônicos, atitudinais, programáticos e comunicacionais, de acordo com o Manual de Acessibilidade para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, recomendado pela Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência - CISP/D/CNS, a Lei n.º 10.098/2000, o Decreto n.º 5.296/2004 e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pelo Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009.

Art. 4º - A responsabilidade pela realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde, incluído o seu acompanhamento, será de competência da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, com apoio solidário de movimentos, entidades e instituições.

CAPÍTULO IV DA FASE DE MOBILIZAÇÃO

Art. 5º - A fase de mobilização, que também tem caráter formativo, conta com a realização de:

I - Plenária Popular da Região Sudeste, com a participação de conselheiras e conselheiros municipais, estaduais e nacionais, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais, cujos objetivos, conteúdos e metodologias terão por base as definições do Art. 1º deste Regimento.

II – A 19.ª Plenária Nacional de Conselhos e Movimentos de Saúde, em Brasília;

III - Conferências livres, compreendidas como os Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nas Etapas Municipal e Estadual.

Parágrafo único. A fase de mobilização não tem caráter deliberativo e antecede as Etapas Municipal, Estadual e Nacional.

CAPÍTULO V DAS ETAPAS

Seção I DA ETAPA MUNICIPAL

Art. 6º - A Etapa Municipal da 15ª Conferência Nacional de Saúde, com base em Documento Orientador de Apoio aos Debates aprovado pela Comissão Organizadora da 15ª Conferência Nacional de Saúde e a Resolução nº 501, de 07 de maio de 2015 do Conselho Nacional de Saúde, que define as Diretrizes Metodológicas para a 15ª Conferência, sem prejuízo de outros debates, tem o objetivo de analisar as prioridades locais de saúde, formular propostas no âmbito dos Municípios, dos Estados e da União e elaborar Relatório Final, nos prazos previstos por este Regimento.

§ 1º - A divulgação da Etapa Municipal será ampla e a participação aberta a todas e a todos, com direito a voz e voto, em todos seus espaços.

§ 2º - As propostas e diretrizes que incidirão sobre as políticas de saúde nas esferas Estadual e Nacional serão destacadas no Relatório final da Etapa Municipal.

§ 3º - O Relatório Final da Etapa Municipal será de responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde e deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa Estadual até o dia 31 de julho de 2015.

§ 4º - O registro dos dados das Conferências Municipais, no Portal da 15ª Conferência Nacional de Saúde será feito por cada Conselho Municipal de Saúde, até o dia 31 de julho de 2015.

Art. 7º - Os Municípios que realizaram as Conferências de Saúde a partir de 2014 deverão realizar Plenárias Municipais de Saúde obedecendo às orientações deste Regimento:

I – Debater o Tema e os Eixos da Conferência;

II – Elaborar propostas e diretrizes para políticas públicas de saúde para o Município, o Estado e a União;

III – Eleger Delegadas e Delegados para participarem da 8ª Conferência Estadual de Saúde, conforme estabelecido no Anexo I.

§ 1º – A Etapa Municipal (Conferência Municipal de Saúde) também deve seguir o que estabelece o este Art. 7º e seus incisos;

§ 2º - As Plenárias de Saúde devem ser realizadas com carga horária mínima de 08 (oito) horas;

Art. 8º - As Conferências Municipais de Saúde devem ser realizadas com carga horária mínima de 16 (dezesesseis) horas;

Art. 9º - A Plenária ou Conferência Municipal de Saúde deve encaminhar, no máximo, 2 (duas) propostas por eixo temático para os destaques dos Relatórios Estadual e Nacional de Saúde, no formato **word**, fonte arial 12, entre linhas 1,5.

Art. 10 - Na Conferência Municipal serão eleitas, de forma paritária, as Delegadas e os Delegados que participarão da 8ª Conferência Estadual, de forma paritária, conforme Resolução nº 453/2012.

§ 1º - O resultado da eleição das Delegadas e Delegados da Etapa Municipal será enviado pelos Conselhos Municipais de Saúde à Comissão Organizadora da Etapa Estadual, até o dia 31 de julho de 2015.

§ 2º - A atualização dos dados junto ao sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS e ao Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais – CADCES/MG será feito por cada Conselho Municipal de Saúde, até o dia 30 de abril de 2015.

Seção II DA ETAPA ESTADUAL

Art. 11 - A Etapa Estadual da 15.ª Conferência Nacional de Saúde, em Minas Gerais, com base no Documento Orientador de Apoio aos Debates aprovado pela Comissão Organizadora da 15ª Conferência Nacional de Saúde e a Resolução nº 501, de 07 de maio de 2015 do Conselho Nacional de Saúde, que define as Diretrizes Metodológicas para a 15ª Conferência e suas Etapas Estadual e Municipal, ocorrerá no período de **dia 1º a 04 de setembro de 2015** e tem por objetivo analisar as propostas e prioridades de âmbito estadual e nacional provenientes das Conferências Municipais; formular diretrizes para a saúde nas esferas Estadual e Nacional; e elaborar Relatório final da Etapa Estadual, dentro dos prazos previstos por este Regimento.

§ 1º - A 8ª Conferência Estadual de Saúde será presidida pelo Secretário de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pela Secretária-Adjunta da Secretaria de Estado da Saúde.

§ 2º - A 8ª Conferência Estadual de Saúde será Coordenada pela Presidência do Conselho Estadual de Saúde e, em sua ausência ou impedimento pelo Vice-Presidente ou pela Secretária ou Secretário Geral da Comissão Organizadora.

Art. 12 - A 8ª Conferência Estadual de Saúde deve seguir, ainda, as seguintes orientações:

I – Debater o Tema e os Eixos da 15ª Conferência, conforme estabeleceu a Resolução nº 500 do Conselho Nacional de Saúde;

II – Debater e votar as propostas e diretrizes para políticas públicas de saúde para o Estado e a União, aprovadas na Etapa Municipal da 15ª Conferência Nacional de Saúde;

III – Eleger Delegadas e Delegados para participarem da 15ª Conferência Nacional de Saúde, conforme estabelecido no Anexo II.

Art. 13 - A 8ª Conferência Estadual de Saúde deve encaminhar as propostas de âmbito nacional para a Comissão Organizadora da 15ª Conferência.

Art. 14 - Participam da Etapa Estadual as Delegadas eleitas e os Delegados eleitos nas Conferências Municipais, as Delegadas e os Delegados eleitos pelo Conselho Estadual de Saúde, assim como Convidadas e Convidados e outros participantes, nos termos deste Regimento.

§ 1º - Serão Delegadas e Delegados da Etapa Estadual as Conselheiras e Conselheiros Estaduais, titulares e suplentes, assim como Delegadas eleitas e Delegados eleitos pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde, constituindo, em seu conjunto, 10% (dez por cento) do número total das Delegadas e dos Delegados Municipais eleitos nas Conferências Municipais.

§ 2º - Os critérios de participação para a Etapa Estadual são estabelecidos pelo Conselho Estadual de Saúde, observando-se a recomendação do Arts. 38 e 39 deste Regimento.

§ 3º - A atualização dos dados junto ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS será feito pelo Conselho Estadual de Saúde, até o dia 30 de abril de 2015.

