



## 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**

**4 - Amanhã será outro dia para todas as pessoas - 16/03/2023 - serão priorizados as Políticas de Equidade e os temas estruturantes para o SUS, veremos a definição de prioridades pautadas nos eixos anteriores, buscando identificar os desafios ainda não contemplados para a indicação dos rumos para os próximos 4 anos.**

#### **Elementos do Documento Orientador Nacional:**

O SUS de amanhã, para todos, todas e todes, inclui e tem a potência de atuar no combate aos preconceitos, efetivando o princípio da equidade no cuidado em saúde na construção das políticas de saúde que sejam produzidas, fortalecendo o protagonismo das pessoas e das populações excluídas. Abaixo, estão destacados pontos de atenção para pensarmos sobre o amanhã para todos, todas e todes.

**As Universidades e instituições de ensino e a gestão em saúde, precisam entender o SUS** como espaço privilegiado para formação em saúde na perspectiva do direito à saúde universal, integral e equânime, assim como todos os pontos das redes de atenção precisam constituir-se em cenários de práticas e de aprendizagem, reconhecendo essa missão como estruturante para o Sistema. Assim como os espaços de participação e controle social também precisam ser reconhecidos como lócus estratégicos de formação em saúde.

No âmbito nacional a institucionalização dos processos de integração ensino-serviço, foi estruturado de forma prioritária com a criação da Política de Educação Permanente em 2004, que constituiu como eixo estruturante o quadrilátero da formação, que implica colocar como campo de produção de conhecimento a Formação em saúde, análise e ação relativa simultaneamente à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente competente. Essa construção coletiva com a participação direta do controle social, possibilita a articulação direta entre as demandas das instituições de ensino para o Sistema e sua pactuação alinhada às necessidades de formação para o SUS, protagonizada por todos os atores do quadrilátero. A perspectiva da inovação e do acesso às tecnologias de cuidado também precisam ser pensados no SUS como um direito do povo brasileiro. Elaboração de política de valorização e vida digna para trabalhadores de saúde de todas as categorias

**O Estado tem a responsabilidade por implementar políticas públicas que garantam qualidade de vida social, cultural, educacional, econômica, sanitária, civil e política a todas, todas e todos, sem privilégios ou discriminações**, e, portanto, não pode eximir-se de propor leis que garantam justiça à toda a população. Políticas públicas que não promovem ativamente a inclusão, não produzem saúde e democracia. A inclusão se refere a cada pessoa e coletividade, com padrões éticos de pensamento e ação. Não se trata apenas de interesses majoritários, mas do **respeito e acolhimento às diferenças que se expressam nos territórios, pessoas e populações**. A ética que media as ações para a liberdade e para a democracia é o limite da inclusão. A necropolítica e o negacionismo engendrados no Estado, produzem por ação ou omissão a morte e descaracterizam os direitos dos quais deveriam ser guardiões, desrespeitam e atacam os modos de vida e a Democracia. O direito individual à liberdade de expressão não pode se sobrepor aos direitos humanos e a garantia do direito coletivo. Não há liberdade sem responsabilidade com toda e qualquer Vida.

A atenção aos povos Indígenas, com o direcionamento correto de recursos e insumos para preservar a vida dos povos originários. Atenção às populações quilombolas, que no início da vacinação contra a COVID-19 foram discriminadas e não priorizadas pelo governo federal à época. Da mesma forma, os povos indígenas não aldeados não foram incluídos explicitamente no plano nacional de Vacinação contra a COVID-19 entre os grupos prioritários iniciais para vacinação.

**A luta contra a desigualdade social e as perspectivas para uma outra sociedade**, para novos mundos viáveis, são imperativas para a superação da contradição estrutural de um país onde as pesquisas apontam que um de cada quatro brasileiros e brasileiras não têm comida suficiente em casa, ao mesmo tempo em que notícias revelam que altos executivos dos bancos afirmam que não conseguem gastar todo o seu dinheiro, por mais criativo. Essa luta passa por: a) combater a perversa concentração de renda gerada pela exploração; b) promover a ruptura com as desigualdades estruturais e dos diferentes Brasis; c) combater a LGBTfobia, o racismo, o capacitismo, o machismo, a objetificação do corpo e da vida de pessoas e grupos sociais; d) defender a soberania alimentar do país e o papel da agricultura familiar na segurança alimentar.

