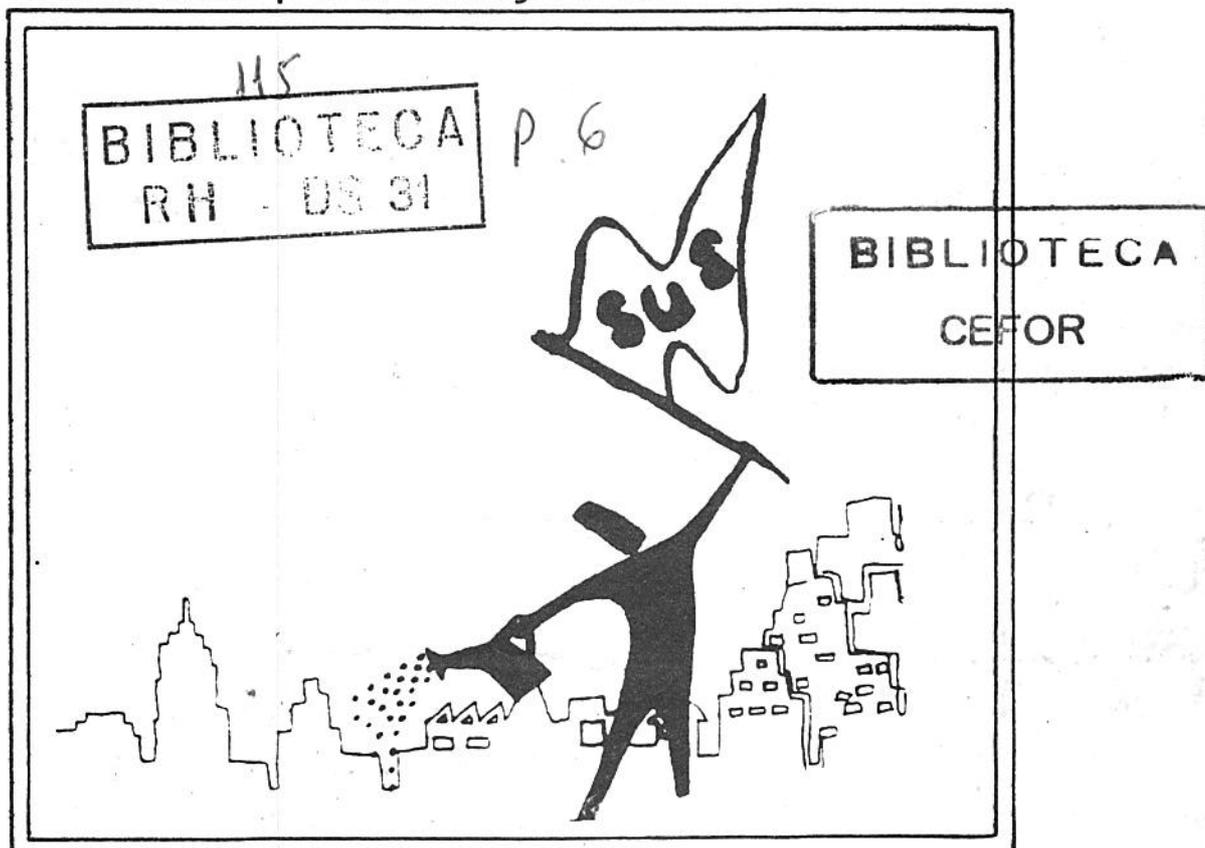


IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Documento para Votação na Plenária Final



12 de dezembro de 1993

**Tema: Municipalização com Qualidade
"São Paulo Crescendo em Defesa
do Sistema Único de Saúde"**



Secretaria Municipal da Saúde
Conselho Municipal de Saúde

INTRODUÇÃO:

PLENÁRIA MUNICIPAL DE ENTIDADES E MOVIMENTOS DE SAÚDE

A SITUAÇÃO DA SAÚDE NO PAÍS HOJE

001 - A grande maioria da população brasileira beira a miséria absoluta, vivenciando uma situação alarmante de brutal aumento das doenças, com sofrimentos físicos e psíquicos e seu caráter de negação da vida: 32 milhões de brasileiros passam fome.

002 - Da mesma forma, a prestação de serviços de saúde do País passa por profunda crise, insuficientes, sucateados, desativados, com profissionais de saúde insatisfeitos, mal remunerados; muitas vezes despreparados do ponto de vista técnico e humano para exercer seu compromisso com a sociedade que integram.

003 - Os conservadores e defensores da medicina privada dizem que esta crise é devida à incompetência do setor público e ao Sistema Único de Saúde - SUS.

004 - Na verdade, o setor público sempre foi dominado pelos interesses dos serviços privados, fazendo com que os recursos públicos fossem destinados ao setor privado lucrativo.

005 - O INAMPS é o exemplo típico dessa prática de privatização do Estado, tendo ao longo dos anos, priorizado a contratação de serviços privados e o não investimento para a expansão e a melhoria da rede pública. O governo estadual, através do SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE - SUDS, mantém a prática histórica do governo federal.

006 - A política de mercado praticada pela iniciativa privada e incorporada pelo INAMPS trazem como consequência os baixos salários, descumprimento de jornadas de trabalho, poucos recursos voltados para atender a demanda, enfim o descompromisso com o SUS e com a descentralização do poder.

007 - O SUS não pode, portanto, ser apontado como causa da crise e do caos, mas sim como única proposta viável para melhorar as condições de saúde da população brasileira. Entretanto, o SUS apesar de ser garantido por lei, vem sofrendo enormes distorções; fora os gritantes descumprimentos da

legislação, no que diz respeito a gestão, à participação dos níveis de governo no financiamento, ao efetivo controle popular etc.

008 - Esta proposta, discutida nas bases por profissionais, pelos usuários e pelo conjunto dos cidadãos, sacramentada na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, só com muita ousadia consegue sair do papel para produzir seus efeitos na realidade.

009 - Enquanto se luta pelo cumprimento da lei, reaparecem os eternos defensores da economia de mercado aplicada à área social, mas que não admitem abrir mão dos recursos públicos.

010 - A proposta neo-liberal da reforma previdenciária e do financiamento da saúde mais uma vez acena para um SUS para os pobres e um outro sistema para os ricos, e procura bloquear estas conquistas agora e na revisão constitucional de 1.993.

011 - A IX Conferência Nacional de Saúde, neste sentido, posiciona-se firmemente: contra a privatização da previdência social e da saúde; pela imediata implementação do SUS, com municipalização e Controle Social.

012 - A extinção do INAMPS votada e aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, além de representar um passo fundamental na implantação do SUS, deve ser complementado por outras ações que garantam a descentralização, o repasse do poder administrativo, incluindo o gerenciamento financeiro pelos municípios, possibilitando um melhor controle da população, através dos Conselhos, com reorientação dos recursos em defesa da recuperação dos serviços públicos da saúde.

013 - Esta decisão incomoda os que não querem o SUS funcionando, justamente por isso devemos nos posicionar referendando as resoluções da IX CNS com suas aplicações imediatas e garantindo as conquistas obtidas nas Leis 8.080 e 8.142 e sua manutenção e avanço na revisão Constitucional.

