



9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

DOCUMENTO BASE PRÉ-CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS EM PREPARAÇÃO À 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE - GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA! AMANHÃ VAI SER OUTRO DIA!

APROFUNDANDO OS EIXOS TEMÁTICOS A PARTIR DAS PRÉ-CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS

3 - Garantir direitos e defender o SUS, a Vida e a Democracia - 09/03/2023 - eixo que aborda a totalidade do SUS à luz do princípio da integralidade, a partir das redes de cuidado temáticas bem como o direito à saúde como dever do Estado.

Elementos do Documento Orientador Nacional:

O SUS, como expressão da realização do direito humano à saúde, é considerado a maior política de inclusão social, amparado nos seus princípios e diretrizes fundamentais – sistema universal de saúde e da determinação social da saúde - que retroalimenta a democracia.

O controle social e o SUS caminham juntos com o propósito de produção e acesso à saúde, materialização de direitos e exercício de cidadania, o que precisa ser fortalecido nos espaços de participação social, lugares de emancipação política e autonomia de sujeitos e sujeitas no seu processo saúde-doença.

O Brasil, em seu contexto histórico de extremos de desigualdades, é o único país do mundo a se propor a um sistema nacional de saúde de acesso universal, integral e equânime, por meio da regionalização, descentralização e participação social.

Nesse sentido, é importante apontar que o SUS apresentou e apresenta avanços e retrocessos, produto das mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas. Resgatando a história, a saúde sempre esteve em disputa como direito versus mercadoria, sujeita às leis da economia e do comércio, o que confronta o direito humano relativo à vida, à saúde e ao desenvolvimento. Nessa balança, o que está em jogo é a disputa para que a política comercial - do lucro - não se sobreponha à política social - da vida.

É central a defesa da soberania diante da ameaça à sustentabilidade do acesso universal, a posição firme contra toda a forma de privatização da saúde, e de uma organização e financiamento estratégicos para garantir seus princípios e diretrizes no cotidiano das pessoas.

A Importância da Comunicação em Saúde e o direito à informação para a ação, através da democratização do acesso da população às informações sobre saúde e o direito à comunicação em saúde são pilares fundamentais para a garantia do direito à saúde e para o exercício da democracia e da cidadania.

Elementos do Documento do Conselho Estadual de Saúde:

Trata de pontos estruturantes do SUS como universalidade, integralidade, equidade/igualdade, resolutividade, financiamento, gestão e regionalização, reafirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado e traz os seguintes direcionamentos:

- Fortalecer a Política Estadual de Atenção Básica, tendo como base a integralidade da atenção e da assistência por meio da implantação e ampliação do modelo de Estratégia da Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e da articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- Ampliar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial promovendo a integração dos serviços de saúde de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.
- Efetivar a atenção hospitalar em estabelecimentos públicos com gestão pública, de forma regionalizada.
- Ampliar a rede dos serviços laboratoriais públicos, tanto do Estado quanto dos municípios.
- Redefinir as regiões de saúde a partir de critérios epidemiológicos, populacionais e territoriais, atendendo as características econômicas e sociais de cada região.
- Garantir a rede regionalizada (prevista no art. 198 da Constituição Federal de 1988), viabilizando a implantação de uma gestão intergovernamental do SUS através da Administração Estatal Indireta e sob a égide do Direito Público, a qual deverá ter abrangência nacional, bases regionais, gestão e financiamento compartilhado pelas três esferas de governo, e atuação integrada para garantir a prevenção, a promoção da saúde e da assistência, desde a atenção básica à alta complexidade.
- Definir referências regionais para todas as demandas de saúde, visando garantir a atenção integral à saúde da população.
- Garantir a ampla ação da vigilância em saúde através do fortalecimento da estrutura do Estado, com servidores detentores de cargo efetivo, inclusive o cargo de fiscal sanitário com poder de polícia administrativa.
- Fortalecer os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) por meio da gestão estadual.
- Garantir a ampliação dos laboratórios oficiais e dos centros de pesquisas, destinando recursos para o desenvolvimento científico e tecnológico, de modo a promover inovações e produção pública de medicamentos e insumos de interesse do SUS.
- Repudiar a terceirização do apoio técnico aos sistemas de justiça no que concerne às demandas da saúde, sobretudo quando oferecido por profissionais ou instituições que apresentem conflitos de interesse, propondo a interlocução junto ao Poder Judiciário para garantir peritos com cargos públicos efetivos.
- Valorizar o servidor público estatutário, criando plano de carreira para todos os servidores da Saúde do Estado, com isonomia de vencimentos e ascensão funcional efetiva, ampliando o quadro a partir da realização de concurso público.

