

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
COMISSÃO ORGANIZADORA

DOCUMENTO ORIENTADOR



Porto Alegre, janeiro de 2023.

SUMÁRIO

1. Chamamento.....	3
2. A importância do debate sobre a realidade da saúde pública no âmbito estadual e municipal.....	4
2.1 Sumário de análise situacional sobre os problemas de saúde e as necessidades prioritárias no Rio Grande do Sul.....	4
2.1.1 Sistemas Regionais de Saúde.....	6
2.1.2 Problemas de saúde prioritários	8
2.1.3 Pandemia de covid-19 no Rio Grande do Sul.....	10
2.1.4 Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul	13
2.1.5 Assistência hospitalar	14
2.1.6 Assistência ambulatorial especializada	15
2.1.7 Atenção psicossocial	16
2.1.8 Vigilância à Saúde	17
3. Controle Social: importância e desafios	18
4. Gestão do SUS: necessidade de mudanças	20
5. Eixos temáticos e metodologia de trabalho	22
Eixo I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos	23
Eixo II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas	24
Eixo III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia	24
Eixo IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas	26
6. Considerações finais	27

Este documento pretende auxiliar na construção das conferências de saúde, em suas etapas municipais e estadual. São lançados elementos para a análise da situação de saúde, além de sugestão sobre o percurso metodológico, tendo como base os eixos temáticos da etapa nacional.

1. Chamamento

A 9ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, etapa preparatória à 17ª Conferência Nacional de Saúde – 17ª CNS, será realizada em maio de 2023. Todos os municípios devem construir suas Conferências Municipais, discutindo a temática proposta, que será a base para a construção dos planos de saúde dos novos governos estadual e federal.

O Conselho Estadual de Saúde do RS faz um chamamento a todos os militantes do Controle Social, entidades representativas dos segmentos que o compõe, movimentos sociais e a todos os cidadãos gaúchos para que participem desse processo de construção.

Essa Conferência acontece num momento importante da vida nacional, na qual novos rumos se delineiam para o futuro do país. Em outubro, o povo brasileiro fez a opção pela democracia e por um projeto de reconstrução do Brasil, após um período de perda de direitos sociais, desmonte e desfinanciamento da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, de perda de direitos trabalhistas e previdenciários, da volta do Brasil ao mapa da fome, da destruição do meio ambiente, com aumento do desmatamento e do uso de agrotóxicos. Além disso, vivenciamos o horror da pandemia, o negacionismo, o deboche, a falta de ações e de comando do governo, e vimos, com estarecimento, as vidas de quase 700.000 brasileiros serem ceifadas. Esta conferência pode (e deve) reverter esse quadro, promovendo a reconstrução do Sistema Único de Saúde e do país.

O momento é desafiador e exige de nós coragem e ousadia para construir a participação popular na definição dos rumos da saúde pública em nosso país.

Está em pauta o resgate da dívida social, a reconstrução da Seguridade Social e a reafirmação dos princípios do SUS como uma política de Estado, inclusivo – que se dá a partir do exercício democrático, da participação popular e do Controle Social, através das Conferências e Conselhos de Saúde.

Para que o SUS contemple as reais demandas da população, com respeito aos direitos humanos, precisamos enfrentar os determinantes do adoecimento - que muitas vezes impedem uma vida digna. Para além da garantia da Seguridade Social (Saúde, Previdência e

Assistência) é necessário acesso à educação, trabalho, saneamento básico, habitação, lazer, cultura, alimentação. Se ignorarmos os condicionantes para um bem viver, não teremos saúde pública que garanta promoção, proteção e recuperação para todas e todos.

Devemos levantar bem alto a bandeira do financiamento robusto para termos um SUS fortalecido, que garanta a saúde com qualidade, que esteja fundado numa Atenção Primária consistente, com universalidade de acesso. Que tenha resolutividade e integralidade e, que a partir das regiões de saúde, garanta o acesso aos serviços de média e alta complexidade, medicamentos e insumos essenciais.

Conclamamos todos os gaúchos e gaúchas ao trabalho coletivo de construir, por muitas mãos, a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul!

É HORA DE MOBILIZAÇÃO! VAMOS BOTAR NOSSO BLOCO NA RUA!

2. A importância do debate sobre a realidade da saúde pública no âmbito estadual e municipal

Devemos considerar as atribuições legais impostas às Conferências de Saúde, como instância de Participação Social do SUS, uma vez que este é o espaço de debate da sociedade. Sua finalidade é avaliar a situação de saúde, bem como estabelecer as diretrizes para a formulação da política de saúde na sua esfera de gestão correspondente. Tais diretrizes deverão ser construídas de forma ascendente e incorporadas nos planos de saúde em nível municipal, estadual e nacional, no sentido de demonstrar à gestão do SUS quais deverão ser as prioridades na execução das políticas públicas. Para tanto, é imprescindível, de forma preliminar, a realização da análise situacional de cada território, conforme veremos a seguir.

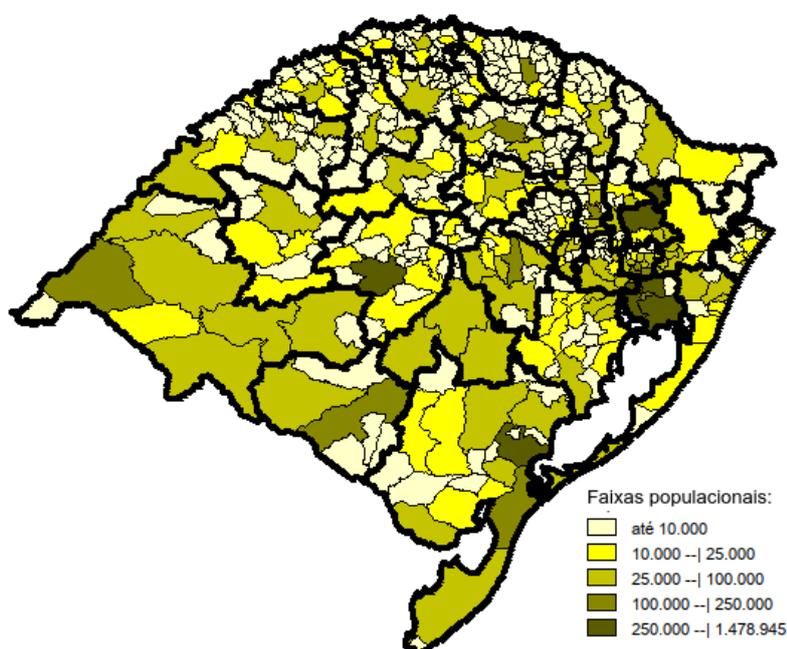
2.1 Sumário de análise situacional sobre os problemas de saúde e as necessidades prioritárias no Rio Grande do Sul

No levantamento realizado para a análise situacional de Saúde do RS, para subsidiar as etapas municipais e estadual dessa Conferência de Saúde, foi considerado um conjunto de 80 indicadores, em sua maior parte, calculados para um período cumulativo de cinco anos (2016-2020). Eles estão disponibilizados de forma específica e georreferenciada (municípios gaúchos e respectivas Regiões de Saúde), com a discriminação de situações prioritárias por estratos de faixas populacionais, a partir do endereço virtual abaixo:

Para obter informações específicas de cada município e Região de Saúde, bastará acessar o *link* descrito acima, escolher os indicadores e utilizar as informações para subsidiar a definição de prioridades nas Conferências Municipais e Estadual de Saúde.