#### **Documento orientador do CES:**

Trata da defesa do direito à saúde pública através do SUS, enfatizando os limites e desafios do atual pacto federativo e defendendo sua sustentabilidade financeira e política no âmbito do Estado Democrático de Direito.

- Garantir vínculos trabalhistas estáveis e duradouros para os profissionais de saúde, eliminando a terceirização, a privatização e precarização das relações de trabalho da Atenção Básica, bem como a sobreposição de interesses exclusivamente privados por parte de organizações contratadas.
- Implementar hospitais públicos regionais com gestão do poder público estadual, ampliando a oferta de ambulatórios, serviços de urgência e emergência, leitos hospitalares, exames, procedimentos clínicos e cirúrgicos.
- Criar políticas públicas e protocolos que garantam a atenção integral às vítimas da Covid-19, tanto na atenção básica, como na média e alta complexidade.
- Reconstruir a política ambiental, observando a proibição do uso de agrotóxicos, o fim do autolicensingamento de produtos/processos/fontes poluidoras, o fim da autorregulação e a proibição dos projetos de mineração que são danosos à saúde das populações e ao meio ambiente.

- Garantir o acesso a alimentos de qualidade nutricional e sanitária através do incentivo das práticas agroecológicas e da divulgação científica sobre o tema.
- Garantir a aplicação de recursos para as Ações e Serviços Públicos de Saúde de no mínimo 12% da Receita Líquida de Impostos e Transferências, conforme EC 29 e/ou 10% da Receita Tributária Líquida, excluídos os repasses federais oriundos do SUS, conforme EC 25 da Constituição Estadual.
- Garantir um financiamento robusto ao SUS, que assegure a integralidade da atenção à saúde.
- Reduzir de maneira progressiva e continuada a contratação de serviços da rede privada, fortalecendo a rede própria do SUS.
- Reduzir de forma progressiva os leitos em hospitais psiquiátricos, implantando serviços substitutivos de base territorial e ampliando leitos nos hospitais gerais.

### Elementos do contexto municipal:

*SUSpira forte meu coração  
 Sustenta luta de sul a norte,  
 Suscita vida no meu povão  
 Sus, penso: SUS tanto, sustentação!  
 Nasce da democracia, da luta do povo  
 De João e Maria, Saúde não é mercadoria  
 É direito de todos, De todo dia.  
 Já se pode a vida suster, Se pode nascer sem temer  
 Já podemos crer no amor de cuidar em qualquer lugar  
 Tantos territórios, toda gente acolhida  
 Ninguém solta a mão de ninguém em defesa da vida!  
 Arco íris de gente, saberes indígenas  
 Também inclusão no SUS tem, negras mãos na conquista!  
 Sus é meu, Sus é teu, Nós e o SUS (ninguém mexe com meu SUS)  
 Universalidade, integralidade pra cuidar geral  
 Equidade, campo e cidade, controle social  
 Suspira forte meu coração, De sul a norte  
 SUS cotidiana construção, SUS pira forte!*

*(Música: Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP; Compositores:  
 Richard Serraria, Marcelo da Redenção & Diego Kurtz; Voz principal: Andréa  
 Cavalheiro)*

Porto Alegre, com uma população estimada de 1.492.530 habitantes em 2021 (IBGE Cidades), apresenta uma distribuição desigual quanto aos condicionantes e determinantes sociais que afetam à saúde. Segundo o [Plano Municipal de Saúde 2022-2025](#), todos os dezessete (17) distritos sanitários (DS) da cidade apresentam **vulnerabilidades**, sendo a Lomba do Pinheiro, Ilhas, Nordeste e Restinga os mais vulneráveis, seguidos dos distritos Glória, Extremo Sul, Leste, Norte, Cristal, Partenon, Cruzeiro, Humaitá Navegantes e Eixo Baltazar. Por fim, os menos vulneráveis são os distritos Sul, Centro Sul, Noroeste e Centro. Observa-se que os distritos mais vulneráveis são aqueles longínquos do centro da cidade, com bairros populares e com crescimento populacional associado a reassentamentos ou à ampliação de casas populares, onde a urbanização e a distribuição de equipamentos sociais, como as redes sociais e comunitárias, bem como rede de

serviços de saúde, não acompanhou o crescimento da população e suas necessidades em saúde. A distribuição sócio-espacial dos diferentes segmentos populacionais, conforme descrito acima e seus efeitos são características dos processos de gentrificação.<sup>1</sup>