Art. 15 - Na Etapa Estadual serão eleitas as Delegadas e os Delegados que participarão da Etapa Nacional, de forma paritária, conforme Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º - As propostas e diretrizes que incidirão sobre as políticas de saúde de âmbito Nacional serão destacadas no Relatório final da Etapa Estadual.

§ 2º - O Relatório Final da Etapa Estadual será de responsabilidade da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde e deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa Nacional até o dia 31 de outubro de 2015.

§ 3º - As despesas com o deslocamento dos Delegados e Delegadas eleitos na Etapa Estadual para Brasília serão de responsabilidade do Estado de Minas Gerais.

§ 4º - O Conselho Estadual de Saúde deve indicar um representante da Delegação Estadual dentre as Delegadas eleitas e Delegados eleitos, para articulação com a Comissão Organizadora Nacional.

§ 5º - As inscrições das Delegadas eleitas e dos Delegados eleitos, titulares e suplentes para a 15.ª Conferência Nacional de Saúde deverão ser feitas pela Comissão Organizadora da Etapa Estadual e devem ser enviadas à Comissão Organizadora Nacional, através do Portal da 15ª Conferência Nacional de Saúde, até 01 de novembro de 2015.

Seção III DA ETAPA NACIONAL

Art. 16 - A Etapa Nacional da 15.ª Conferência Nacional de Saúde ocorrerá de 1º a 04 de dezembro de 2015, em Brasília, e têm por objetivos principais analisar e votar o Relatório Nacional Consolidado, elaborado pela Comissão de Relatoria, com base nos Relatórios das Conferências Estaduais, sob a perspectiva do direito à saúde, pública e de qualidade, como direito do povo brasileiro.

§ 1º - A 15ª Conferência Nacional de Saúde será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

§ 2º - A 15ª Conferência Nacional de Saúde será Coordenada pela Presidência do Conselho Nacional de Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Geral ou Secretária Geral da Comissão Organizadora.

Seção IV DO ACOMPANHAMENTO DAS ETAPAS E DO MONITORAMENTO

Art. 17 - Caberá ao Pleno do CES/MG, bem como aos Conselhos Municipais de Saúde, acompanhar o andamento das Etapas Municipal, Estadual e Nacional da 15.ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 18 - O Monitoramento da 8ª Conferência Estadual de Saúde tem como objetivo viabilizar o permanente acompanhamento, por parte do Conselho Estadual de Saúde, dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas nas Conferências Estaduais de Saúde, nos termos previstos pela Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012 e pela Resolução CNS n.º 454, de 14 de junho de 2012.

§ 1º - O monitoramento será de responsabilidade solidária das três esferas do Controle Social e tem como objetivo verificar a efetividade das diretrizes e proposições constantes no Relatório Final da 8ª Conferência Estadual e da 15.ª Conferência Nacional de Saúde.

§ 2º - O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais nomeará Comissão Permanente de Monitoramento das deliberações da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

CAPÍTULO VI DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Art. 19 - Serão consideradas como instâncias deliberativas da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais:

- I – a Plenária de Abertura;
- II – os Grupos de Trabalho;
- III – a Plenária Final.

§ 1º - O Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde será divulgado junto aos Conselhos Municipais.

§ 2º - O Regimento da Etapa Estadual, proposto e sistematizado pela Comissão Organizadora, após consulta virtual por um prazo de 20 dias, será apreciado e aprovado, em caráter definitivo, pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde, até maio de 2015.

§ 3º - Os dispositivos deste Regimento deverão ser seguidos enquanto não forem modificados pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde, após consulta virtual.

§ 4º - Este Regimento Interno da 8ª Conferência Estadual de Saúde, será colocado em consulta virtual no período de 10 a 30 de abril de 2015, será aprovado pelo Pleno do CES/MG em sua Reunião Ordinária de 11 de maio e em sua Reunião Extraordinária de 18 de maio de 2013 e não será submetido à votação da Plenária de Abertura da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

§ 5º - Os Grupos de Trabalho, num número total de 16 (dezesseis) serão compostos, paritariamente, por delegadas e delegados, nos termos da Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com participação de Convidadas e Convidados, deliberarão conforme os incisos deste parágrafo sobre o Relatório Consolidado da Etapa Municipal para a Etapa Estadual, disponibilizado às delegadas e aos delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais:

I - O Relatório Consolidado da Etapa Estadual será lido e votado pelo Grupo de Trabalho, sendo permitida alteração e aglutinação ao texto original desde que a proposta original não seja descaracterizada;

II – Às delegadas e aos delegados participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais será concedido destaque para defesa de proposta contrária, favorável ou de supressão das propostas constantes no Relatório Consolidado da Etapa Estadual;

III - As propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais dos votos em cada Grupo de Trabalho e forem aprovadas por 50% mais um, do Grupo, farão parte, automaticamente, do Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais;

IV – As propostas constantes no Relatório Consolidado da Etapa Estadual aprovadas entre 40% e 50% dos Grupos serão encaminhadas à Plenária Final para votação favorável, contrária ou supressão, não cabendo alteração do texto original;

V – As propostas não contempladas nos incisos de I a IV, do art. 19, não constarão no Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais;

VI – Na Etapa Estadual da 15ª Conferência Nacional de Saúde não serão acatadas novas propostas dos grupos de trabalhos;

VII - Os Grupos de Trabalho contarão com Mesa Coordenadora dos trabalhos composta por uma Coordenadora ou um Coordenador, uma Secretária ou um Secretário e uma Relatora ou um Relator escolhidos pelo Grupo e uma Facilitadora/Relatora ou um Facilitador/Relator indicados pela Comissão Organizadora, com autonomia para consolidar o Relatório do Grupo. Havendo necessidade, faculta-se à Comissão de Relatoria agregar mais Reladoras ou Relatores indicados;

VIII - Os Grupos de Trabalho terão a participação de delegadas e delegados, convidadas e convidados aleatória e paritariamente distribuídos, conforme numeração no crachá;

IX - Somente poderá se candidatar a delegada e delegado à Etapa Nacional os participantes que obtiverem 75% de presença nos Grupos, comprovados por meio de lista de presença;

X - Somente será concedido certificado de participação na 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais aos que obtiverem 75% de presença nos Grupos, comprovados por meio de lista de presença;

XI – Somente participarão da Plenária Final as delegadas e os delegados que obtiverem 75% de frequência nos trabalhos de grupo, comprovados por meio de lista de presença.

§ 6º - A Plenária Final terá como objetivo aprovar o Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, que constituirá o Relatório Final da Conferência, devendo expressar o resultado dos debates das Etapas Municipal e Estadual, bem como conter diretrizes estaduais e nacionais para a formulação de políticas para o SUS em todas as esferas de governo e aprovar as moções de âmbito estadual e nacional;

I - O Relatório Consolidado com as propostas aprovadas de acordo com o inciso III do §5º do Art. 19, desse Regimento será encaminhado à Plenária Final para conhecimento.

II - O Relatório aprovado na Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde será encaminhado ao Conselho Estadual de Saúde, à Secretaria de Estado da Saúde e à Comissão Organizadora da 15ª Conferência Nacional de Saúde, devendo ser editado no primeiro trimestre de 2016 e, amplamente, divulgado por meios eletrônicos e impressos, com versão em braile, e servirá de base para a Etapa de Monitoramento.