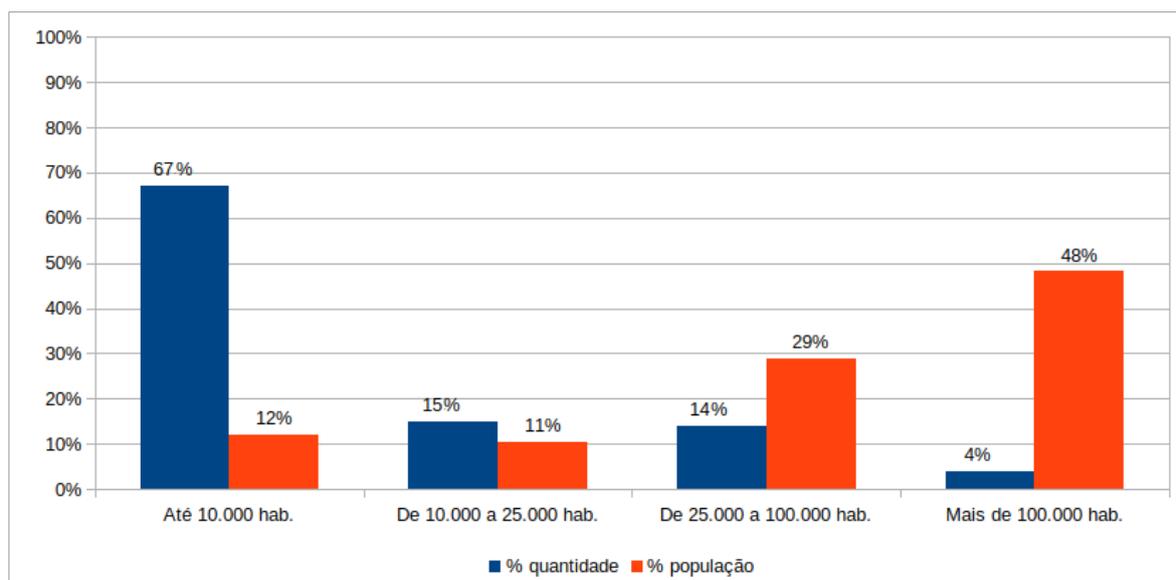
O Rio Grande do Sul possui 497 municípios, organizados em 30 Regiões de Saúde, constituindo uma diversidade de problemas, de necessidades e um complexo arranjo de recursos, de pessoal e de serviços públicos de saúde (Figura 1).

Figura 1. Mapa de 497 municípios gaúchos distribuídos por faixas populacionais e das 30 Regiões de Saúde.



Aproximadamente dois de cada três municípios gaúchos possuem menos de 10.000 hab., contingente onde vive aprox. 12% da população; 15% dos municípios possuem entre 10.000 e 25.000 hab., onde vive aprox. 11% da população; 14% dos municípios possuem de 25.000 a 100.000 hab., onde vive aprox. 29% da população; e somente 4% dos municípios possuem mais de 100.000 hab., contingente com quase a metade (48%) da população (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição proporcional da quantidade e população de municípios do Rio Grande do Sul em faixas populacionais. Período de 2021.



Fonte: IBGE.

Em contexto tão diverso e heterogêneo, analisar os problemas e definir as necessidades prioritárias de saúde implica discernimentos e comparações entre condições similares ou, pelo menos, próximas, em termos de portes populacionais e oferta de recursos e serviços de saúde.

Em termos ideais há expectativa de que o contingente de municípios de pequeno porte populacional (<10.000 hab.) pudessem organizar e prover de forma mais bem qualificada pelo menos os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Vigilância à Saúde. Os municípios de porte intermediário (de 10.000 hab. até 100.000 hab.), além dos serviços de APS, geralmente possuem alguns estabelecimentos e serviços de assistência especializada, ambulatorial e hospitalar, muitas vezes deveriam servir como pontos de referência para encaminhamentos dos municípios de menor porte, em fluxos microrregionais. Os municípios de maior porte (>100.000 hab.) deveriam abrigar as redes de estabelecimentos de Média e Alta Complexidade assistencial (clínica de Atenção Psicossocial, de Urgência e Emergência etc.), constituindo polos (macro)regionais para referenciamentos resolutivos. Todavia, a complexidade e a heterogeneidade das necessidades reais das populações muitas vezes não condizem com as delimitações geopolíticas, requerendo investimentos e iniciativas para a conformação de arranjos regionais para os cuidados e a atenção integral à saúde.

Ainda idealmente, cada Região de Saúde deveria estar composta por um conjunto de municípios com diversos portes populacionais, como também, por redes de serviços

imprescindíveis para a resolução da maior parte dos problemas de saúde no próprio âmbito regional. Inclusive, a legislação vigente (Dec. 7.508/2011) estabelece que, pelo menos, cinco tipos de redes de cuidado devem ser efetivas em cada Região de Saúde: de Atenção Primária à Saúde (APS), de Assistência Especializada; de Atenção Psicossocial; de Urgência e Emergência; de Vigilância em Saúde.

2.1.1 Sistemas Regionais de Saúde

Todavia, no caso do RS tem persistido a concentração de recursos e de serviços públicos de saúde em determinado grupo de municípios, cuja localização e fluxos de referenciamentos assistenciais têm determinado outro arranjo regional de fato, diverso daquele estabelecido formalmente. Por exemplo, a capital, Porto Alegre, possui aproximadamente 13% da população do estado, contudo, concentra a maioria dos recursos financeiros transferidos para o custeio da assistência especializada (Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade), uma das maiores concentrações identificadas dentre as capitais do país. Destaque-se que para o dimensionamento dessa referida concentração de recursos financeiros transferidos para a assistência especializada em Porto Alegre só foram considerados dados provenientes do orçamento municipal (SIOPS). A capital ainda dispõe de transferências federais repassadas diretamente para hospitais federais (como o Grupo Hospitalar Conceição) ou empresas estatais hospitalares (como o Hospital de Clínicas).

