

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Brasília – DF
2007

© 2007 Ministério da Saúde.

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

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª edição – 2007 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G

Edifício Anexo, Ala B, 1º andar, salas 103 a 128

CEP: 70058-900 – Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2150 / 2151

Faxes: (61) 3315-2472 / 2414

E-mail: cns@saude.gov.br

Home page: <http://www.conselho.saude.gov.br>

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233 1774/2020 Fax: (61) 3233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Karla Gentil

Diagramação: Marcus Monici

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. –

Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

82 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

1. Política de Saúde. 2. Saúde pública. 3. Relatórios. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/1171

Títulos para indexação:

Em inglês: Consolidated Report for the 13th Health National Conference

Em espanhol: Informe Refundido para la 13ª Conferencia Nacional de Salud

Sumário

Apresentação	5
Termo de Referência para exposição nas mesas redondas e para organização dos eixos temáticos da 13ª Conferência Nacional de Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde	7
Propostas para a Plenária Temática do Eixo I	9
Propostas para a Plenária Temática do Eixo II	33
Propostas para a Plenária Temática do Eixo III	69
Comissão Organizadora	79
Comissão de Relatoria	80
Comitê Executivo da 13ª Conferência Nacional de Saúde	81

Apresentação

Escrevendo a História da Democratização nas Políticas de Saúde Relatoria da 13ª Conferência Nacional da Saúde.

A estrutura instalada para a 13ª Conferência Nacional de Saúde mobilizou milhares de pessoas em todo o país. Para a realização das etapas municipais, estaduais e nacional, vários recursos foram necessários, além de uma organização e uma metodologia de trabalho que assegurasse o debate, a ampla participação e a representação da maior parte possível de segmentos da sociedade. Há, entretanto, um processo fundamental a ser aprimorado: a Relatoria. A fidelidade dos relatos, o respeito às mais variadas posições apresentadas, a possibilidade de oferecer a informação aos delegados participantes no menor prazo possível e a sistematização que favoreça a condução dos trabalhos são desafios encarados pela organização do evento.

Como em outras áreas, também na Relatoria a 13ª Conferência inovou. A equipe de Relatoria, que está em atividade desde o início do processo e acompanhará os quatro dias da Conferência Nacional, é coordenada por três relatores: um representante dos trabalhadores, um representante dos usuários e um representante dos gestores de saúde. Para auxiliá-los na construção do relatório, foram indicados mais oito conselheiros nacionais, que se somaram aos 27 relatores da etapa estadual e aos relatores das últimas conferências nacionais temáticas. Este conjunto de atores envolvidos na construção dos relatórios atuou na organização do Consolidado, que será entregue aos delegados presentes nessa etapa nacional. Com este Consolidado em mãos, cada delegado e delegada terá um resumo organizado das mais de cinco mil propostas oriundas das etapas estaduais.

A construção desse documento buscou consolidar os debates realizados nos estados, agrupando-os de acordo com os eixos temáticos e tendo como base o termo de referência aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. O esforço desenvolvido pela relatoria consiste em atender os princípios de fidelidade ao conteúdo aprovado nas etapas estaduais e à transparência acerca dos mecanismos que resultaram na consolidação a ser apreciada pela etapa nacional. Para tornar isso possível e viável dentro do tempo disponível e devido ao grande número de debates e propostas, a organização da 13ª Conferência contou com o auxílio do DATASUS, que desenvolveu um aplicativo informatizado que permite a rastreabilidade de todas as propostas aprovadas nas etapas estaduais, ou seja, estará à disposição dos delegados e delegadas da etapa nacional o roteiro impresso, preparado pela relatoria, e também o acesso, quando necessário, ao sistema que guarda todas as propostas apresentadas pelos estados.

Para auxiliar a sistematização dos trabalhos, os relatores tiveram mais um cuidado: identificar, por meio de proposição única, os consensos; e deixar o mais claro possível as posições divergentes. A partir daí, os cerca de 3.500 delegados e delegadas, divididos em dez plenárias temáticas com poder deliberativo, irão analisar todas as proposições, aceitando-as ou suprimindo-as do roteiro apresentado.

Ao final de cada dia de debates, a relatoria sistematizará as decisões das plenárias temáticas da seguinte forma: a proposta aceita com mais de 70% de votos em pelo menos seis plenárias é remetida diretamente ao relatório final, da mesma forma que a proposta suprimida nos mesmos termos (70% de votos de pelo menos seis plenárias) é suprimida do relatório final. As propostas que alcançarem mais de 30% de votos em pelo menos seis plenárias temáticas serão remetidas à plenária final, ou seja, as propostas que não atingirem a aprovação para constar imediatamente do relatório final, mas obtiverem entre 30 e 69,9% dos votos em seis plenárias temáticas, serão submetidas à apreciação e votação da plenária final, podendo assim ser aprovadas e ainda constar do Relatório Final.

A cada dia de plenária temática, após a discussão de todas as propostas consolidadas por eixo, com aprovação ou exclusão de cada uma delas, os participantes terão oportunidade de apresentar proposta de conteúdo inédito ou proposta que, embora aprovada na respectiva conferência estadual, não tenha sido contemplada em seu mérito no Relatório Consolidado. Desse modo, uma proposta inédita, ou não, constante do roteiro apresentado poderá ser apreciada pela Plenária Final, se for aprovada por 50% mais um dos participantes de pelo menos uma plenária temática. Nenhuma proposta inédita ou reapresentada será aprovada diretamente para o Relatório Final.

A equipe de relatoria empreendeu todos os esforços para possibilitar essa “horizontalização do poder”, não será a academia, não serão os gestores, nem os trabalhadores ou somente os usuários que construirão o processo e definirão o relatório final. Não há um ator mais importante que o outro, mas, sim, toda a importância do processo está justamente na participação de todos. Desde a definição da relatoria, passando pela sistematização do trabalho, pela informatização, onde seja possível, e pela democratização das informações, todo o processo demonstra claramente o reconhecimento de que a relatoria é um espaço político de grande envergadura na determinação do sucesso ou do fracasso de qualquer processo de construção coletiva.

Se conseguirmos dar agilidade na disponibilização das informações aos participantes, mesmo diante do gigantismo de um processo que abrangeu todo um país continental, contribuiremos decididamente para o sucesso da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

A disponibilização dos conteúdos aprovados por consenso, pactuados, a todos os delegados e delegadas, permitirá a materialidade das proposições. A metodologia vai mais adiante: o roteiro apresenta, ao lado de cada proposição, um quadro no qual o participante poderá acompanhar a aprovação ou não durante a plenária temática e também na plenária final. Isso permitirá que cada delegado e cada delegada saia da Conferência com um relatório em mãos, pois cada indivíduo, cada homem e cada mulher que participou desse processo até agora e que estará presente na Plenária Nacional da 13ª Conferência Nacional de Saúde estará escrevendo uma história, a história da democratização na política de saúde no Brasil. E nós, da equipe de relatoria, temos o compromisso de fazer o relatório final traduzir toda a riqueza desse processo.

Coordenação de Relatoria da 13ª Conferência Nacional de Saúde

Termo de Referência para exposição nas mesas redondas e para organização dos eixos temáticos da 13ª Conferência Nacional de Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde

A 13ª Conferência Nacional de Saúde tem como tema central “SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: POLÍTICAS DE ESTADO E DESENVOLVIMENTO”, com os seguintes eixos temáticos:

I. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento;

II. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde;

III. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Cada eixo temático será discutido em uma mesa-redonda, que contará com a participação de quatro expositores e um debatedor, com debate com os delegados e convidados.

Eixo I

Parte 1

A atual situação de saúde dos brasileiros e brasileiras e seus determinantes sociais. O perfil epidemiológico, demográfico, riscos ambientais, inserção no trabalho e as condições de vida dos brasileiros e brasileiras. A discriminação de gênero, por orientação sexual, racial, étnica, e social como determinante das condições de saúde e vida. As relações entre saúde e desenvolvimento baseadas nas relações do capital e do mercado de trabalho, do círculo vicioso entre doença e pobreza e da saúde como direito humano essencial. As relações entre padrões de desenvolvimento, cidadania, saúde e os ecossistemas.

Parte 2

A política de ajuste fiscal, a inserção do Brasil nos circuitos globalizados da economia e seus efeitos sobre os padrões de crescimento da economia e políticas sociais. A saúde e sua interferência no crescimento da economia. Os investimentos em saúde, previstos e executados nos orçamentos dos governos, como condição para o desenvolvimento. As contradições dos eixos prioritários de desenvolvimento (agronegócio e a financeirização da economia) com a melhoria dos índices de saúde e qualidade de vida. O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e as conseqüências de suas atividades sobre a saúde.

Parte 3

A saúde como propagadora de ações intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida. A construção de uma plataforma para a concertação de ações intersetoriais voltada para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. As perspectivas de articulação interburocrática e dos movimentos sociais para desfragmentar as políticas públicas. A atuação junto ao Poder Legislativo e ao Poder Judiciário. As sinergias entre os ativistas dos movimentos sociais em prol da centralidade de políticas para o cidadão e para a cidadania. O conceito ampliado de saúde e seus desdobramentos político-institucionais.

Eixo II

Parte 1

As necessidades e os determinantes sociais da saúde, o conceito ampliado de saúde e os direitos sociais. A saúde como direito de cidadania e a Seguridade Social. As políticas de corte universal, a focalização e a subordinação das políticas sociais às políticas de ajuste fiscal. O superávit/déficit da Previdência Social, a expansão de coberturas dos direitos previdenciários e as tendências de adesão ao modelo de repartição ou de capitalização. O orçamento, a institucionalização da Seguridade Social e a regulamentação da EC29.

Parte 2

A situação de saúde e o modelo de atenção e gestão. As relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. As contradições entre as necessidades e as demandas da população e a capacidade de atendimento da rede

de cuidados e serviços de saúde. A compatibilização entre as necessidades dos cidadãos e cidadãs e a capacidade de coordenação das redes de cuidados e serviços, autonomia de serviços e redes assistenciais. A depreciação salarial, funcional e precarização dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde. As fundações, cooperativas e organizações sociais e outras alternativas para a contratação de profissionais de saúde. A ingerência político-partidária nas instituições de saúde e a não observância de critérios de competência técnico-profissional e o compromisso sanitário para a ocupação de cargos de direção. As alternativas para compatibilizar os princípios de universalidade e integralidade com condições dignas de trabalho dos profissionais de saúde e com a responsabilização pela qualidade da atenção e humanização do cuidado.

Parte 3

O Pacto de Gestão, a regionalização, a priorização da atenção básica e a definição de metas sanitárias prioritárias. Os compromissos com a saúde e as possibilidades de aprimoramento e tensões nas relações intergovernamentais dos entes federados. A expansão da oferta pública e a redefinição dos perfis assistenciais de estabelecimentos de saúde. A descentralização das ações de saúde e o fortalecimento do papel normatizador e regulador do Ministério e secretarias de saúde.

Eixo III

Parte 1

A competência e a relevância das instâncias de representação da sociedade. Democracia direta e representação política. A participação social e os poderes republicanos. As instâncias de mediação entre Estado e sociedade. As atribuições dos Conselhos e Conferências de Saúde no contexto de democracia eleitoral e baixa densidade do direito à saúde. As diferenças e aproximações das concepções e práticas que envolvem a participação política, a participação social e o controle social.

Parte 2

Participação social e o fortalecimento dos conselhos e conferências de saúde. Garantia constitucional do direito da população de participar das decisões sobre as políticas públicas. A eleição das entidades que compõem o conselho e do presidente. A estruturação colegiada da coordenação dos conselhos. A educação permanente como processo de educação em saúde não restrito a cursos, mas focado em oportunidades.

Parte 3

Participação social em todo o processo orçamentário, monitoramento e controle da elaboração e execução de políticas e programas. Financiamento do controle social com a co-participação das três esferas de governo. Autonomia financeira dos Conselhos de Saúde.