Elementos do contexto de Porto Alegre

*É hora de contar histórias às nossas crianças,
De explicar a elas que não devem ter medo.
Não sou um pregador do apocalipse, o que tento
É compartilhar a mensagem de um outro mundo possível.
(O amanhã não está à venda, Ailton Krenak)*

Para orientar a discussão temática desse eixo em Porto Alegre, apresentamos elementos da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município. A capital é referência técnico-assistencial para a região metropolitana e para todo Estado do RS em média e alta complexidade, sendo que, em torno de 45 à 50% da oferta assistencial do SUS no município é destinada a outros municípios a partir da pactuação bipartite. Fortalecer as regiões em saúde e garantir a descentralização das redes temáticas é fundamental para desafogar a sobrecarga assistencial que impacta o SUS municipal.

Também urge rediscutir a organização da rede especializada e sua relação com a Atenção Básica (AB) na perspectiva de garantir e fortalecer a coordenação do cuidado. Para isso precisamos reverter o processo de desmonte da AB, com a continuidade da mobilização e participação popular dos territórios a partir do processo desencadeado preparatório para a Conferência.

Já incluímos na Pré Conferência do Eixo 1 temas estruturantes contidos na análise situacional do SUS que temos em Porto Alegre a partir do desfinanciamento e do processo de empresariamento da saúde. Apontamos para o respeito às deliberações das Conferências e a afirmação de que a **Política Pública tem que ser construída coletivamente de forma participativa, com financiamento adequado e efetivo controle social.**

Nesse eixo destacamos como estratégico a análise da RAS e da importância da consolidação e fortalecimento das redes prioritárias conforme previsto no Decreto 7.508/2011. Incluímos os subtemas da Formação e da Educação Permanente, da Assistência Farmacêutica, da Assistência Laboratorial e Diagnóstica, da Vigilância em Saúde, da Política de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras em Saúde e do reconhecimento e priorização das necessidades das pessoas com sequelas de COVID 19, COVID longa e da urgência de um diagnóstico das demandas represadas na pandemia, de consultas, exames, procedimentos e cirurgias.

Destacamos que o CMS reprovou o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, e propôs que através das Programações Anuais de Saúde possa estabelecer a adequação do conjunto de ações necessárias no processo de discussão ainda em 2023. Para 2024 e 2025 que o PMS seja revisado para atender as necessidades em saúde da cidade e orientado pelas deliberações da 9ª Conferência Municipal de Saúde.

O CMS identifica como prioritárias as Redes da Atenção Básica e de Atenção Psicossocial (Saúde Mental). Essas tem se destacado nas últimas conferências, pois resgatam que os vazios assistenciais e fragilidades destas redes têm impactado em outras redes e diretamente as comunidades em suas condições de vida e de saúde.

A Rede de AB vem sofrendo com ações de desmonte do modelo da Saúde da Família, que já apresentava indicadores de baixa cobertura, bem como insuficiência de agentes comunitários de saúde (ACS). Em 2018, sem aprovação do CMS, a Secretaria de Saúde iniciou a implantação de Clínicas da Família, extrapolando o número máximo de equipes por Unidades de Saúde (US) previstas na própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Resolução CMS 09/2013. Houveram unificações de US's de territórios distintos, que rompem com a diretriz da descentralização, especialmente das equipes de Saúde da Família que historicamente foram sendo implementadas nos territórios mais vulnerabilizados.

