



# 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

**EIXO 1 - O Brasil que temos. O Brasil que queremos - 16/02/2023 - eixo que busca avaliar a conjuntura nacional, a situação local do SUS e quais os próximos passos para a construção do Brasil que queremos com direitos sociais e garantia das responsabilidades constitucionais do SUS.**

Este eixo tem como fundamento o que Paulo Freire nos ensinou “(...) *Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje (...). Temos de saber o que fomos, para saber o que seremos*”, e para que possamos pensar em um futuro melhor, é fundamental tecermos um panorama do Brasil que temos até então.

Compreendermos a origem e as causas dos nossos problemas é o primeiro passo para superá-los. Nossos problemas revelam um país fundado em cima do genocídio indígena, da exploração e escravização dos povos sequestrados de África e da expropriação desenfreada da nossa Mãe Terra. Essa origem, desencadeada pela lógica colonialista e capitalista, revelam atualmente o aprofundamento das crises do capital e da civilidade que se desdobram em um **contexto nacional** de:

- Ataques à Democracia;
- Aumento da pobreza e do adoecimento, com sérios riscos para as mulheres, com destaque para as mulheres negras, indígenas, para as populações LGBTQiAP+, para as pessoas com deficiência e para as pessoas em situação de rua, tendo como base o racismo estrutural;
- Desmonte radical da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) através da precarização dos serviços;
- Exploração e degradação da vida de trabalhadores (as) do campo, das cidades e das florestas;
- Degradação dos ecossistemas e das instituições de combate a crimes contra o meio ambiente;
- Desrespeito aos direitos fundamentais com o abandono dos povos indígenas, quilombolas e ribeirinhos, frutos da política econômica implementada e aprofundada com o contexto da pandemia e com as equivocadas estratégias para o seu enfrentamento;
- Aumento da desigualdade social e do contingente de pessoas em situação de pobreza extrema e em situação de rua, da fome, da insegurança alimentar, da inflação dos preços dos alimentos, do desemprego e da falta de moradia

como mostram diversas pesquisas (em 2022, são 33,1 milhões de pessoas sem ter o que comer, ou seja, insegurança alimentar grave, sendo que 125,2 milhões de pessoas apresentaram algum grau de insegurança alimentar);

- Agravamento dos abismos entre pobreza e riqueza: se de um lado a pobreza econômica aumentou e os direitos dos/as brasileiros/as diminuíram, de outro o acúmulo de renda e capital foi estrondoso nesses últimos anos, inclusive no período da pandemia (de acordo com dados da Forbes, desde 2020 existem mais 573 multimilionários, perfazendo atualmente um total de 2.668. Se em 2000 a sua riqueza correspondia a 4,4% do PIB global, agora representa 13,9%);
- Desvio de fatias do orçamento público para o rentismo, ou seja, para os que vivem de rendas (o orçamento federal destina mais de 50% para o pagamento da dívida, deixando de investir em políticas públicas para a população);
- Desfinanciamento das Políticas de Saúde, inclusive as de atenção básica, agravado com a Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95), que congelou os gastos da União com despesas primárias por 20 anos, ferindo o núcleo essencial do direito que é a garantia de recursos orçamentários para a sua sustentabilidade;
- Desfinanciamento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, cujo fortalecimento é essencial para o desenvolvimento nacional e para as respostas às necessidades de saúde da população;
- Fragilização da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, impondo dificuldades de acesso a muitos medicamentos, sobretudo para as pessoas com doenças crônicas;
- Perseguição e criminalização dos movimentos e organizações sociais;
- Tentativa de esvaziar os mecanismos de controle social, não garantindo condições mínimas para seu funcionamento;
- Ataques contra a educação e contra a ciência e tecnologia que, aliados à fome e à miséria, asfixiam tanto o direito de acesso ao ensino por parte da maioria população, quanto a produção de conhecimentos críticos e oportunos ao desenvolvimento social e ao desenvolvimento científico e tecnológico nacional e autônomo do país, além de impedirem a geração de empregos e renda para o povo brasileiro (destacam-se os cortes de recurso para a educação, a desqualificação de funcionários/as públicos/as, das ações afirmativas e da autonomia das universidades);
- Ausência de estratégias para a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e da fragilização do Programa Nacional de Imunizações (PNI), reconhecido até então como modelo mundial, reduzindo os indicadores de vacinação;
- Da paralisação das linhas de cuidados para diversas populações com doenças raras, doenças crônicas e de patologias, principalmente das doenças negligenciadas que são consideradas endêmicas, como a tuberculose e a dengue;
- Discriminação nos tratamentos da hanseníase e tuberculose e aumento da infecção por HIV-Aids;
- Falta de acesso a medicamentos e demais tratamentos no tempo adequado, violências, fome e acidentes de trabalho, por exemplo, impondo às pessoas impedimentos funcionais e, a partir deles, a deficiência;