CAPÍTULO VII

DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 20 - A Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde, que irá compor o Comitê Executivo, será formada por 8 (oito) membros, indicados pelo Pleno do CESMG, conforme Deliberação CES/MG nº 004, de 5 de maio de 2015:

Comitê Executivo 8ª CESMG

1. Ederson Alves da Silva – CUT-MG
2. Lourdes Aparecida Machado – CRP/MG
3. Conceição Aparecida Pereira Rezende – SES/MG
4. Ethiara Vieira de Macedo – COSEMS/MG
5. Júlio César Pereira de Souza – FAMEMG
6. Alcione Ribeiro de Matos – ABES
7. Maria Alves de Souza – FETAEMG
8. Sandra de Oliveira da Silva – SindSaúde-MG

Parágrafo único. A Comissão Organizadora, nomeada conforme a Deliberação nº 004, de 5 de maio de 2015, será Coordenada pela Presidência do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 21 - A Comissão Organizadora terá a seguinte estrutura:

- I - Coordenador Geral: Ederson Alves da Silva;
- II - Secretário Geral, Jurandir Ferreira, e Secretário Adjunto: Paulo Venâncio Carvalho;
- III - Relatora Geral: Maria Nazaré Anjo dos Santos e Relator Adjunto: Érico de Moraes Colen;
- IV - Coordenadora de Comunicação, Informação e Acessibilidade: Lourdes Aparecida Machado, e Coordenadora Adjunta: Patrícia Gúdice;
- V - Coordenadora de Articulação e Mobilização: Sandra de Oliveira da Silva, e Coordenador Adjunto: Gilson Silva;
- VI - Coordenadora de Infraestrutura e Acessibilidade: Conceição Aparecida Pereira Rezende, e Coordenador Adjunto: José Pereira de Souza;
- VII - Coordenador de Cultura e Educação Popular: Daniel dos Santos e, Coordenadora Adjunta: Alcione Ribeiro de Matos.

§ 1º - Os membros da Secretaria Geral; Coordenação de Comunicação, Informação e Acessibilidade; Coordenação de Articulação e Mobilização; Coordenação de Infraestrutura e Acessibilidade; e Coordenação de Cultura e Educação Popular serão indicados pelo Pleno do CES/MG entre os integrantes da Comissão Organizadora Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

§ 2º - A secretaria e as coordenações referidas nos incisos II, IV, V, VI e VII contarão com uma Secretária Adjunta ou um Secretário Adjunto e uma Coordenadora Adjunta ou Coordenador Adjunto, a serem definidos, entre as Conselheiras e os Conselheiros Estaduais de Saúde, pela Comissão Organizadora.

Art. 22 - A Comissão Organizadora contará com Comitê Executivo, coordenado pela Mesa Diretora do CES/MG, que trabalhará de modo articulado com os demais órgãos da Secretaria de Estado da Saúde, instâncias, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais envolvidos, para apoio técnico, administrativo, financeiro, logístico e de infraestrutura da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Parágrafo único. O Comitê Executivo será composto por:

- I – integrantes da Mesa Diretora do CES/MG;
- II - integrantes da Comissão Organizadora;
- III - integrantes da Secretaria de Estado da Saúde.

Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais:

- Presidente: Fausto Pereira dos Santos (SES/MG)
Vice-presidente: Ederson Alves da Silva (CUT-MG)
Secretário-geral: Jurandir Ferreira (CNBB)
1º Secretário: Júlio César Pereira de Souza (FAMEMG)
2º Secretário: Renato de Almeida Barros (SINDSAÚDE-MG)
3º Secretário: José do Carmo Fonseca (SINDHOMG)
1ª Diretora de Comunicação e Informação do SUS:
Lourdes Aparecida Machado (CRP-MG)
2º Diretor de Comunicação e Informação do SUS:
Geraldo Heleno Lopes (UGT)

CAPÍTULO VIII DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES

Art. 23 - A Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde tem as seguintes atribuições:

I - Promover as ações necessárias à realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde, atendendo às deliberações do CES/MG e da Secretaria de Estado da Saúde e propor:

- a) O detalhamento de sua metodologia;
- b) Os nomes das expositoras/debatedoras e dos expositores/debatedores das mesas redondas e participantes das demais atividades;
- c) Os critérios para participação e definição das convidadas e dos convidados estaduais e nacionais, a serem aprovados pelo Pleno do CES/MG;
- d) A apresentação das Ementas para as expositoras/debatedoras e os expositores/debatedores das mesas;
- e) A organização das Delegadas e dos Delegados indicados ou eleitos por entidades estaduais, de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde, a serem aprovados pelo Pleno do CES/MG.

II - Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade para a Etapa Estadual e Nacional;

III - Acompanhar a execução orçamentária da Etapa Estadual e Nacional;

IV - Analisar e aprovar a prestação de contas da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

V - Encaminhar até 60 (sessenta) dias, após o encerramento da Conferência, o Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde ao CES/MG e à Secretaria de Estado da Saúde, com prazo de edição previsto para o primeiro trimestre de 2016, para ampla divulgação e início da Etapa de Monitoramento;

VI - Apreciar os recursos relativos ao credenciamento de Delegadas e Delegados, assim como discutir questões pertinentes à 8ª Conferência Estadual de Saúde, submetendo-as, quando necessário, ao Pleno do CES/MG.

VII - Indicar, como apoiadores, pessoas e representantes de entidades e movimentos com contribuição significativa em cada área para integrarem as Comissões, caso julgue necessário.

Art. 24 - À Coordenadora Geral ou ao Coordenador Geral cabe:

I - Convocar as reuniões da Comissão Organizadora;

II - Coordenar as reuniões e atividades da Comissão Organizadora;

III - Submeter à aprovação do CES/MG as propostas e os encaminhamentos da Comissão Organizadora;

IV - Supervisionar todo o processo de organização da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 25 - À Secretária Geral ou ao Secretário Geral cabe:

I - Organizar a pauta das reuniões da Comissão Organizadora;

II - Participar das reuniões do Comitê Executivo;

III - Ter acesso e conhecimento de todos os documentos recebidos e encaminhados em função da realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

IV - Encaminhar os documentos produzidos pela Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde para providências.

V - Substituir a Coordenadora Geral ou o Coordenador Geral nos seus impedimentos.

Art. 26 - À Relatora Geral ou ao Relator Geral cabe:

I - Coordenar a Comissão de Relatoria da Etapa Estadual;

II - Encaminhar, em tempo hábil, os relatórios das Conferências Municipais à Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

III - Orientar o processo de trabalho dos relatores das Plenárias e dos Grupos de Trabalho;

IV - Consolidar os Relatórios da Etapa Municipal e prepará-los para distribuição às Delegadas e aos Delegados da Etapa Estadual;

V - Sistematizar a produção dos Grupos de Trabalho;

VI - Coordenar a elaboração e a organização das moções de âmbito estadual e nacional, aprovadas na Plenária Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

VII - Estruturar o Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde a ser apresentado ao CES/MG e à Secretaria de Estado da Saúde.

Parágrafo único. A Relatora ou Relator Geral e a Relatora Adjunta ou Relator Adjunto serão indicados pelo Pleno do CES/MG, sendo um deles, necessariamente, Conselheiro Estadual de Saúde.