Quanto aos dados epidemiológicos, verifica-se que convergem para as regiões mais vulnerabilizadas. Abaixo, são apresentados:

- As **regiões com maior proporção de população negra** na cidade são: Nordeste (38,62%), Restinga (38,50%), Lomba do Pinheiro (32,05%), Cruzeiro (31,59%), Partenon (28,49%), Glória (27,19%) e Leste (26,60%) ([Revista ObservaPOA 2013](#));
- Das **crianças nascidas vivas** na cidade em 2021, 30,6% são filhas de mães negras ([Boletim Pop Negra, 2022](#)). No mesmo ano, estas representaram 45,5% dos nascidos vivos do DS Restinga, 42,9% do DS Partenon, 42% do DS Nordeste, 41,6% do DS Cruzeiro e 40,7% do DS Lomba do Pinheiro ([Boletim Pop Negra, 2022](#));
- Das 261 **gestantes vivendo com HIV** em 2021, 109 (41,7%) declararam raça/cor negra. Além disso, dos 719 novos casos diagnosticados de HIV e 423 novos casos de AIDS entre residentes de Porto Alegre no mesmo ano, 38,1% (274) dos novos casos de HIV e 44,7% (189) dos novos casos de AIDS ocorreu em pessoas negras. Desse total de casos, 33,9% dos casos de HIV e **60% dos casos de AIDS ocorreram entre homens**. Destaca-se, ainda, que **76,6% dos novos casos de HIV ocorreram nas faixas etárias mais jovens (de 15 a 44 anos)** e 76,6% dos casos de AIDS ocorreram em adultos de 25 a 54 anos ([Boletim Dezembro Vermelho, 2022](#)). Tais dados apontam, portanto, para uma epidemia que acomete uma **população jovem, masculina e negra**;
- Os maiores **coeficientes de mortalidade infantil (CMI)** da cidade foram nos DS Restinga (16,9), Cristal (15,9), Nordeste (14,8), Partenon (14,2), Ilhas (12,5), Lomba do Pinheiro (10,8) e Extremo Sul (9,7), sendo que a **mortalidade infantil na cidade foi de 9,5 óbitos para cada 1000 nascidos vivos**. As demais regiões apresentaram CMI menor do que o valor da cidade ([RAG, 2021](#));
- Quanto aos **óbitos de mulheres em idade fértil** (10 a 49 anos), os DS Restinga (18,2%), Ilhas (17,6%), Nordeste (17,5%), Glória (14,3%), Cruzeiro (12,3%), Norte (11,6%) e Partenon (11,6%) apresentaram percentuais maiores do que o da cidade (11,0%) ([RAG, 2021](#));
- Desde 2020, **óbitos maternos** são registrados anualmente nos distritos Restinga, Leste e Eixo Baltazar, expondo as condições de vida e acesso a serviços de saúde das mulheres em idade fértil nessas regiões.  
Quanto aos dados relacionados às **violências**, abaixo são considerados:
- As notificações de violência são provenientes dos serviços de urgência e emergência em ao menos 70% dos casos. Mesmo assim, os atendimentos registrados por **tentativa de suicídio** nas unidades de saúde do município mostram que a faixa **etária dos 15 aos 29 anos** foi a mais atendida pelo

---

<sup>1</sup> O termo gentrificação foi cunhado pela socióloga britânica **Ruth Glass** em 1964. As primeiras definições de gentrificação têm maior foco na questão do mercado imobiliário e na substituição da população mais pobre pela nova classe média. Designa o processo de segregação socioespacial vivenciado em áreas urbanas, caracterizado pela valorização acentuada de determinada área, que culmina na saída de moradores antigos em razão do aumento local do custo de vida.