- Negligência com a implementação da Política Integral de Saúde da População Negra, impactando negativamente nos resultados da pandemia, síndrome e de endemias para essa população;
- Desmonte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM);
- Ataque à Política Nacional de Saúde Mental e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), impondo um duro ataque às conquistas do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e ao princípio do tratamento em liberdade para todas as pessoas;
- Desmonte da Política Nacional de Atenção Básica, através de um financiamento que não dá conta do princípio da universalidade, com o enfraquecimento do modelo da estratégia da saúde da família com equipes multiprofissionais (desfinanciamento do NASF) e da precarização do trabalho da/o Agente Comunitária/o de Saúde e de Combate às Endemias (ACS, ACE),
- Desrespeito à Agenda 2030. O Brasil, apesar de ter assumido um compromisso similar ainda em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, está hoje entre os países que mais se distanciam da Agenda 2030;
- Flexibilização do uso de armas de fogo que expande os níveis de violência;
- Ataques ao direito de acesso da população às informações fundamentais com o total silêncio e irresponsabilidade sanitária diante da indisponibilidade das plataformas de tratamento de dados, do risco do vazamento de dados, bem como do desaparecimento de registros estratégicos no atendimento integral à cidadã e ao cidadão brasileiro;
- Descaso com a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

A partir do panorama que apresenta “o Brasil que temos”, trazendo aspectos estruturantes que afetam a vida dos povos, com base no documento orientador nacional, temos o desafio de debater nossa realidade municipal, trazendo como base nossas vivências, subsídios do documento orientador do Conselho Estadual de Saúde, além dos debates das plenárias do CMS, pré-conferências livres e conferência de saúde mental que realizamos em 2022. Todos esses materiais apontam para a direção do SUS que queremos no município. Destacamos aqui os principais temas deste Eixo: **a construção de uma política pública de saúde participativa que esteja em consonância com as deliberações da conferência de saúde e o seu financiamento necessário; e a (re)estruturação da rede de atenção básica e de saúde mental.**

a) Para a construção de uma política pública de saúde participativa, com financiamento adequado e com efetivo controle social precisamos garantir o planejamento de forma ascendente e participativa e a organização **das redes de atenção por Distrito de Saúde**, através da construção de indicadores que possibilitem uma análise sobre a situação de saúde dos territórios e suas diferentes necessidades, viabilizando a efetiva promoção do monitoramento e avaliação da execução das políticas de saúde. Infelizmente não é o que foi apontado no parecer da Secretaria Técnica do CMS (SETEC) sobre análise do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, que foi reprovado em janeiro desse ano em plenária do CMS.

Estas demandas têm sido reafirmadas pelo CMS, mas infelizmente esbarram em retrocessos da atual gestão que alterou a estrutura e organização político administrativa dos Distritos de Saúde, reduzindo de 08 para 04 Coordenadorias. Tais mudanças se deram sem discussão com o CMS e desconsideram as deliberações do controle social e das Conferências de Saúde, além de afrontar a diretriz da descentralização no SUS, impactando na regionalização dos serviços e do acesso das pessoas aos atendimentos.

Se faz urgente avançar na garantia de que as deliberações das Conferências de Saúde orientem a formulação do Plano Municipal de Saúde, no sentido de qualificar a elaboração dos instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão), inserindo elementos qualitativos e quantitativos que permitam o controle efetivo das Políticas de saúde.