Art. 27 - À Coordenadora ou ao Coordenador de Comunicação e Informação e Acessibilidade cabe:

I - Propor a política de divulgação da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

II - Promover a divulgação do Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

III - Orientar as atividades de Comunicação Social da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

IV - Promover ampla divulgação da 8ª Conferência Estadual de Saúde nos meios de comunicação social, inclusive o virtual;

V - Articular, em conjunto com a Mesa Diretora do CES/MG e órgãos de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde, a elaboração de um plano geral de Comunicação Social da Conferência.

Parágrafo único. A Comissão de Comunicação e Informação assegurará que todo o material da 8ª Conferência Estadual de Saúde seja produzida de maneira a garantir acessibilidade, conforme disposto no Manual de Acessibilidade da CISPD/CNS.

Art. 28 - À Coordenadora ou ao Coordenador de Infraestrutura e Acessibilidade cabe:

I - Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade necessárias à realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde, referentes ao local, equipamentos e instalações audiovisuais, reprografia, comunicações, hospedagem, transporte, alimentação, tradutor de sinais;

II - Supervisionar, juntamente com a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

III - Propor os meios de acessibilidade, com vistas a incluir pessoas com deficiência e outras necessidades especiais, assegurando condições para sua efetiva participação, nos termos do Manual de Acessibilidade da CISPD/CNS.

Art. 29 - À Coordenadora ou ao Coordenador de Mobilização e Articulação cabe:

I - Estimular a organização e a realização de Conferências de Saúde em todos os Municípios, Estado, em todas as etapas da 15.ª Conferência Nacional de Saúde;

II - Mobilizar e estimular a participação paritária das Usuárias e dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados de todas as etapas da 15ª Conferência Nacional de Saúde;

III - Mobilizar e estimular a participação paritária das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde em relação à soma das Delegadas e dos Delegados gestores e prestadores de serviços de saúde;

IV - Fortalecer e articular o intercâmbio Município-Município e incentivar a troca de experiências positivas sobre o alcance do tema das etapas Estadual e Nacional da 15.ª Conferência Nacional de Saúde;

V - Garantir a articulação dos movimentos sociais, populares e sindicais para a realização de ato político, em cada uma das 3 (três) etapas, com vistas a sensibilizar a opinião pública para o tema e os eixos temáticos da 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 30 - À Coordenadora ou ao Coordenador de Cultura e Educação Popular cabe:

I - identificar grupos de arte e cultura, especialmente àqueles que desenvolvem ações no âmbito da saúde e mobilizá-los para participar do processo de construção da 8ª Conferência Estadual de Saúde e da 15ª Conferência Nacional de Saúde;

II - participar diretamente da organização da Programação Cultural da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

III - Contribuir com a construção metodológica da 8ª Conferência Estadual de Saúde, identificando e compartilhando referências, dinâmicas, vivências e práticas que promovam o diálogo e articulação entre o saber e o protagonismo popular no âmbito da Conferência;

IV - Assessorar a Coordenação de Infraestrutura no que concerne às condições de acessibilidade contemplando as particularidades socioculturais e regionais dos diferentes grupos sociais presentes, como, também, no cuidado à saúde disponibilizado aos participantes;

V - Propor práticas e dinâmicas de acolhimento e de humanização no espaço da Etapa Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 31 - Ao Comitê Executivo da 8ª Conferência Estadual de Saúde cabe:

I - Garantir o cumprimento do Documento Orientador de Apoio aos Debates aprovado pela Comissão Organizadora da 15ª Conferência Nacional de Saúde e a Resolução nº 501, de 7 de maio de 2015 do Conselho Nacional de Saúde, que define as Diretrizes Metodológicas para a 15ª Conferência, seu acompanhamento, fiscalização e execução na Etapa Estadual;

II - Implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

III - Articular a dinâmica de trabalho entre a Comissão Organizadora e a Secretaria de Estado da Saúde;

IV - Enviar orientações e informações relacionadas às matérias aprovadas pela Comissão Organizadora aos Conselhos Municipais de Saúde, aos movimentos sociais, populares e sindicais, aos gestores e prestadores de serviço de saúde e às demais entidades da sociedade civil sobre a 8ª Conferência Estadual de Saúde e a 15ª Conferência Nacional de Saúde;

V - Apoiar a Etapa Municipal na condução dos atos preparatórios para a 8ª Conferência Estadual de Saúde.

VI - Elaborar o orçamento e solicitar suplementações necessárias;

VII - Organizar a prestação de contas e encaminhar informes à Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

VIII - Reunir os textos das apresentações das expositoras/debatedoras e dos expositores/debatedores para fins de registro e divulgação;

IX - Apresentar propostas para atividades, infraestrutura e acessibilidade da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

X - Solicitar a participação de técnicos dos órgãos da Secretaria de Estado da Saúde, no exercício das suas atribuições, para contribuir, em caráter temporário ou permanente com a organização da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

XI - Providenciar a divulgação do Regimento e do Regulamento da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

XII - Propor a celebração e acompanhar a execução dos contratos e convênios necessários à realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

XIII - Formular a sistemática de credenciamento e votação da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

XIV - Acompanhar o credenciamento das Convidadas e dos Convidados e das Delegadas e dos Delegados da Etapa Estadual;

XV - Organizar os procedimentos para a votação das Delegadas e dos Delegados da Etapa Estadual e os seus controles necessários;

XVI - Propor e organizar a Secretaria da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

XVII - Promover, em articulação com a Coordenação de Comunicação e Informação e a Coordenação de Mobilização e Articulação, a divulgação da 8ª Conferência Estadual de Saúde, considerando os princípios e as condições de Acessibilidade;

XVIII - Providenciar os atos e encaminhamentos pertinentes ao fluxo dos gastos com as devidas previsões, cronogramas e planos de aplicação.

Art. 32 - As Adjuntas e os Adjuntos correspondentes à estrutura da Comissão Organizadora prevista no Art. 21 deste Regimento substituirão as respectivas Coordenadoras ou Coordenadores, Secretária Geral ou Secretário Geral e Relatora Geral ou Relator Geral, em caso de impedimentos.

CAPÍTULO IX DOS PARTICIPANTES

Art. 33 - A Etapa Nacional da 15.ª Conferência Nacional de Saúde contará com 4322 (quatro mil trezentos e vinte e dois) participantes, sendo 3.248 (três mil duzentos e quarenta e oito) delegadas e delegados, 976 (novecentos e setenta e seis) convidadas e convidados e 98 (noventa e oito) por credenciamento livre, nos termos da Resolução do CNS nº 500/2015.

§1º - A Etapa Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais contará com 3.000 (três mil) participantes, sendo 2200 (dois mil e duzentos) delegadas e delegados, 660 (seiscentos e sessenta) convidadas e convidados, 66 (sessenta e seis) por credenciamento livre e 74 (setenta e quatro) expositores/debatedores e demais trabalhadores/colaboradores na Conferência por definição da Comissão Organizadora, nos termos deste Regimento, conforme Anexo I.