problema na APS. Dos **óbitos por suicídio**, a faixa etária mais acometida foi dos **20 aos 39 anos**;

- Nos dados sobre **violência autoprovocada** (notificações de tentativas e óbitos) de 2017 a 2022, as **tentativas** foram mais recorrentes entre **mulheres** (67,7% das notificações por tentativa de suicídio), enquanto que os **óbitos** foram registrados mais entre **homens** (77,1% dos óbitos por suicídio). ([Boletim Setembro Amarelo, 2022](#));
- As **violências contra as crianças e adolescentes** correspondem a **mais de 50%** das notificações de violências do município, sendo que a **maioria** dessas violências ocorreu nas **residências**, **mais da metade** foi perpetrada **por um familiar** e os tipos de violências mais cometidos contra as crianças e adolescentes são **violência sexual, negligência e tentativa de suicídio**. Preocupa, no entanto, que aproximadamente metade das notificações são por **eventos de repetição**, ou seja, de um contexto que evidencia cronicidade de relações violentas ([Boletim violências, 2021](#));

De acordo com o Censo 2010, ao menos **um quarto (1/4) ou 23,87%** da população do município vive com alguma **deficiência**. A deficiência mais prevalente é a **visual** (inclui o uso de lentes/óculos), seguida da deficiência **auditiva** e, após, da deficiência **motora** ([PMS 2022-2025](#)). Os desafios colocados para as pessoas com deficiências estão na inclusão em espaços de formação e laborais, bem como na transformação de Porto Alegre em uma cidade acessível, considerando que muitos serviços de saúde ainda oferecem barreiras de acessibilidade.

Segundo o censo de 2016, há 2.115 **pessoas em situação de rua** em Porto Alegre. Destas, **85,7% são do sexo masculino e 13,8% do sexo feminino**. Com relação à raça/cor auto atribuída dos cadastrados, 34,4% são **brancos (34,4%)**, seguida da categoria **preta (24,6%)**. Os autodeclarados **pardos** representam **12,4%**, dos casos. Os negros representam 37%. Segundo o Painel de Monitoramento de Equidades em Saúde, as condições de saúde mais prevalentes para as populações em situação de rua no Brasil foram: hipertensão arterial, puericultura, pré-natal, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, diabetes, uso de álcool, uso de outras drogas, reabilitação, tabagismo, obesidade, rastreamento de câncer de colo de útero, tuberculose, asma e infecções sexualmente transmissíveis ([BRASIL, 2023](#)). Pelo número de pessoas em situação de rua atualmente, a cidade **deveria contar com 12 equipes de consultório na rua**.

Quanto aos **povos indígenas**, com base nos cadastros do e-SUS e SIASI estima-se que atualmente cerca de **980 indígenas** vivem na Capital. No entanto, por tratar-se de populações que têm o modo de vida baseado na mobilidade, os números são sempre uma estimativa, condizente com a realidade dessas comunidades e seus contextos de vida e re-existência. Na cidade, há a presença de povos indígenas Mbyá Guarani, Kaingang, Charrua, Xokleng e, mais recentemente, Warao - etnia imigrante da Venezuela. Isso não quer dizer que não existam outros povos que não foram citados aqui. Esses grupos estão distribuídos, majoritariamente, em aldeias que se localizam nos bairros Lomba do Pinheiro, Tristeza, Lami e Belém Novo, sobretudo em áreas de terras altas e nas margens do Lago Guaíba. Além das aldeias, a presença indígena Warao e Kaingang na cidade também é distribuída em núcleos familiares (parentelas extensas) nas regiões urbanas da cidade. O processo das Retomadas Indígenas também marcam a luta por terra e território dos povos. Outra especificidade no município é a relevante presença de indígenas estudantes na UFRGS, com indígenas de distintas etnias provenientes de todo o país e que residem no bairro Centro, na Casa do Estudante

Universitário e mais recentemente na Casa do Estudante Indígena. ([PMS 2022-2025](#) com adendos).