Conselho Nacional de Saúde

Comissão Organizadora da 13ª Conferência Nacional de Saúde

Propostas para a Plenária Temática do Eixo I

Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
1.	Referendar todas as propostas do primeiro Fórum Brasileiro Anti-Tabagismo cujo conteúdo encontra-se contido na Carta à Nação, redigida em 31/5/2006 e acrescentar que a totalidade da arrecadação e multas oriundas da Lei 9.294/96 e outras leis municipais e estaduais, criadas no sentido de instituir medidas no controle do tabagismo e alcoolismo sejam revertidas automaticamente para ações de promoção, prevenção e assistência, por meio dos Fundos da Saúde.					
2.	Implementar, por meio de políticas públicas intersetoriais, programas de prevenção e assistência para dependência química de substâncias psicoativas, considerando as diferenças geracionais (crianças, adolescentes, adultos e idosos), com equipes multidisciplinares de reabilitação, com a construção de casas de apoio, criação de comitês de inclusão social e demais estratégias de fomento a uma cultura de promoção da vida e da paz social.					
3.	Efetivar, por meio de ações intersetoriais junto às instituições formadoras, recuperadoras e promotoras sociais (sistemas prisional e educacional, dentre outros), trabalho de prevenção de uso de álcool, tabaco e outras drogas que causam dependência química e psíquica, garantindo a conscientização e o comprometimento dessas instituições com a promoção da saúde.					
4.	Estabelecer mecanismo de proteção social contra o uso de bebidas alcoólicas e cigarro, proibindo por lei a propaganda de bebidas alcoólicas, regulamentando horários e locais para comercialização e elevando a carga tributária que incide sobre estes produtos, nas três esferas do governo, destinando a arrecadação para prevenção e reabilitação da saúde de usuários destas substâncias, além de fazer cumprir a lei que define punição ao estabelecimento comercial que venda bebidas alcoólicas ou cigarros a adolescentes, criando e repassando cartilhas explicativas à comunidade sobre proibição e punição com rigor aos infratores que venderem drogas lícitas e ilícitas a menores, idosos, indígenas e doentes mentais.					
5.	Implementar políticas de intervenção no meio ambiente que envolvam as relações de trabalho, amparadas na legislação, focadas em riscos, agravos e doenças, aprimorando a vigilância ambiental sobre o processo de trabalho, inclusive rural, com o uso de agrotóxico e assegurar a notificação compulsória de acidentes de trabalho e aposentadoria especial para profissionais expostos a material biológico contaminado e produtos químicos de alta toxicidade.					
6.	Estabelecer políticas de saúde ambiental, auto-sustentáveis, centradas nos processos de trabalho, produção e comercialização de produtos e prestação de serviços que previnam danos aos trabalhadores da área rural que são submetidos a regimes de escravidão, da pesca e da agricultura, de comunidades tradicionais e terreiros, e ao meio ambiente, considerando seus elevados riscos de acidentes e doenças, incluindo os trabalhadores da cana, definindo as responsabilidades dos gestores públicos e associações patronais do setor sucroalcooleiro no que tange à aquisição de materiais e insumos para atendimento da população flutuante e revisão do percentual de cotas durante a safra de corte de cana (Lei 4870/65) em função das queimadas de cana e suas repercussões sobre os problemas de saúde e meio ambiente.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
7.	Criar e implantar um programa de diminuição da produção do lixo, conscientizando a população e os setores produtivos (indústrias e agrícolas), com regulação do tamanho e o número das embalagens utilizadas na comercialização de seus produtos, além de exigir que o recolhimento do lixo ocorra com mais frequência, garantindo a colocação em locais adequados de lixeiras próprias para acondicionamento e coleta seletiva, visando a conscientizar a população quanto à educação ambiental de acordo com a legislação vigente.					
8.	Intensificar a vigilância da rotulagem de produtos de forma clara, legível e visível, inclusive em Braille, sobre as características dos produtos, prazo de validade e informações nutricionais, incluindo os produtos que tenham em sua composição organismos geneticamente modificados (OGMs).					
9.	Elaborar políticas intersetoriais comprometidas com o combate e a redução do uso de agrotóxicos com efetiva vigilância de distribuição e uso, utilizando trabalho educativo de combate ao uso indiscriminado, intervenção junto aos produtores, organismos financiadores e órgãos públicos responsáveis pela elaboração e implementação de políticas agrícolas, para que se desenvolvam práticas agro-ecológicas de produção, além de destinar recursos específicos para investimento em hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida da população, na prevenção e educação ambiental em relação ao uso desse produto na agricultura.					
10.	Que o Ministério da Saúde, em parceria com a ANVISA, estabeleça critérios para padronização de embalagens de medicamentos, em cores variadas, e em Braille, com bula melhor detalhada e letras maiores, facilitando a identificação dos mesmos pelos idosos e deficientes visuais, assegurar que os medicamentos apresentem em suas bulas significados dos termos técnicos, e que as embalagens dos medicamentos que compõem os programas de diabetes e hipertensão sejam diferenciadas, facilitando a compreensão dos usuários, além de estimular campanhas educativas para a população alertando sobre os riscos de automedicação.					
11.	Exigir o cumprimento de normas da Vigilância Sanitária que garantam o acesso da população a serviços e produtos de fontes seguras e de qualidade monitorada, ligados à saúde, como alimentos, medicamentos, fitoterápicos, cosméticos, saneantes, produtos de saúde, produção para o Programa Fome Zero e outros contemplados pela legislação vigente, através de análises laboratoriais, atendendo às atividades programadas, denúncias e surtos, promovendo ações de educação sanitária com participação da comunidade e do controle social.					
12.	Mudar o larvicida usado no combate ao Dengue para um produto natural já testado e aprovado.					
13.	Respeitar a natureza e a preservação do meio ambiente, na perspectiva de superação da lógica destrutiva do processo de produção capitalista, prevendo obrigatoriamente nos planos de desenvolvimento econômico a inclusão e a efetivação de políticas de preservação dos recursos naturais, reflorestamento, arborização e despoluição dos rios, proibindo a privatização do patrimônio natural.					
14.	Avaliar os impactos sociais e ambientais do desenvolvimento de doenças frente à construção das hidrelétricas do Rio Madeira (Rondônia), responsabilizando os governos federal e estadual e o setor privado (empresas construtoras das usinas hidrelétricas de Jirau e Madeira) pela apresentação de estudos de impacto e planejamento das ações de atenção à saúde, garantindo ações preventivas e redução de possíveis impactos na saúde da população atingida, com a participação do controle social.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
15.	Ampliar o acesso a programas de moradias populares, garantindo financiamento para reforma das existentes e reavaliação dos projetos de urbanização, incluindo segurança pública, áreas de lazer, esporte, cultura e oferta de transporte escolar gratuito.					
16.	Instituir o Programa Primeiro Emprego em âmbitos municipal, estadual e federal para jovens e criar um programa de valorização, qualificação e ampliação do artesanato local/regional, visando à criação de políticas públicas abrangentes e permanentes de geração de trabalho e renda, de forma articulada com as esferas de governo e sociedade civil, fundamentadas nos princípios de justiça socioambiental.					
17.	Garantir investimento para construção, abertura, recuperação e conservação de estradas e pontes que facilitem o acesso da população aos serviços de saúde.					
18.	Intensificar o apoio à agricultura familiar por meio de implantação de uma política de desenvolvimento rural e urbano; incorporação da concepção agro-ecológica sustentável; estabelecimento de convênios com instituições do setor da agricultura para realizar cursos sobre alimentação saudável e apoio ao desenvolvimento de hortas comunitárias; criação de política federal de incentivo para manutenção das pequenas propriedades rurais, reajustando preços da produção agrícola e oferecendo insumos com preços mais acessíveis, incentivando a permanência do homem no campo e o consumo de produtos naturais produzidos pelas agroindústrias familiares dos municípios nas instituições públicas locais (escolas e creches); valorização dos fitoterápicos e das práticas terapêuticas alternativas; implementação do “Programa do Leite”, priorizando a aquisição feita junto aos pequenos produtores rurais dos próprios municípios, com garantia de sua pasteurização; e promoção de atenção integral à saúde em acampamentos e assentamentos de trabalhadores sem-terra.					
19.	Buscar o envolvimento do Ministério do Meio Ambiente e outros para a implantação de práticas e políticas de desenvolvimento sustentável nos municípios, de preservação do meio ambiente rural e urbano, por meio de criação de fundo de compensação nos municípios que se encontram em área de preservação de manancial, zona costeira e proteção ambiental; apoio e criação de cooperativas de produção cujos produtos e processos melhorem o ambiente e a qualidade de vida; e criação de linha de crédito específica para a construção pelos municípios de barragens, cacimbas e cisternas na zona rural, em áreas de risco por estiagem prolongada.					
20.	Construir uma rede intersetorial de apoio à saúde e à justiça socioambiental, para identificar determinantes da saúde e aplicar a legislação sobre saúde e meio ambiente, por meio de elaboração de programas para implementação de ações sobre saúde e meio ambiente prevendo aporte financeiro e técnico do Governo Federal para que estados e municípios implementem políticas articuladas de meio ambiente, saúde e educação; divulgação e respeito à legislação que rege a defesa do meio ambiente e execução dos dispositivos de responsabilização e penalização aos infratores; implementação da Rede Integrada de Desenvolvimento de Entorno (RIDE/SAÚDE) com ações e programas específicos, orçamento e financiamento próprios, de responsabilidade dos Governos Estaduais e do Governo Federal; e destinação de recursos para ações de saúde em municípios localizados em áreas de fronteira agrícola para a cobertura da população imigrante.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
21.	Adotar ações intersetoriais de recuperação e proteção ao meio ambiente com adequada ocupação territorial, com foco no desenvolvimento sustentável de cidades e ambientes saudáveis, articulando e garantindo ações da Agenda 21, por meio de sensibilização e responsabilização dos poderes públicos e da sociedade a respeito da relevância do ambiente, efetivando os preceitos da justiça socioambiental e ações educativas visando a eliminação, diminuição e prevenção da exposição de riscos à saúde e a intervenção nos problemas decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços em saúde e a ampliação da participação da população na elaboração e monitoramento das distintas fases dos processos de Licenciamento Ambiental, em todas as esferas de governo.					
22.	Articular as políticas econômicas e sociais para pautar um processo de crescimento e desenvolvimento econômico baseado no direito à vida, no direito à saúde e na sustentabilidade ambiental, com a adoção de uma política macroeconômica nucleada na redução da taxa de juros e fim do superávit primário, essenciais para viabilizar a ampliação do acesso ao trabalho, educação, moradia, transporte e lazer, estimulando a economia solidária e sua sinergia com as formas comunitárias de produção, microempresas e reorientação das políticas públicas.					
23.	Defender a democracia, a paz e a tolerância, em suas variadas formas, e maior igualdade na distribuição de renda como condição essencial para redução de conflitos entre povos e a exacerbação da violência social.					
24.	Atuar de forma intersetorial na implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Trauma e Violência, implementando na rede pública os protocolos de atenção contra todos os tipos de violência e para todos os cidadãos e cidadãs, considerando as diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, orientação sexual, geracionais, sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, como parte do atendimento integral a todas as vítimas de quaisquer tipos de violências.					
25.	Efetivar no âmbito do SUS, por meio de programas intersetoriais e multidisciplinares, ações preventivas, educativas e assistenciais voltadas ao combate das discriminações, realizando campanhas de sensibilização e consolidando redes de acolhimento e assistência, implementando ações de notificação compulsória.					
26.	Implantar Centros de Lazer e Cultura e/ou Centros de Acolhimento para crianças e adolescentes em todas as regiões, com equipe multiprofissional especializada para o desenvolvimento de atividades educativas, de saúde, esportivas, de lazer e cultura, como forma de prevenção às drogas, violência doméstica e externa e marginalização, com adequação da oferta de profissionais e equipamentos e elaboração de políticas para a cobertura de grupos de risco e vulneráveis ao sofrimento mental.					
27.	Propor ao Congresso Nacional a agilização do projeto de lei que estabelece seis meses para licença materna e quinze dias para licença paterna, favorecendo o aleitamento materno.					
28.	Implementar programas intersetoriais e multidisciplinares de educação em saúde, voltados para políticas de contracepção na adolescência, prostituição infantil e de adolescentes, alcoolismo, tabagismo, uso de drogas, DST/AIDS e acidentes em geral, visando a superação de situações excludentes e discriminatórias.					
29.	Priorizar com políticas afirmativas o atendimento às pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade, para a efetivação de direitos como a acessibilidade, a aposentadoria nos casos de doenças incapacitantes e o atendimento por equipe multiprofissional qualificada.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
30.	Monitorar a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes via Conselho Nacional de Saúde articulado com os Conselhos de Educação e de Ciência e Tecnologia, considerando diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, orientação sexual, geracionais, sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, garantindo condições materiais, educacionais, políticas e simbólicas para o exercício de direitos das mulheres de forma livre e amparada socialmente, assegurando sua autodeterminação e impedindo ações coercitivas sobre suas escolhas sexuais e reprodutivas.					
31.	Desenvolver ações intersetoriais para a educação das pessoas quanto aos direitos humanos e o respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais, as questões de discriminação em diversos âmbitos, os Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, dentre outros, além de implementar políticas específicas pautadas nas desigualdades de gênero, de orientação sexual, raça, etnia, cor e necessidades especiais, garantindo o controle social e acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais.					
32.	Estabelecer fluxos contínuos e articulações entre os projetos de geração de renda e as políticas de saúde, com redimensionamento e fortalecimento de políticas sistêmicas (construções de casas populares), para a valorização da qualidade de vida da população urbana e rural, principalmente em assentamentos, acampamentos de trabalhadores rurais, sem terras, povos indígenas, quilombos e áreas ribeirinhas, considerando as necessidades específicas dos desempregados em termos de acesso aos direitos sociais, ao trabalho e à renda digna, o fortalecimento de situações favoráveis à qualidade de vida, ambientes, alimentos e outros produtos de consumo saudáveis, com apoio aos projetos relacionados aos “municípios saudáveis”.					
33.	Assegurar os direitos à saúde e a responsabilidade estatal, nas três esferas de governo, para ações de saúde integral da população carcerária e viabilizar a elaboração e implementação de programas profissionalizantes intersetoriais específicos dentro e fora da cadeia para detentos, ex-detentos e familiares, além de oferecer formação aos presidiários para ampliar seus vínculos de sociabilidade e acesso ao trabalho e oportunidades de vida digna e exercício dos direitos humanos.					
34.	Cumprir as ações de atenção à saúde da mulher, respeitando todas as suas especificidades (adolescentes, jovens, idosas, indígenas, negras, profissionais do sexo, presidiárias, etc), com efetivação de política de planejamento familiar, enfatizando a atenção a adolescentes e a prevenção da mortalidade materna.					
35.	Propor ao Ministério da Saúde a elaboração de estudo para redefinição da faixa etária de risco do câncer de colo de útero, com vistas a ampliação da cobertura do exame preventivo, alterando a idade mínima de 25 para 15 anos.					
36.	Assegurar o atendimento aos casos de abortos previstos por lei ou em abortamento em curso, garantindo atenção psicológica e social integral à mulher.					
37.	Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, respeitar a autonomia das mulheres sobre seu corpo, reconhecendo-o como problema de saúde pública, e discutir sua discriminação por meio de projeto de lei.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
38.	Que a atenção integral à saúde contemple a diversidade humana e as necessidades especiais de grupos populacionais específicos, propiciando espaços para debates sobre as diferenças com o objetivo de identificar e superar atitudes discriminatórias e favorecer a inclusão social, considerando o preconceito como atitude que contribui para o agravamento do processo saúde-doença.					
39.	Assegurar o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde ao público GLBTT (gays, lésbicas, bissexuais, transsexuais e travestis), inclusive na abordagem sobre a soropositividade ao HIV e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) nas três esferas de governo, reconhecendo as temáticas que envolvam orientação sexual e suas consequências sobre as concepções e práticas da saúde, incluindo nos formulários item sobre livre expressão sexual, além de sensibilizar os profissionais de saúde a respeito dos direitos do público GLBTT, garantir que a política de educação permanente inclua os recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual e implantar grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria GM n. 675/2006.					
40.	Revogar a portaria que proíbe a doação de sangue da população GLBTT, que viola os artigos n. 1, 2 e 5 da Constituição Federal Brasileira.					
41.	Sensibilizar e qualificar permanentemente os trabalhadores da saúde para abordagem e assistência a profissionais do sexo.					
42.	Operacionalizar o direito à saúde para as diversidades geracionais, em cumprimento aos Estatutos da Criança e Adolescente e do Idoso, assegurando ações de saúde adequadas, oportunas e de qualidade, com a ampliação de estratégias de avaliação da saúde dessa população para subsidiar a formulação e o desenvolvimento de políticas públicas específicas.					
43.	Garantir que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde cumpram com o direito à saúde como direito de cidadania, cujos benefícios terão impactos importantes sobre a saúde da população negra, a partir das diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em todos os níveis de atenção, em especial para os agravos mais prevalentes nessa população, possibilitando a efetivação de ações afirmativas de combate ao racismo institucional e toda forma de preconceito, nos espaços de gestão, atenção e participação social em saúde, destacando-se o estabelecimento de parcerias com o movimento negro, o repasse de recursos para capacitação sobre combate ao racismo; a inclusão de conteúdos sobre a saúde da população negra na formação; o desenvolvimento de campanhas de divulgação, em parceria com os conselhos profissionais e veículos de comunicação; a garantia de aporte financeiro destinado à pesquisa em saúde da população negra, prevendo a produção e publicação de documentos que contribuam para o acesso a informação sobre a saúde dessa população.					
44.	Promover a formação para o trabalho das parceiras quilombolas, garantindo remuneração pelo SUS.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
45.	Criar e implantar uma política nacional que contemple direitos e necessidades dos portadores de anemia falciforme, incluindo a realização de busca ativa e mapeamento das pessoas com traço falciforme; a atualização e divulgação de informações sobre esta e outras hemoglobinopatias junto aos profissionais de saúde e à população, em especial a população negra e a carcerária; a garantia de acesso e qualidade de tratamento nos casos identificados, incorporando ações de atenção integral, com equipe multiprofissional especializada, conforme necessidades e demandas dos serviços e da população, envolvendo lideranças, usuários das comunidades negras e quilombolas; a pesquisas com células-tronco para tratamento; o estabelecimento de protocolos clínicos para atendimento na rede básica e nos hemocentros; e a garantia ao acesso às políticas de direitos reprodutivos e planejamento familiar, livres de ameaça de esterilização aos portadores da doença falciforme.					
46.	Titular os territórios rurais quilombolas como forma de promoção de saúde, com base na Conferência de Alma-Ata, e garantir o acesso desta população ao SUS em todas as suas esferas e níveis de complexidade, assegurando a criação de fórum de debates sobre as comunidades quilombolas, com articulação e gestão entre diferentes setores governamentais e não-governamentais para o desenvolvimento das ações de saúde, com infra-estrutura adequada para acesso a essas comunidades.					
47.	Sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao respeito às diversidades cultural e antropológica e às escolhas religiosas dos usuários, em especial as culturas afro-descendente e indígena, reconhecendo suas tradições, saberes, crenças, plantas medicinais e rituais de cura, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção à saúde.					
48.	Garantir que as três esferas de governo realizem campanhas publicitárias sobre saúde mental por meio da mídia, com o objetivo de esclarecer a população sobre as doenças mentais, visando combater o preconceito e possibilitar a inserção dos doentes mentais na sociedade, além de promover ampla discussão sobre a problemática da somatização (problemas de saúde gerados ou agravados por distúrbios emocionais), com impacto sobre a demanda de exames e de especialistas, criando políticas específicas para a sua abordagem por equipes multiprofissionais.					
49.	Garantir financiamento das três esferas de governo para implantação de centros de convivência e centros de permanência para pessoas sem família ou em condições de abandono, priorizando idosos e pessoas com transtorno mental, casas de apoio e creches públicas para crianças de rua ou provenientes de famílias com práticas de maus tratos, na perspectiva da inclusão social.					
50.	Criar material informativo e educativo dirigido ao servidor público esclarecendo seus direitos e deveres em relação ao assédio moral e sexual.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
51.	Aperfeiçoar o Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Monitoramento dos indicadores de saúde, com investimento para qualificação dos serviços de epidemiologia e vigilância em saúde; aprimoramento do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); revitalização dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil; otimização do acesso aos indicadores de saúde atualizados para toda a sociedade; publicação sistemática de boletins epidemiológicos e notas técnicas; realização de inquéritos populacionais sobre condições sócio-econômicas, acesso, cobertura, utilização de serviços e autopercepção do status de saúde; utilização das informações sobre a situação de saúde e os critérios epidemiológicos para elaborar e avaliar políticas que considerem a diversidade racial, étnica, cultural e geográfica, planejar, repassar financiamento e executar ações de saúde pautadas em necessidades de saúde; intercâmbios entre instituições de ensino e pesquisa com instituições de saúde nas esferas estaduais e municipais para a realização de pesquisas, estudos epidemiológicos e estágios de extensão conjuntos, viabilizando o mapeamento das necessidades locais para alocar demais profissionais de saúde nas equipes básicas da Estratégia Saúde da Família.					
52.	Que o Ministério da Saúde aprimore sua política de ciência e tecnologia, considerando a construção de propostas teórico-metodológicas que qualifiquem a educação em saúde no SUS, para a promoção da saúde, em especial na atenção básica, refletindo sobre a integração entre a educação em saúde e a educação ambiental, contribuindo para o enfrentamento das questões socioambientais locais e globais numa perspectiva interdisciplinar, criando processos pedagógicos que debatam a educação ambiental com profissionais da saúde e população, visando à diminuição do consumo de recursos hídricos e energia, com a separação de resíduos sólidos como lixos contaminantes, recicláveis e não recicláveis.					
53.	Que todos os Sistemas de Informação do SUS, incluindo formulários e prontuários, contenham variáveis para identificação do tipo ocupação, ramo de atividade, etnia (raça, cor), gênero e orientação sexual, intensificando o monitoramento desses quesitos em atestados de óbitos, hospitais e unidades de saúde, utilizando-os como instrumentos norteadores de políticas setoriais e intersetoriais, estratégias, prioridades e metas de ação governamental, garantindo a formação dos profissionais de saúde para o seu preenchimento correto.					
54.	Melhorar abrangência e qualidade das informações e intensificar as ações relacionadas ao câncer uterino e de mama, hanseníase, tuberculose, malária e dengue, entre outras doenças prevalentes, destinando recursos específicos do Ministério da Saúde para o seu controle nos municípios prioritários, além de reativar barreiras epidemiológicas para controle da migração e do fluxo de transmissão de doenças não autóctones em localidades de fronteiras.					
55.	Realizar estudos sobre impactos da violência no perfil de morbimortalidade e o dimensionamento de seqüelas provocadas por agressões intrafamiliares, violências no trânsito e no trabalho, com o objetivo de orientar as equipes de saúde para a realização de atividades educativas e redução de riscos, por meio da oferta de ações intersetoriais que a encarem como problema de saúde pública.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
56.	Exigir que as três esferas de governo cumpram sua responsabilidade para com a atenção à saúde indígena, integrando-a à Política Nacional de Saúde, buscando ações intersetoriais que promovam a demarcação, homologação, desintração e proteção dos territórios indígenas de responsabilidade do governo federal, no sentido de garantir saúde e qualidade de vida, discutindo a saúde indígena no contexto da atenção básica, com a profissionalização de agentes indígenas para atuarem nos diversos setores da saúde e ampliação do intercâmbio sobre o conhecimento de suas culturas com os demais profissionais de saúde, considerando ainda a permanência de um acompanhante que sirva de intérprete durante o período de interação de indígenas e a presença do pajé quando solicitado.					
57.	Garantir a não municipalização da saúde indígena.					
58.	Os gestores de saúde das três esferas de governo devem buscar articulação e a formação de redes de cooperação com movimentos sociais e entidades da sociedade civil, objetivando a efetivação e o acesso dos serviços de saúde para populações rurais e comunidades indígenas, especialmente no combate às endemias como dengue, malária, hepatite viral e outras.					
59.	Retomar a liberação dos anticoncepcionais e a inclusão da população feminina indígena no programa de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde.					
60.	Que o Governo Federal garanta autonomia administrativa e financeira aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), incluindo-os em todas as capacitações realizadas, contratando técnicos para os núcleos de vigilância em saúde, com formação na área de epidemiologia e controle de doenças e profissionalizando os agentes indígenas em diversos setores da saúde.					
61.	Instituir o selo município amigo do índio, estabelecendo como condição para a premiação o cumprimento das diretrizes da política nacional da saúde indígena.					
62.	Implementar uma política pública energética sustentável com investimentos para o desenvolvimento de fontes alternativas, assegurando a preservação do meio ambiente, em especial da água, a segurança alimentar e nutricional e a oferta de oportunidades à agricultura familiar, além do fortalecimento da capacidade de produção de alimentos diversificados, regulando limites e avanços das monoculturas, visando a melhoria a qualidade de vida.					
63.	Apoiar as iniciativas nacionais e internacionais de proteção ao meio ambiente visando à redução do aquecimento global, manutenção, promoção, preservação, recuperação, fiscalização, mapeamento e controle da utilização dos recursos naturais, tais como reservas naturais, matas ciliares, nascentes e aquíferas, lençóis freáticos sub-superficiais e subterrâneos, objetivando preservar o patrimônio genético da humanidade e a produção de alimentos para gerações futuras, estimulando a participação da comunidade nos conselhos de meio ambiente para aprofundar a intersetorialidade sobre a temática ambiental.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
64.	Que os governos federal e estaduais apóiem os municípios para implementação de uma política nacional intersetorial de erradicação dos lixões e recuperação das áreas degradadas e proposição de projetos regionais de aterros sanitários, cabendo aos municípios a responsabilidade direta sobre a gestão do sistema, os quais devem estimular, implementar e garantir a coleta seletiva do lixo e sua reciclagem, com a criação de usinas de reciclagem, especialmente para o tratamento de resíduos tóxicos e contaminados (industriais e hospitalares), exigindo manejo adequado, com colocação de filtros nas instituições hospitalares para preservação do meio ambiente e incineração do lixo hospitalar, devendo ser observada a resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente n. 05/93, sem comprometimento de recursos da área da saúde para as ações desta política.					
65.	Tornar obrigatória a apresentação aos Conselhos de Saúde, em suas respectivas esferas, de relatórios de impacto à saúde da população para que os conselheiros deliberem quanto à pertinência da instalação de empreendimentos que importem na qualidade de vida, acompanhando a utilização de novas tecnologias aplicadas ao meio ambiente e o cumprimento da obrigatoriedade do setor industrial pelo uso de filtros antipoluentes e outros dispositivos para o controle de resíduos e de poluição sonora.					
66.	Que os governos federal, estaduais e municipais garantam financiamento para a realização de análises físico-química e bacteriológica para avaliação contínua e sistemática, por profissionais especializados, da qualidade da água fornecida à população por meio de redes de abastecimento, barragens, açudes, poços e cisternas.					
67.	Que os governos estaduais e municipais criem programa de educação permanente em parceria com as empresas privadas, secretaria de educação e defesa civil, intensificando as ações de uma política de vigilância para evacuação da população em caso de acidentes em regiões industriais.					
68.	Que as vigilâncias sanitárias estadual e municipal criem serviço telefônico gratuito para denúncias, inclusive anônimas, de agressão ambiental que ameacem a saúde da população.					
69.	Que as três esferas de governo implantem política de incentivo à criação de cooperativas para reciclagem dos resíduos sólidos, com a participação das associações de pequenas mineradoras e outras organizações da sociedade civil.					
70.	Aumentar investimentos para implementar ações intersetoriais voltadas para a preservação e defesa do meio ambiente, especialmente o reflorestamento das matas, a proteção dos biomas naturais mananciais e o saneamento básico, incluindo a construção de aterros sanitários, a coleta seletiva e o destino do lixo e o controle da qualidade da água, nas zonas urbanas e rurais.					
71.	Proibir, por meio de lei complementar à Lei Federal n. 9055/95, a extração e o uso do amianto branco como matéria prima de qualquer produto, devido ao seu efeito cancerígeno.					
72.	Incluir dados sobre pessoas com nanismo e albinismo na avaliação dos indicadores para elaboração de política de atenção à saúde a essa população.					
73.	Tipificar a insuficiência renal crônica e a fissura labiopalatina como deficiências físicas, garantindo que essas pessoas possam ser contempladas pela legislação das pessoas com deficiências, buscando seu tratamento em parceria entre as três esferas de governo e instituições de reabilitação, além do acesso aos benefícios sociais.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
74.	Garantir a atenção integral e intersetorial à saúde ao usuário atingido pela hanseníase, realizada por uma equipe interdisciplinar e multiprofissional adequada, com a inclusão de profissionais de saúde necessários em função das conseqüências que a doença acarreta ao usuário.					
75.	Fortalecer políticas públicas que garantam qualidade de vida e equidade de acesso físico e social às pessoas com deficiências e doenças incapacitantes, por meio de políticas afirmativas e programas intersetoriais de inclusão social que atendam às necessidades de comunicação, acesso aos benefícios da seguridade social às pessoas impossibilitadas ao trabalho, filas prioritárias, adaptação física e humana de locais de trabalho, acesso a serviços nas áreas urbana e rural, adaptações nas vias públicas e transporte coletivo adaptado e gratuito, incluindo as com sofrimento psíquico, doentes mentais e acompanhantes, além de formar profissionais e produzir materiais educativos apropriados para todos os tipos de necessidades educativas especiais, assegurando atendimento especializado nas áreas de recuperação e reabilitação, com a ética da não discriminação e não preconceito na sua conduta física e moral, capacitando profissionais para o atendimento e acolhimento a essa população.					
76.	Implementar a política de atenção a saúde da pessoa com deficiência, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2001, construindo indicadores qualitativos e quantitativos por meio de estudo nacional das condições de vida dessa população, com banco de dados para a identificação dos atuais perfis, efetivando parcerias intersetoriais para garantir acesso equânime a todos os níveis de atenção à saúde, assegurando controle social na fiscalização do correto emprego de recursos repassados à entidades assistenciais filantrópicas que atendam pessoas com deficiência, em parcerias com a rede pública, observando qualitativamente a atenção em saúde oferecida por estas instituições.					
77.	Exigir que os governos federal, estaduais e municipais implementem uma política de saneamento básico universal e intersetorial, em até dez anos a partir de 2008, com a ampliação e garantia de recursos financeiros, sem comprometer recursos destinados às ações e serviços de saúde para estender a cobertura, proporcionando acesso à água tratada, de qualidade e potabilidade e a destinação de dejetos; fortalecendo a fiscalização e o acompanhamento de projetos de saneamento implantados por meio de convênios e que envolvam a aprovação dos conselhos com assessoria específica para tal, divulgando relatórios do monitoramento da qualidade da água nos municípios.					
78.	Que os governos federal, estaduais e municipais, em conjunto com o Ministério Público, estabeleçam diretrizes e parâmetros para aplicação de penalidades e punições às instituições públicas e privadas que não cumprirem a legislação vigente no que se refere ao saneamento básico e ao controle periódico da qualidade da água, visando à melhoria das condições de vida, moradia e saneamento.					
79.	Orientar as famílias assistidas pelo Programa Bolsa Família que participam de cursos profissionalizantes, sobre alimentação e saneamento, por meio de informações veiculadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre as regras relativas à oferta desses produtos ao mercado.					
80.	Inserir nas três esferas de governo políticas públicas voltadas à saúde do homem que contemplem a prevenção, promoção e o fortalecimento do atendimento de saúde preventiva às doenças mais prevalentes nessa população, adotando como estratégia a educação em saúde com a elaboração de cartilha educativa, inserindo o homem nas ações de planejamento familiar, inclusive a esterilização cirúrgica masculina.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
81.	Implantar, promover, ampliar e fortalecer os instrumentos de controle social com relação às ações da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional nas três esferas de governo, considerando a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de riscos à saúde, agravos, doenças e acidentes de trabalho, êxodo rural, desemprego, fome, insegurança alimentar devido ao risco de contaminações químicas e alimentos geneticamente modificados, violência, habitação insalubre e contaminação ambiental, de forma a desenvolver ações com ênfase na Atenção Básica, com a implantação do Sistema de Vigilância em Alimentação e Nutrição (SISVAN), capaz de efetivar esta política e garantir o direito humano à alimentação adequada, garantindo a aplicação de recursos financeiros destinados a melhorar a qualidade da alimentação, da educação alimentar e o incentivo aos pequenos agricultores do país, além de incentivar a prática de reaproveitamento de alimentos, a fiscalização da qualidade dos alimentos e o monitoramento da propaganda e rotulagem; criar e equipar os laboratórios públicos para pesquisa e avaliação de alimentos e nutrientes saudáveis e acessíveis, em adequação às normas da Resolução RDC n. 116 da ANVISA, visando à redução da desnutrição, obesidade e das carências nutricionais; fazer parceria com a Secretaria da Agricultura para realizar cursos sobre alimentação saudável, monitoramento de horta comunitária, orientação fitoterápica e medicina alternativa para a população.					
82.	Pactuar com a União a adesão ao Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária por meio do Decreto Presidencial n. 5.741/06, para que os alimentos da agricultura e da agroindústria familiares, produzidos de forma artesanal, sejam inspecionados com critérios adequados à legislação dos Sistemas Brasileiros de Inspeção de Produtos e Insumos Agropecuários (SISBI).					
83.	Fiscalizar com rigor os alimentos fornecidos para instituições públicas municipais e estaduais, presídios, estabelecimentos de saúde, escolas, creches, compras efetuadas pela Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) para o Programa Fome Zero e a oferta de alimentação enteral aos pacientes que necessitam cuidados domiciliares, bem como proibir a venda, em parceria com a Educação, de alimentos cariogênicos e de baixo valor nutricional nas cantinas escolares.					
84.	Implantar de forma efetiva um programa permanente de estímulo à produção, comercialização e consumo responsável de alimentos, repensando os hábitos de consumo e alimentação, recusando produtos que causem danos à saúde humana, dos animais e ao meio ambiente, reduzindo, reutilizando e reciclando materiais e embalagens.					
85.	Instituir programas de educação no trânsito fundamentados na intersectorialidade entre as áreas de saúde, guarda municipal, segurança pública, justiça e educação, para implementar medidas de prevenção, intensificação de campanhas de conscientização, proteção e punição dos agentes provocadores de acidentes envolvendo pedestres, em especial no perímetro urbano das rodovias.					
86.	Lutar contra todas as formas de trabalho infantil.					
87.	Assegurar mais recursos e responsabilidades do Estado brasileiro no financiamento da saúde, exigindo o fim da Desvinculação de Recursos da União (DRU), que retira 20% dos recursos constitucionalmente destinados às áreas sociais e recursos específicos para ações e serviços de saúde, o fim da meta de geração de superávit primário e a realização da reforma tributária, com o intuito de fortalecer estados e municípios, sem aumento na carga tributária e com o combate à sonegação fiscal.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
88.	Defender a Lei de Responsabilidade Social - Projeto de Lei n. 210/06, que estabelece a prioridade do investimento social em relação ao investimento econômico na execução da Lei de Responsabilidade Fiscal.					
89.	Desvincular a folha de pagamento da saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal.					
90.	Realizar auditoria da dívida externa brasileira.					
91.	Ampliar o prazo de pagamento das dívidas de estados e municípios com a União, para facilitar-lhes o acesso a novas fontes de financiamento federal sinalizadas por políticas públicas como o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), entre outras.					
92.	Revogar a Lei Kandir, que isenta do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) as mercadorias destinadas à exportação e os serviços prestados para pessoas físicas ou jurídicas no exterior, de competência dos estados.					
93.	Elaborar projeto de lei que estabeleça percentual de tributos arrecadados com a produção e expansão da cadeia produtiva de atividades como a canavieira, de drogas lícitas (fumo e álcool), petroquímica, mineração, madeireira, atividades poluentes ou degradantes, automobilística, como ressarcimento e contrapartida equitativa de recursos financeiros ao SUS, nos estados e municípios afetados, para reabilitação, assistência, vigilância, prevenção e promoção da saúde à população atingida.					
94.	Ampliar financiamento federal e articular outras fontes para investimentos em infra-estruturas urbana e rural, meio ambiente e saneamento básico como condição para a saúde e qualidade de vida, sob controle dos conselhos das respectivas políticas setoriais.					
95.	Que Ministério da Saúde, estados e municípios promovam campanhas educativas e de conscientização para população sobre a importância da preservação ambiental, prevenção de queimadas, acúmulos de resíduos e desmatamentos; riscos da circulação livre de animais (cães, eqüinos, bovinos e outros) nas zonas urbanas, estimulando uma intervenção mais efetiva por meio da vigilância sanitária; a doação e captação de órgãos para transplantes, a utilização do seguro obrigatório sobre danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT); e sobre ações e serviços do SUS, por meio de mídia impressa, eletrônica, radiofônica e televisiva.					
96.	Definir e implementar uma política equitativa de alocação de recursos orientada por projetos de desenvolvimento para o enfrentamento das desigualdades regionais em suas especificidades geográficas, ambientais, epidemiológicas, administrativas, sociais, culturais, econômicas, entre outras, apresentadas por estados e municípios, em questões tais como a Amazônia Legal, o Polígono das Secas, regiões de fronteiras, comunidades indígenas, extrativistas e quilombolas, trabalhadores em atividades sazonais e demais populações com baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano).					
97.	Instalar um complexo produtivo amazônico envolvendo equipamentos, medicamentos, tele-saúde, dentre outros, associado à implantação de pólo de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.					
98.	Vincular a apresentação de emendas parlamentares a critérios técnicos e políticos definidos nos Planos de Saúde aprovados pelos Conselhos de Saúde.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
99.	Definir e implementar uma política eqüitativa de alocação, ampliação e garantia de recursos da saúde que leve em conta as diferenças regionais e municipais de estrutura (institucional, capacidade instalada, material, pessoal, etc.) e capacidade de oferta de serviços em sistemas locais de saúde com clientela especiais episódicas, sazonais, carcerárias, acampadas, assentadas, etc., que atendam a populações suburbanas e/ou rurais, e que sejam referências ambulatoriais especializadas e/ou hospitalares de média e alta complexidades.					
100.	Combater o ideário de racionalização neoliberal, economicista e privatista na operacionalização das políticas do setor saúde.					
101.	Garantir recursos financeiros do PAC às políticas de saúde, saneamento, meio ambiente, geração de emprego e renda, lazer e segurança nos municípios, para que as ações intersetoriais promovam o direito integral à saúde, priorizando a atenção básica, mediante a descentralização eqüitativa das políticas de desenvolvimento e qualificação da gestão e do trabalho no setor público.					
102.	Aumentar o financiamento à pesquisa e à produção de medicamentos em instituições públicas e laboratórios nacionais, de acordo com a necessidade epidemiológica configurada nacional e/ou regionalmente.					
103.	Incentivar os trabalhadores do SUS a realizar pesquisas científicas em seus locais de trabalho, garantindo recursos, prioritariamente a órgãos públicos, vinculando-os à ampla divulgação dos resultados encontrados.					
104.	Assegurar o financiamento tripartite à informação científica e tecnológica, bem como o desenvolvimento de estudos e pesquisas de interesse para o SUS, em estrita observância à Resolução CONEP n. 196/96.					
105.	Buscar incluir na política de concessão dos meios de comunicação a obrigatoriedade de reserva de espaços para a divulgação de práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças, ampliando a divulgação das diretrizes do SUS, direitos e deveres de prestadores de serviços, gestores e, especialmente, dos usuários, com criação de prêmio de jornalismo para rádios, TVs, jornais, revistas e outros que divulguem experiências exitosas em saúde.					
106.	Que Ministério da Saúde, estados e municípios, por meio de ações intersetoriais com Educação, Cultura, Assistência Social, Trabalho, Segurança e Conselhos Tutelares, intensifiquem a divulgação sobre planejamento familiar, esclarecendo a população em relação aos locais de acesso a métodos contraceptivos, incentivando paternidade e maternidade conscientes, a realização de acompanhamento pré-natal, a prevenção da gravidez na adolescência e a prevenção das DSTs.					
107.	Apoiar e aprovar a regulamentação em lei da venda de medicamentos fracionados.					
108.	O Governo Federal, o Ministério da Saúde, estados e municípios, em parceria com o Ministério Público e demais parceiros, devem fazer cumprir a legislação referente à propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos e outras áreas da saúde, garantindo a ética nas propagandas, informando a população, pelos meios de comunicação, sobre os riscos da automedicação, incluindo conhecimentos relacionados ao uso racional de medicamentos para os profissionais de saúde, ao uso e condicionamento adequado destes.					
109.	Proibir propagandas de medicamentos e exames complementares nos meios de comunicação social e a comercialização pela internet, diretamente ao usuário, de qualquer tipo de medicamento.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
110.	O Ministério da Saúde deve criar um banco de dados nacional com informações dos usuários do SUS, disponibilizado por meio de redes informatizadas e financiadas a todas as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para uso dos profissionais, tendo o agente comunitário de saúde como agente de desenvolvimento local, a fim de articular as políticas públicas como saúde, educação, segurança, meio ambiente e desenvolvimento social, constituindo-se num sistema de informação acessível e atualizado cotidianamente.					
111.	Criar legislação específica e implantar fiscalização e controle sobre as granjas de suínos em relação ao destino inadequado de dejetos, e para disciplinar o controle populacional de cães e gatos.					
112.	O governo federal deve estabelecer mecanismos para garantir qualidade nas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utilizadas como parâmetro para o repasse de recursos aos municípios.					
113.	O Ministério da Saúde deve garantir que o SUS reconheça como promotores de saúde alternativa pajés, xamãs, parteiras e pastorais da criança, além de regulamentar a atuação das ONGs que desenvolvam atividades na área da saúde.					
114.	Os gestores do SUS, em parceria com outras entidades sociais, devem garantir a manutenção e o fornecimento da multimistura.					
115.	Que Ministério da Saúde, estados e municípios garantam ao assegurado do INSS em tratamento pelo SUS, o direito ao benefício, sem a suspensão por dependência de exames ou cirurgias, além do agendamento com rapidez de exames solicitados pela perícia, custeados pela Previdência Social.					
116.	Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde se posicione contra a alta programada exercida pelo INSS.					
117.	Que Ministério da Saúde, estados e municípios, articulados com os Ministérios do Meio Ambiente, Agricultura, Educação e Cultura, o Poder Judiciário e as instituições de ensino, estabeleçam normas e critérios para que a sinalização sonora seja obrigatória em cidades acima de 50 mil habitantes; que seja proibido o estacionamento de carros e motos nas calçadas das cidades e que seja cumprido o Código Florestal Brasileiro.					
118.	Que Ministério da Saúde, estados, municípios, Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental e Saúde do Trabalhador, por meio de estratégias intersetoriais, realizem monitoramento e controle de venda, uso e destino dos agrotóxicos e materiais recicláveis, fiscalizando as empresas que poluem o meio ambiente, lençóis freáticos e uso abusivo de agrotóxico, bem como incentivar a produção de alimentos orgânicos.					
119.	Que Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde promovam maior integração com Conselhos Tutelares e Promotorias Públicas para proporcionar ambiente social propício para o desenvolvimento sadio dos adolescentes e dos jovens.					
120.	Que Ministérios da Saúde, Educação, Desenvolvimento Agrário e demais Ministérios relacionados criem uma agenda de interlocução, atendendo e incentivando projetos alternativos de desenvolvimento sustentáveis e solidários, com ênfase nos centros de formação familiares por alternância como as Escolas Famílias Agrícolas (EFAs) e as Casas Familiares Rurais (CFRs) e outros que defendem a educação do campo.					
121.	Ampliar a oferta de cursos técnicos profissionalizantes nos estados e nos pequenos municípios, com o objetivo de alavancar as potencialidades locais na construção civil, agricultura, pecuária e tecnologias.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
122.	Implementar de forma intersetorial estruturas de casas-abrigo para atender jovens provenientes de áreas rurais em situação de dependência química e seus familiares, garantindo a realização de atividades educativas e profissionalizantes.					
123.	Que os Ministérios da Saúde e dos Transportes garantam transporte terrestre, fluvial e aéreo para deslocamento de equipes multidisciplinares de saúde para atendimento a população em áreas de difícil acesso.					
124.	Sugerir a elaboração de projeto de lei que isente os pacientes que utilizam oxigenoterapia do acréscimo do consumo de energia elétrica após o início do uso dos equipamentos e condensadores.					
125.	Exigir que os gastos com saneamento básico não sejam usados como contrapartida do orçamento de saúde nas três esferas de governo.					
126.	Que o governo federal implemente políticas que contemplem ações de saúde e seguridade social para a população albina; recursos financeiros para as caravanas de saúde, visando um melhor atendimento aos usuários da zona rural; política social para os egressos do sistema penal e correcional, com base em ações de apoio e readaptação psicossocial e profissional, em conjunto com secretarias afins; albergues públicos com financiamento e gestão intersetorial para acompanhantes e pacientes em tratamento fora do domicílio.					
127.	Criar fórum para discussão ampliada e execução do Programa Reabilitação-INSS, adequando-o às necessidades dos municípios, em parceria com o SUS e demais setores envolvidos, além de viabilizar encontros entre os médicos e técnicos do INSS para esclarecer dúvidas relacionadas aos laudos e atestados exigidos pelas instituições.					
128.	Sugerir a elaboração de projeto de lei que delimite um teto para o corte de cana-de-açúcar que evite o desgaste físico excessivo ou morte por exaustão dos trabalhadores, estipulando um teto de 10 toneladas, sem prejuízo nos seus vencimentos.					
129.	Deduzir do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) e Jurídica (IRPJ) os investimentos na área de saúde pública.					
130.	Recomendar aos órgãos federais e estaduais a viabilização de financiamento aos assentamentos não oficializados e que não recebem repasses de recursos para a saúde por parte do Ministério da Saúde.					
131.	Garantir que no mínimo 30% dos recursos financeiros destinados à publicidade sejam direcionados a campanhas de doação de órgãos.					
132.	Que o governo federal garanta uma cota anual de livros para transcrição da literatura brasileira para o Braille, ampliando as opções de leitura e conhecimentos para pessoas com deficiência visual.					
133.	Que os governos federal, estaduais e municipais garantam o repasse de 5% da arrecadação dos planos de saúde para o SUS.					
134.	Que Ministério Público e Poder Judiciário considerem e tratem os desvios de recursos da saúde como crime hediondo.					
135.	Efetivar Política de Habitação com programa de eliminação de todas as moradias precárias, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida e eliminação de doenças decorrentes dessa precariedade, buscando parcerias com os Ministérios das Cidades e da Infra-estrutura, estados e municípios.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
136.	Garantir revisão da padronização de medicamentos do SUS, por meio de comitê científico, com base em protocolos clínicos aprovados pelo Ministério da Saúde, adequando a sua distribuição a partir de estudos epidemiológicos, além de disciplinar o acesso a medicamentos de alto custo, excepcionais e estratégicos, buscando uma legislação específica sobre a Relação Nacional de Medicamentos Padronizados, de tal forma que para cada Código Internacional de Doenças (CID) sejam padronizadas algumas opções terapêuticas, garantindo financiamento e acesso por meio de instrumentos de gestão.					
137.	Que o governo federal, em parceria com o Ministério Público, gerencie a liberação de medicamentos, proibindo a comercialização e distribuição dos medicamentos não aprovados pela ANVISA ou por órgãos reguladores de outros países.					
138.	Repensar o modelo de desenvolvimento adotado pelo Estado, incluindo a efetiva participação do controle social nas discussões para instalação dos empreendimentos e adoção dos componentes de saúde humana e sustentabilidade socioambiental nos processos de licenciamento, na perspectiva do desenvolvimento sustentável.					
139.	Buscar articulações intersetoriais para garantir a acessibilidade, nas três esferas de governo, por meio de projetos voltados à eliminação das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequado, especialmente aos idosos, pessoas com deficiência e gestantes, inclusive unificando as carteirinhas em regiões metropolitanas, a fim de facilitar a locomoção e o exercício de direitos.					
140.	Exigir a aplicação integral do percentual previsto em lei de recursos do ICMS das empresas de açúcar e álcool, para a saúde dos trabalhadores e ressarcimento do impacto ambiental das usinas hidrelétricas e sucroalcooleiros.					
141.	Realizar reforma tributária e administrativa no Estado brasileiro contemplando políticas sociais como saúde, educação, assistência social, moradia, transportes e cultura.					
142.	Elaborar políticas públicas intersetoriais e transversais voltadas às pessoas em situação de rua, portadoras ou não de transtornos mentais, usuários de drogas e com necessidades especiais, repudiando práticas higienistas, repressivas e a violência que incide sobre esses segmentos populacionais.					
143.	Ampliar ações intersetoriais de inclusão social voltadas para pessoas vivendo com HIV/Aids, hanseníase, hepatite C, tuberculose, anemia falciforme e outras patologias crônicas, assegurando apoio necessário para a garantia da preservação da dignidade humana e o direito de ir e vir a estas populações.					
144.	Viabilizar recursos para a implantação de serviços como Casas de Apoio e Centros de Referência e Juizado, para o atendimento por equipe multiprofissional a vítimas de violência de gênero, de ordens física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.					
145.	Que os governos federal, estaduais e municipais implementem uma política intersetorial de segurança pública e cidadania, com comitê de combate à violência e de cultura de paz.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
146.	Criar mecanismos entre organismos governamentais e sociedade civil para garantir a simplificação da aplicação de flexibilidade do acordo TRIPS (Tratado Internacional assinado em 1994, relativo ao direito de propriedade intelectual relacionado com o comércio), tal como o processo de licenciamento compulsório, bem como reavaliar a legislação brasileira acerca de Patentes Papeline.					
147.	Incentivar e implementar políticas públicas intersetoriais de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo centros de pesquisa, laboratórios oficiais, universidades e setor produtivo, com perspectiva ao desenvolvimento de inovações tecnológicas para produzir produtos e processos de interesse à saúde da população, como vacinas, soros, hemoderivados, fármacos, reagentes, softwares, equipamentos diagnósticos e técnicas terapêuticas que atendam aos interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS.					
148.	Articular as políticas públicas de transporte, trânsito, pavimentação asfáltica com a política de desenvolvimento urbano municipal, microrregional e interestadual, com o objetivo de promover o desenvolvimento sustentável, bem como desenvolver políticas sociais que reduzam a necessidade de deslocamentos.					
149.	Retomar o debate sobre a Seguridade Social, integrando os setores da saúde, previdência social e assistência social, discutindo e implantando o orçamento da seguridade social.					
150.	Dar ênfase à intersectorialidade como diretriz para a implementação de políticas públicas voltadas às pessoas idosas, com estabelecimento de parcerias nas áreas de saúde, educação, cultura, lazer, transporte e esportes, para atenção às múltiplas necessidades desta população, com a criação e implementação de conselhos municipais e regionais da pessoa idosa, como estratégia para legitimar a efetivação das políticas públicas.					
151.	Os governos federal e estaduais devem rever e desvincular as políticas sociais, como saúde e educação, da Lei de Responsabilidade Fiscal quanto aos limites de gastos, de forma a ampliar a participação de estados e municípios nos investimentos em saúde e educação, garantindo que os repasses dos governos federal e estaduais sejam efetuados diretamente para pagamento de funcionários envolvidos em programas prioritários.					
152.	Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPIC) no SUS, incluindo Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Antroposofia e Crenologia, bem como o acesso a alimentos naturais, por meio de ações intersetoriais e que os gestores, nos três níveis de governo, garantam em suas pactuações orçamentárias os recursos financeiros para a sua execução.					
153.	Implantar a Política de Promoção da Saúde nos estados e municípios, com a constituição de Comitês Gestores Intersetoriais e com controle social, incluindo ações relacionadas ao conhecimento básico em saúde, alimentação saudável, atividades físicas regulares, combate ao tabagismo e redução do consumo de álcool, com desenvolvimento de projetos que visem à melhoria da qualidade de vida da população.					
154.	Articular intersectorialmente com todas as esferas governamentais e instâncias não-governamentais para propiciar conectividade com todos os municípios do país, em especial para a Região Norte.					
155.	Estimular os municípios a implementar, por meio do estabelecimento de redes, ações relacionadas ao planejamento intersectorial e gestão de cidades, como a Agenda 21 Local, Cidades Saudáveis e Cidades Sustentáveis.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
156.	Que os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores estabeleçam acordos de cooperação com países fronteiriços, com contrapartida dos mesmos e em articulação com a Organização Mundial de Saúde (OMS), visando a disciplinar a oferta de procedimentos e serviços de saúde aos brasileiros e estrangeiros.					
157.	Implementar políticas públicas intersetoriais e interinstitucionais a partir de estratégias que articulem a promoção e a atenção em saúde mental, avançando no processo de desinstitucionalização psiquiátrica e para a inclusão social, incluindo atividades esportivas, culturais e de lazer para apoiar a prevenção do uso de álcool e drogas por crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, em parceria com entidades sociais públicas e privadas.					
158.	Buscar o fortalecimento das ações de geração de emprego e renda por meio de projetos intersetoriais, incluindo os beneficiários do Programa Bolsa Família, com apoio das três esferas de governo, envolvendo diferentes modalidades como grupos de cidadania e trabalho, oficinas terapêuticas, criação de cooperativas sociais, etc., para favorecer a inserção social.					
159.	Sugerir a elaboração de projeto de lei que garanta que as instituições de ensino privadas realizem projetos de atendimento gratuito à população carente.					
160.	Que os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior sejam 100% públicos, devendo ser financiados pelos Ministérios da Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia, para atuação como hospitais de ensino, pesquisa, extensão e assistência, impedindo a substituição de profissionais da saúde por estagiários, que devem desenvolver atividades de caráter educacional.					
161.	Garantir que os alunos contemplados com financiamentos do Fundo de Investimento em Educação Superior (FIES) prestem serviços em locais com escassez de profissionais, por um período igual ao tempo de recebimento do mesmo.					
162.	Que o governo federal suspenda a transposição do Rio São Francisco.					
163.	Que as três esferas de governo no setor da saúde articulem-se com Conselhos Tutelares, Ministérios Públicos, Segurança Pública e outros, a fim de acompanhar, assistir e acolher casos de maus tratos e violência a pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como criar Centros de Reabilitação para menores em situação de risco social.					
164.	Cumprir e divulgar amplamente a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), assegurando o direito do benefício às mães que cuidam de filhos com deficiência e transtornos, bem como incluir renda mínima individual no sistema de proteção social do Estado, como direito básico de cidadania, além de revisar o valor da bolsa do Programa De Volta para Casa.					
165.	Garantir a descentralização de recursos para os governos que implementam políticas de incentivo à contratação de pessoas com doenças crônicas e/ou degenerativas, deficiências físicas ou sensoriais e transtornos psíquicos, bem como a inserção de jovens no mercado de trabalho, visando a potencializar uma política efetiva de reabilitação psicossocial, fornecendo certificado de responsabilidade social às empresas que contratam essa população.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
166.	Que o governo federal cumpra a lei de saneamento básico, com instituição de modalidade de repasse fundo a fundo para municípios e estados, com relação aos recursos hoje administrados pelo Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para esta área.					
167.	Criar dispositivo legal com relação à obrigatoriedade da elaboração de um plano estratégico que garanta a prática da intersetorialidade nas três esferas de governo.					
168.	Regularizar a situação do médico estrangeiro, reconhecendo o exercício legal da profissão desses profissionais no Brasil.					
169.	Garantir um Estado laico, para que as questões de saúde e políticas públicas não sejam guiadas por normas religiosas.					
170.	Reduzir o percentual constitucional destinado ao Poder Legislativo, nas três esferas, com vistas a ampliar os recursos para as ações e serviços de saúde, em especial para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.					
171.	Criar a Semana Nacional de Combate ao Câncer.					
172.	Definir uma política intersetorial de atendimento e abrigo temporário pós-alta hospitalar para adultos sob cuidados especiais em situação de vulnerabilidade social, sem vínculos familiares e/ou com vínculos fragilizados.					
173.	Integrar e harmonizar os serviços dos médicos peritos do INSS e os médicos assistentes do SUS.					
174.	Regulamentar o uso de produtos que trazem riscos para a saúde dos brasileiros (amianto, chumbo, mercúrio, benzeno, radiações ionizantes, agrotóxicos e transgênicos) tornando transparentes as decisões da ANVISA, por meio do controle social, além de estimular a conscientização dos trabalhadores que manipulam estes produtos, com campanhas informativas e educativas.					
175.	Priorizar ações de vigilância e controle de qualidade da água para consumo humano nos locais de captação (rios e lagos), visando a identificar e eliminar fontes de contaminação, promovendo a potabilidade, balneabilidade e dessalinização, ampliando os serviços na rede de abastecimento e incentivando projetos residenciais e industriais de captação e reutilização da água da chuva e energia solar.					
176.	Garantir a implantação de dessalinizador na Ilha de Fernando de Noronha e ampliar os serviços na rede de abastecimento que proporcionem a qualidade da água para consumo humano.					
177.	Fortalecer o Sistema Nacional do Meio Ambiente (SISNAMA) para o cumprimento de suas funções legais estabelecidas na Lei n. 11.445/07, consideradas relevantes para as saúdes humana e ambiental, estimulando as populações da zona rural para o processo de reflorestamento, por meio de ação articulada entre Ministérios da Saúde, das Cidades, do Meio Ambiente e da Agricultura.					
178.	Que o Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, crie institutos de pesquisas de doenças tropicais.					
179.	Que as instituições de ensino superior, em articulação com os serviços de saúde, invistam em campos de estágios, incluindo o Sistema Penitenciário, por meio de projetos, estudos e pesquisas que contribuam com a superação de problemáticas da saúde da população.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
180.	Que o Ministério da Saúde incentive o intercâmbio de conhecimento entre os universos científico e popular/empírico, com a realização de pesquisas de interesse da saúde das populações vulneráveis, produzindo inovações a baixo custo para o SUS.					
181.	O Ministério da Saúde deve criar estratégias tecnológicas e científicas de pesquisa para que sejam avaliados os efeitos colaterais causados por medicamentos e/ou terapias usadas no tratamento de doenças graves e/ou crônicas como HIV/Aids, tuberculose, hanseníase e câncer, levando em consideração os recortes étnico, racial, de gênero e orientação sexual, garantindo os avanços terapêuticos e preventivos atuais e futuros a todos os usuários do SUS.					
182.	Que o Ministério da Saúde articule junto à Secretaria de Ciência e Tecnologia e às Fundações de Amparo a Pesquisas, recursos para apoiar a realização de pesquisas sobre desafios estratégicos do SUS, o desenvolvimento de tecnologias sociais para a qualidade de vida e a interface entre a prestação de serviços e as instituições de ensino, com a participação ativa das Secretarias de Saúde no planejamento, execução e avaliação dos serviços.					
183.	Garantir incentivos para pesquisas científicas e inovações tecnológicas referentes às endemias, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, meio ambiente, trabalho, transporte, ações de saúde para a população GLBTT, e outras.					
184.	Que o Ministério da Saúde garanta tratamento diferenciado às equipes multiprofissionais para atendimento à população indígena, no sentido de fortalecer as práticas tradicionais de cura e autocuidado da medicina tradicional indígena e quilombolas.					
185.	Que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) tenham autonomia financeira, orçamentária e de gestão para a instauração da Política Nacional de Saúde Indígena, com a construção de casas de apoio, compreendendo as terras indígenas como espaços de proteção e produção da saúde.					
186.	Que as políticas relacionadas à Saúde Bucal contemplem a integração entre a medicina preventiva e a odontologia, para o desenvolvimento de ações integrais; a implantação e implementação do Programa de Saúde Bucal em toda a rede de ensino fundamental e médio; e a recomendação ao Conselho Nacional de Educação que não inclua profissionais da área no projeto que institui diretrizes básicas para educação profissional de nível tecnológico (tecnólogo).					
187.	Que os governos federal, estaduais e municipais articulem-se para a implantação de Centros-Dia de referência à atenção à saúde da pessoa idosa em todas as regiões de saúde, com equipe multiprofissional, contemplando atenção integral à saúde da pessoa idosa, garantindo a referência e contra-referência, apoio diagnóstico e medicamentos de alto custo; acesso ao transporte coletivo; implantação de caderneta da pessoa idosa com a divulgação de sua importância e utilização; e antecipação do período de divulgação e realização de campanha da vacinação contra a gripe nos estados do sul do país, em razão das características regionais.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
188.	Que os governos federal, estaduais e municipais desenvolvam ações intersectoriais de promoção da saúde nas três esferas do governo, visando a ampliar as ações de vigilância em saúde, contemplando a obrigatoriedade da apresentação da carteira de vacina no ato da matrícula escolar do ensino infantil e fundamental e nos programas de combate a pobreza do governo federal; a implementação de atividades físicas nas unidades de saúde, regulamentando a atividade de profissionais especializados; e a implementação de ações de controle de zoonoses, hanseníase, tuberculose, meningite, hepatites B e C, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, aids, leishmaniose em cães, além da implementação do Serviço de Verificação de Óbitos nas regiões de saúde.					
189.	Realizar projetos em parceria com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e governos estaduais para ampliar a cobertura das ações e serviços de saneamento básico, com destaque para a vigilância da qualidade da água incluindo a captação e a fluoretação para consumo humano de fontes alternativas em zonas rurais, a construção de fossas sépticas e a destinação adequada de águas servidas e dejetos.					
190.	Implementar Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente em situação de risco, abuso sexual, violência, com ênfase em ações preventivas quanto a gravidez na adolescência, dependência química e DST/Aids, com a participação dos jovens na elaboração e acompanhamento, de acordo com as características de cada região, facilitando o acesso de crianças e adolescentes dependentes químicos e soropositivos ao tratamento e internação pelo SUS.					
191.	Os governos federal, estaduais e municipais devem implantar e implementar ações e serviços em relação à atenção à saúde integral da mulher, contemplando o apoio à Lei Maria da Penha, articulando segurança, assistência social e saúde, e apoiando a implantação de casas de acolhimento para mulheres vítimas de violência; o apoio ao projeto de lei n. 281/05 que prevê a ampliação da licença maternidade para seis meses; o incentivo às instituições públicas e empresas privadas a abrirem creches, garantindo recursos do Ministério da Educação para as creches públicas que recebem crianças de 2 a 7 anos; a garantia de acompanhamento das mulheres beneficiárias dos Programas Sociais (Bolsa Escola, Bolsa Família) pelos Programas de Saúde da Mulher, com assistência pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar, imunização e programas de saúde bucal; e a obrigatoriedade de notificações de casos de violência contra a mulher em todos os serviços de saúde e órgãos públicos.					
192.	Garantir a relação intersectorial entre a saúde do trabalhador e a previdência social no sentido de garantir a compreensão e o tratamento comum entre a perícia médica do INSS e o tratamento e reabilitação desenvolvidos pelo SUS aos trabalhadores adoecidos e acidentados pelo trabalho.					
193.	Implantar e implementar os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CERESTs), em todos os municípios de médio porte, com planejamento, avaliação e divulgação das ações de prevenção, vigilância e atenção à saúde do trabalhador, nos âmbitos municipais, regionais e estaduais, de acordo com a Política da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com poder de autoridade sanitária.					
194.	Inserir as ações de saúde do trabalhador nos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, garantindo seu financiamento, com a implantação de política intersectorial de prevenção, promoção e proteção para acidentados e doenças relacionadas ao trabalho, além de promover discussões entre gestores, empregados e empresas, com orientações sobre qualidade de vida e saúde do trabalhador.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
195.	Implantar Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador em conjunto com os CERESTs para discussão permanente com representantes do INSS, para gerenciar ações de reabilitação e reinserção no mercado, entre outros, de pessoas com transtornos mentais, visando ao atendimento digno e humanizado.					
196.	O governo federal e o Ministério Público devem garantir que a vigilância em saúde do trabalhador seja executada com a participação das unidades de saúde, levando em conta os níveis de atenção e as equipes multiprofissionais, com a participação dos CERESTs e dos Conselhos de Saúde, por meio de comissões intersetoriais de saúde do trabalhador e em parceria com as Delegacias Regionais do Trabalho e o Instituto Nacional do Seguro Social.					
197.	Elaborar portaria interministerial entre MS, MTE, MPS e MEC para garantir a inclusão do módulo de Saúde do Trabalhador em todos os cursos de formação para os profissionais de saúde e o controle social.					
198.	Estabelecer parceria com a Casa da Agricultura visando a ações para elevar a qualidade de saúde do trabalhador, abordando como foco principal os trabalhadores que manuseiam agrotóxicos e carvão.					
199.	Que seja retirado do Congresso Nacional o projeto de lei do Ato Médico.					
200.	Proibir o cultivo de sementes transgênicas.					
201.	Os Ministérios da Saúde e da Educação devem de forma articulada formular uma política de redirecionamento dos cursos de graduação e pós-graduação, que atenda às necessidades do SUS, considerando as mudanças necessárias na estrutura formal da educação na saúde utilizando o SUS como campo de práticas, favorecendo a reorientação e melhoria da qualidade da formação, visando o atendimento das necessidades de saúde da população.					
202.	Recomendar ao Ministério da Saúde e da Educação que, por meio de leis específicas, assegurem o serviço civil público obrigatório remunerado aos estudantes de universidades públicas e privadas que recebem recursos públicos, para passar obrigatoriamente um período mínimo de dois anos trabalhando no serviço público como contribuição/devolução do investimento público recebido durante sua formação.					
203.	Que a União propicie o desenvolvimento de programas de interiorização e residência para os profissionais da área de saúde.					
204.	Criar um sistema de avaliação do recém-formado dentro das áreas básicas, e de cada especialidade médica, objetivando a liberação do registro nos Conselhos Regionais de Medicina.					
205.	Denunciar ao Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Ministério Público, Tribunais de Contas e Controladoria Geral da União, de toda e qualquer irregularidade nas equipes do PSF, entre as quais redução da carga horária dos profissionais, desvios de função, equipes incompletas e o não cumprimento da Portaria n. 648/06.					
206.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem propor ao Congresso Nacional, projeto de lei que estabelece aposentadoria aos 25 anos de serviço aos trabalhadores que atuam em atividades insalubres, e garantir condições salubres de trabalho para os mesmos, em especial para os agentes de endemias da FUNASA, que trabalharam no combate à malária e outras endemias, manipulando produtos químicos.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
207.	Propor a agilização da aprovação no Congresso Nacional do projeto de lei n. 026/2007, que concede dispensa de incorporação aos conscritos que se encontram no mercado formal de trabalho, alterando a Lei n. 4375/64.					
208.	Exigir que a Vigilância Sanitária e o Conselho Federal de Medicina, com auxílio do Ministério Público, façam cumprir as Leis ns. 5.991/73 e 9.787/98 que exige dos profissionais médicos receitas legíveis, manuscritas ou datilografadas, com prescrição de medicamentos da farmácia básica (relação municipal de medicamentos), pelos nomes da Denominação Comum Brasileira.					
209.	Rever a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e Programa de Ajuste Fiscal (PAF) no sentido de garantir uma política salarial para os funcionários e que os profissionais vinculados aos programas federais, entrem no gasto de pessoal da união e não dos municípios.					
210.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem buscar parcerias com outros setores para desenvolver uma política de saúde dos trabalhadores da saúde, com ênfase na promoção e na intersetorialidade, em especial com o Ministério da Previdência para melhorar a qualidade do atendimento dos peritos do INSS.					