Os recursos federais transferidos para investimentos nos últimos anos, ou seja, para a implantação de novos serviços públicos de saúde municipais ou regionais no RS, também têm ocorrido de forma desproporcional e incompatível com os perfis de necessidades prioritárias. Boa parte dos recursos para investimentos em saúde têm sido veiculados de forma intransparente, a partir de emendas parlamentares¹ definidas por critérios clientelistas e não epidemiológicos ou socioeconômicos.

1 Uma parte do orçamento federal fica na mão do Congresso Nacional. Há muitos anos existem as chamadas emendas parlamentares, por meio das quais deputados e senadores destinam recursos para investimentos em sua base eleitoral. Pior que as emendas individuais dos parlamentares, cujo valor é distribuído igualmente e há transparência sobre qual deputado ou senador usou cada recurso e para qual finalidade, a partir de 2020, no governo Bolsonaro, inaugurou-se o orçamento secreto. Ele permitiu que recursos públicos fossem alocados sem necessidade de identificação, facilitando contratos superfaturados de parceiros dos parlamentares. Sem parâmetro técnico ou socioeconômico, esta prática distorce ainda mais as políticas públicas e amplia as desigualdades regionais e municipais – além de dificultar a fiscalização e, como consequência, facilitar esquemas de corrupção. Os empenhos do orçamento secreto, entre 2020 e 2022 ultrapassaram R\$ 44 bilhões.

Além de uma fatia do orçamento federal destinado à saúde ser sequestrado por mecanismos de caráter clientelista, o que atrapalha o planejamento, existe a urgência em redimensionar e redistribuir os escassos recursos entre as regiões do estado, de modo a aumentar a resolubilidade de problemas nos próprios âmbitos regionais, diminuindo a concentração e a sobrecarga de serviços na capital. Iniciativa que também implica redefinição das Regiões de Saúde do estado, de modo a torná-las mais eficientes e efetivas para o manejo e a resolução dos problemas de saúde da população.

O desenho das Regiões de Saúde no RS não pode ser meramente figurativo e deveria estar compatibilizado com os perfis de necessidades e as prioridades de saúde e, evidentemente, com a redistribuição de recursos (financeiros, tecnológicos, físicos etc.) e de trabalho profissional. Além disso, as Regiões de Saúde deveriam estar organizadas de modo a apoiar os municípios de pequeno e médio porte populacional em suas ações programáticas de Atenção Primária, de Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, de Saúde dos Trabalhadores etc.), de Assistência Farmacêutica etc. Também deveriam atuar e servir para melhorar a eficiência na economia de escala, agregando as compras e as aquisições de medicamentos e produtos necessários à saúde por parte dos municípios menores; auxiliando na redistribuição de sobras e evitando desperdícios de insumos, aprimorando o controle e a transparência sobre as despesas públicas.

É fundamental avançar em soluções para atender as demandas da população, independente do município e/ou região que residem. As desigualdades regionais impactam no acesso à saúde, exigindo um olhar atento para reequacionar e equilibrar a oferta de serviços e ações em saúde, perto das pessoas e seus territórios, garantindo a integralidade do cuidado e resolutividade.

2.1.2 Problemas de saúde prioritários

Também consiste em tarefa complexa a definição de prioridades em termos de problemas e necessidades populacionais de saúde. A incidência e a prevalência dos problemas de saúde tendem a variar entre municípios e regiões.

Em comparação com o conjunto dos estados brasileiros, no período de 2016 a 2020, o RS registrou cumulativamente:

- a pior taxa de mortalidade por suicídios;
- a segunda pior taxa de incidência e a pior taxa de mortalidade decorrentes da AIDS. No RS e, particularmente na região metropolitana de Porto Alegre, a epidemia de HIV/AIDS apresenta características de epidemia generalizada (na população em geral), distinta do resto do país, que tem uma epidemia concentrada em determinadas populações.
- a pior taxa de mortalidade por neoplasias;
- a segunda pior taxa de mortalidade específica por neoplasias ginecológicas;
- a segunda pior taxa de incidência por Sífilis congênita;
- a terceira pior proporção de partos cesarianos;
- a terceira pior taxa de mortalidade específica por neoplasias de próstata entre homens de 40 anos e mais;
- a sétima pior taxa de incidência e a sexta pior taxa de mortalidade por Tuberculose (/100.000 hab.);
- a sétima pior proporção de prematuridade em nascidos vivos;
- a oitava pior proporção de nascidos vivos com Apgar sem condições ideais (teste realizado por ocasião do nascimento para avaliar o estado geral da criança) no 1º minuto de vida.

Existe uma maior incidência e prevalência de problemas específicos em determinadas regiões do estado, o que requer um planejamento regional compatível e focado nas necessidades particulares. Torna-se imprescindível, portanto, a efetivação dos processos ascendentes de planejamento, com ênfase nos âmbitos regionais, de modo a reorientar as prioridades para investimentos em serviços e trabalho profissional de acordo com as referidas particularidades.

Claro, existem outros indicadores de prioridades municipais e regionais de Saúde que não estão sumarizados na lista acima. Em função das particularidades ou especificidades, não caberiam nesse documento orientador, todavia estão disponibilizados a partir do site <https://www.ufrgs.br/laisc/sala-de-situacao/>.

2.1.3 Pandemia de Covid-19 no Rio Grande do Sul

O surgimento da pandemia de Covid-19 exigiu respostas governamentais efetivas e oportunas, de acordo com as circunstâncias e disponibilidade de recursos efetivos para a proteção da população. No início de 2020, se sabia de antemão que a oferta de vacinas demoraria pelo menos 12 meses e que as medidas de proteção necessárias para conter a transmissibilidade do vírus implicavam:

- Convencimento ao autocuidado e menor exposição aos riscos de contágio (confinamentos voluntários, diminuição de mobilidade, incremento de higienização etc.);
- Monitoramento eficaz (testagem massiva, monitoramento dos riscos e cadeias de contágio etc.);
- Ágil incremento da rede assistencial (leitos clínicos e de UTI, equipamentos etc.);
- Preparação de pessoal técnico habilitado para lidar com a crise, nos diversos tipos de serviços de saúde e assistência social (APS, Vigilância em Saúde, assistência especializada etc.) e;
- Imprescindíveis imposições governamentais para o controle de exposições, quando necessárias, ou seja, nas fases de incremento da transmissibilidade e da incidência de casos).

Ainda nesse período inicial, urgia a tomada de decisão antecipada para a aquisição das vacinas, ainda em fase de desenvolvimento, para a oportuna e pronta utilização, quando autorizadas e disponibilizadas. A partir do período em que as vacinas estivessem disponibilizadas urgia o incremento de sua distribuição e aplicação, considerados os grupos populacionais prioritários, em função dos riscos implicados.