A mortalidade de crianças indígenas até os 5 anos é quase nove vezes maior do que a média da população em geral e a expectativa média de vida dos indígenas era 20 anos menor do que a média da população em geral, já no censo de 2010. Os indígenas apresentam níveis desproporcionais de mortalidade por enfermidades preveníveis, como doenças parasitárias, desnutrição, além de doenças infecciosas como a Tuberculose e a Covid-19. Baseado nos dados do DSEISul/MS, pode-se inferir que os agravos que mais acometeram os povos indígenas são: Doenças do aparelho respiratório seguidas das vasculares e das infecciosas e parasitárias. Na cidade, as principais causas de mortalidade entre os indígenas são as doenças crônicas cardiovasculares ([PMS 2022-2025](#)).

Além dos dados apresentados inicialmente ao contexto epidemiológico municipal, destaca-se dados também importantes sobre o perfil epidemiológico da população negra residente em Porto Alegre ([Boletim Pop Negra, 2022](#)):

- Os partos de mulheres negras ocorrem predominantemente em hospitais SUS;
- O percentual de óbitos de pessoas negras permanece alto até os 59 anos, evidenciando a mortalidade precoce a que está submetida essa população;
- Dentre os óbitos por faixa etária e raça/cor, crianças negras corresponderam a 44,4% dos óbitos na faixa etária de 5 a 9 anos;
- Os homicídios de pessoas negras apresentam alta proporção entre os óbitos por essa causa, seguido dos suicídios;
- A negligência foi a forma de violência mais comumente notificada contra homens negros, enquanto que as notificações de violência sexual foram as mais comuns contra mulheres negras;
- Os agravos em que há maior desigualdade entre a raça/cor negra e branca são tuberculose, AIDS, sífilis adquirida e sífilis em gestante;
- A população negra foi acometida três vezes mais por tuberculose e por sífilis em gestante que a população branca;
- A população negra apresenta proporcionalmente, no mínimo, o dobro de casos de AIDS e de sífilis adquirida que a população branca;

Condição que pode acometer apenas à população negra, o cadastro municipal de pessoas com diagnóstico de doença ou traço falciforme é uma conquista municipal. Até o momento, o banco de dados de pessoas com diagnóstico positivo e com traço falciforme, contabiliza em torno de 200 pessoas que foram atendidas nos serviços de saúde do município. A atenção à pessoa com traço ou doença falciforme, incluindo a linha de cuidado, é luta do controle social por meio da Comissão de Saúde da População Negra.

Destaca-se, ainda, que o coeficiente de incidência de casos de hanseníase por raça/cor evidencia que são 12 casos por 100 mil/hab entre negros e 6 casos por 100 mil/ hab entre brancos ([Boletim Janeiro Roxo, 2023](#)). Apesar de ser um agravo com poucos casos na cidade, se comparado às demais doenças transmissíveis de curso crônico (HIV, sífilis e tuberculose), o tratamento polimedicamentoso, de curso longo e a não suspeição diagnóstica por parte das equipes de saúde de APS levam à manutenção do quadro epidemiológico na cidade e ao aumento no número de casos graves, inclusive com deficiências permanentes.

Sobre a **saúde do imigrante**, conforme cadastro do Centro Ítalo-Brasileiro de Assistência e Instrução aos Migrantes (CIBAI), uma das principais instituições de acolhimento e auxílio para os migrantes no Estado do RS, nos últimos dez anos foram cadastradas na entidade pessoas vindas especialmente do Haiti (35,7%), Uruguai (14,3%), Senegal (9,9%), Argentina (7,7%), Peru (4,9%), Venezuela (3,2%) e Bolívia (1,1%). Estima-se que Porto Alegre abriga, aproximadamente, **30 mil imigrantes de todas as etnias**, considerando também países que não possuem tradição migratória. Entre os que mais evidentemente encontram-se em situação de refúgio, estimados em cerca de 15 mil, estão senegaleses, haitianos, venezuelanos e alguns vindos de países caribenhos, como os de maior número. Ao longo do ano de 2022, a população afegã também ingressou em maior quantidade no país e, conseqüentemente, em Porto Alegre. O e-SUS AB apontou que, em janeiro de 2020, Porto Alegre contava com 3.313 imigrantes com cadastro ativo no Cartão Nacional de Saúde (que acessam a APS). Ou seja, cerca de 10% da população imigrante na cidade. As ações em saúde devem combater a falta de informação, através da educação permanente de trabalhadores da saúde, visando combater a barreira linguística, cultural ([Boletim Saúde do Imigrante, 2022](#)) e os preconceitos que dificultam o acesso aos serviços e que geram iniquidades nos processos de cuidado.