Propostas para a Plenária Temática do Eixo II

Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
1.	Retomar os princípios da Reforma Sanitária no que diz respeito à saúde como direito de seguridade social e componente indissociável do desenvolvimento social, fortalecendo as relações entre os diversos setores, cumprindo a legislação do SUS, em particular no que tange ao acesso universal de atenção à saúde.					
2.	Efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196), assegurando o Estado Laico como pressuposto da efetivação das diretrizes e princípios do SUS, nas três esferas de governo, independente da administração vigente, reconhecendo a diversidade populacional e suas especificidades, de sexo, étnico/raciais, crença e cultura, geracionais, orientação sexual, necessidades especiais e procedências regionais, garantindo a equidade na atenção integral para formulação de políticas e ações, visando a melhoria da saúde e da qualidade de vida.					
3.	Garantir, nas três esferas de governo, o repasse dos recursos da seguridade social ao financiamento das áreas de assistência social, previdência social e saúde, destinando 30% ao orçamento da saúde e retomando o seu princípio da unicidade.					
4.	Trabalhar pela ampla discussão e aprovação do projeto de lei de responsabilidade sanitária, a fim de garantir recursos das três esferas de governo para implementação da Política de Saneamento Básico e Proteção do Meio-ambiente com repasses fundo a fundo, atendendo especialmente as comunidades Quilombolas, população flutuante, ribeirinhas, indígenas, povos da floresta e rurais, negras e do movimento dos/das sem terras, dando ênfase a inspeção sanitária das condições de trabalho, conscientizando a população urbana e rural sobre possíveis riscos dos diferentes tipos de trabalho.					
5.	Aumentar o incentivo do teto financeiro, garantindo repasse fundo a fundo das ações de vigilância em saúde (vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental), considerando a Amazônia Legal, Nordeste e áreas de Fronteiras, visando a reestruturação da vigilância em saúde nos municípios, considerando os indicadores epidemiológicos, geodemográficos e o índice de desenvolvimento humano - IDH;					
6.	Estimular e assegurar condições para a implementação e o funcionamento do controle social para a seguridade social, reativando o Conselho e o Fórum de Seguridade Social, garantindo a divulgação das prestações de contas relativas à seguridade social, nas três esferas de governo.					
7.	Interiorizar o atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, credenciando médicos do Sistema Único de Saúde para realizar perícias médicas para o estabelecimento de aposentadoria e auxílio-doença aos trabalhadores rurais e outros, integrando, organizando e fortalecendo o fluxo entre o SUS, o INSS e o SUAS - Sistema Único de Assistência Social.					
8.	Promover o intercâmbio entre as instituições de seguridade social, de saúde e controle social, visando a garantia de benefícios, dentre eles a aposentadoria integral do trabalhador da saúde, o seguro de vida para todos os profissionais envolvidos em atendimento pré-hospitalar e do transporte terrestre e aéreo de pacientes.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
9.	Assegurar a seguridade social (Assistência Social, Saúde e Previdência Social) como política de estado de proteção social, nas três esferas de governo, mediante implementação de políticas públicas e ações intersetoriais como ações estratégicas voltadas para a redução das desigualdades sociais, promotoras de inclusão social, qualidade de vida e saúde, incluindo a aplicação do seu superávit nas áreas mais necessitadas.					
10.	Garantir a seguridade social para quilombolas, ciganos e população indígena, incluindo os índios urbanizados, que não devem ter seus direitos restritos.					
11.	Garantir que, enquanto vigorar, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) tenha aplicação integral de sua arrecadação para a saúde, conforme proposição original, com ênfase na atenção básica e promoção de saúde, com destinação proporcional de recursos aos Municípios, e transferência fundo a fundo, assegurando-se o Controle Social e ampla divulgação da prestação de contas e excluindo-se de seus investimentos os programas de assistência (bolsa família, vale gás entre outros), e com ressarcimento ao Orçamento da Saúde dos recursos utilizados indevidamente.					
12.	Garantir que os recursos disponibilizados para saúde por meio da CPMF tenham um percentual diferenciado para Região Amazônica.					
13.	Regulamentar, por meio de aprovação imediata do PL 001/2003, observando a recuperação da inflação e a variação nominal do PIB anualmente, a Emenda Constitucional 29, garantindo que o financiamento das ações e serviços de saúde seja de forma tripartite, fiscalizando-se com rigor por meio de ações do Controle Social e do Poder Legislativo, o seu cumprimento de forma transparente para distribuição, aplicação e avaliação efetiva dos resultados obtidos com os recursos aplicados, priorizando as ações de saúde de promoção e prevenção, mantendo-se interlocução com o Ministério Público nos casos de descumprimento.					
14.	Regulamentar, por meio de aprovação imediata do PL 001/2003 nos termos já aprovados pelas Comissões da Câmara Federal que tem como referência a Resolução CNS n. 322/2003, a Emenda Constitucional 29, garantindo que o financiamento das ações e serviços de saúde seja de forma tripartite, fiscalizando-se com rigor, por meio de ações do Controle Social e do Poder Legislativo, o seu cumprimento de forma transparente para distribuição, aplicação e avaliação efetiva dos resultados obtidos com os recursos aplicados, priorizando as ações de saúde de promoção e prevenção, mantendo-se interlocução com o Ministério Público nos casos de descumprimento.					
15.	O Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, devem rever a porcentagem repassada pelo estado para a saúde de 12% para 15%, bem como os limites financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, das internações, de forma transparente e objetiva.					
16.	Criar o FUNAFIR (Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação dos Hospitais Privados, sem fins lucrativos e Hospitais Públicos - PL 146/99) em âmbito nacional, para financiar Hospitais Públicos e Filantrópicos com conselhos gestores para controle, avaliação e fiscalização.					
17.	Considerando o aumento da população flutuante em decorrência de empreendimentos agregados, tais como usinas de álcool e presídios, que podem alterar o perfil epidemiológico e sanitário, garantir implementação de financiamento tripartite a projetos que visem atender à esses municípios.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
18.	Que as pactuações intergestores garantam repasse de maiores investimentos financeiros para os municípios pólos de saúde, em virtude de atenderem uma maior demanda populacional, para ampliar, reformar, construir, manter, recuperar e comprar equipamentos para as unidades de saúde em todos os níveis de complexidade, considerando as peculiaridades das regiões, para fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde da população, incluindo a saúde mental.					
19.	Que o OGU (Orçamento Geral da União) priorize a liberação dos recursos para compra de ambulâncias para os Municípios.					
20.	Definir política de financiamento para a gestão do trabalho em saúde com recursos das esferas federais e estaduais.					
21.	Proibir que os recursos recebidos do nível Federal, Estadual e contrapartida Municipal para o SUS, sejam destinados ao pagamento de previdência e da assistência médica de servidores dos três níveis de governo.					
22.	Aumentar investimentos municipal, estadual e federal para o pagamento dos profissionais do SUS.					
23.	Extinguir a forma de financiamento no SUS mediante pagamento por procedimentos.					
24.	Rever e atualizar, no máximo a cada dois anos, a tabela do SUS (SIA/SIH), garantindo que os valores sejam pagos de acordo com a complexidade e o custo dos procedimentos, sem atrasos e juntamente com as contrapartidas dos tesouros municipais e estaduais.					
25.	Os Governos Federal e Estaduais devem aumentar o financiamento dos hospitais públicos, investindo nos hospitais de pequeno porte, a fim de diminuir os encaminhamentos das unidades básicas de saúde e da média complexidade para os hospitais de referência, atendendo aos parâmetros operacionais através da Central de Regulação Médica de Urgência.					
26.	Que o Ministério da Saúde recomponha e reajuste os tetos financeiros estaduais e municipais, considerando como critério de financiamento as condições sócio-econômicas e perfil epidemiológico dos Estados e Municípios, a programação de gastos e implantação e implementação das ações de vigilância em saúde e nos três níveis de assistência, observando a descentralização do orçamento e repasse fundo a fundo, conforme Legislação pertinente e normas complementares, criando mecanismos de punição no seu descumprimento.					
27.	Que o Ministério da Saúde corrija as iniquidades entre os Estados que possuem valor per capita abaixo da média nacional em relação ao financiamento da média e alta complexidade, de acordo com as peculiaridades regionais e cenários epidemiológicos, para definir as prioridades de investimentos, concretizando uma política de financiamento diferenciada, cuja aplicação seja fiscalizada pelos conselhos de saúde.					
28.	Viabilizar recursos extras para os municípios do SIS-FRONTEIRAS, para implementação das ações de assistência à saúde e à vigilância sanitária, em especial aos que tem aduanas e maior fluxo de estrangeiros e municípios litorâneos com demandas de não residentes nos meses de verão.					
29.	Que os gestores nos três níveis de poder, garantam recursos financeiros para implementação das ações do Pacto pela Saúde, Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI), aumento do teto financeiro da Programação Pactuada e Integrada (PPI), implantação do cartão SUS em todos os municípios adotando sistemas tecnológicos de informática viáveis e acessíveis, atendendo inclusive, a população flutuante agilizando cadastros, prontuários eletrônicos e integração de serviços.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
30.	Que o Ministério da Saúde garanta a formulação, o financiamento e implementação de programas e ações de Redução de Danos sociais à saúde, considerando as peculiaridades locais e regionais.					
31.	Garantir que os recursos das emendas parlamentares sejam repassados diretamente aos estados, municípios e Distrito Federal sem a interferência dos deputados, devendo ser utilizados de acordo com as prioridades previstas nos respectivos planos de saúde e prioridades pactuadas sob o controle do respectivo conselho de saúde, objetivando o fim das emendas parlamentares no Orçamento Geral da União para Saúde, com repasse financeiro fundo a fundo.					
32.	Garantir financiamento do Ministério da Saúde para o atendimento adequado às características da região Amazônica, considerando a cobertura da atenção a saúde de sua população em todos os níveis de atenção e levando em conta a necessidade de ampliação dos tetos financeiros das diferentes políticas públicas de saúde.					
33.	Garantir recursos específicos na esfera federal para o tratamento fora do domicílio - TFD, de acordo com as demandas municipais, para garantir locomoção e ajuda de custo dos pacientes e acompanhantes.					
34.	Garantir financiamento nas três esferas de governo para criação, implementação, ampliação e manutenção dos serviços de referência a saúde do idoso, pessoas com deficiência, crianças, adolescentes e tratamento de saúde mental, disfunção erétil e homofobia com equipe multiprofissional, para o desenvolvimento das ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, e a ampliação do acesso inclusive em municípios de menor porte.					
35.	Destinar recursos financeiros da esfera federal para o transporte aéreo de pacientes que requerem atendimento especializado e de emergência em áreas de difícil acesso.					
36.	Criar um fundo distrital centralizado para captar os recursos destinados à saúde indígena, com repasse fundo a fundo e sob a fiscalização do Conselho Distrital de Saúde Indígena.					
37.	Aumentar a verba de transferência federal para garantir a implementação e ampliação da Política de Planejamento Familiar em todos os municípios, considerando as diretrizes de atenção integral à saúde da mulher.					
38.	Ampliar recursos financeiros destinados para o programa de órteses e próteses bem como a inclusão de novos itens tais como: sonda para auto cateterismo vesical, aparelhos ortodônticos, bomba de infusão contínua e respectivos materiais específicos entre outros.					
39.	Garantir recursos das três esferas de governo para implementação das Políticas de Saúde, aquisição e manutenção de transporte terrestre e fluvial estruturados (ambulanchas e consultórios móveis) para realizar atendimento itinerante direcionado as áreas de acampamento de sem terras, comunidades Quilombolas, população flutuante, ribeirinhas, indígenas, povos da floresta e rurais, com incentivos financeiros aos trabalhadores que atuam nessas áreas, além da construção de casas de apoio /referência nas capitais ou municípios pólos.					
40.	Considerando o racismo institucional existente na sociedade brasileira e sua necessária superação, ampliar e garantir recursos financeiros para a realização de pesquisa estratégica para o SUS com enfoque em gênero, cor raça/etnia.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
41.	Assegurar financiamento e ampliar a oferta na assistência básica, média e alta complexidade nos municípios, assegurando o acesso à Terapia Renal Substitutiva e a implantação e implementação de centrais de regulação do acesso, aos portadores de doenças renais crônicas, conforme necessidade epidemiológica, de forma que o setor privado passe a constituir-se serviço complementar.					
42.	Que as Secretarias Estaduais e Ministério da Saúde firmem parcerias para a alocação de recursos visando a aquisição de maior quantitativo e variedade de medicamentos da Farmácia Básica, medicamentos de Alto Custo e dos Programas Estratégicos.					
43.	Garantir financiamento às Organizações Governamentais (OG) e Organizações Não Governamentais (ONG) para programas de prevenção ao uso de drogas, inclusive as lícitas, junto às escolas, igrejas, associações de moradores e comunidade em geral.					
44.	Ampliar e atualizar os recursos repassados, garantindo financiamento tripartite e incentivo QUALIS, para a implantação e reestruturação das Equipes de Saúde da Família/ESFs, Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS e Equipes de Saúde Bucal, considerando as dificuldades de acesso e as realidades regionais, visando melhores condições de trabalho das equipes.					
45.	Que o governo federal proíba, por meio de normas específicas, que os gestores locais contabilizem como custeio as verbas destinadas aos incentivos da Estratégia Saúde da Família.					
46.	Os governos federal e os estaduais devem proceder a cobrança junto às empresas, dos custos despendidos com o atendimento e recuperação de trabalhadores lesionados por acidente de trabalho ou condição inadequada de trabalho (LER/DORT, dentre outras).					
47.	Garantir que os recursos necessários para efetivação das ações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS, estejam inseridos na LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias e LOA – Lei Orçamentária Anual nas três esferas de governo, na PPI-Programação Pactuada e Integrada, PDR-Plano Diretor de Regionalização e no PDI-Plano Diretor de Investimento, considerando a população flutuante de trabalhadores, efetivando parcerias com empresas para que garantam atendimento e monitoramento da Saúde do Trabalhador de forma preventiva.					
48.	Os governos federal e estaduais devem redistribuir, de forma mais equânime, os recursos dos impostos, uma vez que as responsabilidades dos municípios têm crescido, destinando parte da arrecadação dos impostos das drogas lícitas para financiamento das ações das organizações que trabalham com prevenção, tratamento, redução de danos e recuperação de dependentes químicos.					
49.	Reafirmar o SUS como uma política de Estado, implementando ações, segundo seus princípios e diretrizes, mediante a organização de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que contemplem a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação mediados por sistemas de regulação sob controle social.					
50.	Substituir a titularidade FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL das gestões e serviços de saúde pela sigla SUS.					
51.	Fortalecer a gestão e a rede pública de saúde e rejeitar a adoção do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado, organizações sociais (OS) e Organizações Sociais de Interesse Público (OCIPS), bem como regimes de concessão pública, ampliando os serviços públicos como condição para efetivar a universalidade e a integralidade da atenção					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
52.	Proibir a cessão de servidores públicos para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e coibir que hospitais privados usem recursos e patrimônios públicos					
53.	Recomendar ao Congresso Nacional e ao Senado Federal a rejeição e/ou a retirada do Projeto de Lei 92/07 e determinar ao Ministério da Saúde e secretarias de saúde a realização de auditorias nas unidades e serviços de saúde terceirizados, contratualizados e em regimes de concessão pública efetivados pelo SUS, com o objetivo de realizar um progressivo cancelamento dos termos celebrados e avançar em direção à completa prestação de serviços pelo setor público.					
54.	Não privatizar o SUS. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde se posicione contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado e/ou Organização Social, e/ou OSCISPS em qualquer esfera do governo (Federal, Estadual e Municipal), tendo em vista ferir os princípios do SUS e controle social, pondo em risco o acesso em qualidade dos serviços aos usuários. E, que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o Projeto Lei, que da direito a contratar serviços de saúde através de Fundações Estatais e articular os atores sociais para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde através de OSCIPs e OS					
55.	Cumprir e fazer cumprir os preceitos constitucionais e princípios do SUS, implementando a atenção integral à saúde com ações intersetoriais baseados na integralidade, equidade, universalidade, na descentralização e na participação social para promoção, proteção e recuperação da saúde a partir das necessidades, respeitando peculiaridades regionais, e que seja divulgado para a comunidade.					
56.	Que a 13 Conferência Nacional de Saúde vede a terceirização das ações de Vigilância Sanitária, que são atribuições exclusivas do Estado Brasileiro nas suas três esferas					
57.	Ampliar o investimento nas políticas públicas de promoção e prevenção em todos os níveis do sistema de saúde. Implantar modelo de atenção onde a UBS seja a porta de entrada para o sistema com equipe multiprofissional necessária para realizar as ações de promoção e prevenção; melhorar a qualidade do atendimento nas USF: atendimento com hora marcada, capacitação dos ACSs para melhor desempenho de sua função, estabelecimento e disponibilização para população do cronograma de visitas domiciliares dos ACS.					
58.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem viabilizar as ações específicas referidas na Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria MS nº. 687, de 30 de março de 2006, viabilizando recursos financeiros e capacitando profissionais para a sua execução					
59.	Fortalecer uma nova cultura da atenção ao usuário e das relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, garantindo os direitos dos usuários à informação integral e mecanismos de valorização dos trabalhadores e usuários, por meio da educação permanente e do direito à participação na gestão					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
60.	Garantir nos espaços institucionais do SUS atendimento humanizado com avaliação sistemática e participativa, e sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde com vistas a eliminar os preconceitos, mediante a criação dos grupos de trabalho em humanização conforme orientação PNH, institucionalizado o cuidado ao cuidador, pactuando com os diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores e usuários), a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH).					
61.	Estabelecer cotas de exames de média complexidade por Unidades de Saúde em todas as esferas de governo na gestão da saúde, de acordo com as características de atendimento das mesmas, segundo protocolo formalizado para que seja proibida a solicitação fora dos padrões estabelecidos.					
62.	Estimular e apoiar formação de consórcios entre entes públicos como instrumento para viabilizar a oferta de serviços especializados de saúde de forma compartilhada e a regionalização da assistência.					
63.	Criar instrumentos de avaliação técnica e qualitativa, que incorpore a avaliação dos usuários e realizar avaliação dos serviços de saúde pública e os privados e filantrópicos credenciados, contratualizados pelo SUS e descredenciando os que discriminarem os usuários, desrespeitarem as normas do direito público e os padrões de qualidade preconizada nas legislações pertinentes					
64.	Implantação de modelo de gestão horizontalizado, baseado em unidades de produção (unidades responsáveis por agrupar processos e tomadas de decisão para execução de produtos bem definidos, ex: todos envolvidos com a saúde da criança formariam uma unidade de produção de saúde da criança), privilegiando as áreas finalísticas (áreas de assistência e não as áreas meio) com gestão participativa e colegiada estabelecendo metas quantitativas e qualitativas para cada unidade e/ou serviço					
65.	Propor ao Ministério da Saúde rever, reajustar e incrementar os valores dos procedimentos da tabela do SUS					
66.	Elaborar um programa de investimentos com contrapartida dos três entes federados para a aquisição de equipamentos e material de consumo das Unidades de Saúde, regulando a distribuição de equipamentos e insumos na rede (ambulatórios, laboratórios e hospitais) a partir de critérios técnicos e de acordo com as necessidades da população.					
67.	Organizar e agilizar a marcação e ampliar a oferta de exames, sistematizando e informatizando o sistema de marcação de consultas, exames e leitos, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde de média e alta complexidade					
68.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem fortalecer as entidades filantrópicas que prestam serviço à saúde e reafirmarem os seus compromissos com os princípios e diretrizes do SUS					
69.	Na arquitetura e organização da Rede de Urgências deve contemplar a implantação de Unidades de Saúde da Família com extensão de carga horária ou Unidades de Pronto- Atendimento com funcionamento 24 horas em substituição aos HPP's (hospitais de pequeno porte). E, melhorar o parâmetro de ofertas de média e alta complexidade					
70.	Garantir a permanência da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) na estrutura do Ministério da Saúde.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
71.	Desagregar as informações dos dados de saúde sobre mortalidade materna, infantil e neonatal pelas variáveis raça/cor e gênero, permitindo a identificação das desigualdades existentes e, a promoção de ações e estratégias orientadas para o enfrentamento dos problemas. Bem como, rever o repasse fundo a fundo para as endemias, mudando a forma de financiamento per capita para o financiamento com base nas necessidades de cada município					
72.	Que o Governo Federal garanta a efetivação do cartão SUS como mecanismo de controle de regulação das ações dos municípios, bem como, Informatizar o atendimento do usuário do SUS criando um banco de dados para cadastrá-lo de forma permanente todo o dado (prontuário eletrônico), devendo implantar protocolos de rotinas e fluxo de pacientes, visando a otimização dos serviços.					
73.	Garantir de forma efetiva a implantação do Cartão SUS e o prontuário eletrônico e estabelecer que haja reajuste da tabela do SIA/SUS. (Sistema de Informação Ambulatorial)					
74.	Assegurar e investir nos Sistemas de Informação Integral para o Sistema Único de Saúde, através de implantação e implementação do cartão SUS e do prontuário eletrônico, bem como, da integração dos bancos de dados já existentes (SIM, SINASC, SINAN, SIA, SIH, SIAB, SISMASUS e outros) por meio de estabelecimento de padrões para representação e compartilhamento de dados em saúde, com garantia jurídica de privacidade e confidencialidade, garantindo a melhoria dos registros, dos bancos de dados e da geração de informação objetivando planejamento real e de qualidade das ações de saúde, otimização dos recursos e avaliação dos impactos das ações					
75.	Implantar instrumentos de gestão da oferta de ações e serviços de saúde que possibilitem o agenciamento destas cada indivíduo, de acordo com suas necessidades, facilitando a conformação dos projetos terapêuticos individuais e coletivos e mudar a lógica de financiamento da produção de procedimentos para a lógica de cuidados com o usuário.					
76.	Criação de Conselho de Gestão dentro de cada Regional em sintonia com os conselhos Municipais de Saúde					
77.	Que o Ministério da Saúde, implante mecanismos de modernização administrativa para as Secretaria de Estado da Saúde de forma a adequá-la às exigências cotidianas da gestão dos estabelecimentos de saúde estaduais, inclusive nas áreas de logística, compras, e gestão de contratos, garantindo recursos para estruturação, reestruturação e manutenção física e de equipamentos, de acordo com as necessidades e especificidades e, ampliar e equipar os espaços físicos da rede SUS com Recursos Humanos, Materiais, Medicamentos e Insumos.					
78.	Que todos os Municípios tenham subsídios do Governo Federal e Estadual para o funcionamento do SUS com mais eficiência e, recompor os valores dos procedimentos constantes nas tabelas do SUS adequando-as para garantir aumentos diferenciados, levando em conta os valores dos procedimentos com maior defasagem, bem como, solicitar que o Ministério da Saúde utilize efetivamente como instrumento de controle de PPI e como forma de garantir os planos de saúde privativo restitua ao SUS os valores dos serviços prestados;					
79.	Que o Teto Financeiro para pagamento de indenizações de campo permaneça sob responsabilidade do Governo Federal mantendo as normativas da instrução 03/01.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
80.	Instituir no âmbito do MS e das Secretarias Municipais de Saúde o processo de avaliação dos modelos de atenção à saúde, incluindo as ações de prevenção, promoção e agravos relativos ao consumo de bens e serviços e as interações com o meio ambiente de trabalho e de vida, na atenção básica e da estratégia de saúde da família, divulgando amplamente os resultados, qualificando e aperfeiçoando os modelos de acordo com as necessidades e especificidades de cada loco região.					
81.	Implantar com as redes assistenciais programas e protocolos para populações vulneráveis em especial acampamentos, assentamentos, caminhoneiros, população indígena, quilombolas, população privada de liberdade, profissionais do sexo e populações migrantes					
82.	Garantir a assistência fisioterapêutica e fonoaudiológica e nos Municípios, por meio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, de forma descentralizada.					
83.	Que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde pactuem a implantação/implementação, entre outros, dos seguintes serviços: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento em Medicina Hiperbárica, utilizado para o tratamento de lesões e queimaduras graves, isquemias, embolia, etc.; • Tratamento oftalmológico a laser para o atendimento de Oftalmologia em Retinopatia Congênita e Deslocamento de Retina e implantar campanhas de Prevenção na Oftalmologia para crianças e adultos; • Ações de saúde para atendimento aos portadores de albinismo; • Criação de um programa de controle e tratamento de Vitiligo. 					
84.	Garantir e estabelecer o serviço e os protocolos de referência e contra-referência com objetivo de assegurar o tratamento e acompanhamento do paciente entre os serviços próprios e conveniados, de preferência mais próximos ao município.					
85.	Adotar os protocolos clínicos nas condutas terapêuticas do SUS, devidamente autorizados pelo comitê de ética e revisados a cada cinco anos em conjunto com as sociedades de especialidades médicas, visando à atualização de novas técnicas, equipamentos					
86.	Elaborar e implementar um projeto de intervenção específico para a Região da Amazônia Legal que contemple as áreas de recursos Humanos, financiamento, fortalecimento da atenção primária e enfrentamento das doenças endêmicas					
87.	Lutar pela construção ascendente e estratégica dos planos de saúde, com envolvimento e participação efetiva de servidores públicos e lideranças locais no processo de programação e avaliação do alcance de metas e garantir o modelo de atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, baseado nas linhas de cuidado, com referência e contra-referência e com centrais de Regulação; garantia de acesso a leitos hospitalares regionalizados, hospitais equipados e atenção multiprofissional fortalecendo os órgãos controladores e reguladores de saúde e a valorização dos servidores e usuários					
88.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde devem criar o Comitê de Investigação de Acidentes Fatais					
89.	Estabelecer critérios claros para deferimento e/ou indeferimento dos processos do Programa de Oxigenoterapia. (202)					
90.	Cumprir a PT/MS 1737/04, que dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no SUS, incluindo o aumento das cotas para o setor público.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
91.	Ampliar o número de leitos para realização de cirurgias de alta complexidade e ampliar o número de mutirões de cirurgias eletivas hospitalares e a permanência do mutirão de cirurgias de catarata, ampliando para doenças de pele e pelo perfil epidemiológico de cada região bem como os leitos de retaguarda, leitos UTI e UTI neonatal com a aquisição de equipamentos e instrumentos com especificações técnicas adequadas para atendimento e de acordo com a demanda na saúde da população					
92.	Garantir que Ministério da Saúde reajuste em 100% o valor do repasse estadual para os tratamentos fora do domicílio baseando-se na necessidade local, para usuários que necessitam de tratamento especializado em serviços de referência médica.					
93.	Lutar pela defesa do SUS, garantindo a assistência gratuita à saúde, e que o setor privado seja contratado de forma complementar. Que sejam firmados contratação de 100% dos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde na rede SUS, financiados com recursos públicos estadual e federal; com a garantia do pagamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) autorizadas e o pagamento imediato dos serviços realizados pelos prestadores, inclusive as de pacientes regulados pela Central de Leitos/SAMU					
94.	Os governos federal, estaduais e municipais devem estabelecer convênios com instituições privadas prestadoras de serviços de saúde para oferecerem ações e serviços de prevenção e promoção da saúde, como por exemplo atenção odontológica.					
95.	Instalar auditoria federal para investigar o processo de terceirização das ações de saúde, aplicação dos recursos financeiros destinados aos municípios para controle de endemias e a descentralização desses serviços. E, a revisão de todos os Contratos de Terceirização e, extinguindo a possibilidade de novos contratos desta natureza, pois encontra-se sem consonância com os princípios e diretrizes do SUS.					
96.	Implantar uma política que regule os planos de saúde para evitar migração para o SUS na alta complexidade e garanta o ressarcimento efetivo ao SUS dos valores cobertos por planos de saúde, conforme legislação vigente.					
97.	Viabilizar e garantir convênios municipais, estaduais e federais com entidades beneficentes que prestam atendimentos complementares de reabilitação na área de fonoaudiologia, psicologia, otorrinolaringologia, terapia ocupacional e fisioterapia.					
98.	Fortalecer a atenção primária nas suas funções essenciais: resolutiva, a quem compete resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; coordenadora com atribuição de organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção e função de co-responsabilização pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto que se encontrem da atenção a saúde; priorizar o financiamento e as ações voltadas para a atenção primária visando garantir a resolubilidade e a qualidade adequada diferenciada na região amazônica visando o atendimento dos Povos da Floresta e do Campo					
99.	Capacitar os técnicos do SUS, os gestores, formuladores de políticas no processamento, acesso e análise dos dados de interesse da saúde e uso da informação para a tomada de decisão visando o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde no Brasil para a construção de instrumentos e indicadores da avaliação da efetividade destas estratégias					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
100.	Criar política de despreciação garantindo os direitos trabalhistas e meios de efetivação de todos os trabalhadores da saúde nos vários níveis de atenção, teto salarial, isonomia salarial para profissionais de mesmo nível de formação e de carga horária, adicionais de insalubridade, risco de vida e periculosidade aos profissionais de saúde em exercício nos serviços de saúde, nos índices de 40% sobre o piso salarial; bem como recompor o salário dos trabalhadores de saúde com o acréscimo das perdas salariais não atendidas em anos anteriores e cumprir a reposição salarial anual e o 13º salário para todos.					
101.	Garantir a despreciação do trabalho na saúde com a implantação imediata do Plano de Cargo Carreira e Remuneração/PCCR- SUS como pré-requisito para as pactuações através das Diretrizes Nacionais já aprovados; realizar através de setor de RH concurso público para preenchimento de cargos nas diversas áreas da saúde inclusive os que atuam na saúde indígena, considerando as especificidades regionais e locais, visando a substituição dos aposentados e em vias de aposentadoria, incentivando a interiorização, garantindo a fixação destes no interior, priorizando-os nas capacitações de qualificação permanente.					
102.	Garantir a regulamentação do Projeto de Lei nº. 2354 / 2003 que dispõe sobre a regulamentação do trabalho das parteiras tradicionais.					
103.	Os delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde apoiam a regularização da profissão de massoterapeuta.					
104.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde devem garantir a todos os profissionais de saúde com especialização em acupuntura, assim como os médicos especializados em homeopatia, o exercício de suas atribuições profissionais através da realização de concursos em todos os municípios.					
105.	Exigir que as instituições públicas de saúde cumpram o estabelecido pelo decreto n.º 5.626/05, o qual estabelece que as empresas concessionárias de serviços públicos de saúde devem dispor de, pelo menos, cinco por cento de trabalhadores capacitados para o uso e a interpretação da língua brasileira de sinais (libras) para atuar como intérprete nos serviços de saúde - (SUS,) ao atendimento às pessoas com deficiências visuais e auditivas,					
106.	Regulamentar a jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os trabalhadores da saúde que não tem regulação específica e garantir o seu cumprimento visando o funcionamento dos serviços de acordo com as necessidades dos usuários bem como, assegurar tempo para as reuniões das equipes.					
107.	Garantir a implantação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, nas esferas Estadual e Municipal, a fim de estabelecer a gestão democrática nas relações de trabalho.					
108.	O Ministério da Saúde deve incentivar e apoiar as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde para a estruturação de Política de Avaliação de Desempenho dos Trabalhadores que contemple a auto avaliação, o estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas de desenvolvimento e desempenho dos trabalhadores, das equipes e dos serviços e de estabelecimentos de critérios de qualificação de excelência aos indicadores da GID (Gratificação de Incentivo ao Desempenho)					
109.	Que as instituições da rede de saúde pública cumpram seus protocolos e que sejam criadas Comissões de Ética nas 3 esferas para analisar as posturas profissionais, para efetivação do controle social.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
110.	Fazer cumprir pelos três níveis de governo, a responsabilização pela estruturação, regulação, controle e ajuste da Política de Recursos Humanos para a saúde - NOB RH implantando uma política gerencial que possibilite aos funcionários participar da dinâmica do trabalho, aproveitando e valorizando os profissionais, permitindo seu crescimento, a melhoria do serviço além de garantir relações pautadas no respeito mútuo bem com, divulgar e aplicar a Lei 13.228 que se refere ao assédio moral, inclusive aos mandatários de cargos nomeados e estabelecendo fluxo de apuração de denúncias e responsabilização					
111.	Implantar e garantir que os cargos de diretores e gerentes das unidades públicas de saúde, incluindo hospitais de pequeno ,médio e grande porte sejam escolhidos pelos(as) trabalhadores (as) e usuários(as) através de eleições diretas e definir instrumentos legais normatizadores garantindo que as áreas técnicas de gestão sejam profissionalizadas e preenchidas por servidores com conhecimento, habilidade e competência para o exercício das suas funções na esfera federal.					
112.	Dimensionar recursos humanos observando critérios epidemiológicos, capacidade instalada da unidade, os serviços prestados, recomendações e resoluções efetuadas pelos Conselhos Profissionais, garantindo no quadro de pessoas a Reserva Técnica de Profissionais da Saúde, visando cobrir férias, licenças e outros afastamentos previstos em Lei, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados.					
113.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde devem renovar semestralmente o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Profissionais de Saúde visando a racionalização do sistema de gestão de pessoas concentrando os profissionais de saúde especializados onde há necessidade urgente e, o cruzamento com os dados fornecidos pelos prestadores de serviços quanto aos seus profissionais de saúde.					
114.	Realizar o concurso público para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), como meio de ingresso ao SUS, garantindo a permanência dos atuais trabalhadores, cumprindo a Emenda Constitucional 51 e Lei 11.350 e também regulamentar a profissão dos Agentes indígenas de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN) valorizando-os e proporcionando melhoria nas condições de trabalho e garantia da isonomia salarial entre agentes de saúde, com contratação através do Regime Jurídico Único- RJU e, institucionalização do pagamento de sua insalubridade.					
115.	Garantir o vínculo empregatício na contratação do Agente Comunitário de Saúde, Agentes de Combate às Endemias, -Agente Comunitário de Saúde Indígena (ACSI)respeitado todos os direitos trabalhistas afiançando as condições de trabalho por meio de uniforme completo, filtro solar, crachás, guarda – chuvas, sapatos, cadernos e outros, facilitando o trabalho nas localidades de difícil acesso (zona rural e urbana)bem como garantindo as devidas indenizações de campo com base na Lei Federal Nº 8.216 (13/08/91- Art. 16).					
116.	O Ministério da Saúde deve revisar a Portaria GMS 648/GMS, de 28 de março de 2006, para adequar as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias à Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulariza o trabalho destes e garantir realização do exame de Colinesterase para os Agentes de Endemias.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