Já para garantirmos um **financiamento** adequado ao que propomos faz-se necessário explicitar a questão do subfinanciamento crônico das políticas de saúde, como um dos principais gargalos do SUS e que vem impedindo os avanços necessários para a garantia da universalidade e da integralidade do direito à Saúde. A partir da EC 95 passamos para um cenário de desfinanciamento. Em Porto Alegre, ao mesmo tempo que assistimos a prefeitura anunciar superávit ano a ano (516 milhões em 2022), temos visto o declínio da aplicação de recursos próprios do município, ao longo dos últimos anos. Dados do Sistema de Informação sobre o Orçamento Público em Saúde (SIOPS) de 2021 apresentam o percentual de 18,34% de gastos de recursos municipais com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) e a aplicação de R\$ 541,50 percapita (por habitante), figurando no ranking entre as capitais como a 21ª colocação. A análise da Lei orçamentária 2023 feita pela Comissão de Financiamento (COFIN) do CCMS apresenta os seguintes pontos:

- Orçamento insuficiente para cobertura de despesas contratadas;
- Orçamento insuficiente frente às necessidades da população, com altíssimo risco de desassistência da população;
- Descumprimento de pactuações e apontamentos realizados pelo Controle Social e Ministério Público;
- Manutenção da tendência de redução do financiamento municipal para Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Esta é a maior defasagem já vista entre a solicitação inicial da SMS de recursos para as despesas do ano de 2023. A solicitação foi de R\$ 778.753.366,32 e a autorização somente de R\$246.999.126,00, representando um corte de 68,28%. A Diretoria do Fundo Municipal de Saúde (DFMS/SMS) estimou que o percentual aplicado em Ações e Serviços Públicos em Saúde em 2023, considerando a previsão da Receita Líquida de Impostos e Transferências informada pela Secretaria Municipal de Planejamento e Assuntos Estratégicos (SMPAE), é a de que o valor orçado seria de 17,20%, ainda menor que os percentual executado em 2021.

Destacamos, ainda, o retrocesso no PMS 2022-25, onde o atual governo retira a meta de ampliação para 20% de recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), contrariando o compromisso da gestão anterior em ampliar e priorizar a aplicação de recursos próprios em Saúde e incluir uma meta de aplicação de apenas 15%, que é o mínimo previsto por lei, demonstrando a sua desresponsabilização em atender as necessidades em saúde da população e cumprir com seu dever legal, clínico e sanitário.

Destacamos que a estratégia prioritária de cortes no orçamento em saúde que impõe o desfinanciamento ao SUS na cidade tem se caracterizado por uma estratégia de cortes com os gastos de pessoal. Estes cortes não se justificam, pois os Relatórios de Gestão Fiscal indicam que estamos abaixo do limite prudencial.

b) As últimas conferências têm apontado que as Políticas de Atenção Básica e de Saúde Mental são prioritárias para o município e são as que mais vem sendo atingidas pela precarização dos serviços. Nos últimos anos houve diminuição do número de Unidades de Saúde, de 140 para 135, e com uma ampliação da cobertura de saúde da família insignificante frente ao aumento de gastos com os contratos da atenção básica, conforme série histórica de 54,1% em 2018 para 55,74% em 2022. Hoje, das 135 Unidades de Saúde, apenas 5 são próprias do municípios, com repasse de 116 Unidades de Saúde para diferentes empresas privadas e 14 conveniadas (12 US GHC, 01 US HCPA, 01 PUCRS). Este dado corresponde a 85% de Unidades de Saúde terceirizadas, desrespeitando desta forma o que prevê a Legislação sobre a complementaridade da iniciativa privada no SUS, além de se ferir o princípio da Universalidade com vários modelos de atenção básica e diferentes formas de atendimento da população dentro do mesmo município.

Tivemos a perda de equipes multiprofissionais nos territórios através dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), aliado à diminuição do número de ACS e ACE, com o enfraquecimento da prevenção e promoção da saúde, além de déficit de serviços de saúde mental nos territórios. Vivenciamos uma realidade de precarização e sucateamento do serviço público, sem o provimento da força de trabalho necessária para dar conta dos atendimentos à população.

A entrega do serviço público para as empresas privadas gera dependência a essas entidades, reduzindo a capacidade de gestão pública das mesmas, bem como do controle social efetivo. As consequências desta forma de contratualização/terceirização vem gerando alta rotatividade d@s trabalhador@s nos serviços, vínculos de trabalho precários, disparidades de salários, que impossibilita a qualificação e o vínculo necessário para prestar um serviço efetivo à comunidade, contrariando os princípios e diretrizes do SUS, as diretrizes da PNAB e da RAPS.