O Conselho Estadual de Saúde do RS buscou alertar a autoridade sanitária estadual da grande importância de viabilizar a aquisição de testes, os equipamentos de proteção individual aos trabalhadores da saúde, o monitoramento eficaz dos casos e hospitalizações, entre outras ações. Diversas recomendações e resoluções foram publicadas, com o intuito de colaborar com a preservação de vidas. No entanto, foram sistematicamente ignoradas pelo governo estadual.

As taxas de incidência por Covid-19 calculadas para o período de 2020 e 2021 demonstram que em ambos os anos houve mais casos confirmados no RS (portanto, mais exposições) do que no conjunto do país. Em 2020, a taxa de mortalidade no RS foi menor do que a do Brasil, entretanto, no ano seguinte houve inversão desse ordenamento

(notadamente pelo ocorrido no primeiro trimestre); sendo que, em ambos os anos, o município de Porto Alegre obteve maiores taxas de mortalidade em relação ao RS e Brasil. Em se tratando das proporções de letalidade (relação de óbitos ocorridos dentre os casos confirmados) os resultados do RS foram melhores do que os do Brasil, todavia o município de Porto Alegre apresentou maiores letalidades para ambos os anos (Quadro 2).

Quadro 2. Taxas de incidência, de mortalidade e proporção de letalidade por covid-19 em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Brasil. Período 2020 e 2021.

Indicadores*	2020			2021		
	Porto Alegre	RS	Brasil	Porto Alegre	RS	Brasil
Incidência (/100.000 hab.)	4808,0	4228,9	3644,0	6421,9	8691,2	6832,6
Mortalidade (/100.000 hab.)	134,5	85,9	92,4	251,1	227,7	198,5
Letalidade (%)	2,8	2,0	2,5	3,9	2,6	2,9

Fontes dos dados: SES/RS e MS. *Cálculos de taxas, com denominadores ajustados para as estimativas populacionais (IBGE).

Entre os meses de março de 2020 e 2021, o governo estadual do RS adotou uma débil sistemática para o monitoramento prospectivo da cadeia de transmissibilidade da Covid (projeção de cenários futuros de médio prazo e antecipação de medidas protetivas) e uma falha estratégia para a imposição oportuna de medidas mais restritivas visando a proteção populacional. Houve demora excessiva na imposição de medidas restritivas oportunas, imprescindíveis em momentos críticos de incremento da cadeia de transmissibilidade (por exemplo, no final de 2020 e início de 2021); houve precipitação na *flexibilização* das medidas restritivas em fases de aparente decréscimo de contágios e casos (que se revelaram como fases intervalares entre *ondas* progressivas).

Considerado somente o ano de 2021, se aplicada a taxa de mortalidade brasileira (que foi a maior dentre os países com mais de 100 milhões de hab.) ao RS, teriam ocorrido aprox. 3.350 óbitos a menos no estado. Ainda em 2021, se aplicada ao Brasil e ao RS a taxa de mortalidade mundial por covid, o Brasil teria aprox. 180.000 óbitos a menos, o RS teria aprox. 13.000 óbitos a menos (Fonte do indicador mundial: OMS).

Por outro lado, quando disponibilizadas as vacinas (a partir de março de 2021) houve agilidade na distribuição desses imunizantes para os municípios e o alcance de progressiva cobertura, o que ocasionou rápida queda de incidência e de mortalidade a partir de junho de 2021.

Outra questão a ser destacada tem a ver com a menor letalidade por Covid-19 no estado, mesmo em havendo maior incidência e mortalidade em relação ao país (notadamente em 2021), o que pode ser atribuído ao bom desempenho da rede assistencial especializada. Referindo de outro modo, mesmo com maiores exposições, contágios, casos e complicações no RS em 2021, houve atuação efetiva do SUS para evitar muitos óbitos (estimativa de 3.000 óbitos evitados, em comparação com a proporção de letalidade do Brasil no mesmo período).

Principalmente no início, mas também no decorrer da pandemia, houve imprevidência e pouca providência governamental, considerado o estado e muitos municípios, para a realização de treinamentos, a suficiente e oportuna disponibilização de equipamentos para a proteção (EPIs) dos trabalhadores de saúde. Além disso, a base de registros disponibilizados da incidência de casos confirmados e de óbitos por COVID entre os trabalhadores de saúde apresentou uma grande proporção de subnotificações para esses eventos, ao ponto de comprometer o dimensionamento acurado e confiável acerca dos casos ocorridos.

Outra insuficiência notória acerca da pandemia de Covid-19 no estado tem a ver com as dificuldades para a identificação, o dimensionamento e a análise dos casos de pessoas com sequelas da doença. O monitoramento apropriado teria sido imprescindível para a definição de estratégias programáticas para o suporte e acompanhamento clínico e para o manejo de reabilitação dos casos de sequelas, a partir dos serviços de saúde. A definição e implementação dessas estratégias de suporte, acompanhamento, manejo de reabilitação para as sequelas da Covid permanecem como desafios prioritários para o estado e municípios.

Vale recordar que o Rio Grande do Sul foi palco de episódios gravíssimos, como a ocasião em que ocorreu falta de oxigênio em hospital de Campo Bom, resultando no óbito de seis pacientes. Outro evento, que desdobrou no ajuizamento de duas ações civis públicas pelo Ministério Público Federal, referiu-se ao uso irregular e experimental da proxalutamida para o tratamento da Covid-19.

Por fim, destacamos que o Conselho Estadual de Saúde, a partir do Comitê Estadual em Defesa das Vítimas da Covid-19², provocou a instalação, na Assembleia Legislativa, da Frente Parlamentar em Defesa das Vítimas da Covid-19. O relatório final, com recomendações, está disponível no link <https://bit.ly/3Hg9nX5>

2.1.4 Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul

Nos últimos cinco anos têm prevalecido maiores coberturas proporcionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Regiões de Saúde do Noroeste do RS, enquanto os piores indicadores de “internações hospitalares por causas sensíveis à APS” (indicador reconhecido internacionalmente como apropriado para se analisar a qualidade desse nível assistencial) predominam em Regiões de Saúde do Centro e do Sul do estado. Inclusive, as Regiões de Saúde com os piores indicadores epidemiológicos associados ao campo de atuação da APS são também aquelas que efetuaram maiores proporções de despesas com serviços de saúde *terceirizados*.