A SAÚDE E A CIDADE SAUDÁVEL

014 - A Saúde de uma população está intimamente relacionada ao modo como as pessoas vivem e trabalham.

015 - Em São Paulo as condições de vida e trabalho são marcadas pela profunda desigualdade social, que se revela em uma crescente violência. Os recursos previstos para a área social estão sendo invertidos para obras faraônicas, como o túnel do Rio Pinheiros, e outras obras não prioritárias para a população da periferia.

- 1 - Na educação, além da falta de escolas, houve queda nos salários, na qualidade da merenda, nos projetos alternativos para a população analfabeta como o MOVA (Movimento de Alfabetização de Adultos), refletindo na queda da qualidade do ensino;
- 2 - No transporte coletivo houve diminuição do número de ônibus que atendem a periferia e aumento das tarifas acima da inflação;
- 3 - No setor habitacional os recursos para os mutirões da construção da casa própria estão suspensos, com projetos que beneficiam as empreiteiras;
- 4 - Na saúde vivemos uma situação alarmante de total aumento das doenças e ameaça do reaparecimento daquelas do século passado, como é o caso do cólera que surge como um grande risco principalmente nas áreas de mananciais com deficiências no sistema de saneamento básico.
- 5 - Nas periferias da cidade onde se encontram as pessoas que mais precisam dos serviços de saúde, deparamo-nos com a inexistência, insuficiência, desativação, sucateamento, com profissionais insatisfeitos e mal remunerados, muitas vezes despreparados e descompromissados com a saúde da população. É inadmissível que numa situação tão desfavorável, existam equipamentos construídos com o dinheiro público que se encontram fechados, deteriorando-se.

6 - Na região da Capela do Socorro e Pedreira, com mais de 1 milhão de habitantes, não há leito público, sendo que os hospitais do Grajaú e Pedreira são conquistas, fruto de muita luta dos movimentos de saúde, e encontram-se com as obras paralisadas.

016 - O Poder Público deve viabilizar políticas de recuperação das condições de vida na cidade que enfrenta a desigualdade social e o aumento da violência.

017 - Na Saúde, deve-se incrementar as ações de vigilância com ações coletivas e atenção individual atendendo a todas as especialidades.

018 - Destacamos hoje a situação do Cólera e da AIDS que devem ser priorizadas nas ações de vigilância. Saúde portanto, não é mercadoria que se compra e que se vende, nem é somente o resultado direto de qualquer tipo de assistência, seja ela, médica, odontológica, psicológica, ou outra. É sobretudo o resultado do esforço coletivo para mudar esse quadro de desigualdades sociais e violência. Há necessidade de políticas urbanas que ultrapassem o âmbito da saúde, envolvendo outras áreas sociais e de infra-estrutura.

INTRODUÇÃO:

ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DA SAÚDE

019 - Quatro anos após a criação do SUS, preceito constitucional aprovado pela Constituinte de 1.986, o país vive ainda na expectativa de sua real implantação.

020 - O segmento governamental ainda não está unificado e o financiamento tem redação imprecisa na Lei Magna, gerando descaracterizações e desvios no que se chamou "Orçamento da Seguridade Social".

021 - Uma base comum não foi estabelecida para a política de recursos humanos, tanto no que diz respeito a salários, como ao acesso a carreiras.

022 - A falta de unificação dos três setores governamentais tem como desdobramento imediato a desorganização da atenção à saúde, com ações e esforços não articulados e muitas vezes sobrepostos, senão em sentidos inversos.

023 - O financiamento incongruente com a realidade de serviços é comprovável ao macro-exame, bastando citar informações do Banco Mundial, que colocam o Brasil como um dos mais baixos investidores em saúde no planeta (99 dólares americanos per capita anuais, contra 2.800 nos EUA), e um dos piores na relação custo-efetividade. A somatória de insuficientes investimentos com gerenciamento incompetente contribui para explicar a "crise" do setor saúde, em que vivemos, valendo citar trecho do Plano de Trabalho para São Paulo, do então candidato Paulo Maluf: "Se os equipamentos de saúde instalados são insuficientes, é fundamental que sejam compensados por uma administração eficiente e que desenvolva suas ações em estreita parceria com a população e com funcionários, aplicando técnicas e soluções já testadas e aprovadas pela comunidade internacional". Vale ressaltar que para 1.994 a parcela do orçamento destinado à saúde no Orçamento Municipal é de 15,73%, a maior de toda a história.

024 - Políticas iníquas de recursos humanos que não contemplam salários minimamente atrativos, sem acenar para qualquer tipo de ascensão profissional e para com a instituição pública. A política do Governo Municipal de São Paulo compromissou-se com dois pontos fundamentais, no que diz respeito a estratégias de ação, apud citação:

025 - "... implantação de um sistema gerencial competente, que permita o desenvolvimento de programas, reordenação dos existentes e cumprimento das diretrizes traçadas, levando conseqüentemente a uma otimização dos serviços existentes (hospitais, UBS, PS e outros)... capacitação e atualização dos Recursos Humanos, de modo a tornar mais amplo e eficaz o serviço ... prestado".

026 - Desta forma, os pontos principais que estrangulam um sistema que, pelo que se expos acima, nem sequer foi ainda testado, e que será alvo da revisão constitucional do presente ano, devem ser, no mínimo, os seguintes:

027 - Financiamento - ajustes e novas formas de captação de recursos;

028 - Municipalização como estratégia de construção do SUS, estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência e de informações adequadas;

029 - Consistentes e continuadas práticas de desenvolvimento de recursos humanos, contemplando capacitações específicas, tanto do ponto de vista técnico, como gerencial.

030 - Aprimorar a representação da comunidade no Conselho Municipal de Saúde, nos Conselhos Gestores de cada área, bem como em todos os Conselhos de Saúde Existentes.

MUNICIPALIZAÇÃO

031 - Deverá estar garantida a efetivação das propostas da III Conferência Municipal de Saúde de São Paulo. Que se cumpra com rigor os princípios básicos da constituição da Lei 8.080 e 8.142 e da lei Orgânica do Município de São Paulo.

032 - Defender a não revisão constitucional na atual legislatura. Em qualquer momento em que forem discutidas alterações à Constituição, manter a defesa dos princípios básicos do SUS, com controle social, implantação de modelo epidemiológico de atenção e financiamento compatível para a real implantação ao nível do território nacional.

033 - Defender também de forma intransigente o Sistema Único de Saúde e o caráter público do Estado, construindo o Sistema em nível municipal e assumindo integralmente as competências legais do Município no setor. Manter as atuais unidades de saúde e outras que vierem a ser construídas sob a administração direta da PMSP, proibindo-se a concessão de convênios, terceirização ou privatização destas unidades para entidades particulares e filantrópicas.

034 - A Municipalização deve ser um instrumento da democratização, garantindo-se o controle social do processo, como estratégia fundamental para impulsionar toda descentralização.

035 - Os serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do Município devem ser articulados com os serviços estaduais e federais. Estes, por outro lado, devem dar apoio através de mecanismos jurídicos necessários e repassar os recursos aos municípios para que estes possam assumir essas responsabilidades de forma integrada, com as instituições de

todas as esferas e com transparência, sob o controle do Conselho Municipal, Conselhos Gestores Regional, Distrital e local.