**Destacam-se aqui os efeitos do racismo cultural, estrutural e institucional, que corroboram com a morbimortalidade da população negra.** Assim também agem a **discriminação e o preconceito** contra os povos indígenas, imigrantes, contra as pessoas em **situação de rua**, contra a população **LGBTQIAPN+**, **contra as pessoas com deficiência e privados de liberdade.** Desta forma, o conjunto das populações que sofrem com as iniquidades em saúde precisam estar representadas em políticas de saúde também locais, inclinadas à diminuição significativa das violências ainda promovidas pela sociedade.

As **políticas de equidade em saúde**, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+, são compromissos firmados pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população, de forma integral. Tais políticas estruturantes reconhecem as iniquidades em saúde como resultados de determinantes sociais de saúde e de histórica exclusão e estigma sofrido por essas populações.

A ausência de políticas municipais estruturantes como da população em situação de rua, que considerem a singularidade das pessoas, aumentam o subregistro de dados fundamentais para compreender a situação de saúde dessas populações. Como exemplo, os dados de raça/cor, apesar de obrigatórios ao registro de acordo com a portaria MS nº 344 de 1º de fevereiro de 2017, sofre com subregistros em sistemas como o eSUS e nos subsistemas próprios da SMS GERCON e GERINT Notifica; os dados sobre gênero e orientação sexual praticamente inexistem nos sistemas de informação utilizados no SUS, como o eSUS PEC e nos sistemas de notificação.

Apesar das Violências constituírem um problema de Saúde Pública, sabemos que com sua multideterminação e complexidades envolvidas, deve ser enfrentado como prioridade na agenda para a cidade envolvendo todos os setores implicados. A Secretaria Municipal de Saúde tem papel fundamental na articulação dessa pauta na agenda das prioridades da gestão municipal, mas infelizmente ainda é incipiente esse debate e no âmbito da Saúde ainda não temos uma Política de prevenção às

violências nem prioridades estabelecidas no PMS atual referente ao tema. No PMS 2017-2021 havia uma diretriz sobre o tema “reduzir o impacto das violências na situação de saúde da população” e a Meta 20 “ativar a rede intersetorial e realizar o seguimento do cuidado de 75% das mulheres, crianças, adolescentes e idosos com notificação de violência.

No PMS 2022-25 foi excluída a diretriz e a meta, sem haver nenhum debate e avanço em relação aos resultados obtidos, para repactuar metas por exemplo em relação a rede de atendimento a violência contra a mulher, ao idoso a à criança e ao adolescente. Urge enfrentarmos essas lacunas e priorizarmos o tema para avançarmos na construção de linhas de cuidado integral para as pessoas que sofrem violências.

Os dados relacionados à fome/insegurança alimentar, que acometem todas as populações vulnerabilizadas, estão invisibilizados na saúde. O Bolsa Família (BF), retomado recentemente, foi abandonado nos últimos 4 anos, fazendo com que centenas de famílias fossem ainda mais fragilizadas. O acompanhamento das famílias que acessam o BF exige uma articulação intersetorial, no entanto, no que se refere ao monitoramento da política de saúde, as ações vêm sendo reduzidas a procedimentos/processos administrativos, em detrimento ao cuidado integral. Desta forma, é atribuído o significado de ‘acompanhamento’ a qualquer tipo de acesso da família e/ou usuária (o) em um serviço de saúde, mesmo que o atendimento não corresponda a necessidade do atendimento integral, considerando até mesmo o acesso fora de seu território e unidade de saúde adscrita.