No período de 2016 a 2020 o RS registrou cumulativamente a segunda pior cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde dentre os estados brasileiros. Da mesma forma, registrou cumulativamente a quinta pior cobertura populacional de equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Os indicadores epidemiológicos do RS (alguns descritos sumariamente abaixo) denotam que a maior parte dos problemas prioritários de saúde poderiam ser equacionados ou mais bem manejados a partir das redes de APS e da “Estratégia de Saúde da Família” (ESF) nos municípios. Entretanto, além do menor investimento e da baixa cobertura da APS em muitas Regiões de Saúde do estado, o progressivo processo de *terceirização* de estabelecimentos públicos tem reduzido a atuação desses serviços somente ao pronto-atendimento de demandas ambulatoriais espontâneas. Como consequência do desmonte da APS, observamos a degradação das ações preventivas e programáticas de saúde, com insuficiência na busca ativa de casos prioritários, etc.

2 No site do Conselho Estadual de Saúde podem ser acessadas matérias sobre o trabalho desenvolvido a partir do Comitê Estadual em Defesa das Vítimas da covid-19 - <https://bit.ly/3HbCydF>

Em muitos dos serviços de saúde terceirizados, em diversos municípios do RS, os profissionais de saúde têm estado submetidos a condições precárias de trabalho, com insegurança sobre a sua permanência, a continuidade e a longitudinalidade de sua atuação profissional. Por dificultar a permanência e a longitudinalidade na atuação de equipes da APS, pela alta rotatividade de profissionais, pela insuficiência de Agentes Comunitários de Saúde, os processos de terceirização dificultam a vinculação de famílias e de pessoas aos serviços e ações programáticas, sendo que, um dos resultantes tem sido a piora das diversas condições de saúde que deveriam ser manejadas nesse nível de atenção.

Importante destacar que o Programa Previne Brasil, lançado em 2019, alterou o financiamento da Atenção Primária em Saúde: ao invés do número de habitantes e de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas nos serviços, e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores. A nova política traz um conjunto de impactos ao SUS. Um dos pontos mais controversos, é que o novo programa deixa de priorizar a Estratégia Saúde da Família.

VER QUESTÕES PROBLEMATIZADORAS SUGERIDAS PELO DAPPS

2.1.5 Assistência hospitalar

Em comparação ao conjunto de estados, o RS apresenta uma alta taxa de oferta de leitos hospitalares vinculados ao SUS por habitante, entretanto, em sua maior proporção são equipamentos que pertencem a entidades privadas sem fins lucrativos. Trata-se do estado brasileiro com maior dependência do SUS a esse tipo de modalidade - que deveria ser complementar, mas é preponderante. Essa característica peculiar reforça a necessidade de investimentos em rede própria e de regulação apropriada da rede privada.

Todavia, ainda não foi equacionada a questão do excesso de hospitais de pequeno porte, com pouca eficiência alocativa, para os quais boa parte dos recursos públicos são transferidos, por pressão da própria comunidade, com pouca eficácia resolutiva e geralmente pertencentes às associações privadas sem fins lucrativos. Torna-se imprescindível a discussão sobre alternativas para a mudança na forma de financiamento desse tipo de serviços, assim como, para a sua reorientação atributiva e logística em função de sua densidade tecnológica e capacidade resolutiva.

Sobram leitos clínicos para internações de curta duração, utilizados com pouca eficiência, mas faltam leitos para diversas especialidades importantes. Considerando o gradual alargamento da esperança de vida no estado, com o aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas que requerem mais controle:

- faltam serviços vocacionados para a reabilitação, a terapia ocupacional, o incentivo ao autocuidado, etc;
- faltam leitos e hospitais geriátricos;
- faltam leitos de retaguarda para internações de longa duração, para reabilitação;
- faltam profissionais de nível técnico e de nível superior, especialistas em “Saúde dos Idosos” (de Geriatria, Gerontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Educação Física etc.), e;
- faltam políticas públicas proativas para a priorização na formação e redistribuição desses profissionais.

O RS também dispõe de elevada taxa de cobertura de estabelecimentos para o atendimento de Urgência e Emergência pelo SUS, todavia, existem Regiões de Saúde, inclusive na região metropolitana da capital, com baixas coberturas. No que se refere às necessidades de reabilitação para pessoas portadoras de sequelas incapacitantes (temporárias ou permanentes) também faltam serviços de reabilitação em muitas das Regiões de Saúde.

2.1.6 Assistência ambulatorial especializada

O RS possui uma grande quantidade de ambulatórios de Média e de Alta Complexidade assistencial especializada, todavia, existem regiões com grande adensamento de oferta e outras com baixa e insuficiente cobertura populacional. São abundantes os ambulatórios para determinadas especialidades médicas com maior apelo mercantil, enquanto são escassos os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os serviços e processos de regulação para o agendamento e o acesso aos serviços ambulatoriais especializados têm operado com pouca eficácia em termos de governança intermunicipal e de gestão clínica (listas de espera, linhas de cuidado, observância efetiva aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas etc.). As programações físicas e financeiras

municipais para a assistência especializada têm sido rígidas e incompatíveis para orientar efetivamente tais processos de regulação assistencial, o que tem gerado sobrecargas e listas de espera de longo prazo.

2.1.7 Atenção psicossocial

Em comparação com outros estados do país, o RS possui uma cobertura intermediária de serviços de Atenção Psicossocial, tais como Centros de Atenção Psicossocial (tipo CAPSI, II e III e infante juvenil), Residências Terapêuticas (tipo I e II), unidades de acolhimento, oficinas de geração de renda, leitos em hospitais gerais, etc. Todavia, esses estabelecimentos estão concentrados em determinadas regiões, sendo insuficientes em outras.

Há décadas o RS persiste com as piores taxas nacionais de suicídios, inclusive, com estudos evidenciando associações significativas desse fenômeno em regiões com o uso mais intenso de venenos agrícolas. Contudo, essa constatação ainda não parece ter sido suficiente para dimensionar esse problema como prioridade epidemiológica para a Atenção Psicossocial, tampouco, para focar e intensificar esforços, recursos, trabalho profissional especializado e serviços nas regiões com os piores indicadores.

Foi sustada a tendência da diminuição gradual de leitos em hospitais psiquiátricos e a sua substituição por um número maior de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Essa substituição gradual é estratégica para a consolidação de Reforma Psiquiátrica no estado, com ênfase na superação e substituição da cultura manicomial.

Aumentou consideravelmente no RS o número das chamadas *Comunidades Terapêuticas* (CTs), instituições que prestam serviços de acolhimento e atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, cuja única disposição supostamente *terapêutica* seria a convivência entre os pares. Pouco se investiu em serviços substitutivos direcionados a esta população, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD III e IV), além de equipes de redução de danos e Consultório na Rua. Em sua maior parte, as Comunidades Terapêuticas tem se configurado como espaços de violações de direitos, sem atuação profissional especializada e com insuficiente monitoramento, avaliação e controle pelas gestões governamentais do SUS.