Em 2019 tivemos o fechamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), deixando as equipes sem retaguarda e apoio matricial de especialistas. Se acentuou o enfraquecimento da Atenção Domiciliar Tipo I no escopo das ações e responsabilidades das US, reduzindo o trabalho ao quantitativo de visitas domiciliares. A coexistência de diferentes tipos de equipe e a desestruturação das diretrizes da

Saúde da Família, reduziram as ações das US em consultas e procedimentos e as mudanças nos processos de trabalho numa lógica de ampliação do número de atendimentos em detrimento da qualidade assistencial. O trabalho de ACS tem sido descaracterizado e submetido a essa lógica vigente, não havendo garantia da cobertura de ACS para a população adstrita.

Em 2019/2020 a gestão municipal do prefeito Marchezan adotou como saída para a situação do Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF), o repasse da gestão das US para iniciativa privada, através da contratação de Organizações Sociais (OS). Desconsiderou as deliberações das Conferências e do CMS, bem como das ações civis públicas através do MPE, que demandavam “solução definitiva” para a situação da AB no município, com indicação de contratação de trabalhadores via administração pública municipal direta. Já a gestão do prefeito Melo, vem aprofundando o processo de empresariamento da Saúde, quando em 2022 retirou servidores públicos das US, repassando 86% das 135 US para essas entidades, inclusive US que não eram compostas por trabalhadores do IMESF, restando somente 5 US em toda cidade sob gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Também incluíram nesses contratos parte das Farmácias Distritais que passaram a ser geridas por essas entidades e agora no novo contrato incluíram todas as Farmácias Distritais.

Ainda em 2022, foi apresentada a proposta da Política de Atenção Primária pela SMS mas a mesma foi reprovada pelo CMS, por desconsiderar as deliberações sobre AB da 8ª Conferência Municipal de Saúde e as resoluções do CMS. Foram implementadas mudanças estruturantes que vão na contramão das diretrizes da PNAB e tem produzido efeitos de piora nos indicadores de saúde do município, conforme demonstrado através do Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC/UFRGS - <https://www.ufrgs.br/laisc/sla-de-situacao>) que produziu indicadores para análise situacional de todos municípios do RS para subsidiar o processo das Conferências de Saúde.

O parecer da Comissão de Financiamento (COFIN) do CMS referente à Lei Orçamentária Anual de 2023 analisa que os gastos no repasse de recursos para as entidades triplicaram comparados a valores gastos pelo IMESF, demonstrando que não houve economicidade na contratação, nem melhora significativa de cobertura de Saúde da Família e na cobertura de ACS, além do fechamento de US e centralização/unificação de US.

Seguindo um modelo de atenção à saúde que vai na contramão dos princípios e diretrizes do SUS, neste ano a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) está lançando um processo de chamamento para identificar e convidar “Startups” e demais interessados para teste em serviços públicos de saúde, com o objetivo de identificar, selecionar e testar soluções inovadoras na área de telemedicina. Com a justificativa de diminuir filas de espera nos Pronto Atendimentos, está em andamento até 16/04/2023 com 08 empresas, diferentes ofertas de teleatendimento médico e de enfermagem nos moldes apresentados por cada empresa, oferecendo à população através do site da PMPA, acesso a consultas.

Identifica-se o uso indevido dos espaços e serviços públicos como Pronto Atendimentos e US do município vinculados ao SUS, sendo apropriados por empresas privadas que fazem divulgação de seus produtos e demonstram interesse comercial. Não foi apresentado termo de referência com diretrizes para o fluxo e funcionamento desses serviços, informações quanto aos registros em prontuário e acesso aos sistemas de informações, sua relação com os serviços de saúde e ausência de termo de consentimento para esclarecimento aos usuários quanto aos aspectos bioéticos e

de segurança do paciente adotados por tais empresas e validados pela SMS, captando usuários através do SUS, para essas plataformas. Rompe-se com princípios da administração pública e descumprimento de decisão judicial do TRF-4 ao não apresentar para análise prévia do CMS esses acordos de cooperação. A gestão abre as portas do SUS para beneficiar interesses privados sem nenhuma transparência e apresentação das motivações para tal acordo.