§2º - A definição dos participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais nas etapas municipais e estadual buscará atender aos seguintes critérios de equidade:

I – Gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;

II - Étnico-raciais, de modo a garantir representatividade aos diversos grupos que compõe as populações negra, indígena e as comunidades originárias e tradicionais, respeitadas as diferenças e proporcionalidades locais;

III - Representatividade rural e urbana, considerando as trabalhadoras e os trabalhadores do campo e da cidade;

IV - Geracional, estimulando, especialmente, a participação de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosas e idosos e aposentadas e aposentados;

V - Pessoas com deficiência, com necessidades especiais, com patologias e com doenças raras ou negligenciadas;

§3º - A composição do conjunto total de Delegadas e Delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde deverá garantir o mínimo de 50% de mulheres no conjunto total de cada delegação.

§4º - Nos termos do § 4º, do art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e nos termos da Resolução nº 453/2012 do CNS, a representação das Usuárias e dos Usuários nas etapas Municipal, Estadual e Nacional da 15.ª Conferência Nacional de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadoras e trabalhadores da saúde, sendo assim configurada a participação:

- I - 50% dos participantes serão representantes dos Usuários e de suas entidades e movimentos;
- II - 25% dos participantes serão representantes das Trabalhadoras e dos Trabalhadores da Saúde; e
- III - 25% serão representantes de Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde.

§ 5º - O número de Convidadas e Convidados equivale a 30% (trinta por cento) do número total de delegadas e delegados, ajustado para múltiplo de quatro; participantes livres equivalente a 10% (dez por cento) do número de Convidadas e Convidados; e expositoras/debatedoras definidos pela Comissão Organizadora.

Art. 34 - Os participantes da Etapa Estadual distribuir-se-ão em quatro categorias:

- I - Delegadas e Delegados, com direito a voz e voto;
- II - Convidadas e Convidados com direito a voz;
- III - Participantes livres, com direito a voz;
- IV - Palestrantes/debatedores a convite da Comissão Organizadora, com direito a voz.

Art. 35 - As Delegadas e os Delegados da 15.ª Conferência Nacional de Saúde serão eleitas e eleitos nas etapas Estadual e do Distrito Federal, e pelo Conselho Nacional de Saúde.

Art. 36 - As Delegadas e os Delegados da 8ª Conferência Estadual de Saúde serão eleitas e eleitos na Etapa Municipal e eleitos pelo Conselho Estadual de Saúde, obedecendo as seguintes regras:

I - Distribuição do total de Delegadas e Delegados, proporcionalmente, por população dos Municípios do Estado, mantido como piso o número de Delegadas e Delegados participantes da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

II - O número final de Delegadas e Delegados por Município será múltiplo de 4 (quatro), para cumprimento do previsto no § 4º do art. 33 deste Regimento;

III - Serão Delegadas e Delegados na 8ª Conferência Estadual de Saúde as Conselheiras e Conselheiros Estaduais, titulares (52) e suplentes (52), assim como Delegadas e Delegados eleitas e eleitos pelo Pleno do CES/MG, constituindo, em seu conjunto, 10% (dez por cento) do número total das Delegadas e dos Delegados Municipais previstos na Resolução nº 500/2015 do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único - As Delegadas eleitas e os Delegados eleitos pelo Conselho Estadual de Saúde, preservada a paridade, serão escolhidos entre:

- a) gestores e prestadores de serviço em saúde municipais, estaduais e federal;
- b) entidades de trabalhadores de saúde;
- c) entidades e movimentos de usuários.

Art. 37 - Serão eleitas e eleitos, nas Etapas Municipal e Estadual, 30% (trinta por cento) de Delegadas e Delegados suplentes, de cada segmento para a substituição, se necessário, de titulares de cada Etapa da 15.ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 38 - As Conselheiras e os Conselheiros Estaduais e Nacionais de Saúde, titulares e suplentes, poderão ser Delegadas e Delegados para participarem da 8ª Conferência Estadual de Saúde nos seguintes termos:

- I - Etapa Estadual: Conselheiras e Conselheiros de Saúde Estaduais;
- II - Etapa Nacional: Conselheiras e Conselheiros Nacionais de Saúde.

Parágrafo único. As Conselheiras e os Conselheiros nacionais poderão participar das Etapas Municipais, Estadual como Convidados.

Art. 39 - As Convidadas e os Convidados para a 8ª Conferência Estadual de Saúde poderão ser escolhidas entre:

I - participantes da Plenária Popular Regional Sudeste;

II - participantes da 19ª Plenária Nacional de Conselhos e Movimentos Sociais;

III - participantes de Debates, Encontros e Conferências Livres, realizadas por unidades de saúde, entidades sindicais e da sociedade civil, movimentos e associações comunitárias, escolas, vilas, bairros, assentamentos, comunidades, inclusive virtuais, distritos ou regiões, desde que abertas e informadas ao CESMG e no Portal da 15.ª Conferência Nacional de Saúde, em cadastro específico;

IV - representantes de entidades e instituições de âmbito estadual, pesquisadores e personalidades do campo científico ou popular com atuação relevante na área da saúde;

V - entidades e movimentos populares e sindicais, dos povos indígenas e quilombolas, trabalhadoras e trabalhadores rurais e assentados, movimento feminista e de mulheres, movimento negro, movimento LGBT, da luta antimanicomial, da luta contra a Aids, comunidades dos rios, do campo e da floresta, comunidades extrativistas, coletivos da juventude e movimento estudantil, portadores de patologias, pessoas com deficiências, idosos e aposentados, população em situação de rua, população cigana e demais populações em situação de vulnerabilidade social.

§ 1º - Para que façam *jus* à condição de Convidadas e Convidados, os representantes destacados nos incisos deste artigo devem ter participado da Plenária Popular Sudeste, da 19ª Plenária Nacional de Conselhos e Movimentos Sociais ou de, pelo menos, da Etapa Municipal.

§ 2º - Poderão ser convidados representantes de entidades e instituições nacionais.

Art. 40 - Os Conselhos Municipais ou respectivas Comissões Organizadoras das plenárias e conferências municipais comunicarão à Comissão Organizadora do Conselho Estadual de Saúde, a presença de pessoas com deficiência, ou com necessidades especiais de acessibilidade, alimentação e creche para crianças até 12 anos de idade, para que sejam garantidas condições necessárias à sua plena participação.

CAPÍTULO X DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 41 - As despesas com a preparação e realização da Etapa Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde correrão à conta de dotações orçamentárias da Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde.

Parágrafo único - A Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde arcará com as despesas relativas à Etapa Estadual da 8ª Conferência Estadual de Saúde, da seguinte forma:

I - Delegadas e Delegados, que são conselheiros estaduais de saúde terão suas despesas com alimentação, hospedagem e deslocamento para Belo Horizonte custeadas pela Secretaria de Estado da Saúde;

II - Delegadas eleitas e Delegados eleitos na Etapa Municipal terão suas despesas de deslocamento para Belo Horizonte, custeadas pelos seus respectivos Municípios/Secretarias Municipais de Saúde/Fundo Municipal de Saúde. As despesas com alimentação, hospedagem, traslado/ deslocamento em Belo Horizonte, serão custeadas pela Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde;

III - Convidadas e Convidados terão suas despesas com alimentação, no local do evento, custeadas pela Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde;

IV - Expositoras/debatedoras e dos expositores/debatedores terão suas despesas com deslocamento, hospedagem e alimentação custeadas pela Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde;

V - Participantes Livres terão suas despesas com alimentação, no local do evento, custeadas pela Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde.