036 - A Municipalização deve ser garantida com o repasse direto e automático das verbas federais e estaduais suficientes para suprir todas as necessidades do sistema de saúde municipalizado e esta garantia, somente virá com o controle dos trabalhadores e população sobre os repasses necessários. A Municipalização deve acontecer na íntegra nos serviços e unidades da Saúde. Que o SUS seja reembolsado pelos convênios por atendimento prestado às pessoas associadas a estes convênios.

037 - O Ministério Público, Ministério da Saúde e Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde devem interferir conjuntamente utilizando todos os instrumentos para se fazer cumprir as determinações das Leis, em especial as Leis 8.080 e 8142 e as resoluções das Conferências de Saúde, implantando assim, definitivamente o SUS.

038 - Avaliar de forma permanente o processo de municipalização, através dos Conselhos Locais, Distritais, Regionais, Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, a fim de apurar se os princípios do SUS estão sendo implantados e respeitados.

039 - Efetivar imediatamente em todas as DEZ ARS a municipalização com garantia de qualidade do atendimento e a incorporação das ações e da rede de serviço de saúde estadual e federal, com transparência e contando com a participação dos Conselhos Locais, Distritais, Regionais, Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, desde a assinatura do convênio com o Estado até o processo final de implantação articuladas nos Distritos de Saúde e também, com garantia do apoio dos recursos materiais, humanos e financeiros, cumprindo os dispostos nas leis 8.080 e 8142.

040 - Qualquer cidadão, associação, entidade de classe ou nível, de qualquer estado brasileiro poderá acionar juridicamente no Ministério Público, Ministério da Justiça, e caso de deliberada negligência dos Governantes na implementação do SUS. O Chefe de Governo deverá ser responsabilizado criminalmente, de acordo com a gravidade de

seus atos e sua repercussão na qualidade de vida e na saúde da população.

041 - Lutar contra a privatização e terceirização da saúde e da previdência e pela garantia da universalização do atendimento à saúde e que os recursos públicos sejam aplicados no serviço público.

042 - O município de São Paulo deve disciplinar e fiscalizar o funcionamento da iniciativa privada que opera no setor, considerando o seu papel complementar no SUS. Conforme necessidades levantadas no planejamento integrado a nível distrital.

043 - Criação das Unidades de Avaliação e Controle (UAC) em nível distrital, com competência plena para revisão dos atuais critérios de convênios subordinadas às diretrizes aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde e pela não contratação de Convênios. Expansão da rede pública de saúde para suprimir gradativamente os convênios de prestação de serviços.

044 - Que a municipalização da Saúde na Capital tenha como base o Convênio da Municipalização, assinado entre os Governos do Estado e a Prefeitura em Setembro de 1992 e nos termos da norma operacional básica 01/93 do Ministério da Saúde.

045 - Garantir a continuidade dos trabalhos e programas de saúde por ocasião da saída de profissionais em cargos de confiança em qualquer instância.

RECURSOS HUMANOS

046 - Política Global de Recursos Humanos: adequada ao servidores da Saúde, contemplando salários, formação e condições de trabalho.

047 - Assegurar o cumprimento do artigo 214 da Lei Orgânica do Município no que se refere ao impedimento da ocupação de cargos de direção, chefia e assessoramento por pessoas vinculadas ao setor privado.

048 - Garantia da não ocupação de cargos por pessoas que tenham cometido ato comprovado de violência aos direitos de cidadania.

049 - Viabilizar o funcionamento pleno de toda a rede pública municipal e municipalizada com locação dos recursos humanos necessários para preencher o quadro de lotação de toda a rede, com responsabilidade de repasses por parte dos Governos Federal e Estadual na Municipalização.

050 - Desenvolvimento de pessoal através do CRH (Centro de Recursos Humanos) e CEFOR (Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde) das atividades de desenvolvimento realizadas nos níveis locais e do trabalho realizado com as diversas universidades e consultorias, com acompanhamento dos trabalhadores.

051 - Consolidar em lei, a estrutura descentralizada da SMS, criando os campos de direção correspondentes, com provimento aberto a todos os técnicos da equipe multiprofissional, envolvendo perfil necessário ao cargo e formação adequada para o gerenciamento dos serviços de saúde e a coordenação dos vários Programas da Política Municipal de Saúde e dos Departamentos e Setores das Unidades Hospitalares.

052 - Implantar a formação/capacitação/informação permanentes, em serviço, não dedutíveis do tempo necessário para ser promovido.

053 - Criar o Regime Jurídico Único para os servidores municipais da Saúde, inclusive os do Hospital do Servidor Público Municipal, Estadual e Unidades Municipalizadas; tornar pública a discussão democrática sobre a situação financeira do HSPM, sua inserção no SUS e a garantia do atendimento global aos servidores e seus dependentes.

054 - Implantação de carreiras abertas, para que os profissionais possam ascender de acordo com a experiência, capacitação, formação que obtiver, em todos os níveis. Que as carreiras contemplem as ocupações dos cargos de Chefia e Assessorias por funcionários de carreira.

055 - Frente ao histórico abandono a que foi relegada a população carente da periferia, o Sr. prefeito deverá dar

continuidade à política de priorizar os investimentos de recursos em geral (recursos humanos, orçamento, equipamentos) nas regiões mais periféricas da cidade.

056 - Criação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários que englobem todos os trabalhadores do SUS, definindo a CARREIRA MULTIPROFISSIONAL ou carreira única da saúde, nos moldes da proposta elaborada pela Comissão Especial de Carreira do Ministério da Saúde e aprovada no Conselho Nacional de Saúde:

- 1 - que englobe os trabalhadores do setor, das diferentes áreas (Assistência à Saúde, ensino e pesquisa, produção e desenvolvimento tecnológico, infra-estrutura de apoio e serviços e administração e gestão);
- 2 - que possibilite qualificação, formação e desenvolvimento, bem como a evolução funcional, etc.

Neste sentido, é imperiosa a revisão do Quadro dos Profissionais da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, recém-aprovado na Câmara Municipal, à luz dessas diretrizes.

057 - Que o Município de São Paulo, através da SMS respeite as deliberações da IX Conferência Nacional da Saúde (realizada em Brasília, de 09 a 14 de agosto de 1992), que tratam dos recursos humanos no SUS.

058 - Em respeito a essas deliberações, que a SMS inclua no atual quadro de profissionais de saúde, sancionado pelo atual prefeito através da lei 11.410/93 de 13.09.1993, as categorias que foram excluídas do referido quadro: assistentes sociais, auxiliares administrativos da saúde e todos os operacionais e demais servidores de nível médio e superior que atuam na Secretaria Municipal da Saúde.