Reafirmamos a necessidade de cumprimento da Lei Federal 10.216/2001 e da Lei Estadual 9.716/1992.

2.1.8 Vigilância à Saúde

No que se refere à Vigilância em Saúde, notadamente a Sanitária, o RS tem uma cobertura de porte intermediário se comparada ao restante do país, sendo menor do que a taxa nacional. Os serviços de Vigilância Ambiental e de Saúde dos Trabalhadores são escassos, do mesmo modo que é insuficiente o apoio à Vigilância dos municípios de pequeno porte, os quais não dispõem de estrutura técnica para atender esse tipo de necessidade. Nesse sentido, cabe destacar a importância do Estado em face da complexidade dos processos de trabalho da Vigilância, o qual precisa contar com servidores de carreira especificamente voltados para ela.

Oportuno registrar que a política implementada pelo governo estadual foi de conflitar com os servidores envolvidos nas ações de vigilância sanitária (inspeções e fiscalizações em saúde). O executivo estabeleceu a revisão do adicional de insalubridade, mesmo não havendo mudanças nas atribuições ou atividades, e já existindo laudos reconhecendo os riscos envolvidos nas ações realizadas pelos serviços. O resultado foi que em dezembro de 2020 o governo publicou os laudos de insalubridade, retirando o adicional de quase 700 funcionários - a grande maioria que atua com vigilância. Enquanto em 2020 o mundo aplaudia a atuação dos trabalhadores da saúde, no RS o governo atuava para retirar um direito e fazer “economia”.

Reflexões para o Município

1. Como está a situação de saúde no seu município e sua região?
2. Como você percebe as questões tratadas nesse Documento Orientador, a partir da sua realidade municipal e regional?

A luta do povo brasileiro e do movimento de reforma sanitária 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 saúde³. Já os Conselhos de Saúde aprovam as políticas de saúde e fiscalizam a sua execução.

A história do Controle Social brasileiro é bastante rica e com belas experiências, mas no último período registrou grandes desafios. Logo no início do governo Bolsonaro, foi publicado um decreto que tentou extinguir todos os conselhos de direito e de controle social. Contudo, mediante decisão do Supremo Tribunal Federal, essa ação autoritária não prosperou, pois foi decidido que conselhos criados por lei não poderiam ser extintos por norma de hierarquia inferior, preservando assim, os conselhos de saúde. No entanto os ataques não pararam. Podemos citar dois exemplos inaceitáveis:

a) 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 tentar 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 Sr. 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.

b) Cabe também expor a ação ilegal e autoritária do prefeito de Porto Alegre, Sebastião Melo, que encaminhou à Câmara de Vereadores lei complementar que retirava o caráter deliberativo do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, criava a figura do veto, reduzia

3 Os relatórios das conferências estaduais de saúde, saúde do trabalhador, saúde mental, saúde da mulher e outras, estão disponíveis no site do CES: <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/880/Relatorios---Conferencias-de-Saude>

a participação do segmento trabalhador de saúde e inflava a participação do segmento gestor/prestador, maculando a paridade. Houve reação unânime e imediata do controle social através do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, bem como do conjunto de entidades da sociedade civil e movimentos sociais. A Lei foi suspensa por ação do Ministério Público do Estado na Justiça, a pedido do controle social, através de decisão em tutela antecipada, e chancelada pelo TJ/RS na manutenção da liminar.

Os ataques ao controle social, promovidos pela Prefeitura de Porto Alegre, foram uma represália nítida ao posicionamento firme do Conselho Municipal de Saúde, contra a contumaz precarização das relações de trabalho, terceirizações e privatizações da Atenção Básica: 96% das Unidades Básicas de Saúde são geridas pelo setor privado, confrontando os princípios do SUS. Além disso, a licitação para a concessão desses serviços foi suspensa pelo simples fato de que a grande vencedora é uma Organização Social de Saúde com problemas na Justiça, cujo presidente foi preso.

Politicamente, essa vitória jurídica é importante para impedir que outros gestores se sintam confortáveis em retirar direitos da sociedade, no caso em questão, quanto à participação e deliberações referentes à saúde pública. Todos os ataques ao Controle Social do SUS devem ser respondidos de forma incisiva.

Cabe destaque à manifestação do presidente eleito, no seu primeiro discurso após o pleito, quando afirmou o retorno da participação da sociedade na definição das políticas públicas, através das conferências. O Controle Social sentiu-se contemplado. O compromisso de lutar com mais força e disposição na garantia de direitos sociais e o bem-viver, atualiza-se. Construimos uma forte resistência diante dos ataques às políticas públicas e ao SUS, como a EC 95, a EC 86, a EC 106, dentre outros. Vivemos um período difícil, mas a esperança voltou a embalar os sonhos.

Urge o fortalecimento do Controle Social através da valorização das entidades representativas e dos movimentos sociais. Urge ampliar a representatividade dos segmentos mais vulneráveis nos Conselhos, de forma a espelhar a diversidade da sociedade. Urge democratizar os Conselhos de Saúde, a partir da revisão, quando necessário, das entidades representativas. Os Conselhos devem refletir as forças sociais que atuam nos territórios.

4. Gestão do SUS: necessidade de mudanças

Apesar da norma constitucional estabelecer que saúde é direito de todos e dever do Estado, a cada Conferência de Saúde torna-se necessário reafirmar a defesa e continuidade do Sistema Único de Saúde, em consonância aos seus princípios.

O SUS tem se estabelecido como uma política de governo e não de Estado. O que se observa, na prática, é que cada governante, em sua gestão, define se a saúde é prioridade ou não, bem como define onde serão alocados os recursos. Algo corriqueiro é vermos os recursos serem destinados de maneira prioritária para o tratamento das doenças e não para sua prevenção, ou promoção da saúde. Ao analisarmos os orçamentos públicos, esta afirmativa fica evidente.

Importante chamar a atenção para o fato da assistência à saúde estar sendo privatizada, desde a Atenção Básica à Alta Complexidade. Outro fenômeno a ser destacado é a tímida presença do Estado na produção de medicamentos e insumos para a saúde - hegemônicos pelo setor privado e dependente do mercado internacional, conforme observado no período pandêmico. É necessário a ampliação da produção de insumos e medicamentos pelo Estado brasileiro, realizando pesquisas e aplicando novas tecnologias, de modo a aproveitar nossa capacidade industrial, tecnológica e conhecimento técnico.

Além do Estado desaguar suas responsabilidades ao setor privado, fruto dos fortes ventos neoliberais, é oportuno recordar a sua longa história de subfinanciamento. Muitas lutas foram realizadas para garantir um SUS público e estatal, com financiamento adequado. A Emenda Constitucional 29, regulamentada pela Lei Complementar 141, estabeleceu referências mínimas de aplicação de recursos. A responsabilidade do financiamento é dividida entre as três esferas do governo. A União destina à saúde valores aquém do seu poder de financiamento e das necessidades da população.