Medidas como as citadas acima, adotadas pela prefeitura, trazem informações difusas à população, contribuem para falta de entendimentos sobre os serviços e confundem sobre os cuidados ofertados nas diferentes redes de atenção. É importante ressaltar que no país, nos últimos anos, vivenciamos um avanço da tecnologia, que pode facilitar o acesso e qualidade de vida das pessoas, mas isso não pode ser justificativa para formas de desumanização, precarização dos serviços e a transformação da saúde em mercadoria lucrativa.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade é insuficiente para atender as necessidades de sofrimento mental da população, em função dos vazios assistenciais nos territórios e a gestão não tem conseguido ampliar a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por habitantes. As filas de espera no GERCON para a saúde mental é de 2 anos. A baixa capacidade e efetividade da AB de acolher e identificar as necessidades em Saúde Mental, agrava ainda mais o cenário da lacuna entre a capacidade instalada e o volume crescente de demandas em saúde mental. O CMS tem apontado como maior fragilidade o acesso de crianças e adolescentes, sendo a rede infanto-juvenil a mais precária, contando apenas com 03 CAPS para toda a cidade e somente 01 deles sob gestão direta da SMS.

Se hoje temos um cenário epidêmico dos agravos de Saúde Mental da população em geral, as iniquidades no acesso de populações específicas e vulnerabilizadas, reproduz as desigualdades sociais que se confirmam no crescimento dos casos de suicídio, especialmente entre adolescentes e jovens adultos. São sofrimentos produzidos pelas situações de diferente tipos de violências vividas por mulheres, crianças, adolescentes e jovens, assim como a população negra com os efeitos do racismo estrutural na produção de sofrimento mental e a discriminação e violência associadas à comunidade LGBTQIAP+ e dos altos índices de agravos em saúde mental da população em situação de rua, indígenas e migrantes.

A diretriz da Redução de Danos (RD) de base municipal e territorial se encontra em grave desmonte, sendo a orientação da atual gestão de saúde mental como estratégia principal de intervenção a urgência e emergência, a medicalização, trabalho médico centrado e não pautado numa base coletiva, territorial, de prevenção e promoção da saúde e na qualidade dos atendimentos. Apresentar estratégias e dispositivos que enfrentem essas disparidades, é um dos maiores desafios a serem superados.

Essas estratégias passam por uma formação de trabalhadoras/es de saúde que possam acolher e cuidar da população, alinhados à concepção ampliada de saúde, com bases nos princípios da educação popular, da escuta ativa das multiculturalidades e realidades de vida, e que possam apoiar na construção de estratégias coletivas de cuidado. Os cursos de graduação e pós graduação em saúde, bem como as residências multiprofissionais e de medicina, devem formar trabalhadores no SUS e para o SUS e essa formação qualificada deve ser absorvida pela RAS. A forma em que as contratações de trabalhadores vem acontecendo em Porto Alegre, acabam por não acolher trabalhadores com essa formação específica e qualificada e aponta-se uma fragilidade técnica importante na RAS, quando não há estratégias de fixação de trabalhadores/equipes nos territórios e a formação de vínculos, principal estratégia de

cuidado das pessoas. Além disso, é essencial o processo de educação permanente e qualificação das equipes, planejamento de ações a partir das demandas do território e da participação popular.

A RAPS como rede temática prioritária não pode estar submetida a descontinuidades e fragilidades que constituem o processo adotado pela gestão de repassar componentes estratégicos como os CAPS, serviços de residenciais terapêuticos (SRT) para a gestão de entidades privadas (OS). Infelizmente desconsiderando as deliberações do CMS, atualmente dos 15 CAPS existentes, somente 04 CAPS próprios, 03 sob gestão do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e 02 sob gestão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), os demais 05 CAPS AD III e 01 CAPS AD IV sob gestão das entidades AESC e IB Saúde. A mesma situação de contratualização se repete em relação aos SRT sendo somente 01 próprio da gestão direta do município. Destacamos ainda a gravidade desse cenário, na medida em que duas dessas entidades, IB Saúde e Instituto Renascer, estão sob investigação de operação da Polícia Federal.