CAPÍTULO XI DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 42 - A metodologia para a 8ª Conferência Estadual de Saúde será objeto do Regulamento da Conferência e de Resolução do Conselho Estadual de Saúde.

§ 1º - O Regulamento da 8ª Conferência Estadual de Saúde, proposto e sistematizado pela Comissão Organizadora, após consulta virtual por um prazo de 30 dias, será apreciado e aprovado, em caráter definitivo, pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde, até julho de 2015.

§ 2º - O Regulamento não será submetido à votação na Plenária de Abertura da 8ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 43 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde, **ad referendum** do Pleno do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 44 - Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação para consulta virtual no período de 10 a 30 de abril de 2015, sendo referência, até esta data, para a organização da Etapa Municipal da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, até que seja alterada pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde em reuniões de maio de 2015.

Parágrafo único - A partir das modificações aprovadas pelo Pleno do Conselho em suas Reuniões: Ordinária, de 11 de maio de 2015, e Extraordinária, de 18 de maio de 2015, o presente Regimento passa a vigorar com as modificações propostas na consulta virtual e aprovadas nestas Reuniões do Conselho Estadual de Saúde a partir de 18 de maio de 2015.

Art.45 – Esta Deliberação altera o artigo 1º da Deliberação CES/MG nº 004, de 17 de setembro de 2014, em relação à data de realização do evento no Estado de Minas Gerais, que irá realizar-se em setembro de 2015, e não em julho - conforme previsto na Deliberação CES/MG nº 004 de 17 de setembro de 2014.

Art. 46 - Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

EDERSON ALVES DA SILVA
Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde

JOSÉ DO CARMO FONSECA
3º Secretário do Conselho Estadual de Saúde

Homologo a Deliberação CESMG nº 005, de 18 de maio de 2015 que aprova o Regimento da 8ª Conferência Estadual de Saúde, de 18 de maio de 2015, nos termos do Decreto de nº 45.559/2011.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais

ANEXO I DELEGADOS POR NÚMERO DE HABITANTES DOS MUNICÍPIOS*

*Conforme a Estimativa da População Residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º/07/ 2014 (IBGE) consultar a deliberação original, disponível no CESMG.

ANEXO II

DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DA 15ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE POR ESTADO E REGIÃO

ESTADO/REGIÃO	NÚMERO DE DELEGADOS
Região Norte	444
Rondônia	56
Acre	48
Amazonas	76
Roraima	48
Pará	112
Amapá	48
Tocantins	56
Região Nordeste	872
Maranhão	100
Piauí	68

Ceará	120
Rio Grande do Norte	72
Paraíba	76
Pernambuco	124
Alagoas	72
Sergipe	60
Bahia	180
Região Centro-Oeste	296
Mato Grosso do Sul	64
Mato Grosso	68
Goiás	96
Distrito Federal	68
Região Sudeste	960
Minas Gerais	232
Espírito Santo	76
Rio de Janeiro	192
São Paulo	460
Região Sul	380
Paraná	140
Santa Catarina	100
Rio Grande do Sul	140
TOTAL DE DELEGADOS DOS ESTADOS	2.952
TOTAL DE DELEGADOS NACIONAIS*	296
TOTAL DE DELEGADOS NA 15ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	3.248
TOTAL DE CONVIDADOS	974
TOTAL DE PARTICIPANTES LIVRES	98
TOTAL DE PARTICIPANTES NA 15ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	4.320

MIX DE FOTOS DA DELEGAÇÃO MINEIRA NA 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

ANEXOS 4: DELEGAÇÃO DE MINAS GERAIS À 15ª CNS

DELEGADOS DE MINAS GERAIS À 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE			
01 A 04 DE DEZEMBRO DE 2015 - BRASÍLIA / DF			
Nº	DELEGADO (a)	SEGMENTO	R.A.S
1	Adilson Silva	Usuario	Centro
2	Ana Lucia Braga Fortes	Usuario	Centro
3	Andréia Batista Tebúrcio	Usuario	Centro
4	Antônio Evangelista Braga	Usuario	Centro
5	Divania Martins Cordeiro	Usuario	Centro
6	Geraldo Cristino de Assunção	Usuario	Centro
7	Gilmar Rezende Gonçalves	Usuario	Centro
8	Gislene Gonçalves dos Reis	Usuario	Centro
9	Helena Lúcia Martins	Usuario	Centro
10	Ismenia Aparecida Freitas	Usuario	Centro
11	Leandro Mendes de Sá	Usuario	Centro
12	Maria da Conceição Leite Andrade	Usuario	Centro
13	Marly Ferreira	Usuario	Centro
14	Noezi Ferreira	Usuario	Centro
15	Rafael Afonso da Silva	Usuario	Centro
16	Raimundo de Paula	Usuario	Centro
17	Rodrigo Brito de Vasconcellos	Usuario	Centro
18	Ruy Barbosa Sobrinho	Usuario	Centro
19	Valeria Pereira Batista Gama	Usuario	Centro
20	Jaiston Marcelo de Oliveira	Usuario	Centro
21	Carla Anunciata de Carvalho	Usuario	Centro
22	Barbara Taciana Furtado	Trabalhador	Centro
23	Círia Maria Diniz Lima	Trabalhador	Centro
24	Edna de Melo Souza	Trabalhador	Centro
25	Ilda Aparecida de Carvalho Alexandrino	Trabalhador	Centro
26	João Batista Dias de Oliveira	Trabalhador	Centro
27	Jacques Roberto da Silva	Trabalhador	Centro
28	Juliana Andrade Duarte	Trabalhador	Centro
29	Leonete dos Santos Reis	Trabalhador	Centro
30	Luis Fernando Gurgel e Souza	Trabalhador	Centro
31	Marcelo Justino da Silva	Trabalhador	Centro