117.	Repassar integralmente, por parte dos gestores municipais, o valor que dispõe à portaria 1761/07 para os ACS's a nível nacional, no salário base, modificá-la no tocante ao repasse mensal fundo a fundo por ACS (ministério/município) ficando 50% do repasse em espécie para os ACS como forma de incentivo ao trabalho mensalmente e que o piso salarial dos ACS's sejam igual ou superior ao valor do incentivo pago pelo MS					
118.	Aumentar os recursos financeiros, materiais e de equipamentos para os Agentes de Endemias nas três esferas de governo, integrando suas ações com as ações dos Agente Comunitário de Saúde (ACS), nas informações epidemiológicas e entomológicas, como também unificação das áreas de abrangência do ACS e agentes de endemias, nas três esferas de governo.					
119.	Garantir recursos semelhantes ao Programa dos ACS para os Agentes de Endemias com prioridade no programa de prevenção da dengue e qualificação da equipe multiprofissional envolvida para que executem ações de vigilância sanitária e ambiental					
120.	Adequar o número de famílias/domicílios por Agentes Comunitários e Agentes de Combates a Endemias, de acordo com a realidade local, considerando o tempo, deslocamento e acesso às comunidades objetivando o fortalecimento da atenção básica.					
121.	Que os Governos Federal, Estadual e Municipal implantem a Política para a Saúde do Trabalhador, visando à redução da carga horária de trabalho, revisão do piso salarial, tratamento humanizado e equipe de apoio multidisciplinar para os casos de doença garantam condições de trabalho adequadas (salário digno, recursos humanos suficientes, equipamentos de proteção individual (EPI), uniformes, materiais e espaço físico) a todos os trabalhadores do SUS para garantir trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade para o paciente.					
122.	Qualificar os profissionais a rede SUS para identificar os adoecimentos causados pelo exercício do trabalho, para o cumprimento do Artigo 200, no parágrafo II da Constituição Federal e o Artigo 6º, no parágrafo 1º alínea c da Lei 8080/90, para o estabelecimento da relação entre o trabalho e o agravo apresentado pelo trabalhador e desenvolver projetos para apoiar a qualificação os médicos do trabalho para diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas com doença falciforme e de seus familiares, ampliando a rede de proteção e minimizando suas repercussões no trabalho					
123.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem implantar/implementar as políticas públicas de saúde voltadas para a promoção a prevenção, e assistência a saúde do trabalhador, contemplando as necessidades dos trabalhadores autônomos e informais e sistematizando campanhas de prevenção de acidentes e de doenças ocasionadas pelo trabalho, com ampla divulgação nos meios de comunicação em parceria com as grandes empresas, e que os custos de medicamentos e outros procedimentos relativos às doenças do trabalho sejam arcados pelas empresas relacionadas					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
124.	Implementar as Políticas e as Normas relacionadas à Saúde do Trabalhador, fomentar e implementar ações de Promoção, Pesquisa e Prevenção através da elaboração do mapeamento de Risco Ocupacional(PPRA) e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) para planejamento de ações visando a adequação e melhoria do ambiente e das condições de trabalho garantindo os direitos de todos os trabalhadores do SUS bem como garantir o adicional de insalubridade para todos trabalhadores da saúde, e a revisão do índice, conforme jurisprudência do TST - Tribunal Superior do Trabalho					
125.	Que os Governos Federal, Estaduais e Municipais, implantem Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador - CISTs nos conselhos de saúde e regulamentar o percentual de 5% dos recursos do CEREST para a comissão intersetorial de saúde do trabalhador de suas respectivas instâncias para melhor atuação desta comissão.					
126.	Implementar, nos estados e municípios, a Vigilância em Saúde do Trabalhador por meio de Rede Integrada de Serviços com unidades sentinelas, com condições e fluxos para a comunicação de acidente de trabalho - CAT, adotando a busca ativa, fiscalização conjunta com órgãos afins, utilização da notificação compulsória de doenças e acidentes de trabalho no SIST (Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador), cumprir a Portaria GM 777 de 28 de abril de 2004 investigando óbitos e amputações e outros agravos relacionados ao trabalho que são epidemiologicamente relevantes, promovendo as intervenções necessárias nos ambientes de trabalho garantindo recursos financeiros, a sensibilização da sociedade e dos profissionais de saúde, público e privado, e o controle social.					
127.	Implementar a Portaria MS/GM 2437/ 2005, que estabelece a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador - RENAST, e regulamentar a Portaria Interministerial MPS/MS/ MTE nº 800/2005 (Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho) com implantação de Programa de Saúde do Trabalhador – PST, em todos os Municípios incentivando os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador – CERESTs, a adoção de protocolos clínicos incluindo os distúrbios da voz, perda auditiva induzida por ruído, efeitos neurotóxicos de agentes químicos (mercúrio, pesticidas solventes organo-halogenados e POPs-Produtos organoclorados Persistentes) e as ações de reabilitação com a implementação de programas preventivos de modo a combater o avanço das doenças ocupacionais (LER/DORT, transtorno mental, e outros) e garantir a notificação dos agravos relacionados ao trabalho.					
128.	Implantar e monitorar os programas de Vigilância da Qualidade do Ar e de ambientes climatizados, do solo, química, desastres naturais, riscos químicos, acidentes com cargas perigosas e riscos físicos (ruídos, luminosidade, máquinas perigosas, entre outros).					
129.	Que o Ministério da Saúde, articulado com as Secretarias Estaduais, garantam financiamento tripartite para o processo formativo de todas as categorias técnicas, considerando as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente, garantindo estratégias de reorganização do processo de trabalho em saúde, visando à integralidade da atenção e a melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários.					
130.	Que a formação médica seja voltada às necessidades e realidades locais, considerando a permanência do egresso de cursos públicos por pelo menos 2 anos após a conclusão da graduação na loco-região em que se formou, em trabalho remunerado					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
131.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais devem fortalecer e garantir recursos financeiros para Política de Educação Permanente, estabelecendo parcerias com as instituições Federais, Estaduais e Municipais, Hospitais Universitários e ENSP/FIOCRUZ , ETSUS para a realização de capacitação e treinamento dos Conselheiros, Gestores, Agentes Comunitários de Saúde, Atendente de Consultório Dentário, Agentes de Endemias, e demais Trabalhadores de saúde, para este fim. e realizando e fortalecendo as ações					
132.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem implantar a portaria 1996/07 que disponibiliza recursos para Educação Permanente em Saúde, de forma descentralizada para trabalhadores e gestores , em conformidade com as especificidades de cada profissão por meio da educação permanente, incluindo temáticas estratégicas envolvendo a atenção e gestão do SUS, com foco no acolhimento, na humanização, no respeito às diferenças culturais, físicas, etnia, gênero, orientação sexual, religião e geração, objetivando desenvolver ações que contribuam com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e população usuária e das necessidades do SUS garantindo alocação de recursos específicos.					
133.	Oportunizar e criar através de políticas públicas o acesso à qualificação e conhecimento, através de cursos profissionalizantes e ou de qualificação profissional para todos os servidores e profissionais da rede SUS, estabelecendo uma política de capacitação de recursos humanos, fortalecendo as Escolas Técnicas da Saúde transformando-as em verdadeiros centros de referencia regional/estadual, favorecendo unificação de informações estratégicas para atuação profissional.					
134.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais devem fomentar a formação específica de gestores de saúde em instituições públicas, visando eficiência e eficácia na gestão pública, em compatibilidade com as necessidades do SUS, favorecendo que todos os gestores de unidades sejam profissionais habilitados e/ou qualificados na área da saúde para a função.					
135.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e as Municipais da Saúde devem constituir e implementar uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde que possibilite a identificação de necessidades e potencialidades locorregionais e de acordo com as novas diretrizes nacionais, conforme as Portarias 399 e 699 de 2006 e 1996 de 2007, capaz de produzir mudanças na gestão, na atenção, na formação, na participação em saúde, e modificações nos processos de trabalho no SUS, promovendo a integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, formando os Núcleos de Educação Permanente em Saúde, descentralizados, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e inter-setorial para todos os trabalhadores do SUS;					
136.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem estabelecer cooperação técnica inclusive através do “TeleSaúde” para as Equipes de Saúde da Família, estimulando a formação de grupos de estudos entre os trabalhadores de saúde, bem como a avaliação do perfil dos profissionais que atuam nessas equipes para o desenho de estratégias de educação permanente em saúde.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
137.	O Ministério da Saúde deve apoiar as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde na capacitação e qualificação dos trabalhadores da saúde, com metas físicas e financeiras definidas através da implementação de uma política de educação permanente em saúde, em atividades de formação diversificada, inclusive de pós graduação, especialização, mestrado, doutorado, que busquem refletir sobre as problemáticas do mundo do trabalho visando a valorização do profissional e a resignificação de suas práticas, induzindo a integralidade do cuidado e a humanização do próprio sistema com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.					
138.	Utilizar nas atividades de educação permanente, metodologias que busquem propiciar a formação de sujeitos através do diálogo, da troca de conhecimentos, da ludicidade, da afetividade e da compreensão e significação ativa sobre o cotidiano do trabalho para o atendimento e esclarecimento à população, com ênfase na humanização, promoção da saúde, integralidade e, resolutividade nas temáticas de gênero, violência, dependência química, DST/HIV/AIDS, hipertensão/diabete, saúde mental, grupos terapêuticos, auto-cuidado, cidadania e outras.					
139.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem normatizar os campos de integração/interação ensino-serviço (espaços de ensino-aprendizagem), incentivar a implementação e funcionamento de comissões ensino serviço de educação permanente nos municípios que são ou serão campo de trabalho e estágios de estudantes residentes criando gratificação para os profissionais que exercem atividades de preceptoria e orientação em serviço.					
140.	Fortalecer as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço para que se efetivem como espaços de formulação da política de educação permanente em saúde em apoio a todos as esferas de gestão para a construção de pactos coletivos, contemplando o interesse de participação intersectorial, a autonomia de indicação das representações dos segmentos na sua composição estabelecendo fluxos, responsabilidades e critérios para elegibilidade em cada esfera de governo e comprometendo os gestores no processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, educação e assistência social para formação de multiplicadores de ações educativas e intersectoriais.					
141.	Os Ministérios e as Secretarias Estaduais da Saúde e da Educação devem estimular a realização de cursos de especialização, residências multiprofissionais, residências médicas e mestrados profissionais em saúde a partir das necessidades do SUS com ênfase nas áreas de atenção básica em Saúde da Família e Comunidade e garantir, no âmbito Estadual e Federal, mecanismos de financiamento permanente destes					
142.	Postular como prioridade a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e projetos que aproximem as diferentes realidades sociais dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde para nos níveis técnico e superior com a introdução de conteúdos referentes às políticas de saúde, humanização, à atenção básica, enfatizando a visão da integralidade do cuidado e formando assim, profissionais com perfil voltado à promoção e a atenção na saúde, e comprometidos com o SUS.					
143.	O Ministério e a Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem estabelecer projetos, convênios e/ou programas que envolvam os graduandos da área da saúde, de universidades públicas e particulares, para desenvolverem trabalhos integrados de ação social em saúde e educação na rede do SUS, por meio de estágios e atividades regulares de formação em especial nas áreas da Atenção básica, Estratégia de Saúde da Família e na rede de saúde mental.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
144.	Ampliação do Pró-Saúde, associada a estágios para os acadêmicos de odontologia, psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, nutrição, farmácia e outros, e a implementação de ações semelhantes ao projeto VER-SUS(metodologia de estágios de vivência) com vagas no serviço público para estagiários interessados, contribuindo com a formação, produção de conhecimentos e qualificação da formação em saúde.					
145.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação, as instituições formadoras e as entidades profissionais devem estimular e apoiar práticas educacionais criativas para viabilizar as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde trabalhando institucionalmente com usuários e servidores, pautando o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação, bem como na agenda de informações e comunicação nos serviços de saúde possibilitando a construção de rodas de educação permanente para a ampliação do cuidado integral aos funcionários, usuários e demais atores envolvidos no processo.					
146.	Regulamentar e disciplinar, em todo território nacional, a celebração de convênios para a realização de estágios curriculares no âmbito das unidades e serviços do SUS de alunos de graduação provenientes de universidades, faculdades e instituições de ensino superior, técnico e médio de caráter privado e/ou filantrópico, de forma a definir custos e modalidade de pagamento por aluno, cujos recursos devem ser destinados ao respectivo fundo de saúde, bem como assegurar que os estágios sejam realizados nas áreas prioritárias do SUS.					
147.	O Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem implementar a capacitação permanente para os trabalhadores da saúde, visando o desenvolvimento de ações de educação em saúde junto à população a serem implantadas em toda a rede de cuidado, a partir da realidade local; incluindo formação em linguagem de sinais (libras), braille e capacitação para atendimento adequado aos usuários indígenas, respeitando sua cultura.					
148.	Qualificar os profissionais a rede SUS, para o cumprimento do Artigo 200, no parágrafo II da Constituição Federal e o Artigo 6º, no parágrafo 1º alínea c da Lei 8080/90, para o estabelecimento da relação entre o trabalho e o agravo apresentado pelo trabalhador.					
149.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais devem fomentar práticas de educação permanente em saúde para os seus trabalhadores envolvendo os veterinários e agrônomos visando o aprimoramento dos conhecimentos técnicos para as seguintes ações: <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento aos usuários; • No trabalho humanizado do aleitamento materno; • Para acolher e lidar com o paciente psiquiátrico; • Atendimento de usuários em condição de dependência química; • Atendimento de homossexuais, bissexuais e transexuais; • Na prevenção de doenças na população rural; • No atendimento às vítimas de violência; • Na prevenção do câncer de próstata; • Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase e tuberculose; • Para dispensação de medicamentos e insumos. • Atendimento a usuários com hipertensão, diabetes, entre outras ações. • Na formação de agentes multiplicadores de saúde mental • Na saúde da população negra e indígena; • Na vigilância sanitária; • Na formação para identificação precoce dos casos de violência contra as crianças, pessoas idosas, mulheres e LGBT garantindo a assistência humanizada e a notificação compulsória. 					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
150.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem incentivar que os trabalhadores da saúde que compõem a equipe da Estratégia de Saúde da Família sejam especializados ou se especializem em atenção básica, a fim de atuarem de acordo com a inovação nos modos de operar os processos de trabalho e, bem como fomentar a articulação e interação da equipe por meio de reuniões clínicas, estudos de caso interdisciplinares e coletivos, oficinas, mesas redondas e outros					
151.	Os governos federal, estadual e municipal devem reservar recursos definir e divulgar as normas de financiamento para pesquisa e qualificar os trabalhadores para a produção de pesquisas científicas e tecnológicas em saúde visando à qualidade da atenção.					
152.	Implementar a política de interiorização dos profissionais de saúde garantindo a descentralização da formação universitária no âmbito Federal na área da saúde abrindo universidades públicas e transformando hospitais regionais em hospitais escola garantindo a fixação dos profissionais nos municípios distantes e de difícil acesso, bem como a interiorização das residências em saúde de acordo com as necessidades e demandas locais.					
153.	Ampliar parcerias entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde e as Instituições Públicas e Privadas de Ensino Superior para garantirem programas de Internato e Residências Médicas e Multiprofissionais, incluindo o campo de atuação da Estratégia de Saúde da Família e garantindo incentivos às universidades para a elaboração de projetos de pesquisas que visem entender as mudanças nas relações entre os atores sociais envolvidos no serviço de saúde, a partir da identificação de problemas relacionados à humanização					
154.	Aperfeiçoar o processo de humanização da atenção à saúde, nas três esferas de governo, promovendo capacitações continuadas e sistemáticas em humanização e acolhimento de todo os profissionais da rede do SUS, especialmente os do SAMU, qualificando para um cuidado respeitoso e digno, com vista à humanização dos serviços, por meio de cursos e encontros sobre relações interpessoais de trabalho, sobre ética profissional e integração intersetorial, bem como, criar serviços de avaliação e monitoramento dessas ações e, a consequente promoção da melhoria na prestação dos serviços de saúde à população.					
155.	Garantir a prestação dos serviços de saúde, humanizados e de qualidade, pelos profissionais inseridos no setor público aos usuários que buscam atendimento nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, em especial, às populações indígenas, remanescentes de quilombolas e grupos tradicionais que moram nas cidades, respeitando as especificidades de cada grupo, fazendo uso dos grupos de trabalho em humanização – GTH, a fim de discutir junto com profissionais e usuários a melhoria nas relações interpessoais e de trabalho nos serviços de saúde.					
156.	Garantir que os profissionais de saúde tenham condições de desenvolver suas ações de forma humanizada, objetivando melhor atendimento ao usuário, implementando mudanças nas relações entre os gestores, profissionais de saúde e os usuários, baseadas no respeito à dignidade de quem cuida e no atendimento oportuno, humanizado, e de qualidade entre usuários e servidores, por meio da criação de um programa de integração no ingresso dos trabalhadores no SUS.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
157.	Fortalecer a Política Nacional da Humanização, efetivando suas diretrizes no SUS, mantendo-a como eixo estruturador das três esferas de governo e em todos os serviços de atendimento garantindo ações de humanização nas unidades de saúde, extensivas a rede conveniada, assegurando os direitos dos usuários, em consonância com as diretrizes e princípios do SUS, com a Carta do Usuário, com os preceitos éticos e profissionais, procurando não segmentar o atendimento esclarecendo-o quanto aos procedimentos necessários para eventuais encaminhamentos respeitando critérios de riscos bem como atendendo a um padrão de ambiência oferecendo conforto, privacidade, segurança ao usuário e trabalhador, sinalização e acessibilidade e adequando o número de profissionais à demanda da população em todos os setores da saúde.					
158.	Garantir recursos junto às três esferas gestoras do SUS para os programas de atenção à saúde (endemias) recomendando a AGEVISA e aos Municípios, dotarem seus núcleos de epidemiologia, vigilância ambiental e educação em saúde com os devidos recursos de estrutura física, equipamentos de informática, veículos, móveis, ampliação do número de barcos e motores das unidades da Amazônia bem como a contratação de pessoas qualificadas como de técnicos com formação na área de epidemiologia, controle de doenças, de entomologia, de microscopistas para áreas endêmicas de malária, de Engenheiros Agrônomos para compor a equipe com a finalidade de fiscalizar o comércio de agrotóxicos e orientar os agricultores sobre a utilização do mesmos bem estabelecer mecanismos que garantam alimentação regular dos bancos de dados de interesse da saúde.					
159.	Fortalecer o processo de descentralização das ações juntamente com a revisão do teto financeiro da vigilância em saúde (TFVS) aos Estados e Municípios com critérios de diferenciação epidemiológica e peculiaridades próprias dos municípios amazônicos garantindo a sustentabilidade estrutural, financeira e humana, fortalecendo e monitorando as ações da vigilância epidemiologia, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador, de forma integrada, para uma política em saúde mais efetiva bem como apoiar técnica e financeiramente os municípios que devem construir Centro de Zoonoses, destinado a acomodar os animais encontrados nas ruas.					
160.	Extinguir o critério de elegibilidade e distribuição dos recursos da malária e dengue, o qual prioriza os municípios de alto risco, implementar e desenvolver ações de combate às doenças de Veiculação Hídrica (Verminose, Diarréia e etc.), o controle de esquistosomose e leishmaniose nas áreas endêmicas, garantindo atendimento especializado para os casos de dengue com complicações hemorrágicas e neurológicas; priorizar a implementação de um sistema de diagnóstico para as doenças infecto-contagiosas em especial para os casos das hepatites B e C e febre do Nilo ocidental, com a habilitação de laboratórios e a ampliação do DANt (Projeto de Prevenção das Doenças e Agravos não Transmissíveis);					
161.	Garantir os recursos financeiros para as ações a serem implantadas, implementadas e executadas por todas as esferas de gestão na saúde, a partir de parcerias entre as Secretarias Estaduais e Municipais e o Ministério da Saúde, para a educação em saúde sobre as doenças transmissíveis e não transmissíveis, e garantir junto ao Ministério da Saúde a inclusão de vacinas contra varicela (catapora), hepatite A e B, HPV para mulheres de 12 a 49 anos e gripe de acordo com perfil epidemiológico a serem incluídos no Calendário Nacional de Vacinas, e que seja assegurada para as pessoas com problemas respiratórios e pulmonares a vacina contra gripe.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
162.	Promover, por meio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, a Política de Vigilância Nutricional e Segurança Alimentar viabilizando as condições de acesso, acompanhamento, avaliação nutricional e educação alimentar bem como a implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) visando a identificação do perfil nutricional da população para que seja possível criar políticas de saúde efetivas nesta área e de ações educativas ampliando assim a cobertura do programa de combate prevenção e controle da desnutrição infantil e da obesidade, qualificando as ações de educação e vigilância alimentar em todas as unidades de saúde (sistema de vigilância alimentar e nutricional)					
163.	Garantir os repasses dos recursos financeiros pelas três esferas de governo para manutenção das equipes do Programa de Saúde da Família e Saúde Bucal já existente, contemplando a inclusão de equipe multiprofissional de acordo com a realidade local bem como a revisão da Portaria 648 que preconiza a área de abrangência para ESF, utilizando os critérios de densidade demográfica loco - regional, acessibilidade, viabilizando ainda a equidade no repasse financeiro, apoiando os municípios com baixo IDH e/ou com menor número de habitantes.					
164.	Promover a reestruturação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em todas as regiões do país, assegurando a meta de 100% de cobertura, realizando em curto prazo oficinas de avaliação da ESF e PACS com o objetivo de redefinir suas reais finalidades, a ampliação da cobertura a população residente na área geográfica, melhoraria da estrutura física, de funcionamento, das condições de trabalho para as equipes assim como garantir a ampliação em 80% do valor dos recursos financeiros às equipes de saúde da família e saúde bucal.					
165.	Articular nos conselhos nacional e estadual de saúde a agilização da Portaria do MS que institui os núcleos de atenção integral a saúde da família (NASF), garantindo que os mesmos sejam implantados nas Unidades de Saúde dos municípios de pequeno e médio porte e seja composta por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde, agente de endemias, agente ambiental, agente administrativo, fonoaudiólogo, arte terapeuta, psicólogo, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista).					
166.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde devem estabelecer registro de frequência digital para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, bem como o registro de livro próprio assinado por representantes das famílias visitadas contendo datas e horários das visitas,					
167.	Assegurar a criação das equipes matriciais de saúde mental para cada 5 equipes de saúde da família, para apoiar o Programa de Saúde da Família, ampliando o quadro de profissionais dos CAPS e do PSF, com inclusão dos profissionais nutricionistas, psicólogos, assistente social, pedagogo, educador físico e farmacêutico, cozinheiro e educador artístico, fonoaudiólogo, arte terapeuta, psicólogos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional.					
168.	Prorrogar para seis meses o prazo para descredenciamento das ESF, pela falta temporária de profissionais médicos para compor a Equipe de Saúde da Família flexibilizando no sentido de garantir o repasse dos recursos financeiros quando da inexistência do mesmo e existência dos outros profissionais e recomendar que seja criada uma coordenação técnica em cada unidade da Estratégia da Saúde da Família.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
169.	Ampliar as equipes do Programa de Saúde da Família não atrelada apenas à densidade populacional, mas conforme a necessidade do município, devendo o Ministério da Saúde repensar a quantidade de famílias assistidas por cada Equipe de Saúde da Família (ESF) e Agente Comunitário de Saúde (ACS) bem como implementar esta estratégia entre os povos indígenas garantindo que os recursos alocados para esse fim sejam aplicados levando em consideração as especificidades de cada região, especialmente da região amazônica, expandindo a cobertura para o atendimento da zona rural, zona indígena e das populações tradicionais dos municípios salientando-se a inclusão dos indígenas urbanos, respeitando a cultura local e a valorização do uso de fitoterápicos					
170.	Que a União, Estados e Municípios fomentem maior repasse aos PSF's, a saúde na Atenção Básica e as unidades de saúde rurais e que o Governo Federal aumente o valor per capita do piso da Atenção Básica aos municípios, garantindo que a implantação do PSF não venha substituir equipes de saúde da atenção básica não vinculadas ao programa bem com, institucionalizar e socializar a avaliação da melhoria da Qualidade (AMQ) da Atenção Básica;					
171.	Garantir recursos federais para normatizar e intensificar o HIPERDIA como programa continuado do ESF e para melhoria do programa CARMEN (Conjunto de ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis) que já existente no PSF					
172.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem criar mecanismos para implementar o Programa de Atenção Domiciliar nos Estados e Municípios com financiamento tripartite e articulados a ESF e a Rede Hospitalar com equipe móvel multiprofissional de atenção à saúde, assegurando atendimento domiciliar aos idosos, acamados e acometidos por doenças e agravos que dificultem a locomoção à unidade de saúde visando a integralidade do cuidado.					
173.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem desenvolver estratégias para garantir o acesso da população aos serviços de Atenção Integral à Saúde Bucal, implementando ações de promoção garantindo a integralidade das ações e a implantação e implementação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, incluindo serviços especializados para atender pessoas com necessidades especiais e que sejam assegurados recursos para instalação de aparelho de raio-x para viabilizar diagnóstico, prevenção e tratamento da dor orofacial. garantindo recursos financeiros para investimento em material educativo na área odontológica.					
174.	Implantar Pronto Socorros Odontológicos 24 horas nas regionais de saúde e incentivar nos demais municípios e ampliar o quadro de cirurgiões dentistas nas Unidades Básicas de Saúde e número de equipes de saúde bucal visando atingir o pleno funcionamento do sistema de atenção em saúde bucal, com ações de					
175.	Que os Governos Federal, Estadual e Municipal cumpram a proposta feita na 12ª CNS que trata da implantação da Saúde Bucal em todas as equipes do PSF, promovendo a equiparação no aporte de recursos financeiros, com monitoramento e acompanhamento em cada esfera de governo, respeitando suas competências e assegurando o cumprimento da carga horária, a execução das ações inerentes.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
176.	Ampliar o financiamento e a fiscalização acerca da implantação e funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pelos entes das três esferas de governo, garantindo maior acesso da população residente nos municípios satélites e das sedes de módulo, garantindo a efetiva integração das ações de odontologia na rede de serviços regionalizados do SUS incluindo a referência para exames de alta complexidade, assegurando a oferta de próteses e outros procedimentos como a ortodontia e ortopedia funcional.					
177.	Implantar Pronto Socorros Odontológicos 24 horas nas regionais de saúde e incentivar os demais municípios a ampliarem o quadro de cirurgiões dentistas nas Unidades Básicas de Saúde e número de equipes de saúde bucal visando atingir o pleno funcionamento do sistema de atenção em saúde bucal, com ações de promoção e prevenção, o diagnóstico precoce de câncer bucal e outras doenças bucais e garantir o acompanhamento e controle da higiene bucal de pacientes acamados em domicílios					
178.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipais devem implementar as ações de saúde vocal e saúde auditiva, incluindo, desenvolvimento de triagem e acompanhamento auditiva neonatal com atenção para detecção precoce da surdez, cegueira e garantir a ampliação e o credenciamento dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Media e Alta Complexidade (portarias SAS/MS 587/589) de municípios junto ao Estado para repasse de verba federal para Saúde Auditiva para fornecimento, manutenção e aquisição de aparelhos e próteses auditivas e implantes cocleares, do acompanhamento dos casos de baixa visão e Síndrome de Usher e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual, de acordo com a Política Nacional e Legislação em vigor.					
179.	Garantir recursos para atender as necessidades dos usuários deficientes físicos e portadores de doenças crônicas e degenerativas como: o fornecimento de órteses e próteses, aparelhos auditivos, cadeiras de roda, cirurgias, entre outros e medicamentos de uso contínuo e criar novos protocolos para os casos de doenças que não se enquadram em portarias de medicamentos de alto custo, incrementando sua liberação bem como efetivar o decreto federal n 5. 296/04 que assegura atendimento prioritário as pessoas com deficiência na rede de saúde inclusive municipal					
180.	Garantir que os serviços de atenção à saúde indígena sejam organizados na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, conforme a Lei nº. 9.836 de 23 de setembro de 1999 dotando os Distritos Sanitários especiais indígenas de autonomia técnica e financeira a fim de que sejam unidades gestoras, garantindo-lhes a assistência integral à saúde indígena fortalecendo o subsistema de saúde indígena no intuito de superar as fragmentações da política atual; executando parcerias entre os governos municipais e a Fundação Nacional de Saúde/FUNASA nas ações de saúde destinadas a população indígena.					
181.	Ampliar e implementar a Estratégia Saúde da Família entre os povos indígenas e garantir que os recursos alocados para esse fim sejam aplicados de acordo com a realidade e necessidade dos mesmos, salientando-se a inclusão dos indígenas urbanos e garantindo tratamento diferenciado às equipes multidisciplinares da saúde indígena, definindo o plano de carreira (cargos e salários) para os trabalhadores de saúde indígena					
182.	Criar mecanismos de estímulo, valorização e incorporação do sistema de medicina tradicional indígena, dos conhecimentos tradicionais e da diversidade etno-cultural por parte dos gestores e trabalhadores no âmbito do SUS;					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
183.	Garantir que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) amplie as unidades de saúde para assistência indígena e a instalação de kits sanitários, com fossas sépticas, priorizando conforme necessidade e demanda e implantar a Casa de Saúde Indígena do DSEI em todas as regiões indígenas, assegurando transporte para condução de usuários e equipe, possibilitando um melhor atendimento a população indígena.					
184.	Que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde pactuem a cobertura de Saúde às comunidades indígenas em parceria com a Fundação Nacional de Saúde, respeitando as especificidades de cada etnia e que esta cumpra seu papel de garantir políticas públicas de promoção, prevenção, assistência, monitoramento, avaliação e a participação em todos os níveis do sistema de saúde, para a população indígena, considerando suas especificidades e diversidades.					
185.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem definir as responsabilidades e compromissos de cada esfera de gestão do SUS em relação à política de saúde indígena sempre respeitando as características culturais destes povos; bem como garantir recursos para ampliar e facilitar o acesso da população indígena à atenção integral em saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) de acordo com os princípios e diretrizes do SUS					
186.	Garantir a realização de um diagnóstico, pelo Ministério da Saúde juntamente com a FUNASA e Entidades representativas das populações indígenas, das ações e serviços de saúde para saúde indígena e as necessidades de investimentos definindo um Plano de Ação, com estratégias de incorporação da população indígena ao fluxo do SUS, na atenção básica, na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, a ser apreciado pelo Conselho Estadual de Saúde e pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena;					
187.	A FUNASA deve rever a situação e a lotação dos seus servidores descentralizados, com lotação definitiva em seu órgão de origem, criar um banco de dados no CNESS dos agentes de combate as endemias; encaminhar aos Gestores Municipais, Estadual, e aos CMS e CES, os cronogramas de aposentadoria dos servidores desta Autarquia, para os próximos cinco anos, que estão a disposição dos Municípios e Estado e municipalizar, estadualizar e federalizar os Agentes de Endemias.					
188.	Garantir, a execução de ações para efetivação nos três níveis de governo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e fomentar a produção de conhecimento científico de modo a responder dúvidas persistentes e dar conseqüências à tomada de decisões no campo da saúde da população negra especialmente no atendimento aos portadores de anemia falciforme.					
189.	Rever a proposta e os projetos existentes de Assistência à Saúde da Criança e Adolescente com transtornos emocionais e mentais, incluindo o autismo, complementando as equipes com psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras infantis, neurologistas e psicopedagogos, etc.					
190.	Realizar o Plano de Ações e metas, elaborar normas técnicas, estabelecer padrões de qualidade na área de Saúde Mental, assim como financiamento adequado. Garantir recursos financeiros para manutenção dos serviços de residência terapêutica, terapias comunitária e ocupacional.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
191.	Garantir que a verba proveniente da desativação de leitos psiquiátricos seja integralmente aplicada na implantação, manutenção e ampliação da rede extra-hospitalar: Centros de Atenção Psicossocial, Hospital-dia, ambulatórios especializados, residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospital geral (com critérios definidos de utilização e tempo de permanência), Centros de Convivência em Saúde Mental e programas de prevenção nas escolas e serviços direcionados à criança e ao adolescente usuários de droga e álcool.					
192.	Ampliar o financiamento da esfera federal para os centros de atenção psicossocial, assegurando o repasse integral aos municípios. Garantir uma Política de Saúde Mental onde os Caps possam atender dentro da lógica da Territorialização com serviços de saúde abertos, comunitários e atendimentos diários às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio de ações intersetoriais, evitando, internações e/ou reinternações em hospitais psiquiátricos.					
193.	Ampliar a política de Inclusão Social dos usuários portadores de transtorno mental, baseado nos princípios da reforma psiquiátrica e no movimento de luta antimanicomial, priorizando atividades de prevenção, estendendo a atenção aos seus familiares. Esta política deve estar articulada de forma intersetorial (saúde, trabalho e emprego, assistência social e educação) a fim de possibilitar a reinserção destes usuários ao mercado de trabalho, com incentivo fiscal aos empregadores.					
194.	Garantir uma política de saúde mental específica para os trabalhadores e o acompanhamento sistemático por equipes multiprofissionais; garantindo também o atendimento aos trabalhadores vítimas de doenças e acidentes do trabalho nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade					
195.	Ampliar o atendimento das universidades públicas, de forma que seja implementado, ampliado e executado o atendimento em todas as áreas da saúde, inclusive o atendimento em genética clínica no SUS, objetivando principalmente os testes genéticos com acompanhamento e equipe multidisciplinar para pessoas em risco em relação a doenças genéticas hereditárias					
196.	Criar Centro de Atenção Psicossocial e equipes multiprofissionais que possam atender aos leitos psiquiátricos no Pronto Socorro e no Hospital Geral, além de referenciar e garantir leitos de observação psiquiátrica nas Unidades de Emergência Geral.					