Precisamos reafirmar a defesa histórica da Saúde da família pelo Controle Social, como modelo na atenção básica, bem como de serviços de saúde mental com base territorial, com a garantia de provimento d@s trabalhador@s através de cargos públicos, garantido assim, os atributos da atenção básica de continuidade do atendimento, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e do vínculo forte do cuidado em saúde mental, deliberado nas últimas conferências municipais de saúde (2015, 2019).

O desmonte do SUS nas esferas municipal, estadual e nacional das Políticas Públicas precisa ser enfrentado urgentemente por meio da **revogação de todos os atos normativos, sejam eles constitucionais, legais ou infralegais**, que atentem contra a dignidade da pessoa humana e contra os direitos sociais, e que ferem os princípios e diretrizes do SUS como a universalidade e a integralidade.

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.

### **Política pública de saúde participativa, com financiamento adequado e com efetivo controle social:**

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. Estabelecer nova regra de pactuação do piso federal do SUS, a saber que inclua: média do valor empenhado em 2020 e 2021 acrescida (i) da variação anual do IPCA; (ii) de um fator de redução da iniquidade calculada pela renúncia de receita (gasto tributário) para o setor saúde nos últimos anos e (iii) de um fator demográfico calculado pelo crescimento da população idosa nos últimos anos.
3. Avançar no cofinanciamento 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.
4. 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.
5. Avançar para a garantir o SUS 100% PÚBLICO reforçando-o como política de Estado, nitidamente definida na Constituição Federal do Brasil de 1988.
6. Fortalecer a gestão democrática e participativa e os mecanismos existentes de controle social.
7. Respeitar a paridade nos fóruns de decisão e órgãos deliberativos das agências de Estado.
8. Garantir a transparência para as informações de saúde e publicização dos mecanismos de acesso das mesmas.

### **Atenção Básica e Saúde Mental**

1. Garantir a ampliação dos recursos previstos para a Política de Saúde Mental do município, através da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2% para 5% destinados a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, priorizando os serviços de base territorial substitutivos, pois atualmente 80% dos recursos estão sendo destinados

para os componentes hospitalares e de internação e menos de 1% do orçamento da saúde é destinado para a saúde mental.

2. Ampliar as despesas com pessoal – servidores públicos de saúde - até o limite prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal, a fim de suprir a força de trabalho da Saúde de forma não terceirizada e garantir a reposição de todas as vacâncias por afastamento definitivo para todos os componentes das Redes de atenção nos serviços próprios.

3. Reestatizar os serviços de saúde terceirizados da Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial, através da recontração das/os empregadas/os públicos demitidos do IMESF e da realização de concurso público para preenchimento de vagas suficientes para atender à população dos territórios, atendendo aos princípios e características que regem a atenção básica, como principal porta de acesso ao SUS, em que a SMS/gestão municipal suspenda a forma de contratação e gestão das Unidades Básicas sob gestão das entidades no município;

4. 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;

5. 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.

6. Pactuar o aumento progressivo dos recursos federais destinados à Atenção Básica para fazer frente ao subfinanciamento histórico enfrentado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A AB e a coordenação do uso dos equipamentos e recursos da Saúde devem ser prestadas por unidades públicas e por servidores públicos.

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 adequado e do incentivo exclusivo e suficiente para qualificação e universalização da ESF.

8. Universalização da atenção básica através da Estratégia da Saúde da Família (ESF) com a meta de alcançar 100% de cobertura populacional.

09. Modelo de atenção capaz de superar a perspectiva médico-privatista, baseando-se no cuidado multiprofissional e nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e autonomia

10. Garantia da Autonomia Estratégica em Saúde para a segurança e soberania sanitária, a redução da dependência externa de insumos e tecnologias estratégicas e o aumento da capacidade endógena em seu desenvolvimento e produção.

11. Carreira pública nacional para o SUS, organizada cofinanciada pelas três esferas de governo.

12. Desprecarização dos vínculos de trabalho dos trabalhadores na Saúde, em todas as categorias vinculadas ao SUS

13. Retomada do financiamento e valorização dos NASF, reconhecendo seu papel fundamental no apoio matricial, educação permanente e gestão clínica do cuidado nas equipes da ESF. A articulação das atividades e presença de profissionais do NASF nos serviços de APS aumenta a capacidade resolutiva da ESF e a integralidade do cuidado no território.