O Rio Grande do Sul nunca aplicou o mínimo de 12% em Ações e Serviços Públicos de Saúde, enquanto os municípios, que deveriam aplicar no mínimo 15% na Atenção Básica e Vigilância em Saúde, destinam a maior parte dos recursos para a Média e Alta Complexidade. Com a Emenda Constitucional (EC) 95, que congelou a despesa primária da União por vinte anos, houve uma piora no problema: o SUS saiu do subfinanciamento e passou ao status de desfinanciamento. A Emenda do teto de gastos congelou todas as despesas da União, exceto o pagamento de juros e dívidas. A EC 86, denominada "Orçamento Impositivo", aplica

recursos do orçamento da saúde baseado exclusivamente nas escolhas dos parlamentares, sem levar em conta qualquer planejamento ou necessidade da população, excluindo o controle social. Esta situação se agravou com o denominado “Orçamento Secreto”, operado sem qualquer transparência ou possibilidade de fiscalização.

No Rio Grande do Sul, a receita tributária é fundamentalmente baseada no ICMS, arrecadando apenas dois terços da receita potencial com este tributo. A metade deste um terço é o resultado da Lei Kandir, que isenta de tributos as mercadorias semielaboradas para a exportação - exportando renda e trabalho. A outra metade são benefícios e incentivos fiscais destinados aos grandes grupos econômicos no Estado. Em realidade, esta é a principal causa da chamada crise financeira gaúcha. O Estado reduz a receita pública em benefício do interesse econômico dos grandes empresários e em detrimento dos interesses da maioria da população.

A gestão do SUS é pouco discutida, apesar de ser estratégica para a melhora das condições de vida da população. Apesar de se chamar *Sistema Único de Saúde*, existe no Brasil mais de 5 mil sistemas, uma vez que cada município e cada estado define as suas prioridades. O planejamento deveria ser ascendente, partindo da situação de saúde do município, da região, do estado e do país. Desta forma, em tese, as políticas públicas contemplariam a realidade vivenciada nos territórios, considerando suas particularidades. O que observamos é a União definindo os setores que irão ter recursos, pactuando com os estados, que por sua vez pactuam com os municípios, criando um planejamento descendente e afrontando a própria estrutura do SUS.

As pactuações, em regra, são baseadas nos interesses políticos e econômicos dos governantes, em detrimento das necessidades de cada território, com o agravante de que cada município pode definir suas prioridades sem observar o planejamento regional de forma mais ampla. Se anteriormente tínhamos seis blocos de financiamento, advindos da União, atualmente tem-se somente dois: investimento e custeio. Esse mecanismo foi utilizado para compensar o corte de recursos decorrente da EC 95. Para compensar a redução de recursos, houve uma flexibilização na aplicação. Como os planos municipais e estaduais de saúde tem vários problemas de construção, somados a baixa capacidade de fiscalização, devido à precária estrutura dos Conselhos Municipais de Saúde, tal situação traz como consequência a possibilidade do uso indevido dos recursos da saúde, podendo gerar ineficiência e corrupção.

Ademais, as alterações promovidas na Política Nacional de Atenção Básica, *desidrataram* a Estratégia de Saúde da Família e alteraram a forma do financiamento, causando redução dos valores a serem transferidos para os municípios.

A redução de recursos para a Atenção Básica, a crescente terceirização da gestão destas unidades e a precarização da assistência, acarreta em menor resolutividade e no aumento dos agravos à saúde. Como consequência, ocorre a pressão sobre a média e alta complexidade, e o aumento dos custos financeiros do sistema e das famílias. Este modelo equivocadamente de gestão do SUS, necessita ser revisto.

Torna-se necessário, portanto, reconstruir o modelo de gestão do SUS, a partir de novas bases. Entendemos ser oportuno avançar em debates sobre a constituição de um ente público regional, financiado e gerido pelas três esferas de governo - responsável desde a Atenção Básica à Alta Complexidade. Assim, evita-se que um ente federado repasse a outro as responsabilidades por ele não assumidas, além de tornar possível a constituição de um plano de carreira nacional para o SUS, previsto desde a Lei Federal 8.142/90, e reivindicado em inúmeras lutas em todo o Brasil.

5. Eixos temáticos e metodologia de trabalho

A partir da narrativa crítica apresentada, espera-se contribuir com a análise da situação de saúde dos municípios e do Rio Grande do Sul. Esta tarefa é imprescindível para a elaboração das diretrizes que comporão o relatório final das conferências – sempre em consonância aos princípios basilares do Sistema Único de Saúde. Reafirmar a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado, priorizando sempre a promoção da saúde e a prevenção da doença.

A 17ª Conferência Nacional de Saúde estabelece o tema central “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – Amanhã vai ser outro dia”, bem como quatro eixos temáticos. Em face da subjetividade na redação dos eixos propostos pelo Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Organizadora da 9ª Conferência categorizou cada ponto, no sentido de delimitar os temas para uniformizar a compressão pelas instâncias de controle social do SUS.

O presente documento orientador apresenta, com o objetivo de ser um “pontapé inicial” ao debate, algumas diretrizes extraídas e adaptadas do documento “Recomendação CES/RS n. 09/2022”, encaminhado aos candidatos ao governo do Estado do RS, no período do

pleito 2022. Elas foram distribuídas nos eixos e podem facilitar o entendimento sobre o escopo de cada tema.

Eixo I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos.

Palavras-chave: necessidades específicas do território

Trata de diretrizes que, ancoradas em uma análise conjuntural e situacional, visam atender as necessidades loco regionais de saúde. O eixo permite que sejam abordadas demandas relacionadas à realidade do bairro, da cidade, do RS – não apenas ao Brasil que queremos e que temos.

- Revogar todos os atos normativos, sejam eles constitucionais, legais ou infralegais que atentem contra a liberdade, respeito e dignidade da pessoa humana e contra os direitos sociais, no sentido de evitar a afronta ao princípio do retrocesso social, tais como EC 86, EC 95, EC 106, contrarreforma trabalhista, previdenciária, portarias que alteraram a PNAB, a Reforma Psiquiátrica (e seu financiamento), a liberação dos agrotóxicos, o desmatamento e mineração, dentre outras, usando todos os instrumentos previstos na legislação pertinente, inclusive o referendo revogatório às emendas constitucionais.
- Garantir o Sistema Único de Saúde público e estatal, abolindo todas as formas de precarização das relações de trabalho, terceirização e privatização (OS, OSPI, fundações públicas de direito privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSER)), que abrange toda a extensão do SUS, da Atenção Básica à Alta Complexidade, exames, pesquisa, produção de insumos e medicamentos.
- Garantir uma Reforma Tributária que revogue a atual regressividade e garanta a progressividade baseada na elevação de alíquotas dos impostos diretos e na redução da alíquota de impostos indiretos, bem como a simplificação tributária para evitar sonegação e questionamentos jurídicos.
- Construir indicadores que possibilitem uma análise acurada da situação de saúde dos territórios, viabilizando a efetiva promoção do monitoramento e avaliação da execução das políticas de saúde.
- Garantir que o planejamento da área de saúde seja ascendente e tenha por base as deliberações das Conferências de Saúde, de modo que o Plano de Saúde, tendo como

base as diretrizes firmadas na Conferência de Saúde, oriente a formulação do Plano Plurianual.