059 - A negociação coletiva e o processo de discussão entre patrões e empregados no qual as partes procuram equacionar os conflitos no trabalho, deverão estabelecer normas e critérios capazes de satisfazer as necessidades das partes no setor público da saúde, bem como nos outros ramos de atividades, pois a tradição brasileira é de relações de trabalho autoritárias e compulsórias, o que tem impedido

inclusive a modernização do próprio serviço público brasileiro;

- 1 - Neste sentido, é preciso democratizarmos essas relações de trabalho e a negociação permanente e o CONTRATO COLETIVO DE TRABALHO são os melhores instrumentos de que dispomos. Além do mais esses instrumentos, pela sua agilidade, acompanham as peculiaridades que vêm se apresentando para o SUS no processo de descentralização, como por exemplo a questão do TRABALHADOR MUNICIPALIZADO.
- 2 - Este novo tipo de relação contratual, a do servidor municipalizado, agrega as contradições inerentes ao vínculo de trabalho original com aquelas que surgem da relação com a gestão municipal. Por isso, é fundamental para o SUS a adesão desse mecanismo moderno e democrático que é a negociação coletiva.
- 3 - Criação do SISTEMA PERMANENTE DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA, através da MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO DO SUS, entre a administração municipal e os representantes dos trabalhadores da saúde, nos moldes da mesa de negociação do SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde e na II Conferência Nacional de Recursos Humanos do SUS.

060 - Contemplar a possibilidade de qualificação e formação permanente, tanto na área técnica como nas relações interpessoais (funcionário/população, funcionário/funcionário) dando habilitação aos profissionais da área, no atendimento das pessoas portadoras de deficiências, permitindo a evolução do trabalho na carreira, desde que vinculada a função que o servidor exerce no serviço público e que não seja dedutível do tempo necessário para ser promovido.

061 - Promover a formação e sensibilização dos profissionais de saúde, sobre os aspectos de gênero, nas relações entre saúde e trabalho, assegurando a existência de profissionais com visão de vigilância sanitária, planejamento estratégico e epidemiologia, além dos demais aspectos ligados à saúde do trabalhador.

062 - Os programas de residência médica devem ser revistos e seus conteúdos reestruturados com vistas a adequação às especialidades necessárias para implantação do SUS, além de criar e ampliar campos de residência para outras categorias profissionais. Que a formação conte com programas de capacitação enfatizando os seguintes conteúdos:

a) conceito ampliado de saúde; b) ética e cidadania; c) contexto epidemiológico; d) organização dos serviços; e) vigilância à saúde; f) saneamento e meio ambiente; g) educação em saúde; h) etnia, fases etárias, gênero; i) relações sociais; j) saúde mental.

063 - Assegurar a evolução permanente na carreira. A progressão deverá se dar por critérios que combinem: tempo de serviço e antiguidade, qualificação e mérito, considerando entre outros o acúmulo de formação.

064 - Garantir, de acordo com a O.I.T. (Organização Internacional do Trabalho), o pleno cumprimento das convenções coletivas e resoluções internacionais do trabalho, as quais protegem, promovem e garantem a saúde do trabalhador no meio ambiente e no trabalho.

065 - Partindo-se do pressuposto de que a qualidade dos serviços prestados dependem diretamente do desempenho e motivação profissional, faz-se necessário uma política de desenvolvimento de Recursos Humanos voltada para a qualificação funcional e adequadas condições de trabalho.

066 - Evolução funcional para todos os profissionais, considerando-se desempenho, habilitação/capacitação e experiência, adquiridos no decorrer da carreira.

067 - Programa permanente de movimentação de pessoal, com apresentação de todas as vagas existentes, com inscrição espontânea.

068 - Fim dos desvios de função, com enquadramento adequado no Plano de Cargos, Carreiras e Salários, considerando-se o tempo e a experiência dos mesmos.

069 - No Quadro Municipal de Saúde (Lei 11.410/93):

- 1 - Reconhecer os A.A.S. - Auxiliares Administrativos da Saúde, nível médio administrativo e específicos da área de saúde. Suprimir, enquadrando e reconhecendo os OAGs - Oficiais de Administração Geral que já atuam na Saúde como A.A.S., sem nenhum prejuízo na carreira e demais vantagens.
- 2 - Reconhecer o A.C.D., Atendente de Consultório Dentário, como auxiliar, no mesmo nível do auxiliar de enfermagem, pois estes possuem a mesma escolaridade, exigências de regulamentação da profissão no Conselho, portanto são respectivo-equivalentes;
- 3 - Os Auxiliares Técnicos de Saúde como Técnicos da Saúde, pois possuem escolaridade equivalente.

070 - Redução do tempo de serviço para 25 anos e incorporação dos adicionais para fim de aposentadoria para todas as profissões com atividades insalubres, penosas e perigosas. A administração deve investir na não existência de atividades insalubres, penosas e perigosas.

071 - Regulamentar por completo a lei da insalubridade, penosidade e periculosidade; estabelecer critérios, através de lei municipal, para concessão dos mesmos; agilizar os pagamentos. Que esse processo seja realizado com a participação e negociação dos trabalhadores da saúde com representação sindical.

072 - Vinculação na carreira dos cargos de chefia (encarregatura, chefia, supervisão, assessoramento, direção), limitando-se a 10% os cargos de livre provimento com possibilidade de eleição.

073 - Avaliação de desempenho profissional/institucional ordenada em cruzamento, com a participação de: Instituição (administração), coletivo dos funcionários (setores pares) e funcionário (individual).

074 - Jornada máxima de 30 horas semanais, sem redução salarial.

075 - Garantia de remanejamento em função de desgaste físico/psicológico, a pedido do profissional.

076 - Regulamentação das CIPAS/COMSATS (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes/Comissões de Saúde do Trabalhador).

077 - Valorização do profissional, com estímulo a dedicação exclusiva do SUS.

078 - Os parâmetros da Tabela de Lotação de Pessoal deverão obedecer os critérios epidemiológicos, levando em conta a demanda populacional e os níveis de complexidade de atenção. Evitando-se a excessiva mão de obra de determinadas categorias profissionais, principalmente na região central.

079 - Garantir que o processo de remoção eletiva ocorra anualmente para todas as categorias, permitindo acesso de acordo com a classificação em concurso, tempo de serviço e títulos, de forma que o servidor possa acessar qualquer vaga oferecida, devendo haver transparência na publicação de vagas.

080 - Garantir Supervisão Multiprofissional aos técnicos e pessoal de apoio das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações nos serviços de atenção em Saúde Mental.

081 - Garantir que a gerência dos serviços públicos de Saúde Mental possa ser exercida por qualquer profissional da área de Saúde Mental (médico ou não), com perfil adequado ao modelo antimanicomial em conjunto com os Conselhos Gestores de cada nível.

082 - Contratação de equipes multidisciplinares: psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, oftalmologistas, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, sociólogos, odontólogos, intérpretes (deficientes auditivos), nutricionistas, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, fisiatras, fisioterapeutas, profissionais da área de medicina alternativa e especialidades em deficientes, capacitados e/ou com disponibilidade para se aperfeiçoar tecnicamente na atenção de todas as gravidades de sofrimento mental e deficiência física (DF), auditiva (DA) visual (DV) mental (DM) e múltipla, aprovados em concurso público.