## **2 - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas - 02/03/2023 - tratará do caráter democrático dos conselhos de saúde e da participação dos movimentos sociais, comunitários e de entidades na garantia do direito à saúde.**

Mas não sou eu só, não somos dez, cem ou mil que brilharemos no palco da História.  
Seremos milhões, unidos como cardume e não precisaremos mais sair pelo mundo  
Embebedados pelo sufoco do massacre a chorar e derramar preciosas lágrimas  
Por quem não nos tem respeito.  
A migração nos bate à porta, as contradições nos envolvem  
As carências nos encaram como se batessem na nossa cara a toda hora.  
Mas a consciência se levanta a cada murro  
E nos tornamos secos como o agreste  
Mas não perdemos o amor porque temos o coração pulsando  
Jorrando sangue pelos quatro cantos do universo.  
(Identidade indígena, Eliana Potiguara)

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

O eixo II traz as potencialidades da população e seus grupos sociais em organizarem-se para proteger e salvar vidas. Mesmo frente a contextos sociopolíticos estimuladores do caos e de desigualdades, a história de lutas da população pelo direito à vida digna têm mobilizado pautas importantes como a universalização e interiorização das equipes de saúde da família, a ampliação de serviços de saúde que promovam acesso à saúde com equidade e inclusão social. Priorizar as populações mais vulnerabilizadas e negligenciadas segue sendo pauta desafiadora para a Rede de Atenção à Saúde no SUS, bem como garantir sua representação nos espaços e instâncias do controle social no SUS.

O empenho e o compromisso dos conselhos de saúde, dos movimentos comunitários, sociais e sindicais, aliados à atuação destemida das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde e dos serviços essenciais com a sustentação do SUS, de fato, salvaram vidas. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) a partir de março de 2020 intensificou sua atuação junto à população e às autoridades brasileiras, em especial gestores e gestoras públicos, parlamentares e agentes responsáveis pela tomada de decisões emergenciais por meio da publicação de recomendações, notas públicas, moções, pareceres técnicos, campanhas, manifestos e cartas abertas sobre os vários temas relacionados à pandemia.

Por todo o país, os conselhos municipais e estaduais também tiveram papel central na proposição de medidas fundamentais para o enfrentamento da pandemia e no combate a fake news nos seus territórios. Participaram de Centros de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE), contribuindo para as tomadas de decisões e integraram ou propuseram Grupos de Ação/Comitês Populares de enfrentamento à Covid-19, cujas ações foram além das específicas do ponto de vista sanitário, como o enfrentamento à fome e a exigência e implementação para a organização da vacinação nos territórios.

Merecem ênfase as ações realizadas por movimentos de mulheres negras no enfrentamento a pandemia, buscando estratégias dentro dos Territórios para diminuir os impactos da pandemia nas populações mais vulneráveis. Ações em defesa do SUS, dos direitos, da democracia de outros movimentos como o MST, dos povos indígenas, do movimento LGBTQIAP+, pop Rua, entre tant@s outr@s ativistas que, organizad@s ou não, são corajos@s defensor@s da vida. Todas as iniciativas, enfrentamentos, defendendo direitos humanos fazem parte da conquista de hoje estarmos realizando a 9º conferência municipal de saúde, a 9º conferência

estadual de saúde e a 17ª conferência nacional de saúde. Esse momento se deve a força da sociedade civil, dos movimentos sociais e do controle social, atores fundamentais na luta pela vida e pelos direitos. Ações que salvaram vidas, ampliando a dimensão do conceito de saúde e outras formas de lutas pela vida e defesa do Sistema Único de Saúde.

O papel da sociedade civil organizada, dos grupos de apoio a pessoas vivendo com doenças específicas e familiares, de associações comunitárias locais (de idosos, mães), dos conselhos locais distritais e municipal de saúde em sinergia para proteção da vida em suas múltiplas interfaces. A potencialização das ações do controle social.

O uso das redes sociais e de outras formas de participação no contexto da pandemia também foi amplificado.