A Rede de Saúde às pessoas com deficiência na cidade, prevista pela Decreto 7.508/2011, infelizmente não se estruturou de forma efetiva como rede de Atenção Especializada em Reabilitação (prevista nas modalidades Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências). Hoje só contamos com 02 Centros de Reabilitação (CER), o CEREPAL e o Santa Ana, sendo nenhum deles próprio do município. Esses CER atendem somente três modalidades, a física, intelectual e auditiva, não garantindo assim a integralidade na reabilitação das pessoas com deficiência e também não existem os demais componentes previstos na atenção especializada dessa rede como Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas – Estomias e Oficinas Ortopédicas.

Demandas históricas apontadas pelo CMS, como o fornecimento de fraldas e transporte sanitário eletivo tem se agravado ainda mais. Ano passado se implementou fluxo de fornecimento de fraldas vinculado ao Cadastro Único da Política de Assistência Social, atrelando o acesso a um direito a uma outra política pública e reforçando barreiras de acesso. O transporte sanitário eletivo, que nunca teve um funcionamento adequado e encontra-se organizado a partir de cotas por Coordenadorias, não garante as demandas de cada território, resultando em falta de acesso das pessoas que estão em situações de saúde muito fragilizadas. Esses dois exemplos ferem frontalmente o princípio da universalidade e integralidade do SUS. Essas demandas e insuficiências deveriam estar sendo articuladas através de uma linha de cuidado, envolvendo todos os componentes da RAS, desde AB, atenção especializada e atenção hospitalar e de urgências.

Compartilhamos a análise sobre a rede que consta no parecer da SETEC referente a análise do PMS 2022-2025, destacando “os maiores estrangulamentos da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência: a acessibilidade comunicacional inexistente e a precária acessibilidade arquitetônica nos serviços; a demora no fornecimento de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPMs); a ausência, atraso e baixa qualidade de insumos, referindo-se às fraldas descartáveis, e ainda, a pouca oferta de consultas especializadas, com destaque à fonoaudiologia e aos exames de audiometria e limitações no transporte sanitário eletivo”.

A **vigilância em saúde** é estrutura fundamental do SUS para a garantia do direito à saúde. Realiza a proteção da vida desde a vigilância das águas (com foco no consumo humano), dos serviços de alimentação, dos serviços de saúde e de interesse à saúde, até a busca e identificação oportunas de doenças negligenciadas que

acometem as populações vulnerabilizadas, como a tuberculose, a leishmaniose, a leptospirose, a raiva, a hanseníase e a dengue.

Constituída pelas áreas de vigilância ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador e sanitária, a Vigilância em Saúde municipal vem enfrentando dificuldades para o desenvolvimento de todo o trabalho atribuído. O quadro de trabalhadores vem sofrendo com reposição de servidores aposentados de forma morosa e aquém das necessidades, além de conviver com um quadro de cargos desatualizado, que deveria ser ampliado com o aumento do número de agravos, foco das ações de vigilância, conforme definição nacional (infecção latente por tuberculose, toxoplasmose gestacional, COVID-19, hepatite de causa misteriosa e monkeypox) e no número de casos a investigar em agravos existentes (como na dengue, câncer, doenças crônicas, violências).

Destacamos ainda que a vigilância em saúde, assim como foi vivenciado por todas as pessoas durante a pandemia, com a qualificação dos dados sobre a extensão e características do problema, orientação à rede de serviços sobre as condutas epidemiológicas, bem como a investigação e manejo de surtos, é parte fundamental para garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. Proteger a saúde, para a vigilância, significa que a integralidade das ações, o funcionamento das redes temáticas e o direito à saúde como dever do Estado passam pela análise sobre o cenário epidemiológico, sanitário e ambiental, visando direcionar as ações de saúde para a investigação de doenças e a prevenção de riscos como um direito da população, inclusive ampliando o rol de agravos e doenças sob a ação da área de vigilância em saúde. Para isso, é necessário uma rede estruturada capaz de responder no tempo certo às demandas de saúde da população.

O SUS precisa estar preparado para os desafios que a realidade apresenta, como o envelhecimento da população, os efeitos da fome e da insegurança nutricional, agravado pelo uso desenfreado de agrotóxicos e alimentos industrializados, adoecimentos causados pela precarização e pela exploração nas relações de trabalho.