083 - Investimento em Fóruns de discussões das questões relativas ao ensino de graduação e pós-graduação, formação e reciclagem dos profissionais de Saúde Mental (técnicos, universitários, motoristas de ambulâncias, de remoção e resgate, auxiliares, etc), criando assim um campo de debate, que permitirá o aprofundamento e reformulação das universidades em sua relação com novas propostas, no que se refere a criação de práticas que superem a perspectiva asilar pautada no reconhecimento da cidadania, que favoreça uma nova postura de qualidade, num trabalho de relações humanizadas, que estimule o desenvolvimento de todas as potencialidades dos indivíduos que sofrem mentalmente (estas recomendações são pertinentes aos demais setores da Saúde).

084 - Garantir que o ingresso no serviço público seja exclusivamente através de concurso público periódico de forma descentralizada, com prazo máximo de 30 dias para posse e início de exercício sem nenhuma forma de discriminação e sob supervisão dos Conselhos de Saúde. Exceto em situações emergenciais, sendo permitido a contratação para a prestação de serviços através da administração direta.

085 - Não permitir a contratação de servidores por prestação de serviços ou por meio de contra-recibo, nem através de terceiros.

086 - Garantia que nenhuma Unidade de Saúde seja inaugurada (colocada em funcionamento) sem que o respectivo quadro de funcionários esteja estabelecido em lei.

087 - Manutenção da estabilidade do servidor publico.

088 - Criação de estímulos que permitam a lotação de RH nos serviços de difícil preenchimento (plantões de finais de semana, feriado, Pronto-Socorros e difícil acesso) sem discriminação profissional, com abrangência de todas as categorias nos serviços.

089 - Agilizações:

1 - Dos concursos públicos com descentralização e desburocratização;

2 - Das exonerações previstas pelo estatuto do funcionalismo

de forma a liberar os cargos mais rapidamente para novas nomeações;

3 - Das posses e início de exercício

090 - Reformulação do processo de Avaliação de Desempenho com a criação de Comissões Internas e com a participação dos servidores.

091 - Colaboração por parte do serviço público, em acordo com as entidades civis, para a formação de agentes comunitários de Saúde Mental que poderão atuar em parceria com o Serviço Público, sem vínculo empregatício favorecendo a reintegração do paciente na comunidade.

092 - Buscar soluções jurídico-administrativas que viabilizem a criação de cargos de acompanhantes Terapêuticos e Oficineiros Culturais e Artísticos, cujo perfil deverá ser definido pelos níveis locais.

093 - Formação e reciclagem dos trabalhadores de saúde no sentido da implementação do SUS com modelo epidemiológico de atenção.

094 - Operacionalização dos concursos descentralizados para os profissionais da área com autonomia integral para gerenciamento de RH dos Distritos, propiciando condições de fazer nomeação, contratação e demissão, tendo a participação do Conselho Gestor.

095 - Treinamento Introdutório, com ênfase no conhecimento das condições de vida da população e das políticas prioritárias de saúde, a todos os funcionários recém admitidos na rede e reciclagem periódica dos servidores das ARS.

096 - Formação de Comissão de Ensino das ARS e dos Distritos, garantindo comissões representativas das várias categorias profissionais que compõem o trabalho multiprofissional, com o papel de definir diretrizes de acordo com as necessidades distritais.

097 - Propomos que o CEFOR seja alocado numa área mais central, com o objetivo de agilização das informações e facilitação do acesso da região, com regionalização dos cursos.

098 - Garantia de que os profissionais que desenvolvem e implementem as Políticas de Recursos Humanos sejam somente da administração direta, vetando-se a terceirização dos serviços.

099 - Revalorização da gratificação do trabalho em local de difícil acesso.

100 - Que a criação de cargos seja questão priorizada pelo legislativo, de forma a acompanhar a necessidade dos serviços.

101 - Garantia de uma política salarial que valorize o trabalhador e assegure a fixação do mesmo ao serviço, evitando-se assim o caos da saúde, com o fechamento das unidades.

102 - Melhoria da situação salarial dos funcionários da Saúde, para evitar o esvaziamento dos quadros de servidores dos Hospitais, das Unidades Básicas de Saúde e dos Pronto-Socorros.

103 - Regionalização de RH com autonomia e controle social.

104 - Melhoria das condições de trabalho do funcionário e sua valorização.

105 - Plano de cargos e carreiras, salários e oportunidades iguais para todas as categorias, política salarial de mercado e incorporação dos adicionais.

106 - Adequação do número de cargos de acordo com a realidade local.

107 - Que se garanta a participação dos servidores no Controle Social, sem perseguições ou prejuízo de suas funções/direitos.

108 - Que se garanta creches nos locais de trabalho ou próximos quando local insalubre, para os servidores e servidoras municipais, conforme conquista constitucional.

109 - A Constituição Federal de 1988, consagrou aquilo que os trabalhadores públicos já haviam conquistado na prática: o direito a livre organização sindical e o direito de

greve. No entanto, apesar de consignados em lei, muitas vezes esses direitos são desrespeitados na prática, especialmente no âmbito do local de trabalho. Neste sentido, reiteramos que sejam garantidos:

- 1 - direito de organização sindical, seja no âmbito geral, seja nos locais de trabalho, garantindo-se o direito de reunião, liberdade de expressão, distribuição de boletins, acesso aos locais de trabalho, liberação de dirigentes sindicais, etc.
- 2 - democratização das relações de trabalho, com amplo direito de defesa do servidor antes de qualquer punição, garantia do princípio da motivação quanto a transparência.
- 3 - direito de greve, cabendo aos trabalhadores instituir mecanismos que atendam as necessidades inadiáveis dos usuários durante a greve (auto-regulamentação).

110 - Adoção de Política Salarial que atenda as reivindicações dos servidores com:

- 1 - Reposição integral das perdas salariais
- 2 - Reajuste mensal dos salários com 100%
- 3 - Isonomia salarial nas três esferas de governo
- 4 - Piso salarial de acordo com a escolaridade e qualificação com:

nível básico	1 salário/DIEESE
nível secundário	2 salários/DIEESE
nível universitário	3 salários/DIEESE

CONTROLE SOCIAL

111 - Fazer cumprir a Lei 8080 e 8142 no que se refere a Participação Popular, regulamentação e homologação pela Câmara Municipal de São Paulo dos Conselhos Gestores em todos os níveis (Unidade, Distrito, Regional e Municipal), reconhecendo seu papel no gerenciamento e acompanhamento em todos os níveis supracitados de forma hierárquica bem como seu caráter deliberativo.

1 - Reapresentar à Câmara Municipal os Projetos de Lei apresentados e referendados pelo Conselho Municipal de Saúde, incluindo o Projeto de Lei que regulamenta a Conferência Municipal de Saúde de São Paulo e o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo; cria os Conselhos Regionais de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde e os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde.

112 - Fortalecer os canais de comunicação permanente com a sociedade, intensificando o uso das diversas formas de comunicação para informar e estimular a participação da população e dos trabalhadores da saúde;

1 - Ativação do Projeto "Comunicação e Imprensa" criada para fins de informar, divulgar, esclarecendo por intermédio de todos os meios de comunicação, inclusive cartilha, ou Jornais, informando tudo que realmente diz respeito a Saúde da população na sua área de abrangência e movimentos de saúde controlado pelos Conselhos Gestores.