### **Elementos do Documento do Conselho Estadual de Saúde (CES):**

A luta do povo brasileiro e do movimento sanitarista imprimiu uma conquista no processo constituinte de 1988: a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Constituição Federal comporta um sistema de saúde integral, equânime e regionalizado, cuja participação da sociedade é elemento estruturante do SUS. **A Lei Federal 8.142/90** regulamentou a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, a partir dos Conselhos de Saúde e das Conferências. As Conferências de Saúde debatem a situação de saúde da população e propõem as diretrizes para a formulação dos planos e das políticas públicas de saúde. Já os Conselhos de Saúde aprovam as políticas de saúde e fiscalizam a sua execução.

No entanto, os governos executivos municipais, estaduais e durante o último governo federal de Bolsonaro, escancararam ataques antidemocráticos e autoritários contra o controle social e aos movimentos sociais. No Estado do RS o CES/RS, cumprindo as suas atribuições legais de fiscalização da gestão do SUS, aprovou resoluções, recomendações, moções e várias questões envolvendo a pandemia de covid-19 no RS. Porém, nenhum instrumento foi homologado ou chancelado pelo governo do Estado. Como a gestão estadual não tinha argumentos para contrapor as resoluções do CES/RS, fundamentadas na ciência e com total embasamento técnico, optou por silenciar o colegiado através de um parecer da Procuradoria Geral do Estado (PGE), que retirou o caráter deliberativo ao concluir (de forma a afrontar toda a legislação vigente) que a homologação das resoluções do CES/RS, por parte do gestor, constitui um ato discricionário, ou seja, que depende da vontade política do governo. Pior, o Governador aprovou o parecer e estabeleceu caráter normativo, o que também afronta a Constituição Estadual, a Constituição Federal, bem como legislação federal e estadual vigente. O CES manteve suas posições na defesa da população, da ciência e do embasamento técnico, não aceitando as posições dos governos Estadual e Federal.

### **Elementos do contexto de Porto Alegre**

Porto Alegre já foi reconhecida como a cidade da participação popular, do Fórum Social Mundial e do Orçamento Participativo, onde se materializou a concepção histórica das pessoas como atores sociais, sujeitos políticos e não objetos da política pública. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi constituído no ano de 1992 e, desde então, agiu ativamente para ampliar a participação social da população no SUS, na definição de prioridades para a saúde pública na cidade, fomentando a construção de uma cidadania ativa e democrática na construção do

SUS.

Nos últimos anos nos deparamos com um crescente ataque e perseguição aos processos de participação popular, seja no âmbito institucional, de ataques diretos pela gestão municipal aos mecanismos instituídos de controle social das políticas públicas, na tentativa de enfraquecer o papel histórico e ativo dos Conselhos, como também no âmbito dos movimentos sociais, sindicais e culturais através da deslegitimação de sua ação e representatividade, e muitas vezes na tentativa de sua criminalização, como no caso da ação judicial da Prefeitura de Porto Alegre contra membros do núcleo de coordenação do CMS.

No caso do controle social vivenciamos dois marcos importantes no município. O primeiro, no ano de 2018, com a chamada tentativa de “intervenção no CMS”, através de ação institucional do Secretário da SMS de impedir o funcionamento do Conselho e a posse do núcleo de coordenação, pelo governo Marchezan. Ação que foi enfrentada através da Ação Cível Pública do MPE/Promotoria de Justiça e Direitos Humanos, com acolhimento e ganho da ação que pediu a anulação dos atos administrativos do Secretário e que o mesmo se abstivesse de interferir no funcionamento do Conselho de Saúde. O CMS sempre defendeu um posicionamento histórico contrário a todos os processos de precarização e terceirização da política pública, denunciando o desvio de recursos públicos em mais um, dos diferentes contratos de terceirização, escancarando a situação do Instituto Sollus, que depois foi condenado a devolver o recurso desviado dos cofres públicos.

Essa ação contundente e comprometida do CMS com a defesa do SUS público, estatal e de qualidade, tendo a atenção básica através do modelo de saúde da família, com equipes multiprofissionais e serviços de saúde mental capilarizados nos territórios, incomoda governos autoritários que tem como projeto a desestatização dos serviços públicos e o repasse dos recursos para o empresariamento da Saúde - tratando a saúde da população como moeda e mercadoria.