197.	Os governos federal, estadual e municipal devem criar mecanismos que proporcionem maior resolutividade em seus serviços, promovendo revisão dos recursos e diagnósticos disponíveis na rede pública, de forma igualitária. Devem também implementar e divulgar os mecanismos de fiscalização e punição aos descasos e mau atendimento realizados aos usuários de serviços de saúde mental, incentivando a participação social no movimento em prol da saúde mental. Devem ainda, consolidar supervisão e monitoramento das ações na área de saúde mental: CAPS, residências terapêuticas, ações de saúde mental na atenção básica e internações psiquiátricas					
198.	Criar uma Política de Saúde Específica para Dependentes Químicos, viabilizando maior número de vagas para tratamento de dependentes químicos e alcoólatras, bem como trabalho interdisciplinar com a família. Ampliar e incentivar programas de tratamento e abandono do tabagismo e alcoolismo, trabalhando em conjunto com os grupos de apoio, nos níveis: municipal, estadual e federal.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
199.	Regulamentar e implementar a Política Nacional de Redução de Danos. Definir e regulamentar a Política de assistência aos portadores da doença de Jorge Lobo. E, implantar uma política de saúde do trabalhador com o objetivo da recuperação, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores no serviço público. Bem como, reformular a Política Nacional dos medicamentos excepcionais.					
200.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem apoiar a implantação de serviços de atenção aos dependentes químicos que tenham projeto de inclusão social em Clínicas Especializadas e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e promover o controle sanitário na veiculação de propagandas de bebidas alcoólicas na mídia, criando premiações ou bônus para os Municípios que conseguem melhorar os indicadores de Saúde.					
201.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover a saúde integral da criança e do adolescente através das seguintes ações: <ul style="list-style-type: none"> • instituição de Programa de Prevenção de Doenças Visuais e Auditivas na criança e no adolescente (Teste de Potencial Oto - acústico, Prevenção de Miopia, Teste do Reflexo Vermelho, Triagem de Acuidade Visual nas escolas da rede pública); • organização de Ambulatório de Adolescente de forma a garantir um atendimento multiprofissional que permita uma visão holística e específica desta população e priorize uma abordagem integral do Adolescente (saúde mental, prevenção e tratamento da drogadição, Vacinação, Prevenção de Gravidez e DST-AIDS); • atendimento diferenciado ao parto de criança e adolescente entre 10 e 19 anos; • viabilização do tratamento e reabilitação e inclusão da criança e do adolescente com fissura lábiopalatina e com deficiência conforme o que garante o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no capítulo 1º, artigos 7º e 11º. 					
202.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde devem assegurar uma assistência Materno-Infantil eficiente, integral, humanizada e universal, que contemple: <ul style="list-style-type: none"> • Distribuição da nova caderneta da Saúde da Criança, bem como sensibilização dos pais e dos profissionais para a importância do preenchimento e acompanhamento; • Implantação do comitê de mortalidade Materno-infantil; • Criação, modificação e avaliação continuada de Diretrizes e Protocolos Assistenciais objetivando minimizar a morbimortalidade materno-infantil; • Protocolo de Referência para primeira consulta puerperal/RN no Centro de Referência da Mulher como mecanismo de aumentar a adesão ao acompanhamento puerperal e de puericultura; • Aplicação da 1ª dose da vacina contra hepatite B e BCG nas primeiras 12 horas de vida na maternidade; • Atendimento a todos os neonatos de baixo e alto risco inclusive com o serviço de UTI e transporte adequado; • Realização do exame do pezinho, catarata, glaucoma congênita e teste da orelhinha (EOA) entre os recém nascidos; • Obrigatoriedade da presença do Pediatra na Sala de Parto como direito inalienável do RN; • Garantir a presença do pai na sala de parto das maternidades do SUS e/ou conveniadas, quando ele assim desejar; • Estabelecimento de critérios definitivos para indicação de cesárea e avaliação intransigente de pseudo-indicações com instituição de medidas punitivas para as transgressões. • Ampliar a rede pediátrica nos serviços do SUS, tornando obrigatório o exame do teste do olhinho e o teste da orelhinha. 					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
203.	Implementar atendimento interdisciplinar, serviços (com referência e contra referência), notificação compulsória, ações educativas, grupos sócio-educativos e campanhas contra as violências/causas externas que envolva criança e adolescente bem como garantir na rede de saúde existente, prevenção, promoção e assistência multiprofissional ao adolescente que comete violências e abuso sexual.					
204.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde devem garantir a efetivação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança com parto humanizado, UTI neonatal com método mãe-canguru, banco de leite e trabalho interdisciplinar com gestantes e nutrizes, como também propor e garantir o aleitamento materno por 180 dias.					
205.	Criar o programa de saúde do homem nas três esferas de governo de forma articulada com outras políticas públicas, com financiamento tripartite, para a realização de exames preventivos, incluindo aqueles para detecção de câncer de próstata (exame PSA), prevenção de acidentes, tabagismo, implantando cartilhas educativas e incentivando a inserção do homem nas ações de planejamento familiar, levando em conta a menor complexidade e risco da esterilização cirúrgica masculina.					
206.	Garantir o acesso ao planejamento familiar da população em todos os municípios do país, através de ações educativas e informativas ofertadas pelos serviços de saúde, priorizando as temáticas sobre reprodução humana, métodos contraceptivos para mulheres e homens e também, gravidez precoce, com atenção especial aos adolescentes bem como promover o acesso às novas tecnologias de reprodução humana (inseminação artificial) enquanto política pública de saúde e a implementação dos Centros de Referência Sexual e Reprodutiva da Saúde da Mulher, garantindo dessa forma a política de planejamento familiar e o respeito às diversas modalidades familiares;					
207.	Assegurar através das três esferas de governo a assistência integral à mulher pré-gestacional dentro de suas necessidades, bem como a gestante (pré-natal, parto e pós-parto) incluindo obrigatoriedade do exame de toxoplasmose no pré-natal, estimulando e priorizando a realização de partos normais e humanizados, incluindo a definição antecipada da maternidade e cumprimento da lei que permita a presença de acompanhante, além de adequar as maternidades para o atendimento humanizado à parturiente e ao recém-nascido, e assegurar a criação de núcleos de atendimento pós-aborto nas maternidades de referência					
208.	Implementar as ações de atenção integral à saúde da mulher (raça, cor, etnia, deficiência e diferentes orientações sexuais), por meio de educação permanente aos gestores e profissionais e da oferta adequada de ações e serviços em relação às diferentes fases da vida da mulher com ênfase nos procedimentos diagnósticos de Câncer de Mama e Colo Uterino, serviços de mastologia para a realização de reconstruções e reparações mamárias, além da disponibilização de próteses					
209.	Fomentar a criação de Bancos de leite humanos e postos de coleta de leite materno, com investimentos nas três esferas de governo, tanto nos hospitais públicos quanto privados, com suporte em ordenha nos fins de semana, conforme protocolo da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano; as Casas de Apoio para cuidadores de crianças internadas e Casas de parto específicas para gestantes de Comunidades Quilombolas, com capacitação das parteiras quilombolas, garantindo a atenção hospitalar para gravidez de risco e/ou por opção do parto hospitalar.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
210.	Garantir que o Governo Federal, agilize a distribuição e utilização da vacina HPV no SUS e facilitar o teste da “captura híbrida”, para fazer o diagnóstico do HPV, como procedimento financiado pelo SUS, para auxiliar no diagnóstico do câncer de colo uterino.					
211.	Criar um programa de prevenção e reabilitação da incontinência urinária masculina e feminina (uroginecológica) com a participação de uma equipe multiprofissional, como fisioterapeuta, urologista, psicólogos e outros					
212.	Garantir os direitos plenos da atenção integral à saúde e a assistência social à pessoa idosa em cumprimento ao estatuto do Idoso, dando ênfase ao acesso aos serviços públicos de saúde em toda rede de cuidados, fortalecendo a lei do atendimento prioritário conscientizando a população sobre estes direitos bem como ampliar os Centros de Convivência assegurando recursos para sua manutenção e profissionais capacitados e priorizar o atendimento aos idosos portadores de demência em especial o mal de Alzheimer e mal de Parkinson, respeitando suas necessidades: de medicamentos especiais e de capacitação aos familiares e cuidadores para melhor assistência.					
213.	Estabelecer que o Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde garantam recursos financeiros para a efetivação dos programas de DST/AIDS, garantindo desta forma, assistência e tratamento para as pessoas vivendo com HIV ou HCV, ampliando a distribuição de medicamentos para as infecções oportunistas e que o acesso às cirurgias reparadoras e de preenchimento facial referentes ao tratamento dos lipodistrófios em pessoas vivendo com HIV/AIDS seja de acordo com a legislação					
214.	Garantir o acesso por meio do Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde aos bens e serviços de saúde, implementando uma política nacional no SUS para a população de Gays, Lésbicas, Bissexuais Transgêneros, Transsexuais (GLBTT), Prostitutas e outras populações de vulnerabilidade acrescida pelo estigma e preconceito, proporcionando ações que assegurem os direitos de cidadania plena, como fazer referência a “identidade social” adotada pela pessoa, quando for o caso, e respeite o direito à intimidade e à individualidade					
215.	Formular e conduzir, de maneira diferenciada pelo Ministério da Saúde, os programas, aplicação dos recursos e atendimentos aos portadores do HIV/AIDS nos municípios que fazem fronteiras com outros países, levando em consideração as condições e acordos internacionais.					
216.	Implantar conforme protocolo do MS com as redes assistenciais programas, protocolos para populações vulneráveis a sorologia para hepatite B e C, HIV e SÍFILIS, em especial acampamentos, assentamentos, caminhoneiros, população indígena, quilombolas, população privada de liberdade, profissionais do sexo e populações migrantes portadores de transtornos mentais visando a prevenção das DST/HIV/AIDS a redução da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita.					
217.	Implementar no Programa DST/AIDS, um atendimento com os profissionais de saúde e outras instituições de forma mais humanizada aos Portadores de DST/AIDS, com ênfase na prevenção, incluindo o cadastramento de adolescentes portadores de DST/AIDS nos postos de saúde para que sejam acompanhados sigilosamente e aumentar o volume de preservativos distribuídos para os municípios de acordo com a população, garantindo entrega irrestrita e incondicional de preservativos masculinos e femininos.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
218.	Efetivar uma política de prevenção às vítimas de violência doméstica, exploração sexual, de exclusão e discriminação por meio de aplicação de protocolos de atendimento interdisciplinar adequados, encaminhando as vítimas para os Serviço de Apoio, Proteção, Tratamento e garantindo o acompanhamento adequado dos referidos casos; orientar e sensibilizar os profissionais de saúde para realizar a investigação e notificação compulsória de maus tratos, óbitos materno e infantil, de mulher em idade fértil e de causas indeterminadas visando um atendimento resolutivo e de qualidade a estas.					
219.	Implementar o programa de atendimento às mulheres vítimas de violência (em cumprimento da Lei Maria da Penha) e de abortamento, com orientações e apoio psicológico nas unidades de saúde.					
220.	Garantir em todos os municípios, estados e regiões a implementação do SAMU-192 como ferramenta indispensável à organização de redes assistenciais regionalizadas de urgência e emergência considerando o modelo geométrico de regulação médica no SAMU; ampliar o serviço de atendimento móvel de urgência (ambulâncias e ambulanchas) para resgate de pacientes das comunidades rurais da região Amazônica e para os municípios com menos de 30 mil habitantes e; equipar a base estabilizadora de urgência e emergência com liberação da unidade móvel de saúde a todos os municípios que aderirem ao SAMU.					
221.	Implantar o acolhimento com avaliação de risco em todos os serviços da rede hospitalar e em especial nas urgências (hospitais locais, regionais, estaduais) priorizando o atendimento não por ordem de chegada, dividindo os ambientes de acordo com a gravidade, garantindo agilidade no atendimento às necessidades do usuário a partir do acolhimento com classificação de risco, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS.					
222.	Planejar e organizar a da rede hospitalar e de urgências, com a definição das responsabilidades nas três esferas de governo, garantindo a atenção integral às urgências por meio da transversalidade de atuação das coordenações municipais, estaduais e regionais do sistema de urgências, coordenar a atenção urgente no âmbito da atenção primária à saúde, das unidades de urgências não hospitalares e hospitalares (porta e leitos urgentes, UTI e semi-intensivos), pré-hospitalar móvel, regulação de urgências, pós-hospitalar, coordenar a atenção médica em situações de desastre, estimulando, através desta atuação transversal, a organização de uma Rede de Atenção Integral às Urgências, buscando a universalidade, a equidade e a integralidade.					
223.	Que os Governos Federal, Estadual e Municipal criem mecanismos para pôr em funcionamento todos os leitos de UTI já instalados no País.					
224.	Recomendamos ao Ministério da Saúde implantação de um IML em municípios com população a partir de 50.000 habitantes.					
225.	Melhorar o fluxo para o acesso de urgência e emergência incluindo atendimento de urgência e emergência odontológica; equipar e aparelhar os prontos socorros já existente de modo a atender efetivamente as emergências e garantir a implantação de serviços de saúde vinte e quatro horas em distritos descobertos.					
226.	Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, utilizando como parâmetro a política nacional fundamentada na Portaria 971/ 2006, incluindo e incentivando a utilização na atenção básica de terapias alternativas como: acupuntura, massoterapia, fitoterapia, hidroterapia etc., de acordo com a realidade de cada região, valorizando e preservando as diversas culturas e contribuindo no modelo de atenção à saúde, superando a visão hospitalocêntrica, medicamentosa e curativista.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
227.	Garantir aquisição contínua dos medicamentos padronizados, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos, revisando sistematicamente esta incentivando a implantação de farmácias vivas, a utilização de plantas medicinais, a orientação de fitoterapeutas na rede básica e; a oferta de cursos com linguagem acessível para a comunidade interessada, além de fomentar a inclusão do tema referente aos fitoterápicos e plantas medicinais nos Cursos de Graduação da Área da Saúde.					
228.	Que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde pactuem implantação/implementação, a partir de discussões nos conselhos de saúde, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia, incluindo as práticas terapêuticas da matriz afro-indígena, de medicina preventiva natural e alimentação integral, a equoterapia, a cinoterapia e outras com comprovado embasamento científico, pactuadas entre os entes federados.					
229.	Implantar políticas de inclusão para as pessoas com deficiência garantindo que os serviços públicos ampliem os atendimentos, priorizando a promoção de atenção integral aos portadores de diversas deficiências e que seja garantido pelas três esferas de governo o acesso à média e alta complexidade, reduzindo a demora na realização de exame, na correção cirúrgica do lábio leporino, o acesso a órteses, próteses e a reabilitação em pacientes politraumatizados, amputados e os pessoas que necessitam destes.					
230.	Destinação correto dos recursos garantidos pelos SUS junto a APAES/Pestalozzi/CERNIC e outras entidades que atendam pessoas com deficiências (física, mental, auditiva, visual e autismo) direcionando estes recursos à atenção de equipes multidisciplinar , a adaptação, reabilitação e manutenção de órtese/prótese e apoio às respectivas famílias.					
231.	Estabelecer nas três esferas de Governo gestão objetivando a construção, ampliação de áreas e núcleos para desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da Saúde, com a garantia de inserção de equipe multidisciplinar e aquisição e reparo de equipamentos, recursos da tecnologia assistida conforme as necessidades por área profissional visando também potencializar os Centros de Reabilitação Física e Profissional, contemplando as Cidades Pólo com menos de 100.000 (cem mil) habitantes					
232.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde devem garantir o aumento do número de unidades transplantadoras de órgãos, tecidos, cordão umbilical dos partos normais, cesáreas aumentando os bancos e sua respectiva força de trabalho no SUS capacitando as equipes que transportam órgãos fomentando a especialização de trabalhadores de saúde que atuam nesta área e realizar convênios com os pesquisadores de células-tronco					
233.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem fomentar a campanha de doação de órgãos em casos de morte encefálica, garantindo sua notificação em todos os estabelecimentos hospitalares de Saúde, conforme legislação, além de capacitar os profissionais e realizar campanhas periódicas esclarecendo os procedimentos, ressaltando a importância da doação de órgãos.					
234.	Garantir pelas três esferas de governo agilidade no acesso do usuário à realização e ao resultado da biópsia para confirmação do diagnóstico oncológico, acompanhamento médico e medicação aos pacientes em tratamento e assistência ambulatorial por equipe multiprofissional, e que os recursos sejam garantidos nos três níveis de atenção para melhorar a qualidade da atenção ao paciente oncológico.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
235.	Garantir que em todas as unidades de saúde públicas ou privadas que desenvolvam atividades com medicamentos conte com profissional devidamente habilitado conforme preconiza a lei 5991/73					
236.	Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em todas as esferas de gestão através de sua estruturação considerando as características epidemiológicas e demográficas e garantir o acesso à assistência farmacêutica para toda a população a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e de Protocolos Clínicos que devem ser revisados periodicamente e disponibilizando em toda a rede de atendimento quantidade necessária de tecnologias para atender a demanda e a integralidade na assistência incluindo as práticas integrativas e complementares e a promoção do uso racional de medicamentos					
237.	Definir uma política nacional que aponte para a transformação dos estabelecimentos farmacêuticos privados em estabelecimentos de promoção à saúde, integrando-os ao SUS					
238.	Ampliar o Programa de Farmácia Popular, implantando este Programa, também, nos municípios de pequeno porte populacional					
239.	Encaminhar ao MS a eliminação do Programa de Farmácia Popular					
240.	Garantir através de norma específica que os esquemas terapêuticos mais freqüentes de pacientes multimedicados possam ter em suas formas farmacêuticas características farmacotécnicas que os diferenciem visualmente					
241.	Fazer da Farmacovigilância, do Fracionamento e do controle de medicamentos psicotrópicos estratégias para o uso racional de medicamentos no Brasil, tendo como suporte o Farmacêutico como o profissional do medicamento.					
242.	Ampliação da capacidade de produção dos Laboratórios Oficiais, como instrumento de atendimento de parte da demanda de medicamentos da atenção básica, bem como instrumento de regulação e internalização de tecnologias de última geração na área terapêutica.					
243.	Que Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde implantem e implementem a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e uso racional, envolvendo a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e descarte, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, garantindo a pactuação dos recursos financeiros necessários para a manutenção dessa Política e seus programas.					
244.	Que o Ministério da Saúde formule um processo para aquisição de medicamentos por meio da adesão dos municípios ao padrão e modalidade de Registro de Preço e que a esfera responsável pela prescrição arque com o fornecimento da medicação.					
245.	Implementar a Política Nacional de Saúde Bucal com a criação de rede de serviços que garanta o acesso à prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito da atenção básica, média e alta complexidade, permitindo a estruturação de linhas de cuidado na assistência odontológica e uma política específica para a infância no que tange à prevenção de cáries e ortodontia, além de outras especialidades.					
246.	Incluir no calendário básico do PNI as Vacinas Pneumocócica Conjugada, Tetra-valente, HPV, Influenza e Varicela.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
247.	O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem desenvolver, dentro da respectiva competência, estratégias para implantar e implementar a Política Nacional de Atenção Básica, que é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, articulada com os demais níveis de complexidade, por meio de centrais de regulação, com monitoramento e avaliação, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, com a garantia de priorização dos seis eixos programáticos do Pacto Pela Vida.					
248.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem fortalecer a atenção básica nos municípios com políticas de indução financeira, definindo o padrão de organização dos serviços de atenção básica no que diz respeito à estrutura física, aos insumos e ao processo de trabalho, e monitorar e avaliar as ações e serviços baseados em indicadores qualitativos.					
249.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem apoiar as Secretarias Municipais de Saúde na implantação do processo de descentralização orçamentária, das ações e dos serviços de saúde, da promoção e proteção à saúde, da assistência e da gestão, de acordo com a legislação vigente, a partir dos serviços de saúde mais complexos, considerando o planejamento com estudo de viabilidade para implementação de unidades na rede hierarquizada até o nível da atenção básica, um sistema de apuração de custos e consumo (tipos de serviços) e mecanismos e processos para coibir as ações clientelistas, corporativistas e de mercantilização da saúde.					
250.	Que o Ministério da Saúde descentralize para Estados, Regiões e ou Municípios o teto físico-financeiro, diferenciando o da Região Norte em favor de suas peculiaridades geodemográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e culturais, considerando: os recursos financeiros destinados à farmácia básica possam ser gastos em medicamentos de acordo com a necessidade local, bem como a regionalização das farmácias de distribuição de medicamento de alto custo; a expedição de carteira contra febre amarela (ANVISA); a habilitação, dos recursos, dos padrões e dos critérios de análise e aprovação de projetos; e a Implementação das ações de entomologia, nos municípios de alto risco (malária, dengue, leishmaniose, esquistossomose), resgatando, quando for o caso, as equipes e estruturas existentes.					
251.	O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) devem: estimular a ampliação das equipes multiprofissionais, com a inclusão de outros profissionais necessários à abordagem dos problemas mais relevantes de cada local, incluindo o profissional farmacêutico, o assistente social, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o nutricionista, o psicólogo, o professor de educação física, bem como o serviço odontológico, nas equipes de apoio à Saúde da Família; promover mudanças nos protocolos clínicos, ampliando a autonomia dos profissionais da ESF para a indicação de exames, evitando a demanda excessiva de exames de alta complexidade e especialidades médicas, possibilitando aos generalistas a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos; implantar núcleo do programa de saúde integrativa com serviço médico em homeopatia, acupuntura, fitoterapia e serviço de farmácia homeopática e fitoterápica e garantir a informatização para o trabalho das ESF nos municípios.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
252.	O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) devem redefinir os critérios de cobertura e mecanismos compensatórios para implantação de equipes de Saúde da Família, considerando a extensão territorial dos municípios, as diferenças regionais, o índice de desenvolvimento humano (IDH), as especificidades dos municípios mais afastados da região metropolitana e áreas de difícil acesso, respeitando as suas características econômicas, demográficas e geográficas, propiciando maior autonomia dos entes federados, inclusive, com incentivo do nível federal para os municípios com menos de 30.000 habitantes.					
253.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais da Saúde devem apoiar as Secretarias Municipais de Saúde na ampliação da cobertura com equipes de Saúde da Família, como estratégia estruturante da atenção básica, para 100% nos municípios, aumentando o incentivo federal e garantindo o estadual, implementando suas ações e efetivando a garantia dos direitos humanos e em particular os direitos reprodutivos e sexuais.					
254.	O Ministério da Saúde deve definir prazo de até 60 dias, sem desconto do incentivo, para a desabilitação da Equipe de Saúde da Família, nos casos de ausência de um profissional.					
255.	Assegurar que o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, informe, oriente e fiscalize os municípios em relação aos repasses financeiros destinados à Estratégia Saúde da Família, evitando desvios e cortes de recursos desnecessários, garantindo a destinação de recursos suficientes, com contrapartida dos estados e municípios para ampliação das equipes, sempre que necessário, construindo novas unidades de saúde da família, para desativação de prédios alugados, bem como instituindo o terceiro turno de acordo com as necessidades municipais.					
256.	Garantir e fortalecer a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção a Saúde, pactuada nos colegiados de gestão, por meio de parceria interinstitucional, otimizando custos, viabilizando e formalizando núcleos de educação permanente, em nível regional; de reforma e adequação da rede hospitalar, e todas as instituições que prestam serviço ao Sistema Único de Saúde/SUS, atendendo a um padrão de ambiência (arquitetura, mobiliário, padrão de equipamentos) garantindo conforto, privacidade, segurança ao usuário e trabalhador, sinalização e acessibilidade; do acolhimento ao usuário e acompanhamento do processo de atendimento ao cidadão, respeitando critérios de risco, priorizando a qualidade das ações e serviços, nos centros e hospitais da rede pública e credenciada, visando a resolutividade da demanda.					
257.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem rever o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDR e PDI), e qualificar a gestão do planejamento, gerenciamento e avaliação do financiamento do SUS e da execução da Programação Pactuada e Integrada (PPI) quanto ao alcance de resultados sanitários com a definição das responsabilidades e os recursos financeiros suficientes para realizar as ações preconizadas no Pacto, respeitando a EC 29 e a adoção de medidas punitivas para o gestor não cumpridor desses dispositivos.					
258.	Implementar o PACTO PELA SAÚDE nas três dimensões: PACTO PELA VIDA, PACTO EM DEFESA DO SUS, PACTO DE GESTÃO, visando estabelecer prioridades sanitárias, a partir do perfil epidemiológico e fortalecer a saúde pública no país, com a regionalização solidária, criando os colegiados regionais de gestão, com responsabilidade sanitária e cooperação técnica entre os níveis de governo pactuadas por meio dos termos de compromisso com controle social, considerando o planejamento participativo, as tecnologias de informação e os indicadores para a promoção da saúde					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
259.	Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam a participação da FUNASA/ DSEIs, enquanto unidade gestora, com assento nas discussões da CIB, Conselhos, Conferências e Fóruns, nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal, nas discussões de consolidação do Pacto pela Saúde e também fortaleçam a parceria entre a FUNASA e as Secretarias de Saúde Estadual e Municipal para garantir o atendimento de média e alta complexidade aos indígenas, visando o fim dos serviços terceirizados.					
260.	O Ministério da Saúde deve implantar a Política de Atenção à Saúde dos povos e comunidades tradicionais (Indígenas, Negros, Quilombolas, e Ciganos), nos Estados e Municípios, onde existir essas populações, em co-gestão com a União, considerando o preconizado no Pacto pela Saúde.					
261.	O Ministério da Saúde deve reformular o SIS Fronteira para atender não apenas a fronteira seca, mas a faixa de fronteira, estabelecendo mecanismos de negociação e celebração de convênios entre o Governo Federal e governos dos países fronteiriços para ações de saúde nos municípios de fronteiras.					
262.	O Ministério e as Secretarias Estaduais da Saúde devem: agilizar a adesão dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) à contratualização; definir os papéis do governo federal, estadual e municipal nas ações de alta, média e baixa complexidade; ampliar o teto financeiro para média e alta complexidade, enfocando principalmente exames preventivos de doenças (mamografias e densitometria óssea, dentre outros) e financiar, com recursos das três esferas de governo, os serviços de assistência à saúde ambulatorial e hospitalar, cada um em sua instância de responsabilidade, em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS até a adesão ao Pacto.					
263.	O Ministério da Saúde deve implementar políticas de gestão do trabalho compatíveis com os desafios propostos em cada área assistencial, bem como na gestão do SUS, com capacidade para reduzir a precarização do trabalho em saúde, buscar transparência nos contratos e na política de avaliação de desempenho.					
264.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar e implementar uma rede informatizada de atendimento nas unidades e secretarias de saúde dos municípios, com integração às redes estadual e federal, permitindo o controle e avaliação de dados, indicadores e custos, unificando os sistemas de avaliação, com divulgação dos resultados para os serviços de saúde.					
265.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem divulgar de forma permanente, nos principais meios de comunicação, as políticas, as diretrizes de atuação do SUS e os Direitos dos Usuários do SUS, instituídos no pacto em defesa do SUS.					
266.	Os governos federal, estadual e municipais devem garantir os direitos do idoso por meio do estabelecimento da política de atenção de saúde do idoso, do cumprimento rigoroso do Estatuto do Idoso, criação e implementação dos Conselhos Municipais do Idoso, da Central de Atendimento ao Idoso, de centros de convivência para idosos e de residências para idosos que demandem cuidados diários mais intensos, garantindo a assistência com equipe multiprofissional, com permanente qualificação.					
267.	Ampliar o pacto pela vida incluindo como eixos prioritários atenção à saúde da pessoa com deficiência, vítimas de violências, prevenção do câncer de próstata, de pele, a saúde mental, as DST/HIV/AIDS entre as doenças emergentes, bem como, indicadores de Vigilância Sanitária.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
268.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem definir o papel das três esferas de governo nas políticas de Saúde Mental, quanto ao financiamento, ampliação dos valores de repasse e referência, definição do incentivo estadual (contrapartida estadual) para implantação e manutenção de ações de saúde mental nos municípios; garantido nos Termos de Compromisso, os mecanismos de promoção, reavaliação, ampliação e a flexibilização dos critérios para a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a revisão dos parâmetros populacionais para a liberação de recursos para a rede substitutiva de saúde mental (CAPS I, II, III, AD, I, Adolescente), ampliando a oferta de acesso aos CAPS em municípios de menor porte populacional, com a inclusão de municípios com menos de 20.000 (vinte mil) e o atendimento em saúde mental em todos os níveis de complexidade; instituindo Comitês Regionais de Saúde Mental, a divulgação nos Conselhos de Saúde, das avaliações dos hospitais psiquiátricos pelo PNASS; o apoio técnico e financeiro para a implantação de Equipes Matriciais de apoio à atenção básica, reabilitação e saúde mental; a capacitação dos profissionais, a ampliação da oferta de medicamentos destinados à saúde mental, objetivando a qualificação da atenção aos usuários portadores de transtornos mentais e seus familiares e contribuindo para a implantação da Reforma Psiquiátrica.					
269.	Que o Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde ampliem a cobertura do SAMU de acordo com a Política Nacional de Urgência e Emergência, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada Estado, com a reestruturação e regionalização do serviço pré-hospitalar, conforme Portaria GM n. 2048, com o atendimento móvel de urgência nas regionais e/ou nas sedes de microrregiões de saúde garantindo atendimento móvel de urgência para todos os municípios.					
270.	O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais da Saúde, em conjunto com os municípios, devem reverter o modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade), substituindo-o pela organização em rede de atenção a saúde, além de organizar e regular uma rede de regionalização solidária, cooperativa e hierarquizada de atenção a saúde, contemplando os municípios/microrregiões/regiões do Estado e implementar o tratamento fora do domicílio (TFD), implantando e mantendo um Sistema Integrado de Informações dos usuários (Cartão SUS) em todos os municípios.					
271.	O Ministério da Saúde Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem garantir a referência e contra-referência (RCR) para a alta e média complexidade, ampliando a oferta dos serviços, garantindo o acesso da população aos serviços, de acordo com o perfil epidemiológico dos Estados e dos Municípios, bem como, fortalecer e monitorar a referência e contra-referência da média e alta-complexidade sob a responsabilidade de regulação do Estado, otimizando os leitos dos hospitais regionais, serviços de ambulância e exames especializados, os investimentos em infraestrutura para a implantação/implementação dos serviços de cardiologia, nefrologia, proctologia, centros de reabilitação, UTI's, terapia renal substitutiva (TRS), oncologia, transplantes, captação de órgãos, dentre outros, nas macrorregiões.					
272.	A Comissão Intergestores Bipartite deve, a partir de critérios técnicos, dados epidemiológicos e de revisões semestrais da Programação Pactuada Integrada (PPI), definir a construção de hospitais regionais de média e alta complexidade (com recursos federais, estaduais e municipais) para garantir e ampliar referência hospitalar pública para todos os municípios, com maior flexibilidade quanto à permanência do número das AIH's no município, respeitando-se as necessidades e a capacidade instalada.					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
273.	Que o Ministério da Saúde assuma a interlocução dos acordos, em parcerias com os Estados, referentes às políticas de fronteiras estabelecendo normas para a prestação de serviços de atenção à saúde, de maneira solidária e recíproca pelos países envolvidos, principalmente com os Estados da Região Norte, bem como o reconhecimento formal pelo Governo Federal, da existência dos municípios pólo - Tefé, Fonte Boa, Tabatinga, Manacapuru, Itacoatiara e demais municípios da Amazônia Legal, fortalecendo a assistência de média e alta complexidade com a implantação/ implementação dos recursos por telemedicina.					
274.	O Ministério da Saúde deve apoiar, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, no fortalecimento dos processos de Regionalização da Saúde, com a implantação/implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), tendo como premissas, o papel/competências das regionais de saúde, a regionalização dos serviços de referência de média e alta complexidade com a garantia do acesso, resolutividade e a integralidade da atenção à saúde, o repasse fundo a fundo para os Estados e Municípios, sob controle dos Conselhos de Saúde, a alocação de recursos para construção, ampliação/ reforma e equipar os serviços públicos de atenção básica e hospitais públicos, especialmente, os serviços de urgência e emergência; a criação de espaços permanentes de negociação, nas micro e macrorregionais e a implementação de complexo regulador com de sistema de informática e telefônico (0800).					
275.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, como incentivo ao desenvolvimento de consórcios intermunicipais, devem fortalecer os hospitais próprios, com contratação de trabalhadores de saúde; aquisição e manutenção de equipamentos, ampliação do número de leitos hospitalares nas macrorregiões, incluindo leitos de UTI de adulto, recém-nascido e infantil, e exames de média e alta complexidade a partir de dados epidemiológicos; favorecendo a organização de uma atenção em rede e o estabelecimento de referência e contra-referência no atendimento hospitalar aos usuários do SUS.					
276.	A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deve revisar semestralmente a Programação Pactuada Integrada (PPI) com mediação das CIB's regionais avaliando as metas pactuadas a nível regional e estadual, favorecendo articulação entre gestores municipais pactuados para aumento da oferta de procedimentos hospitalares e de média e alta complexidade garantindo a implementação e a integralidade do cuidado em saúde, como forma de viabilizar o acesso aos serviços de saúde.					
277.	Reestruturar e ampliar o setor de cancerologia na rede hospitalar pública e filantrópica e revisar os parâmetros populacionais para a realização de ultrassom para o rastreamento do câncer de mama em pacientes abaixo de 45 anos, aumentando o número (cotas) de exames especializados pelo SUS, acompanhados de aumento do teto financeiro, em especial para mamografias, antecipando sua realização para a faixa de 40 anos.					
278.	Instituir programas de atenção básica, de prevenção, de tratamento e reabilitação, que visem à diminuição das internações hospitalares e o remanejamento dos recursos financeiros para as ações básicas e preventivas, aumentando a capacidade instalada no Estado e ampliando o acesso aos serviços de forma regionalizada e descentralizada.					
279.	Recompor os valores da Tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), pelo Ministério da Saúde, considerando as especificidades locorregionais, bem como, fomentar a implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI) interestadual para a garantia de acesso aos procedimentos que oneram os serviços com grande número de Tratamentos Fora de Domicílio (TFD).					