Buscar estratégias para o enfrentamento da chamada “infodemia” que teve uma disseminação de fake news que geraram inclusive um decréscimo na cobertura vacinal da população e ao mesmo tempo potencializar ações sobre os direitos que garantem a cidadania, o exercício da democracia para a defesa da vida, são desafios colocados no momento presente, e que passam pela dimensão da comunicação em saúde para democratização das informações e instrumentalização das pessoas para garantia de direitos, rumo à vida em abundância para todas as pessoas.

Assim, incluímos abaixo diretrizes e propostas que foram apresentadas nas pré-conferências livres democráticas e populares em junho de 2022, conforme consta no Regimento da Conferência, como elementos de acúmulo do processo de debate preparatório para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, que incluiu a Conferência Nacional de Saúde livre, democrática e popular, coordenada pela Frente pela Vida como etapa preparatória, com objetivo de retomarmos o acúmulo sobre o tema e os posicionamentos desse processo para que sejam considerados como parte das propostas sobre os temas deste Eixo:

1. Retomar a importância da construção e implementação de redes integradas de cuidados que articule todos os níveis de atenção: da vigilância à saúde, atenção primária, cuidados especializados, urgência e atenção hospitalar;
2. Garantir a implementação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica, aprovada pelo CMS, onde a área responsável coordena todos os componentes

da assistência na cidade, retomando sua autonomia e desvinculando da Diretoria de Atenção Primária e Política de Atenção Primária proposta pela gestão as Farmácias Distritais, bem como assumir a gestão pela Farmácia de medicamentos especiais;

3. Elaborar através do Ministério da Saúde de forma pactuada com as instâncias colegiadas e o controle social protocolos e diretrizes de atenção integral às pessoas em condição Pós COVID;
4. Implementar a Linha de cuidado às pessoas em condição Pós COVID, com atendimento integral e interprofissional as pessoas com síndrome de COVID-longa e o fortalecimento da Rede de AB como coordenadora do cuidado em seus territórios em articulação com serviços específicos de reabilitação e a garantia de educação permanente para prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação;
5. Fomentar através do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) projetos de extensão e pesquisa, que focalizem nos impactos sanitários, econômicos e sociais dos efeitos da Pandemia de COVID-19;
6. Evitar riscos de vieses discriminatórios ao usar tecnologias digitais, como a Inteligência Artificial, no apoio à decisão clínica, epidemiológica ou de gestão. Para tal, os algoritmos utilizados em aplicativos, para serem adotados no SUS, precisam ser publicizados, transparentes e sujeitos à avaliação de especialistas e do controle social. No âmbito do SUS, os aplicativos utilizados precisam ser avaliados para verificar se espelham preconceitos em relação, por exemplo, à orientação sexual, à raça/cor, ao local de moradia, ao grupo etário, ao tipo de patologia (seleção de risco) ou a critérios de desempenho assistencial e de administração, ao darem maior peso à lucratividade do que à saúde de pacientes ou coletivos, além de garantir os direitos dos usuários, garantir os princípios bioéticos em sua aplicação, bem como a proteção de dados e o impedimento de uso de dados para interesses privados de entidades ou empresas;
7. Proibir qualquer forma de comercialização/mercantilização de dados/informações em saúde do SUS (big data), que se tornam commodity no modelo de negócios das bigtechs. Qualquer opção ao contrário fere a ética da responsabilidade com o Bem Comum e coloca em risco a dignidade humana e a soberania do país. Esse critério é extensivo a eventuais compartilhamentos entre empresas, prática conhecida como “quarteirização”, nos moldes do estabelecido para o ConecteSUS/RNDS: o Ministério da Saúde contratou a Embratel para prestar serviço “na nuvem”, que contratou a Amazon WEB Services (AWS) para executá-lo;
8. Revisão da formação acadêmica dos profissionais de Saúde, aproximando-a das necessidades do SUS. Efetiva participação do SUS na discussão e no processo de estabelecimento das diretrizes curriculares das profissões de Saúde;
9. Ampliar a descentralização dos programas de residência médica e multiprofissional alinhados aos princípios e diretrizes do SUS submetida a análise do CMS de Porto Alegre com garantia da inclusão de disciplinas sobre a participação popular e o controle social construídas a partir do CMS e na cidade a priorização nas redes de atenção psicossocial e atenção básica;
10. Implementar uma Política de Educação Permanente para o SUS, alinhada às necessidades locais e das especificidades das redes de atenção, que seja orientadora e estabeleça as diretrizes para a formação ensino-serviço em