Apesar da tentativa de destituição do CMS, conselheiras e conselheiros resistiram mantendo o CMS em funcionamento, mas até os dias atuais se vivencia os efeitos dessa intervenção, que impedia trabalhadores de participarem das instâncias de controle social, e assim foram enfraquecendo o funcionamento dos conselhos locais e distritais de Saúde, situação que foi agravada com a Pandemia na medida em que as reuniões presenciais foram suspensas, além da desestruturação da equipe de trabalhador@s do CMS que até o momento não foi repostas como previsto no regimento do CMS. Essas ações da gestão Marchezan e omissões da gestão Melo são responsáveis pelo cerceamento das atribuições legais previstas pelo Conselho de Saúde, na medida em que se mantêm a insuficiência de apoio técnico disponibilizado para conselheir@s, que se refletem em todas as ações básicas do CMS, como análise de instrumentos de gestão, assessoria nos territórios e liberação da coordenação para atividades do CMS.

Cabe salientar que urge a revisão da Lei que cria o CMS que é de 1992, para que possa ser recomposto o plenário do CMS através da atualização e inclusão das entidades representativas e dos movimentos sociais que correspondam a pluralidade e a diversidade da sociedade. Para isso, foi elaborada no ano de 2016, nova proposta de lei, que dava conta de responder todas as resoluções do CNS. Essa Lei teve aval do então vice-prefeito na época, Sebastião Melo, mas não teve tempo hábil de ser votada na Câmara de Vereadores. Em 2021 quando o atual prefeito assumiu, o CMS buscou de forma prioritária, dialogar sobre a necessidade

da revisão da Lei e para a surpresa de todas, todos e todes, tivemos como resposta do prefeito a apresentação de um Projeto de Lei Complementar 26/21 sobre a composição e funcionamento do CMS, sem nenhum debate prévio com as instâncias de controle social, caracterizando o segundo marco importante de ataques ao controle social.

A referida Lei complementar apresentada a Câmara de vereadores foi aprovada mesmo caracterizando afronta a **Lei Federal 8142/90** na medida em que retirava o caráter deliberativo do CMS o que significava uma ação ilegal, inconstitucional e autoritária do governo. Além disso, criava a figura do veto do secretário de saúde, reduzia a participação do segmento trabalhador de saúde e inflava a participação do segmento gestor/prestador, alterando a paridade. Se caracterizando como o maior ataque já vivido pelo CMS em seus 30 anos de trajetória. A base aliada do prefeito na Câmara, que constitui ainda maioria, aprovou a Lei, ignorando um dos maiores atos de resistência popular na Câmara de Vereadores e os debates prévios e Audiências Públicas sobre o PLC 26/21 e sobre o Projeto substitutivo 01/21. Essa ação antidemocrática e autoritária da prefeitura, foi contra todo o debate e movimentos realizados nos anos de 2021 e 2022, que reafirmava o caráter constitucional do CMS. Logo em seguida, houve reação unânime e imediata do controle social através CMS, CES/RS e CNS, bem como do conjunto de entidades da sociedade civil e movimentos sociais. A Lei foi suspensa por pedido liminar judicial de ação civil pública de autoria do Ministério Público, a pedido do controle social, através de decisão em tutela antecipada e chancelada pelo TJ/RS na manutenção da liminar.

Os elementos acima, agravados pelo processo da pandemia, e pela terceirização da atenção básica, com diversas entidades gerindo a política pública e o enfraquecimento de vínculos entre equipes e populações, acabou se refletindo na fragilização dos conselhos locais e distritais de saúde. A conferência é um processo que pode e deve potencializar essa rearticulação e fortalecimento desses espaços.

Urge criar um marco regulatório no país, que dê conta de dar sustentação ao trabalho dos Conselhos de Saúde, regulamentar sua paridade e seu poder deliberativo. Os Conselhos devem refletir as forças vivas que atuam nos territórios e os gestores devem respeitar as deliberações que são fruto do processo de discussão e construção da política pública.

A Ouvidoria do SUS também é uma ferramenta que traz uma potência de ação das pessoas no processo da fiscalização ativa do direito à saúde, que pode, além de trazer a realidade de demandas individuais, expressar a necessidade coletiva de melhorias do sistema e pode ser articulada com o Controle Social.