2 - Adequando as formas de comunicação (jornais, revistas, boletins, cartilhas, televisão, vídeos) aos portadores de deficiência auditiva através de intérpretes de língua de sinais e facilidade de leitura labial (comunicação total) legendas, e aos portadores de deficiência visual através de material em BRAILE e informação oral.

113 - Realizar as Conferências Municipais de Saúde, mantendo os encontros anuais de avaliação dos trabalhos, fortalecendo o Conselho do FUMDES, os Conselhos Gestores, os Comitês de Mortalidade Materna, os Conselhos Técnicos Administrativos e o Foro dos Distritos.

114 - Ampliar e consolidar os mecanismos de controle social sobre a Secretaria Municipal da Saúde e incentivar a Participação Popular. Levar a prática dos Conselhos Gestores deliberativos para o conjunto das unidades, aprovando os projetos de lei que consolidam os mecanismos de controle social sobre o Governo, sobre a Secretaria e sobre o Sistema de Saúde.

115 - Que as composições dos Conselhos Gestores de ARS, DS e Unidades Básicas tenham a representação das 3 (três) partes, ou seja, administração, funcionários e usuários e que as mesmas sejam indicadas pelos respectivos segmentos e que a sua publicação aconteça até 30/01/94.

116 - As instituições privadas ao participarem do Sistema Único de Saúde, de forma complementar, priorizando as filantrópicas, ficam sujeitas às diretrizes do SUS, portanto devem ter Conselhos Gestores, e ficarão submetidas ao controle dos Conselhos Distritais Regionais e/ou Municipais de Saúde bem como sob avaliação permanente da qualidade destes serviços prestados.

117 - Respeitar a autonomia dos Movimentos Populares e Sindical e todos os segmentos que compõem os Conselhos, tanto em sua organização própria, quanto na indicação dos segmentos dos representantes para comporem o conselho. O poder público não pode indicar nem vetar estes representantes, a não ser os da própria administração.

118 - Garantia do acesso dos Conselhos Gestores, em todos os níveis, a todas as fontes de dados e informações gerais da Administração da Saúde e, em especial sobre a questão financeira, incluídas as licitações através da divulgação mensal dessas informações, reunidas em boletins próprios a serem distribuídos em data anterior as reuniões agendadas destes Conselhos e acesso a cópias de documentos quando solicitados pelos conselhos.

119 - Que a forma de controle sobre a gestão financeira seja feita através de planejamento setorizado por unidades de prestação de serviços, levando em conta as constantes mudanças da nossa realidade, com a participação dos conselhos gestores, dos conselhos locais de saúde e/ou trabalhadores dos setores. Que se tenha a devida formação e

informação anteriormente às discussões.

120 - As reuniões dos Conselhos deverão ser abertas ao público, com pautas e datas definidas pelos seus membros e previamente divulgadas.

121 - O Poder Público deve garantir todas as condições necessárias para o funcionamento dos Conselhos Gestores, inclusive infra-estrutura, assessoria técnica, jurídica, financeira, informação e formação de recursos humanos.

122 - Manter em funcionamento, na prática, os Conselhos Gestores, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde com participação dos Conselhos Populares de Saúde, o incentivo, normatização e fiscalização do funcionamento dos mesmos.

123 - Fortalecimento dos Conselhos através de orientação aos membros dos Conselhos Gestores (Unidades, Distritos e Regiões), em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, visando a capacitação dos mesmos através de cursos de formação em política de saúde para o papel de conselheiro, fornecendo informação sobre o funcionamento do SUS, legislação, composição, atuação, atribuição e competência dos conselhos. (Apoio do CEPAM, Fundação Faria Lima, CEFOR, Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Saúde Pública e outros).

124 - Criar Comissões de Reforma Psiquiátrica, Municipais e Estaduais ligadas aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, responsáveis por efetuar a fiscalização e planejamento da extinção gradativa dos manicômios, conforme propostas aprovadas na IX Conferência Nacional de Saúde, compostas por: Sindicatos, Movimentos Populares, OAB, Administrações Municipal e Estadual, Entidades de Usuários e Instituições Formadoras.

125 - Seguindo as diretrizes, já deliberadas na IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E NA III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, a composição do Conselho Municipal de Saúde deve respeitar as seguintes proporções: 50% (16 vagas efetivas) entidades populares e sindicais gerais; 25% (8 vagas efetivas) entidades sindicais e conselhos de categorias dos trabalhadores públicos da saúde ; e 25% (8 vagas efetivas) gestores públicos e privados (lucrativos e não lucrativos) dos serviços de saúde. A implementação dessa

proposta deve ser efetivada nessa Conferência, com a imediata recomposição do novo Conselho Municipal de Saúde a ser empossado. Que os representantes do Conselho Gestor das unidades sejam respeitados pela administração e funcionários, e que as decisões que tiverem que ser tomadas sejam em esforço conjunto entre a população, funcionários e administração conforme consta nas Leis 8.080 e 8.142.

126 - Fortalecimento e ampliação das Comissões Gestoras Tripartites em todos os Serviços de Saúde, participando de seu gerenciamento e planejamento a nível delibera tivo: 50% população, 25% administração e 25% funcionários.

127 - Que sejam retomadas as Assessorias de Participação Popular das ARS e Distritos e que os assessores sejam indicados pelo conjunto dos Conselhos Gestores e Movimentos de Saúde.

128 - Que os Conselhos se utilizem de instrumentos legais, responsabilizando criminalmente pelo descaso com a saúde, os governos municipal, estadual e federal.

129 - A administração deve garantir audiências públicas, com o objetivo de prestação de contas no cumprimento da lei orgânica municipal.

130 - Que as Resoluções da IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE sejam amplamente divulgadas aos Conselhos Gestores, populares e usuários em geral.

131 - Fazer cumprir todas as decisões, princípios e propostas aprovadas nas Conferências Municipais anteriores e da IV Conferência Municipal de Saúde.

132 - Exigir que nos Conselhos Gestores (Municipal, Regional Distrital e Local) o assento da Administração seja ocupado por um representante que responda efetivamente pela Administração.

133 - Garantir na revisão constitucional que os conselheiros representantes dos trabalhadores e da sociedade civil, sejam dispensados nos dias e horários de trabalho (sem prejuízo no vencimento), para participar das atividades do Conselho.

134 - Que o Município cumpra as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente, regulamentando e implantando os Conselhos Municipais e Conselhos Tutelares, cumprindo as deliberações e definições do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente.

1 - Incluir representante tutelar no Conselho de Saúde.

135 - Garantir que os membros integrantes dos Comitês de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna tenham acesso aos prontuários nos hospitais onde ocorrem os óbitos de mulheres.

136 - Vetar a licitação pública de qualquer empresa que tenha cometido crime contra a Ecologia bem como qualquer outros crimes lesivos aos interesses da população, especialmente as que tenham cometido crime lesando a saúde do trabalhador em geral ou lesando os direitos reprodutivos das mulheres através do controle de exames periódicos para verificação de gravidez ou exigência de atestados de laqueadura, para admissão ou manutenção do emprego.