32	Rodrigo do Nascimento	Trabalhador	Centro
33	Cleidileny Aparecida Chaves	Gestor	Centro
34	Carlos Alberto dos Santos	Gestor	Centro
35	Moises Gonçalves de Oliveira	Gestor	Centro
36	Soraia Marcos Angelo	Usuario	Centro
37	MARIA THEREZA RODRIGUES CUNHA	Gestor	Centro
38	Maria Lourdes Peixoto	Gestor	Centro
39	Wellen Carla Luz Benfica Costa	Gestor	Centro
40	Camila Braga Carlos	Gestor	Centro
41	Marylucia Aparecida da Silva Ferreira	Gestor	Centro
42	Maristela do Nascimento Silva	Gestor	Centro
43	Reiner Gotschalg	Gestor	Centro
44	Ana Paula Petinato Santiago	Usuario	SUL
45	Eliane Santos Gomes	Usuario	SUL
46	Haraive Betsabá Zaidan Simões	Usuario	SUL
47	Messias Simão Telecesqui	Usuario	SUL
48	Nilmar Ronizete machado	Usuario	SUL
49	Pedro Abelardo Martins dos Santos	Usuario	SUL
50	Aécio José de Souza	Usuario	SUL
51	Wagner Adriano fernandes	Usuario	SUL
52	Adriana Moreira de Carvalho	Usuario	SUL
53	Elton Cesar do Nascimento	trabalhador	SUL
54	João Luiz Rezende Carvalho Silva	trabalhador	SUL
55	Luciana Braz da Silva	trabalhador	SUL
56	Mariane Inaraí Alves	trabalhador	SUL
57	Luciano Reis Ferreira	trabalhador	SUL
58	Fátima Livorato	gestora	SUL
59	Michele Rios	gestora	SUL
60	Rosiel de Lima	gestor	SUL
61	Vinício Felipe Brasil Rocha	gestor	SUL
62	Admir Francelino de Oliveira	Usuário	Norte
63	Élia Maria Dias Silva	Usuário	Norte
64	Vanessa Lúcia da Silva	Usuário	Norte
65	Imivaldo Fernandes de Lima	Usuário	Norte
66	José Dias dos Santos	Usuário	Norte
67	Maria Geralda Ribeiro Lima	Usuário	Norte
68	José Leite da Fonseca	Usuário	Norte
69	Maria Elza Soares Machado	Usuário	Norte
70	Maria Inocência Batista dos Santos	Usuário	Norte
71	Maria Rosalina da Silva Oliveira	Usuário	Norte
72	Ediné Silva Soares	Trabalhador	Norte
73	Eurismar Barbosa Santos	Trabalhador	Norte
74	Josânia Lima Xavier	Trabalhador	Norte
75	Maria Fátima da Silva Santana	Trabalhador	Norte
76	Wagner Antônio Sampaio Nascimento	Trabalhador	Norte
77	Joice Fernanda Costa Quadros	Gestor/Prestador	Norte
78	Mônica Moreira Melo	Gestor/Prestador	Norte
79	Joaquim Francisco de Lima	Gestor/Prestador	Norte
80	Larissa Gomes de Melo França	Gestor/Prestador	Norte
81	Mário Cristiano Joaquim da Cunha	Gestor/Prestador	Norte
82	Angelo Vaccarini Filho	Usuario	Sudeste
83	Dalmair Pereira da Silva	Usuario	Sudeste

84	Guilherme Antônio Diniz	Usuario	Sudeste
85	Lauranna Felga/ José Salvador da Silveira	Usuario	Sudeste
86	Luana Aparecida Damasceno Fernandes	Usuario	Sudeste
87	Paulo da Silveira Chaves	Usuario	Sudeste
88	Regina Célia de Souza	Usuario	Sudeste
89	Wilson Lucindo de Castro	Usuario	Sudeste
90	Regiane Leonides da Silva Santiago	Trabalhadora	Sudeste
91	Cosme Fabiano Ponciano Cruz	Trabalhadora	Sudeste
92	Katia Fernanda Vaz da Silva	Trabalhadora	Sudeste
93	Wilk Nery de Souza	Trabalhadora	Sudeste
94	Aparecida de Fatima Gomes	Gestor	Sudeste
95	Joaquim Fernando de Souza Pinto	Gestor	Sudeste
96	Franklin Leandro Neto	Gestor	Sudeste
97	Sandra Aparecida Oliveira Batista	Gestor	Sudeste
98	Tânia Lucia dos Santos	Usuario	Triângulo N
99	Cassiano Martins Rodrigues	Usuario	Triângulo N
100	Cleiciane Wellingta Ferreira	Usuario	Triângulo N
101	Guilherme Henrique Targino Menezes	Usuario	Triângulo N
102	Maria Sirene Felizardo	Usuario	Triângulo N
103	Mariza da Silva N Ferreira	Usuario	Triângulo N
104	Roberto Carlos Pinto	Usuario	Triângulo N
105	Wladimir Daniel dos santos	Usuario	Triângulo N
106	Jurandir Ferreira	Usuario	Triângulo N
107	Jonathan Henrique Santos Felix	Trabalhador	Triângulo N
108	Lucimeire de Melo	Trabalhador	Triângulo N
109	Valdir Sebastião da Costa	Trabalhador	Triângulo N
110	Vera Maria de Oliveira	Trabalhador	Triângulo N
111	Leticia Gonçalves Ribeiro	Gestor	Triângulo N
112	Dayana Ferreira da Fonseca	Gestor	Triângulo N
113	Erlon Moreira Castilho	Gestor	Triângulo N
114	José Oliveira da Silva	Gestor	Triângulo N
115	ANTÔNIO MARIANO DE SOUZA	USUÁRIO	OESTE
116	CATARINA BERTOLINO	USUÁRIO	OESTE
117	DORALICE BARBOSA	USUÁRIO	OESTE
118	IDAEL CHRISTIANO DE ALMEIDA SANTA ROSA	USUÁRIO	OESTE
119	JOSÉ EDILSON DE ARAÚJO	USUÁRIO	OESTE
120	LIDERJANE GOMES DA MATA	USUÁRIO	OESTE
121	LUCÉLIO PEDRO DINIZ	USUÁRIO	OESTE
122	LUZIA DALILA SANTOS COSTA	USUÁRIO	OESTE
123	GILMAR GONÇALVES DOS SANTOS	PROF. DE SAÚDE	OESTE
124	KÊNIA SILVEIRA CARVALHO DAMÁSIO	PROF. DE SAÚDE	OESTE
125	MAIARA GOMES DE FREITAS	PROF. DE SAÚDE	OESTE
126	MARCELO SANTOS DE SOUZA	PROF. DE SAÚDE	OESTE
127	APARECIDA DONIZETE DE OLIVEIRA	GESTOR/PREST.	OESTE
128	EDVAR APARECIDO MAMEDE ALVES	GESTOR/PREST.	OESTE
129	GUILHERME HENRIQUE RODRIGUES ROCHA	GESTOR/PREST.	OESTE
130	NEIDE MARIA DE ALMEIDA	GESTOR/PREST.	OESTE
131	Carmen Lucia Werneck	Usuário	CENTRO SUL
132	Denise Aparecida de Almeida	Usuário	CENTRO SUL
133	José Eustáquio Amorim	Usuário	CENTRO SUL
134	Marcelo Augusto Bastos	Usuário	CENTRO SUL
135	Matuzalém silva	Usuário	CENTRO SUL