Assim, incluímos abaixo diretrizes e propostas que foram apresentadas nas pré-conferências livres democráticas e populares em 2022, bem como nas plenárias do CMS, conforme consta no Regimento da Conferência, 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. Estabelecer marco regulatório (lei) do controle social no país para as resoluções existentes (do CNS) e que consolidam e reafirmam o que estabelece a Lei 8.142, Lei 141, a Constituição Federal sobre o papel do controle social, seu caráter deliberativo, sua autonomia em relação aos governos executivos, sua paridade (entre segmentos), bem como a necessidade de prestação de contas dos gestores em relação às deliberações dos conselhos para avanço e consolidação do controle social no SUS, fortalecendo a participação social como direito à saúde, em todas as

suas instâncias no SUS através da garantia das condições de pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde como órgãos colegiados permanentes, deliberativos e fiscalizadores;

2. Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento dos Conselhos de Controle Social e de Direitos, como órgãos deliberativos e de fiscalização, com autonomia e independência política de gestão, através de:

- a) eleição democrática e representativa dos membros dos Conselhos;
- b) estabelecimento de critérios objetivos para possibilitar que entidades e movimentos sociais representativos dos diversos setores sociais participem do processo eleitoral;
- c) mecanismos de pactuação para execução pelo gestor das deliberações aprovadas nas Conferências e pelos Conselhos de Saúde;
- d) autonomia política, financeira e administrativa;
- e) infraestrutura física, administrativa e financeira, além de recursos humanos adequados, para exercer as suas atribuições;
- f) fortalecimento da democracia participativa através dos espaços colegiados, sem interferência indevida do gestor.

3. Garantir e fortalecer o direito conquistado pela população de exercer o Controle Social através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde como aprofundamento da Democracia participativa, como espaços deliberativos sobre a política pública de saúde, inclusive sobre o seu financiamento, responsabilizando a gestão do SUS, nas três esferas de governo, pelo estímulo à participação dos usuários(as) e trabalhadores(as) da saúde nos espaços de gestão, controle social e promoção da saúde, mediante educação permanente, e tornando acessível a comunicação para a população em geral;

4. Realizar regularmente as Conferências de Saúde, incorporando-as como instâncias efetivas do processo de construção, monitoramento e avaliação de políticas públicas;

5. Garantir que todas as políticas, programas e planos de saúde sejam previamente aprovados pelo controle social;

6. Garantir que a Lei que regulamenta o funcionamento e organização dos Conselhos seja construída a partir dos próprios conselhos em debate com as entidades que o compõem e com amplo debate com a sociedade, para que seja validada pelo Legislativo;

7. Construir ferramentas para garantir a participação social capaz de incluir e garantir a paridade, a equidade e a inclusão de populações vulneráveis;

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;

9. Fortalecer os movimentos sociais populares, grupos, articulações, iniciativas e ações de participação nos territórios, nos processos de trabalho, dos serviços e do

cuidado em saúde;

10. Construir e fortalecer iniciativas junto à juventude, principalmente de reconhecimento e ação no SUS;

11. Fortalecer a unidade dos movimentos sociais e populares na luta por seus direitos de modo a assegurar a reconstrução do estado democrático de direito, das políticas públicas e da soberania nacional;

12. Aprovar a Lei do CMS de 2016 que dá conta de atualizar a recomposição de seu plenário, tendo a representação das forças vivas dos territórios como associações, entidades e movimentos sociais;

13. Recompor os Conselhos Distritais de Saúde de Porto Alegre, através das forças vivas dos territórios, como representação das Unidades de Saúde, Associação de Moradores, Entidades, Movimentos Sociais;

14. Fomentar para garantir a implementação de conselhos locais de saúde de base territorial e comunitária em todos os serviços do SUS e sua vinculação e articulação com os Conselhos de Saúde nas diferentes esferas de governo.

### **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.

**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, todes 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

---

<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.

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 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 (¼) 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 doenças de **infeciosas 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; Propor a criação de uma nova emenda constitucional que busque aumentar recursos e outra regra fiscal revogando a Emenda Constitucional 95 que prejudicou o financiamento à 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; retirando a possibilidade de aplicação da lei 13.019/2014;

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.