MODELO ASSISTENCIAL E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

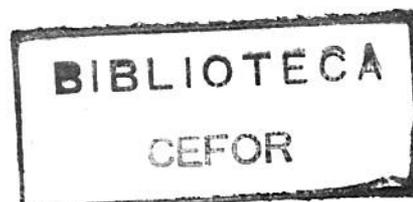
137 - Assegurar a aplicação das leis 8080 e 8142.

138 - Contribuir para implementação dos artigos 199 e 200 da Constituição Federal, principalmente no tocante a comercialização do sangue e derivados.

139 - Assegurar a aplicação do contido na Lei Orgânica do Município, Capítulo II, art. 213 e 216 principalmente nos parágrafos: X, XI e XII.

140 - Gestões junto ao Congresso Nacional para que na Reforma Constitucional não se altere o Capítulo da Saúde (Art. 196 ao 200).

141 - Acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade de forma hierarquizada, regionalizada e democratizada, resgatando a cidadania do usuário.



142 A - DAR UMA NOVA DIMENSÃO à prática em saúde, enfrentando as causas sociais das doenças e da violência e incentivo às ações de conscientização da população.

142 B - IMPLEMENTAR a prática em saúde existente, enfrentando as causas sociais das doenças e da violência e incentivo às ações de conscientização da população.

143 - Implementação do quesito Cor na rede municipal, dando uma nova dimensão à prática em saúde enfrentando as causas sociais das doenças e da violência a que esta população está sujeita, incentivando as ações de conscientização social e racial com a população e funcionários.

144 - Atendimento integral do indivíduo através do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, abrangendo a promoção, preservação e recuperação da saúde, tendo como parâmetro o modelo epidemiológico, que utiliza o conceito de planejamento em saúde.

145 - Garantir o acesso da população à fiscalização da produção, ao fornecimento e participação na definição de uma política de medicamentos.

146 - A mudança do modelo assistencial exige ênfase nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde da população, invertendo a prática medicalizante e de hospitalização desnecessária.

147 - Ao incorporar o planejamento em saúde, desenvolver critérios de avaliação e acompanhamento, objetivando alcançar a eficiência, eficácia e efetividade do setor público.

148 - Consolidar os Distritos de Saúde, de acordo com a Lei Orgânica, e garantir a estrutura administrativa, devendo ser: criados por lei, ser a Unidade Comando do SUS a nível local; favorecer o conhecimento da realidade local e o controle popular sobre o processo de mudanças nas práticas de saúde; responsabilizar-se pelas ações de vigilância em saúde; ser planejado de acordo com a realidade local. Não poderá haver redução do número de unidades orçamentárias dentro da SMS, garantindo a descentralização nos Distritos de Saúde e as prioridades locais.

149 - Garantir aos Distritos de Saúde já implantados, recursos humanos e materiais para seu efetivo funcionamento.

150 - Responsabilizar os Distritos pela elaboração dos diagnósticos de saúde, a partir da utilização dos indicadores em saúde, levando em conta, dados resultantes do sistema de Informação Municipal de Saúde, tais como: Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PROAIM), os levantamentos de Morbidade da demanda atendida pela rede municipal, o levantamento epidemiológico em Saúde Bucal no Município de São Paulo entre outros.

151 - Responsabilizar os Distritos de Saúde pela coordenação das ações de vigilância em saúde, abrangendo as vigilâncias epidemiológicas das doenças transmissíveis e as de notificação compulsória, das doenças crônicas e degenerativas, das de saúde do trabalhador, de saúde do idoso, mortalidade materna e outros agravos à saúde, assim como a vigilância dos ambientes de trabalho, vigilância de alimentos e de produtos e serviços em geral, garantindo tanto a municipalização das ações como a transferência de competência da SEMAB para SMS.

152 - Dar continuidade à implementação das ações de vigilância à saúde dirigidas a indivíduos, famílias, coletividade e meio ambiente, com participação da equipe de saúde e da comunidade, com a garantia da manutenção e aperfeiçoamento dos NEPIs (Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação), nas UBS, nos DS e ARS.

153 - Incorporar e integrar na SMS todas as ações de vigilância à saúde, criando um Fórum de debate de integração dessas ações.

154 - Destaque para as ações nos ambientes de trabalho e de moradia, com ênfase no controle de moléstias infectocontagiosas de maior agravo, como por exemplo, cólera e AIDS, incluindo também tuberculose e hanseníase, com garantia de infraestrutura para essas ações.

155 - Adotar, através de discussões com diversos segmentos envolvidos, o conceito de Vigilância à Saúde, enquanto uma postura a ser debatida pelos indivíduos, grupos e

instituições, segundo a qual o serviço se volta para intervir ativamente na sua área de abrangência, de forma a diagnosticar, priorizar e viabilizar ações voltadas para o enfrentamento dos problemas de saúde detectados.

156 - Implementar a vigilância da qualidade da água no seu aspecto microbiológico e toxicológico, no município de São Paulo, e integrá-la à Vigilância Sanitária e Epidemiológica, assim como integração/articulação com outras áreas. (Secretaria da Habitação, Transporte, SABESP) para enfrentamento dos problemas de saúde de uma determinada região. A qualidade da água deve ser divulgada periodicamente à população através da imprensa escrita e falada.

157 - Aprovação do Projeto de Lei de Criação do Código de Saúde do Município, estabelecendo as diretrizes de prevenção, proteção e promoção da saúde, com integração de todas as ações e serviços (inclusive ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária).

158 A - Garantia de municipalização das ações de vigilância em saúde, cabendo aos serviços de saúde mental a ação junto às instituições psiquiátricas, asilos e casas de repouso, entendendo que são locais de segregação e áreas de risco à vida e à cidadania dos que ali estão internados.

158 B - Adição no final do texto: "... mantendo os asilos e as casas de repouso para tratamento em saúde mental."

159 - Implementar os programas de alojamento conjunto, de pais participantes, de recreação hospitalar, de mãe substituta e do hospital aberto, sob a ótica da humanização da atenção global ao paciente.

160 - Garantia do direito do usuário a acompanhante (hospital aberto), desenvolvendo o respeito mútuo entre usuário e funcionário, e a qualidade do atendimento, bem como adaptando a estrutura física dos hospitais.

161 A - IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, VISANDO A OTIMIZAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES e da atenção ambulatorial, bem como de educação em saúde e formação de agentes de saúde.

161 B - COMPLEMENTAR A ATENÇÃO À SAÚDE ATRAVÉS DE PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR quer hospitalar, quer ambulatorial, pois a implantação do Programa de Atenção Domiciliar visa o resgate da cidadania dos pacientes, que por falta de ambulância, ou por dificuldade de acesso às Unidades de Saúde, encontram-se excluídos.

162 - O modelo assistencial deve garantir atendimento universal e integral em nível institucional, domiciliar e comunitário, com equipes multiprofissionais, garantindo resolutividade e integralidade da atenção.

163 - Democratizar o acesso aos serviços, através da expansão da rede e do horário de atendimento nas Unidades, da participação dos cidadãos no planejamento, ou seja, na definição das prioridades e no processo de hierarquização dos serviços, com acesso às informações necessárias.

164 - Garantir a participação ativa das instâncias de decisão consagradas (Conselhos Gestores, Conselhos Populares de Saúde, Conselho Municipal da Pessoa Deficiente e Conselho Municipal de Saúde) na formulação e planejamento da política de saúde.