A desestruturação das redes de atenção à saúde, principalmente das redes territoriais - atenção básica e rede de atenção psicossocial - retomando o que foi trazido nos eixos anteriores, através dos processos de terceirização e empresariamento da saúde e dos vazios assistenciais nos territórios, retratam uma violência institucional. As populações que mais sofrem com a fragilidade dessa rede desestruturada e não integral são as historicamente vulnerabilizadas, reproduzindo ciclos de violência e racismo estrutural. É urgente e necessário a reconstrução de redes de atenção à saúde territoriais e transversais, à luz das políticas de equidade, considerando todas as necessidades dos povos e seus marcadores sociais.

A institucionalização dos processos de integração ensino-serviço, estruturado de forma prioritária em Porto Alegre desde 2011, é fruto da articulação entre as demandas e apontamentos do Conselho Municipal de Saúde quanto a inexistência de uma Política de Educação Permanente e de diretrizes e fluxos incipientes até aquele momento. Essa construção coletiva com a participação direta do controle social, possibilitou a articulação entre as demandas das instituições de ensino para o SUS e sua pactuação alinhada às necessidades de formação para o SUS.

Quando se trata de políticas públicas de saúde, sua complexidade e abrangência, é importante destacar a necessidade de criação de uma Política Municipal de Educação Permanente em saúde para o SUS, considerando a formação, a qualificação e a integração entre ensino, serviço e comunidade.

Esta última pré-conferência reafirma a necessidade primordial de participação direta de todas as populações, considerando e respeitando a pluriversalidade e a multiculturalidade dos povos e seus marcadores sociais. A máxima “nada sobre nós sem nós”, é neste momento ressaltada com o “tudo sobre nós, conosco!” para que todas as vozes, seja da forma que for, sejam escutadas e a construção dos processos de cuidado sejam protagonizadas a partir da participação popular.

**Assim, sistematizamos a seguir todas as propostas que consideramos estruturantes para o futuro do SUS e que não foram aprovadas nos eixos anteriores, bem como é o espaço para novas propostas que contemplem a prioridade para a (re)construção do SUS para todas as pessoas.**

### **Propostas Eixo 1**

1. Disputar e propor a criação de uma nova emenda constitucional que estabeleça outra regra fiscal em substituição a essa Emenda Constitucional 95 que prejudicou o financiamento e a saúde da população;
2. Avançar no co-financiamento tripartite do SUS estabelecendo para 2024 o piso federal com valor per capita, sendo que no mínimo 50% do gasto público seria do governo federal ou equivalente a no mínimo 3% do PIB, ficando a outra metade como responsabilidade dos estados, Distrito Federal e municípios.
3. Reverter a relação do atual percentual de repasse de recursos do SUS do setor privado (saúde suplementar) para o financiamento do setor público e para o SUS, meta inicial que no mínimo 60% do gasto total em saúde seria do setor público (soma da União, Estados, Distrito federal e Municípios), aproximando-se dos padrões adotados nos países mais desenvolvidos e dos sistemas universais.
4. Garantir a transparência para as informações de saúde e publicização dos mecanismos de acesso das mesmas.
5. Regulamentar o art. 197 e 199, no inciso I, da Constituição Federal, através de Lei Complementar sobre a complementaridade da assistência à saúde pela iniciativa privada - detalhando o termo "complementar" e o cumprimento das diretrizes do SUS;
6. Revisar a Lei Federal nº 13.019/2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, para retirar a possibilidade de sua aplicabilidade na Saúde.
7. Revogar o Programa Previne Brasil, que desestruturou os fundamentos da ESF, destruindo o financiamento de base populacional e os princípios de território e população sob responsabilidade das equipes. Fortalecimento dos mecanismos de redistribuição de recursos de acordo com as necessidades de saúde e para redução das desigualdades. Retorno do PAB fixo, com ênfase em valor *per capita* de base populacional adequada e do incentivo exclusivo e suficiente para qualificação e universalização da ESF.

### **Propostas Eixo 2**

8. Criar mecanismos institucionais no SUS de forma pactuada para implementar a diretriz da gestão participativa do SUS com mecanismos pactuados de forma tripartite de avaliação, acompanhamento e monitoramento da aplicação com as instâncias de controle social.

### **Propostas Eixo 3**

9. 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;
10. 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;
  11. 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;
  12. 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;
  13. 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;
  14. Ampliação de pesquisa, desenvolvimento, produção e distribuição pelo SUS de tecnologias assistivas;
  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;