- Qualificar a elaboração dos instrumentos de gestão (Plano de Saúde, PAS, RDQA e RAG), inserindo elementos qualitativos e quantitativos que permitam o controle efetivo da política de saúde, inclusive gastos com a judicialização da saúde.
- Garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes preconizados pelos diversos Estatutos, como o da pessoa idosa, da igualdade racial, da criança e adolescente, da juventude, entre outros.

Eixo II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas

Palavras-chave: controle e participação social no SUS

Trata do fortalecimento do controle e da participação social como direito à saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde em suas instâncias correspondentes. O eixo relaciona-se às necessidades de potencializar a participação democrática e sua legitimação a partir do Poder Executivo.

- Fortalecer as instâncias de controle social no SUS através da garantia das condições de pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, como órgãos colegiados permanentes, deliberativos e fiscalizadores.
- Disponibilizar servidores em quantidade suficiente, nas áreas técnicas e administrativas, assim como a estrutura física e tecnológica para o bom funcionamento dos conselhos de saúde, nos três níveis da administração pública.
- Realizar regularmente as Conferências de Saúde, incorporando-as como instâncias efetivas do processo de construção, monitoramento e avaliação de políticas públicas;
- Repudiar qualquer ato que pretenda atacar as atribuições e prerrogativas legais e constitucionais das instâncias de controle social;
- Garantir que todas as políticas, programas e planos de saúde sejam previamente aprovados pelo controle social.
- Promover a integração de conselhos de direitos e controle social.
- Democratizar os conselhos de saúde com a eleição de seus membros

Eixo III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia.

Palavras-chave: princípios do SUS

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.

- Fortalecer a Política 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), da articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como serviços atenção domiciliar.
- Ampliar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial promovendo a integração dos serviços de saúde e a intersetorialidade, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.
- Regulamentação do princípio constitucional da complementariedade do setor privado da saúde, garantindo ao serviço prestado diretamente pelo poder público, a prioridade no SUS.
- Redefinir as regiões de saúde a partir de critérios epidemiológicos, populacionais e territoriais, atendendo as características econômicas e sociais de cada região.
- Definir referências regionais para todas as demandas de saúde, visando garantir a atenção integral à saúde da população.
- Ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde para atender as demandas represadas pela pandemia, desde à atenção básica até a alta complexidade.
- Garantir a constituição de um ente tripartite regional, 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, possibilitando um plano de carreira nacional do SUS.
- 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.
- Garantir a gestão estadual dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), promovendo seu fortalecimento.

- Garantir a ampliação da rede dos serviços laboratoriais públicos, fortalecendo os laboratórios oficiais e os centros de pesquisas, destinando recursos para o desenvolvimento científico e tecnológico e promovendo inovações e produção pública de medicamentos e insumos de interesse do SUS.
- Garantir o acesso a medicamentos e outras tecnologias no SUS, promovendo estratégias de qualificação de serviços farmacêuticos de forma a assegurar o monitoramento dos tratamentos, orientações quanto ao seu uso, garantindo transparência e acesso público aos dados relacionados à gestão da Assistência Farmacêutica, como o abastecimento, estoques e dispensação de medicamentos.
- 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 profissionais nos Núcleos de Apoio Técnico, com cargos públicos efetivos.
- Implantar e implementar plano de carreira para todos os servidores da saúde do Estado do Rio Grande do Sul, com isonomia de vencimentos, ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento de cargos de chefia, com realização de concurso público e nomeação dos aprovados para garantir o preenchimento dos cargos vagos.
- Implementar e fortalecer a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva.
- Garantir a pesquisa em saúde, visando potencializar a assistência ao SUS e a sustentação científica das políticas públicas do setor.
- Garantir a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, com financiamento e integrada às Redes de Atenção à Saúde.
- Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.
- Garantir a implantação e a expansão do programa de serviço de atenção domiciliar (SAD).

Eixo IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

Palavras-chave: inovações e sustentabilidade do SUS

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.

- Implantar hospitais públicos regionais com gestão estadual.
- 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 desmatamento, o garimpo ilegal, além de garantir o fim do auto licenciamento e autorregulação de produtos/processos/fontes poluidoras, e dos projetos de mineração que são danosos à saúde das populações e ao meio ambiente, bem como garantir as condições de vida digna dos povos originários, com respeito à sua cultura, pondo fim à atual crise humanitária.
- Garantir o acesso a alimentos de qualidade nutricional e sanitária através do incentivo das práticas agroecológicas e da divulgação científica sobre o tema, bem como restringir a publicidade de alimentos ultraprocessados, a elevação da sua carga tributária e a redução dos tributos dos alimentos básicos (arroz, feijão, pão e leite, além de frutas, verduras e legumes).
- Garantir o acesso à água de qualidade à todas as pessoas, com a análise rigorosa dos elementos prejudiciais à saúde, como os agrotóxicos. Além disso, a captação e distribuição deve ser através de entes públicos.
- Garantir o efetivo controle, através de órgãos públicos, de todos os elementos nocivos à saúde, como o monitoramento da qualidade do ar.
- 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 psiquiátricos nos hospitais gerais.
- Garantir que o estado brasileiro promova a reconversão industrial pública para viabilizar a pesquisa, produção de insumos, equipamentos e medicamentos, possibilitando a autossuficiência nacional, maior agilidade no fornecimento e a redução dos custos com assistência. A pandemia de covid evidenciou esta necessidade.

6. Considerações finais

A participação da comunidade é princípio basilar do SUS, garantido na Constituição Federal, e somente a sociedade possui a prerrogativa de criar o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde que melhor atenda às necessidades da população.

Esperamos que o acúmulo das discussões sobre a situação da saúde no Rio Grande do Sul, assim como as formulações derivadas do processo de discussão das conferências, inseridas no contexto de urgência da reconstrução do SUS, sejam assumidas pelo Poder Executivo, refletindo na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Bom trabalho a todas, todos e todes!!!