Nº	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
280.	O Ministério e as Secretarias Estaduais da Saúde devem participar e incentivar o desenvolvimento dos programas de saúde em âmbito regional e municipal, por meio de apoio ao planejamento locorregional e do fortalecimento do papel estadual na oferta de serviços; no desenvolvimento de ações de saúde e na fiscalização por meio de auditorias, respeitando e fortalecendo a descentralização do sistema e as autonomias municipais; promovendo a ampliação de serviços como, laboratórios de análises clínicas, hospitais de urgência e emergência, oferta de leitos e de recursos humanos suficientes para atender a demanda dos municípios módulos assistenciais, garantindo o acesso aos usuários a partir de critérios técnicos, e que estes serviços não sejam repassados ao setor privado.					
281.	Viabilizar a construção de serviços de pronto atendimento nos municípios que não disponham de hospital.					
282.	Que o Ministério da Saúde resgate e implemente a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) transformando-a em Política Pública, com estímulo a parcerias entre Governo Federal, Estadual e Municipal, com a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, inclusive o atendimento odontológico de média e alta complexidade com financiamento específico; revisando as portarias ministeriais que criaram os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), com a inclusão de outras especialidades afins, como ortodontia e ortopedia funcional.					
283.	Criar colegiados macrorregionais para discussão das necessidades da assistência farmacêutica.					
284.	Facilitar acesso aos métodos cirúrgicos definitivos com a contratação de ginecologistas e cirurgiões e/ou de serviços com recursos específicos para ampliar acesso às laqueaduras, laqueaduras por videolaparoscopia e vasectomias, quando indicadas.					