suas diferentes modalidades, bem como o estabelecimento dos fluxos e das atribuições dos papéis de supervisor, preceptor e da construção de critérios para os cenários de prática no SUS, priorizando os serviços próprios sob gestão direta do município;

11. Garantir a rede regionalizada, prevista no art. 198 da Constituição Federal de 1988, viabilizando a implantação de uma gestão intergovernamental do SUS, pela via da Administração Estatal 151 Indireta e sob a égide do Direito Público, de abrangência nacional, com bases regionais, tendo a gestão e o financiamento compartilhado pelas três esferas de governo, e que atuem, de forma integrada na prevenção, na promoção da saúde e na assistência, desde a atenção básica à alta complexidade
12. Ampliação de pesquisa, desenvolvimento, produção e distribuição pelo SUS de tecnologias assistivas;
13. Gestão Pública Regional a partir de dados epidemiológicos territoriais;
14. Criação de Mesa Permanente de Diálogo com o MP, visando a garantia de direitos constitucionais da saúde;
15. Promover comunicação em Saúde e interação com a informação no SUS de forma adequada, plural e equitativa para as diferentes populações e territórios. Enfrentamento coordenado, estratégico e massivo contra as fakenews.
16. Criar um parâmetro de cobertura populacional de Consultório na Rua, de forma a garantir cobertura em todos os Distritos de Saúde. Garantir a articulação para o atendimento desta população nas Unidades de Saúde e a transição do cuidado para as equipes especializadas de saúde e de assistência social.
17. Garantir o acesso aos serviços e a integralidade da oferta de cuidados através da implementação de fluxo para atendimento pré hospitalar (SAMU) que atenda as situações de crise em saúde mental que demandem o transporte dos usuários para serviços da RAPS.
18. Instituir a criação de Bolsas de Trabalho para usuários de Saúde Mental integrantes das Oficinas de Geração de Trabalho e Renda da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como incentivo para capacitação técnica para o trabalho, buscando a garantia do direito ao trabalho digno, através dos princípios da Economia Solidária.
19. Garantir a implantação de CAPSi, CAPS i III, CAPS II e CAPS III sob gestão direta da SMS, com servidores públicos estatutários, em todos os Distritos de Saúde, de acordo com os parâmetros de cobertura populacional previstos nas portarias de credenciamento, para garantir o funcionamento efetivo desses componentes no acolhimento (portas abertas), atenção diária e à crise, bem como a transformação de todos os CAPS AD II em CAPS AD III para garantir a estrutura de acolhimento às necessidades dos usuários com uso de álcool e outras drogas, diminuindo os encaminhamentos à rede de urgência e emergência.
20. Garantir a implantação de Centros de Convivência e Cultura com equipe mínima de servidores estatutários na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre, como dispositivo territorial, intersetorial, e como forma de promoção à saúde e incubação de cooperativas sociais, enfrentando as vulnerabilidades e a precarização do trabalho.

21. Criar leitos de saúde mental em hospitais gerais em substituição aos leitos contratualizados nos hospitais psiquiátricos. Investir na rede psicossocial substitutiva ao manicômio e no cuidado em liberdade, tal como vem sendo proposto nas Conferências de Saúde e foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.
22. Garantir a organização das equipes especializadas (ESMA e EESCA), estabelecendo parâmetros de cobertura populacional e pactuando a priorização de equipes multiprofissionais com maior presença de profissionais da psicologia, psicopedagogia, terapia ocupacional, serviço social, farmácia, fonoaudiologia e demais profissionais da saúde, respeitando às necessidades e prioridades específicas de cada território, com organização dos serviços de saúde mental por Distrito de Saúde da cidade.