136	Venina Assunção Silva Santos	Usuário	CENTRO SUL
137	Dario Higino da Silva	Trabalhador	CENTRO SUL
138	Fátima Aparecida da Cruz Canton	Trabalhador	CENTRO SUL
139	Patricia Aparecida da Silva Santos	Trabalhador	CENTRO SUL
140	Wesley Rodrigues Pereira	Gestor	CENTRO SUL
141	Elizabeth Rodrigues Pereira	Gestor	CENTRO SUL
142	Telmo Teixeira	Gestor	CENTRO SUL
143	Aline Cristhie Torres da Paixão	Usuário	LESTE
144	Anderson Pereira da Silva	Usuário	LESTE
145	Cassius Clay Ferreira de Oliveira	Usuário	LESTE
146	Erli Rodrigues da Silva	Usuário	LESTE
147	Maria José de Souza	Usuário	LESTE
148	Luciano Magela Campos	Usuário	LESTE
149	Maria Petronilha Cardoso Quintão	Usuário	LESTE
150	Sônia Maria de Almeida Oliveira	Usuário	LESTE
151	Emanuel Severino de Miranda	Trabalhador	LESTE
152	Gabriela Carvalho Rodrigues	Trabalhador	LESTE
153	Geraldo Campos dos Santos	Trabalhador	LESTE
154	Patricia Fátima Mendes Guedes	Trabalhador	LESTE
155	Cristiane Esteves Lima	Gestor	LESTE
156	Lindivaldo Ladislau Vieira	Gestor	LESTE
157	Kelly dos Reis Palhano	Gestor	LESTE
158	Wilson Paulo Arcanjo	Gestor	LESTE
159	Ana Cláudia Martins Amaral	Usuario	TRIANGULO SUL
160	Marcileia Alves Ferreira	Usuario	TRIANGULO SUL
161	Santo Christo da Silva	Usuario	TRIANGULO SUL
162	Cirene Luiz de Oliveira	Usuario	TRIANGULO SUL
163	Ednei Botelho Marques	Usuario	TRIANGULO SUL
164	Genilda de Almeida Brito	Usuario	TRIANGULO SUL
165	Jessica Faria Lemes Carvalho	Trabalhador	TRIANGULO SUL
166	Luana Braga	Trabalhador	TRIANGULO SUL
167	José Cai	Trabalhador	TRIANGULO SUL
168	Elvira Aparecida Oliveira Pereira	Gestor	TRIANGULO SUL
169	Jose Antônio Isidoro Alves	Gestor	TRIANGULO SUL
170	Mauricio Marques Scalon	Gestor	TRIANGULO SUL
171	Marcos Vinicius Cruz	Gestor	TRIANGULO SUL
172	DIVINO APARECIDO DIAS	USUÁRIO	NOROESTE
173	EMÍLIA NASCIMENTO OLIVEIRA	USUÁRIO	NOROESTE
174	GILBERTO COELHO DE CARVALHO	USUÁRIO	NOROESTE
175	MARIA FERREIRA DOS SANTOS LIMA	USUÁRIO	NOROESTE
176	ROMANINI TAMARA MARTINS DE SOUZA	USUÁRIO	NOROESTE
177	SUELI TEIXEIRA RODRIGUES DOS SANTOS	USUÁRIO	NOROESTE
178	MÁRCIA POMBO GALVINO	PROF. DE SAÚDE	NOROESTE
179	IONE ELIAS MACHADO	PROF. DE SAÚDE	NOROESTE
180	WESLEY FRANK DA SILVA OLIVEIRA	PROF. DE SAÚDE	NOROESTE
181	LINDOMAR MARQUES BABILÔNIA	GESTOR/PREST.	NOROESTE
182	SEVERINA ALDA DE AGUIAR	GESTOR/PREST.	NOROESTE
183	EURIPEDES TOBIAS	GESTOR/PREST.	NOROESTE
184	Eduardo Ramalho de Souza	Usuario	JEQUITINHONHA
185	Edriana Aparecida Soares	Usuario	JEQUITINHONHA
186	Helen Cristina Buttignol Perrella	Usuario	JEQUITINHONHA
187	Paulo Roberto Santos Oliveira	Usuario	JEQUITINHONHA

188	Marcio Sebastiao Silva	Usuario	JEQUITINHONHA
189	Isabela Fernanda Magalhães	trabalhador	JEQUITINHONHA
190	Juliano Pedro da Silva	trabalhador	JEQUITINHONHA
191	Felisberto Santos Oliveira	Gestor	JEQUITINHONHA
192	Raimunda Aparecida Costa OliveiraCampos	Gestor	JEQUITINHONHA
193	Adenildo Dantas Araujo	Usuario	NORDESTE
194	Beatriz Garcia de Toledo	Usuario	NORDESTE
195	Domingos Fernandes de Souza	Usuario	NORDESTE
196	José Tadeu Moura dos Santos	Usuario	NORDESTE
197	Marilane de Jesus Ramos Duarte	Usuario	NORDESTE
198	Vandré França de Souza	Usuario	NORDESTE
199	Bárbara Vieira Souto	Trabalhador	NORDESTE
200	Francisco Ferreira dos Santos	Trabalhador	NORDESTE
201	Glaubert Gomes de Souza	Trabalhador	NORDESTE
202	Andreia Pereira dos santos	Gestor	NORDESTE
203	Pedro Henrique Couto Leite	Gestor	NORDESTE
204	Vanúbia Meireles Ribeiro	Gestor	NORDESTE
205	Dorothea Nirnei Monteiro Gonçalves	Usuário	LESTE DO SUL
206	Gleisa Otoni Dutra	Usuário	LESTE DO SUL
207	Lucas Renno Vinicius	Usuário	LESTE DO SUL
208	Maria Cosme Damião Silva	Usuário	LESTE DO SUL
209	Paulo Francisco da Silva	Usuário	LESTE DO SUL
210	Maria José Martins	Usuário	LESTE DO SUL
211	Beatriz Santana Caçador	trabalhador	LESTE DO SUL
212	Fernando Rocha de Jesus	trabalhador	LESTE DO SUL
213	Mayra Nepuceno de Magalhães	trabalhador	LESTE DO SUL
214	Maria de Fátima Mayrinck Brito	gestor	LESTE DO SUL
215	Deíse Moura de Oliveira	gestor	LESTE DO SUL
216	Sulamita Heringer Moreira Bernadino	gestor	LESTE DO SUL
217	Andreia Gonçalves dos Reis	usuário	PLENÁRIA MOV. POPULAR
218	Ana Maria Aparecida Pereira	usuário	PLENÁRIA MOV. POPULAR
219	Felipe Ferre	usuário	PLENÁRIA MOV. POPULAR
220	Fernanda Coelho Carvalho	usuário	PLENÁRIA MOV. POPULAR
221	Marinalva Maria de Jesus	usuário	PLENÁRIA MOV. POPULAR
222	Marlene Lemes da Rocha	usuário	PLENÁRIA MOV. POPULAR
223	Rosemar Aparecida da Dutra	usuário	PLENÁRIA MOV. POPULAR
224	João Junho da Conceição Costa	usuário	PLENÁRIA MOV. POPULAR
225	Andrea Hermogenes Martins	Profissional Saúde	PLENÁRIA MOV. POPULAR
226	Bruno Abreu Gomes	Profissional Saúde	PLENÁRIA MOV. POPULAR
227	Dehonara de Almeida Silveira	Profissional Saúde	PLENÁRIA MOV. POPULAR
228	Erico de Moraes Colen	Profissional Saúde	PLENÁRIA MOV. POPULAR
229	Conceição Aparecida Pereira R	gestores	PLENÁRIA MOV. POPULAR
230	Ethiara Vieira de Macedo	gestores	PLENÁRIA MOV. POPULAR
231	Lêda Lucia couto de Vasconcelos	gestores	PLENÁRIA MOV. POPULAR
232	Marília Aparecida R. oliveira santos	gestores	PLENÁRIA MOV. POPULAR
233	Ederson Alves da Silva	Usuario	CESMG
234	Lourdes Aparecida Machado	Trabalhadora	CESMG
235	Renato Almeida de Barros	Trabalhador	CESMG

INSERIR MIX DE FOTOS PASTA MOMENTOS

CRÉDITOS DAS FOTOS:

Lourdes Apaerecida Machado

Michelle de Tolledo Guirlanda

Conceição Aparecida Machado

Gilson (ASCON/SESMG)