Propostas para a Plenária Temática do Eixo III

A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
1.	Que o Conselho Nacional de Saúde constitua uma comissão especial para diagnosticar a situação do SUS em todos os Estados e Distrito Federal, em especial para verificar as razões alegadas por alguns gestores sobre a necessidade de privatização de serviços de saúde.					
2.	Que os Conselhos de Saúde tenham como atribuição aprovar, acompanhar e revisar convênios e contratos estabelecidos pelo SUS com os prestadores de serviços, assegurando a efetividade e a qualidade dos serviços credenciados, cumprindo com a reestruturação e contratualização dos serviços de saúde sob gestão estadual e municipal, respeitadas as pactuações intergestores.					
3.	Que os Conselhos de Saúde discutam democraticamente a responsabilidade sanitária, disponibilizando o projeto de lei já existente para conhecimento, discussão e reformulação, partindo das necessidades de saúde da população.					
4.	Que os Conselhos de Saúde discutam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPIC) considerando a interface dessas práticas com as Políticas de Humanização e de Promoção da Saúde e as diretrizes do SUS.					
5.	Que os Conselhos de Saúde acompanhem a regularização dos vínculos dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias e todos os trabalhadores em regimes precários de trabalho.					
6.	Que os Conselhos de Saúde articulem com os órgãos competentes, de forma contínua e permanente, a fiscalização do repasse de verbas aos Hospitais Universitários, contribuindo para a integração pesquisa/ensino/extensão e assistência.					
7.	Que o Ministério da Saúde garanta a participação de todas as instituições hospitalares da rede SUS no planejamento e na execução das campanhas públicas de saúde.					
8.	Assegurar que as resoluções dos conselhos de saúde sejam homologadas pelo respectivo gestor, no prazo máximo de quinze dias, a contar da data de seu encaminhamento, e quando do não cumprimento dentro desse prazo, que os conselhos encaminhem representação formal ao Ministério Público para providências cabíveis.					
9.	Os Conselhos de Saúde devem se articular com os Ministérios Públicos para a implementação de ações relativas à garantia do cumprimento de suas deliberações e o apoio aos usuários quanto aos seus direitos.					
10.	Fortalecer o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) nas três esferas de governo, com financiamento federal, para programar ações integradas de fiscalização às gestões municipais, estaduais e federal, em parceria com o Ministério Público, Tribunais de Contas dos Estados e União e demais órgãos de controle.					

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
11.	Garantir que a Comissão de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde trabalhe e exerça suas atividades de forma a favorecer a intersectorialidade, ampliando a interação e articulação entre os demais conselhos de direitos e de políticas setoriais.					
12.	Criar e implementar Comissões de Comunicação, Informação e Informática em Saúde nos conselhos estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de subsidiá-los na divulgação de suas atividades, em defesa do SUS e para mobilização da sociedade e o fortalecimento do controle social, estimulando a criação de uma rede de comunicação entre os conselhos de saúde.					
13.	Que os Conselhos e as Secretarias de Saúde divulguem a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, viabilizando mecanismos de acesso a toda sociedade pelos vários meios de comunicação, contemplando as pessoas com deficiência visual.					
14.	Divulgar amplamente e cumprir os Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, da Lei Maria da Penha e do Artigo n. 331 do Código Penal, que dispõe sobre o respeito ao funcionário público no exercício de suas funções.					
15.	Apoiar e incentivar a participação social no movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, com a criação de entidades que incorporem usuários, familiares e profissionais de saúde, para garantir a extinção de qualquer tratamento violento e invasivo em saúde mental.					
16.	Exigir transparência das decisões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), incluindo instância de controle social no âmbito da direção da Agência.					
17.	Que os cargos de direção dos serviços de saúde sejam preenchidos por meio de eleições diretas com a participação de trabalhadores e usuários.					
18.	Propor ao Ministério da Saúde a elaboração de programas para o desenvolvimento de atividades preventivas na área da saúde em parceria com entidades sem fins lucrativos.					
19.	Que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) contemple no seu orçamento recursos específicos para a realização de oficinas de trabalho que abranjam temas como controle social, SUS, políticas de Saúde Indígena e segurança alimentar, respeitando as organizações próprias de cada comunidade indígena.					
20.	Que os Conselhos de Saúde, Meio Ambiente, Segurança Alimentar e Nutricional estabeleçam mecanismo de supervisão e controle do uso de agrotóxicos na produção de alimentos com vistas ao equilíbrio ambiental sustentável e que o Ministério da Saúde faça campanhas de conscientização da população, em especial dos agricultores, sobre a utilização de agrotóxicos e produtos químicos em razão dos grandes prejuízos que trazem a saúde da população.					
21.	Instituir regimentalmente código de ética que orientará o desempenho do conselheiro durante seu mandato, devendo ser desligado o conselheiro condenado pelo poder judiciário.					
22.	Criar Programa de Educação Patrimonial para reversão dos quadros de depredação do Patrimônio Público.					

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
23.	Que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde convoquem periodicamente as Conferências, preferencialmente no primeiro ano dos mandatos de governo, para que suas deliberações se constituam diretrizes para as políticas de saúde, utilizando metodologias que possibilitem ampla participação, incluindo em sua programação a avaliação da implementação das propostas deliberadas em conferências anteriores e mobilizando todos os meios de comunicação para divulgação de sua realização para toda a população.					
24.	Que as Conferências de Saúde sejam um espaço efetivo de inclusão social de todos os atores envolvidos com o SUS, em especial os usuários e os trabalhadores, incluindo todas as raças, gêneros e etnias e estimulando a participação de observadores em todas as suas etapas, além da recomendação de que as vagas de delegados do segmento dos usuários e profissionais de saúde não sejam ocupadas por pessoas com cargo de coordenação e chefia na gestão.					
25.	Determinar que o quantitativo de delegados para a Conferência Nacional seja fixo por Unidade Federada e não pelo critério populacional.					
26.	Impedir a participação de delegados indicados nas conferências de saúde.					
27.	Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem se responsabilizar pela ampla divulgação dos relatórios finais das Conferências de Saúde para a população e para os Ministérios Públicos, utilizando vários meios de comunicação, para que as propostas deliberadas possam ser acompanhadas em sua implementação e revisitadas a cada nova conferência.					
28.	Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, em parceria com os entes federados em suas respectivas esferas, devem criar uma comissão permanente composta por delegados e conselheiros de saúde para monitorar a implementação das propostas deliberadas pelas Conferências gerais e temáticas, realizando plenárias permanentes de avaliação com ampla participação popular e divulgação das informações pelos vários meios de comunicação.					
29.	Que o Conselho Nacional de Saúde solicite aos Conselhos Estaduais a relação de municípios que não participaram da etapa municipal da 13ª Conferência Nacional de Saúde, a fim de encaminhar uma indicação de auditoria ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) do Ministério da Saúde, em razão da flagrante falta de controle social.					
30.	Que a eleição do Conselho Nacional de Saúde seja feita nas Conferências Nacionais e que a composição do pleno contemple todos os Estados com garantia das condições financeiras de participação.					
31.	Que o Conselho Nacional de Saúde convoque conferências temáticas e intersetoriais, em especial as de Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, DST/Aids, Saúde Ambiental, Comunicação, Informação e Informática e Saúde da Pessoa com Deficiência, com maior participação de movimentos populares, associações de usuários e organizações não-governamentais (ONGs) que atuam nas áreas específicas.					
32.	Fortalecer os Conselhos de Saúde como instâncias deliberativas e fiscalizadoras dos serviços de saúde e suas pactuações, garantindo sua autonomia perante os poderes Executivo e Legislativo.					

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
33.	Assegurar que os gestores em sua esfera correspondente garantam infraestrutura necessária para a reorganização e o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, dotando-os de espaço físico adequado, recursos orçamentários, equipamentos, veículo e pessoal, além de condições para criar e manter meios e instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso às informações sobre indicadores sociais de saúde, temas, questões, resoluções e outras atividades, objetivando a transparência e visibilidade de suas ações, em cumprimento à Lei n. 8142/90, melhorando o sistema nacional de apoio, suporte e avaliação dos conselhos para o efetivo controle social no SUS.					
34.	Os Conselhos de Saúde devem criar comissões temáticas intersetoriais para aprofundar discussões sobre assuntos específicos de acordo com suas necessidades locais e regionais, no sentido de garantir a qualidade da atenção aos usuários e o fortalecimento do controle social.					
35.	Assegurar a participação efetiva dos gestores nas reuniões dos Conselhos de Saúde, para esclarecimentos relevantes sobre a situação de saúde de sua esfera correspondente.					
36.	Incentivar a criação por lei, em todo o país, de Conselhos Locais e Distritais de Saúde, com apoio e supervisão das três esferas de governo, como instâncias de controle social, recomendando a participação efetiva de usuários e trabalhadores no seu processo de implantação e desenvolvimento.					
37.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem realizar ampla divulgação do Pacto pela Saúde à população, aos trabalhadores e aos Conselhos de Saúde, para discussão aprofundada sobre metas de atenção integral à saúde, além da elaboração de materiais informativos com linguagem acessível e disponível à população e às pessoas com deficiências.					
38.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem elaborar e aplicar pesquisas periódicas de satisfação dos usuários sobre os serviços de saúde do SUS e rede conveniada, discutindo seus resultados com a sociedade, para promover a qualidade de serviços prestados e a melhoria constante e permanente das políticas de saúde.					
39.	Ampliar a compreensão sobre a saúde a partir de uma abordagem intersetorial para assegurar a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e do Plano Plurianual da Saúde (PPA), com a participação dos Conselhos de Saúde e da população, com base nos Planos de Saúde aprovados pelos Conselhos, no Pacto pela Saúde e nos relatórios finais das Conferências, garantindo que o repasse Fundo a Fundo seja transparente e equânime tendo em vista as diferenças regionais, e estabelecendo instrumentos de responsabilização da gestão em saúde que assegurem a execução das ações previstas nestes documentos.					
40.	Assegurar aos Conselhos de Saúde autonomia e participação em todas as Mesas de Negociação e debates relacionados à gestão do trabalho em saúde.					
41.	Que o Conselho Nacional de Saúde regule a criação e a ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área da saúde.					
42.	Assegurar a participação da população nos espaços de formação em saúde em todos os níveis, a fim de garantir uma formação para o SUS comprometida com as necessidades sociais e de saúde da população.					

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
43.	Aumentar a interface dos estudantes das profissões de saúde e afins com usuários, profissionais e gestores, com foco na promoção da saúde, possibilitando a formação de profissionais que se considerem formados pelo SUS para o SUS.					
44.	Os Conselhos de Saúde devem estabelecer parcerias com o sistema educacional nos três níveis de ensino, para possibilitar a inserção de temáticas referentes ao controle social e ao SUS nos currículos escolares.					
45.	O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, considerando a educação como elemento principal no processo de desenvolvimento social, devem implementar políticas e processos que possibilitem a formação de multiplicadores para a educação popular e a educação em saúde, contemplando temas relevantes para a qualidade de vida, direitos humanos e cidadania, de modo a fortalecer a participação direta da sociedade na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde.					
46.	Incluir a educação popular em saúde nas propostas pedagógicas da educação formal em todos os níveis de ensino.					
47.	Inserir educação em saúde e cidadania nos currículos escolares em nível nacional, incluindo formação profissional de nível técnico e superior, educação permanente e nas atividades das equipes de saúde da família, com subsídio para financiamento de material didático, com relação à educação, anti-racista e anti-discriminatória em todos os sentidos, capacitando os professores como multiplicadores desse tema, em conjunto com os profissionais de saúde.					
48.	Implantar escolas promotoras de saúde e promover debate sobre direito à saúde nas escolas brasileiras, incorporando a temática da educação em saúde nos currículos no ensino de nível médio e fundamental, com o objetivo de promover mudanças nas práticas e valores sobre saúde, estimulando também a expansão de Escolas Técnicas Federais de ensino médio profissionalizante incluindo cursos da saúde nos municípios-pólo.					
49.	Garantir a participação do controle social na fiscalização, normatização e funcionamento dos estabelecimentos farmacêuticos.					
50.	Exigir dos gestores a apresentação da prestação de contas e do relatório de gestão em audiências públicas, remetendo-os aos Conselhos de Saúde e divulgando-os amplamente em meio impresso e eletrônico.					
51.	Que os Conselhos de Saúde, por meio de uma comissão permanente formada por representantes das Secretarias de Saúde, do Judiciário, dos Conselhos e de Prestadores de Serviços, reiterem ao Judiciário o desenvolvimento de protocolos para análise das solicitações dos usuários dirigidas ao SUS, levando em consideração aspectos técnicos, jurídicos e sociais.					
52.	Que o Conselho Nacional de Saúde promova estratégias para a integração setorial e intersetorial das instâncias de controle social nas três esferas de governo, incluindo Ministérios Públicos Estaduais e Federal, Tribunal de Contas e a sociedade civil organizada nos diferentes segmentos, a fim de garantir a legitimidade ao controle social, permitir o compartilhamento de informações sobre a saúde do país, a adoção de um modelo de desenvolvimento humano sustentável, uma agenda única de enfrentamento dos problemas sociais e a gestão participativa.					

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
53.	Realizar audiências públicas para discussão de temas prioritários em saúde, contemplando a participação dos Conselhos de Saúde e da sociedade.					
54.	Que os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde organizem, com ampla divulgação, suas reuniões em locais públicos e itinerantes, permitindo uma maior participação da sociedade e o exercício da cidadania.					
55.	Que o Conselho Nacional de Saúde reorganize a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, garantindo seu funcionamento permanente, com representação proporcional dos Estados a partir do critério populacional e o custeio dos participantes pela esfera de governo correspondente, realizando pesquisa sobre o consenso dos Conselhos Estaduais.					
56.	Democratizar, por meio de lei federal, a gestão dos serviços de saúde incentivando a implantação de Conselhos Gestores de caráter paritário e deliberativo em todas as unidades e serviços do SUS e conveniados, garantindo a participação de profissionais de saúde e sociedade civil organizada e promovendo a sua articulação permanente com os Conselhos de Saúde, com vistas a trabalhar o processo saúde doença e o planejamento das ações com base nas necessidades de saúde da população.					
57.	Integrar as equipes de saúde, os Conselhos Tutelares, os Conselhos Gestores e outras entidades com os Conselhos de Saúde das três esferas de governo, visando a garantia dos direitos da criança e do adolescente.					
58.	Implantar e implementar o programa de inclusão digital para todos os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, nos moldes do programa do Conselho Nacional de Saúde, com disponibilização de micro-computadores, conectividade, formação para a busca e análise de dados e informações, condicionando essa ação ao cumprimento da Resolução CNS nº 333/2003.					
59.	Assegurar espaços nas rádios comunitárias para a divulgação de informações e de programas e ações de promoção da saúde, utilizando a educação em saúde como ferramenta para apropriação de informações sobre as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, visando a melhoria de qualidade de vida da população.					
60.	Que o Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em parceria com a Secretaria de Educação e sociedade civil organizada divulguem, utilizando diversificados meios e instrumentos de comunicação, incluindo a divulgação em Braille, o papel e as atividades dos Conselhos de Saúde, a importância do controle social e do SUS.					

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
61.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem promover e assegurar dotação orçamentária para a implantação e a implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS aprovada pela Resolução CNS n. 363/2006, em parceria com instituições de ensino superior e com a criação de núcleos de Educação Permanente, para promover a inclusão social qualificada para o controle social, formar e qualificar as ações de conselheiros de saúde e todos os atores envolvidos com o SUS, contemplando temas relevantes acerca das políticas públicas de saúde e relacionadas, com o intuito de proporcionar maior conscientização sobre direitos e deveres, universalização das informações, autonomia para atuação no controle social, formação de representações legítimas, aumento da capacidade propositiva e de fiscalização efetiva das ações e serviços de saúde e o exercício da gestão participativa, fazendo uso de diversificados formatos, meios de comunicação, metodologias e linguagens adequadas à cultura e realidade local, em caráter permanente.					
62.	O Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem criar mecanismos intersetoriais para estimular a mobilização, a organização e a participação da população nos espaços de controle social, em especial os movimentos estudantil e social, com a implementação de programas de educação em saúde e mobilização social voltados para a concretização de agenda de luta em defesa do SUS, direitos humanos, saúde e cidadania.					
63.	Que Ministério da Saúde, estados e municípios definam estratégias de comunicação para o modelo social na saúde, em parceria com as instituições de ensino superior, preferencialmente públicas, ou filantrópicas e privadas, no desenvolvimento de atividades que apresentem e estimulem o exercício da democracia e da participação social em diversos espaços.					
64.	Que o Governo Federal estruture política de informação e comunicação direcionada às comunidades rurais, assentamentos, ribeirinhos, acampamentos, quilombolas, indígenas, entre outras e que garanta o acesso às ações e serviços de saúde e demais políticas públicas.					
65.	O Ministério da Saúde deve articular-se com o Ministério da Educação para a criação de uma linha de financiamento permanente para subsidiar técnica e operacionalmente os processos de educação popular em saúde, com o intuito de formar e qualificar a população para a participação e o controle social no SUS, buscando o fortalecimento de experiências de protagonismo popular, a troca de saberes, interiorização e descentralização dos mesmos.					
66.	Que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde criem espaços de discussão interdisciplinar e intersetorial e realizem fóruns permanentes de debates sobre políticas de saúde e programas prioritários do governo, esclarecendo a população sobre seus direitos e deveres, as ações de prevenção e promoção de saúde, oportunizando a participação de todas as raças, gêneros e etnias, favorecendo a proximidade entre os serviços e a comunidade, visando ao fortalecimento da participação social no SUS e maior qualidade da atenção à saúde.					

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
67.	O Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde devem cobrar e incentivar a participação mais efetiva dos conselhos profissionais no acompanhamento e avaliação do exercício profissional nas equipes de Saúde da Família, nas unidades hospitalares e em outros serviços de saúde, com vistas à efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.					
68.	Que o Ministério da Saúde implante uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, envolvendo as três esferas de governo, para criação de ouvidorias que sejam autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde, incluindo ouvidorias populares, implantando sistema de avaliação pelo usuário do atendimento em todos os serviços públicos de saúde e rede conveniada, com apresentação sistemática de relatórios periódicos aos Conselhos, informando o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas, tratando também de assuntos referentes ao cumprimento do Pacto pela Saúde.					
69.	Que o Conselho Nacional de Saúde faça revisão e readequação da Resolução n. 333/2003, principalmente no que diz respeito à composição, eleição e a representatividade legítima dos segmentos dos usuários e trabalhadores, incluindo a representação das instituições formadoras de profissionais de saúde, e implante uma política de acompanhamento e monitoramento dos Conselhos Estaduais e Municipais para garantir o seu cumprimento.					
70.	Tornar Lei a Resolução nº 333/2003.					
71.	Estabelecer que a escolha do presidente e de todos os membros da Mesa Diretora dos Conselhos de Saúde seja realizada por meio de eleição livre e democrática e votação direta e aberta entre seus membros.					
72.	Que os Conselhos de Saúde garantam em seus regimentos internos que seus presidentes ou coordenadores não sejam gestores, nem ocupem cargos de confiança ou funções gratificadas nas três esferas de governo.					
73.	Regulamentar a proibição da participação na condição de conselheiros representantes de usuários e trabalhadores, as pessoas em exercício de cargos de confiança e comissionados de qualquer natureza nas administrações públicas nas três esferas de governo.					
74.	Alocar no segmento dos prestadores as vagas de entidades que recebem recursos públicos para a prestação de serviços de saúde por meio de convênios, subvenções ou outras formas de financiamento.					
75.	Que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde garantam no seu regulamento interno a livre participação de entidades representativas, sem assento cativo para entidades específicas.					
76.	Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem fazer reuniões com as entidades que possuem representação assegurada no seu Regimento Interno, estabelecendo que a escolha dos representantes dessas seja realizada, a princípio, pelas mesmas, por meio de eleições democráticas e independentes, a partir de diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Saúde.					

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
77.	Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem discutir a adequação do número de conselheiros e a sua composição paritária entre os segmentos, delimitando o período de representação dos conselheiros para garantir a renovação do seu pleno e limitando a participação da mesma pessoa em várias comissões temáticas para ampliar o número de participantes nos diferentes espaços de controle social.					
78.	Regulamentar por lei federal, a concessão de dispensa de atividades laborais aos conselheiros, em especial usuários e trabalhadores, quando da sua participação em atividades dos Conselhos de Saúde e eventos relacionados, assegurando o seu livre exercício, garantindo proteção legal e estabilidade no emprego durante e até doze meses após o término do seu mandato, considerando a função de conselheiro como atividade de relevância pública.					
79.	Os Conselhos de Saúde devem implantar medidas que visem coibir o nepotismo, a participação de prestadores como representantes dos trabalhadores ou usuários, que num mesmo conselho, tenham assento pessoas com grau de parentesco de primeiro e segundo graus, cônjuges, relações de união estável e/ou união civil, a escolha de representantes dos usuários que tenham vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho.					
80.	Recomendar que o Poder Executivo, nas três esferas de governo, encaminhe ao Conselho de Saúde lista triplíce do seu quadro efetivo para apreciação e escolha do gestor de saúde de sua esfera correspondente.					
81.	Estabelecer prazo máximo de quinze dias para a nomeação pelo chefe do poder executivo da esfera de governo correspondente, de presidente, mesa diretora e conselheiros de saúde, a contar da data do recebimento do pedido de nomeação, sob pena de encaminhamento de denúncia ao Ministério Público e ao Poder Judiciário para que sejam tomadas as providências cabíveis.					
82.	Que o Conselho Nacional de Saúde reveja a Resolução n. 240/97, referente à participação de usuários nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), de modo a torná-la objetiva e efetiva, exigindo a criação de Comissão de Ética e a implantação de CEPs em toda e qualquer instituição pública ou privada que desenvolva pesquisa com seres humanos, fortalecendo o controle social com a participação de representantes da sociedade civil.					
83.	Que os governos federal, estaduais e municipais promovam o desenvolvimento de uma política nacional para o controle social na saúde indígena, recomendando aos Conselhos de Saúde que viabilizem assento de representação indígena em sua composição, conscientizando esta comunidade sobre a importância do controle social.					
84.	Que o Conselho Nacional de Saúde implante a comissão de defesa da saúde integral da população negra.					
85.	Assegurar a autonomia administrativa e financeira aos Conselhos de Saúde nas três esferas do governo, transformando-os em unidades orçamentárias, com repasse fundo a fundo, para custear as ações do controle social aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde, incluindo a realização de conferências, plenárias, seminários, fóruns e outros eventos que tratem de assuntos pertinentes ao controle social.					

N	Proposta	Plenária Temática			Plenária Final	
		Aprovada	Suprimida	Plenária Final	Aprovada	Suprimida
86.	Que os Conselhos de Saúde criem comissões permanentes de orçamento e finanças, com acesso às contas dos Fundos de Saúde correspondentes, para acompanhar e fiscalizar a aplicabilidade dos recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde.					
87.	Instituir as Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde, com dotação orçamentária para participação dos conselheiros eleitos, além de apoio para os coordenadores estaduais e municipais.					
88.	Destinar para a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), orçamentos de 5% dos recursos do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para viabilizar suas ações.					
89.	Formular a Política de Saúde do Trabalhador com a participação dos Conselhos de Saúde.					
90.	Que os governos federal, estaduais e municipais implantem Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos conselhos de saúde em suas esferas correspondentes.					
91.	Incentivar políticas públicas que garantam recursos financeiros para ações de saúde de quilombolas e populações tradicionais (ribeirinhos e pantaneiros).					
92.	Instituir o dia 5 de Outubro como o Dia Nacional do SUS.					
93.	Que Ministério da Saúde, estados, municípios, Ministério Público, órgãos de controle como os Tribunais de Contas dos Estados e da União, e Conselhos de Saúde das três esferas de governo, garantam rapidez e eficiência na apuração e punição de fraudes e má verbação de recursos financeiros e materiais na saúde.					
94.	Que Ministério da Saúde, estados, municípios, Ministério Público, Conselhos de Saúde das três esferas de governo e associações de bairros elaborem estratégias e critérios de seleção, acompanhamento e fiscalização dos beneficiários dos programas assistências do governo, como o Programa Luz para Todos e o Bolsa Família, por meio de instituição de equipes de trabalho intersetoriais.					

Comissão Organizadora

Coordenador-Geral

Francisco Batista Júnior

Secretário-Geral

Clóvis Adalberto Bouffleur

Comissão Organizadora

Alessandra da Costa Lunas
Antônio Alves de Souza
Armando Martinho B. Raggio
Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Alceu José Peixoto Pimentel
Carmen Lúcia Luiz
Flávio Heleno Poppe de Figueiredo
Francisca Valda da Silva
Graciara Matos de Azevedo
José Cláudio Barriguelli
José Eri de Medeiros
José Marcos de Oliveira
José Teófilo Cavalcanti
Lígia Bahia
Maria Betânia Serrano
Nildes de Oliveira Andrade
Neilton Araujo de Oliveira
Osvaldo Augusto B. Esteves Sant' Anna
Sonia Maria Demeda Groisman Piardi
Valdenir Andrade França
Valdevir Both

Coordenação de Comunicação e Informação

Graciara Matos Azevedo
Valdenir Andrade França
Carmen Lucia Luiz
Francisca Valda da Silva
Arlindo Fábio Gómez de Sousa

Coordenação de Articulação e Mobilização

Eri Medeiros
José Marcos de Oliveira
José Claudio Barriguelli
José Teófilo Cavalcanti
Valdevir Both
Alceu José Peixoto Pimentel
Wilson Valério
Jose Veloso Souto Junior

Coordenação de Infra-Estrutura

Antônio Alves
Nildes de Oliveira

Apoio Técnico Especializado

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP

Maria do Carmo Gomes Kell
Márcia Pinheiro
Patrícia Pol
Tatiana Souza

Departamento de Informática do SUS – DATASUS

Denise Fagundes
Ezequiel Pinto Dias
Renato Fernandes
Gustavo Rios
Marcelo Couto
Haroldo Lopes
Juliana Pires de A. Batista
Lucas Santiago

Coordenação-Geral de Documentação e Informação – CGDI/SAA/SE

Andrea Torriceli
Maria Resende
Monica Isabel Cordeiro Quiroga
Raquelina de Aguiar
Vaneza de Souza
Carla Sousa
Fabiano Bastos
Renato de Carvalho
Marcus Monici
Sergio Ferreira
Karla Gentil
Astor Souto
Paulo Henrique Castro

Comissão de Relatoria

Relatoria Geral

Gysélle Saddi Tannous
Ronald Ferreira dos Santos
Armando B. Raggio

Coordenação de Relatoria

Ana Cristhina de Oliveira Brasil
Maria Betânia Serrano
Alexandre Magno
Francisca Valda da Silva
Lígia Bahia
Luciana Alves Pereira
Jurema Pinto Werneck
Maria do Socorro Sousa

Relatores Estaduais

1. Carlos Henrique Lima e Silva
2. Therezinha Faria da Costa
3. Maria Nila Filgueiras de Azevedo
4. Nilma da Silva Pureza
5. Marília Fontoura
6. Lizaldo Andrade Maia
7. Francisco Chagas Teixeira
8. Maria Maruza Carlesso
9. Rosália Pereira M. dos Santos
10. Magda Gonçalves
11. Marília Reis Raidan
12. Mário Jânio da Silva
13. Neide Fernandes Pereira
14. Francisco F. C. Ribeiro
15. Tanea Maria de Lucena Santos
16. Francisca Alves de Sousa
17. Maria Gorete F. da Silva
18. Sônia Maria Anselmo
19. Jurema Rodrigues Vieira Utinga
20. Maria Dalva Horácio da Costa
21. Waldiléia Santos da Silva
22. Fernando Antonio da Silveira
23. Adalgiza Balsemão
24. Flávio Magajewski
25. Luiz Cláudio Barreto Soares
26. Arnaldo Marcolino
27. Valéria S. Paranaguá

Relatores Convidados

Gilca Starling
Maria Francisca Santos Abritta Moro
Célia Chaves
Iraci do Carmo de França
Carlo Henrique Zanetti
Crescêncio Antunes da S. Neto
Maria Natividade G. da S. T. Santana
José Luiz Riani Costa
Jacinta de Fátima Senna da Silva

Comitê Executivo da 13ª Conferência Nacional de Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Coordenação

Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana

Gabinete do Ministro

Crescêncio Antunes da Silveira Neto

Assessoria de Comunicação do

Gabinete do Ministro - Ascom/GM

Juliana Vieira

Coordenação do Setor de Eventos/Ascom

Raimundo Nonato de Melo Filho

Secretaria-Executiva do MS

Aladim Tadeu Ferreira

Subsecretaria de Assuntos Administrativos - SAA

Márcia Helena Gonçalves Rollemberg

Coordenação-Geral de Recursos Humanos - CGRH

Elzira Maria do Espírito Santo

Coordenação-Geral de Recursos Logísticos/SAA/SE

Bruno Monteiro da Rocha Pitta

Departamento de Informática do SUS - DATASUS

Denise Cantiere Taube Fagundes

Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde - CNS

Eliane Aparecida da Cruz

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES

Maria Helena Machado

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP

Jacinta de Fátima Senna da Silva

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

Gessyane Paulino

Secretaria de Atenção a Saúde - SAS

Gisele Onete Marani Bahia

Secretaria de Ciência e Tecnologia - SCTIE

Suzanne Jacob Serruya

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

Pedro Ivo Sebba Ramalho

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Silvana Souza da Silva Pereira

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Fabiola Aguiar Nunes

Fundação Nacional de Saúde - Funasa

Wanderley Guenka

Apoio Técnico

Maria do Carmo G. Kell

Marcia Cristina M. Pinheiro

Patrícia Pol Costa

Denise Fagundes

Tatiana Moraes de Souza

Marcelo Couto

Ezequiel Pinto Dias

Renato Fernandes

Gustavo Rios

Haroldo Lopes

Lucas Santiago Gonçalves dos Anjos

Juliana Pires de Abreu Batista

Neide Rodrigues Santos

Jornalistas

Verbena Melo

Sócrates Bastos

Andréa Cordeiro

Carlos Dias Lopes

Roberto Studart Filho