165 - Estimular nos movimentos populares conhecimentos básicos de vigilância à saúde, visando a melhoria da qualidade de vida.

166 - Envolvimento da SMS, nas Plenárias Populares, garantia de ações regionalizadas intersecretariais e interinstitucionais, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

167 - Garantir o cumprimento dos dispositivos legais já definidos em relação a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, dos Idosos, dos Portadores de Patologias Crônicas, dos Portadores de Deficiências e nas demais áreas.

1 - Que se proponha a criação de estatutos voltados aos segmentos discriminados da sociedade como idosos e deficientes.

168 - Enfrentamento da mortalidade infantil e materna com a ativação dos leitos de maternidade e a criação de novos leitos, de forma hierarquizada com a garantia de leitos para gestação de risco, criação de banco de leite nos hospitais e

de comitês de aleitamento materno com equipe multidisciplinar nos Distritos de Saúde.

169 - Ampliação das ações de prevenção de câncer ginecológico e de mama, aumentando a cobertura de Papanicolaou até atingir a meta de 100%, garantindo a retaguarda para os casos de maior complexidade.

170 - Ampliação do Grupo de Planejamento Familiar para a totalidade das Unidades Básicas de Saúde UBS, com garantia de acesso a todos os métodos anticoncepcionais não prejudiciais à saúde da mulher, gratuitamente, que devem ser comprados regularmente pelos Distritos.

1 - O grupo de planejamento familiar, constituído por equipe multidisciplinar, deverá ser pré-requisito indispensável ao casal que optou por método contraceptivo cirúrgico. O Sistema Único de Saúde deverá garantir a esterilização, caso esta seja a conclusão final do casal e da equipe, respeitado o período mínimo de 15 dias para reflexão.

171 - Proporcionar recursos materiais e humanos que garantam o atendimento das gestantes de médio e alto risco, através de ambulatórios especializados e hospitais de níveis secundário e terciário, inclusive das portadoras de HIV/AIDS com pasteurização do leite da mãe HIV/AIDS.

172 - Manter e ampliar o atendimento às mulheres e crianças vítimas de violência sexual através de ações integradas, de treinamento específico com garantia do atendimento nos serviços de aborto legal em todos os hospitais municipais.

1 - Manter a Casa Eliana de Grammont e Casa Abrigo para atendimento às mulheres vítimas de violência, com dotação orçamentária e garantia de profissionais treinados.

173 - Estabelecer ações educativas com equipes multiprofissionais e manter intercâmbio com outras Secretarias Municipais (Esporte, Cultura e de Lazer), no sentido de promover à mulher adolescente, adulta e especialmente à climatérica, uma qualidade de vida melhor.

174 - Implementar e ampliar o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher).

- 1 - Garantir, em cada Distrito de Saúde, o serviço de referência à saúde da mulher, com recursos humanos treinados e equipamentos para realização de exames: colposcópico, biópsia, ultra-sonografia, mamografia e garantia de referência para outros serviços de maior complexidade.
- 2 - Implantar ações específicas para adolescentes que abordem a sexualidade, gestação precoce, aborto, métodos contraceptivos e DST/AIDS.
- 3 - Garantir e ampliar o pré-natal, buscando receber a mulher no início da gestação, com atendimento médico educativo.
- 4 - Garantir a continuidade do trabalho dos Comitês de Mortalidade já existentes e a implantação de novos em todas as regiões, com apoio dos Distritos de Saúde, principalmente através do acesso às informações.

175 - O atendimento de crianças acometidas por transtorno mental deverá ocorrer em serviços de observação em pronto socorro geral e as internações em enfermarias pediátricas, após esgotadas todas as formas e possibilidades terapêuticas em nível ambulatorial, em unidades gerais de saúde e hospitais-dia, em todos os Distritos de Saúde.

176 - Implantação dos serviços regionais de Atenção a Saúde Mental da Criança.

177 A - IMPLANTAR O PROGRAMA de Atendimento ao Adolescente na Rede Pública de Saúde.

177 B - ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES voltadas ao atendimento da criança e do adolescente nas Unidades de Saúde.

178 - Garantir o desenvolvimento, em todas as UBSs, das ações dos sub-programas de aleitamento materno, doenças respiratórias na infância, terapia de reidratação oral, vigilância do crescimento, desenvolvimento e imunização.

179 A - IMPLANTAÇÃO DOS SUB PROGRAMAS de atenção aos acidentes na infância, atenção aos maus tratos infantis e oncologia pediátrica na rede da SMS.

179 B - IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES de prevenção e vigilância aos acidentes na infância e violência cometida contra a criança.

180 - Garantir o cumprimento dos dispositivos legais já definidos em relação a saúde no trabalho, viabilizando a atenção a todos os trabalhadores, com garantia de atendimento global e hierarquizado aos acidentados e doenças ocupacionais ou do trabalho, ou seja, o atendimento básico e emergencial e tratamento nas Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Pronto-Socorros e atendimento especializado em Unidade de Referência (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST), com preenchimento obrigatório das CATs (Comunicação de Acidente de Trabalho).

181 - Ampliar e implementar em toda rede municipal Ações em Saúde do Trabalhador, destacando o atendimento ao acidentado do trabalho e as doenças profissionais; e o atendimento especializado, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

182 - Criar mecanismos de vigilância, para que se identifiquem nos locais de trabalho os fatores de risco que conduzem ao sofrimento psíquico, para que os mesmos sejam eliminados, levando em conta, inclusive, as especificidades da mulher trabalhadora.

183 - Deverão ser incluídos nos mapas de risco de todos os setores de trabalho das empresas, notadamente os serviços de saúde, os fatores de risco para a saúde mental: condições inseguras, pressão psicológica, nível de responsabilidade, más condições de trabalho, relações e organização do trabalho.

184 - Que as inspeções de avaliação dos ambientes de trabalho, promovidas pelas Delegacias Regionais de Trabalho (DRT) sejam exercidas com a integração de equipes multiprofissionais de saúde, considerando a Saúde Mental. Na Rede Pública Municipal que as inspeções de avaliação sejam acompanhadas pelos dirigentes do SINDSEP (Sindicato dos Servidores Públicos Municipais).

1 - Garantir acesso às CATs com garantia de recursos materiais e humanos necessários para informatização de todas as CATs que ocorrem na Cidade de São Paulo,

através do SISCAT, tendo em vista a necessidade de se conhecer a situação real dos acidentes de trabalho e orientar epidemiologicamente as ações de saúde por necessidade de reduzir a quantidade de acidentes de trabalho.

- 2 - Garantir o aprimoramento das ações de vigilância à saúde, com investimento na formação e capacitação de Recursos Humanos e com aquisição de equipamentos de avaliação ambiental e garantia de recursos materiais para a sua realização.
- 3 - Estabelecer retaguarda laboratorial em toxicologia industrial.
- 4 - Incrementar ações conjuntas com instituições ligadas a saúde do trabalhador: Fundacentro, INSS-SES, Ministério do Trabalho, Ministério Público, Ministério da Saúde, Universidades, DIESAT, INST, etc ... , com o intuito de otimizar os recursos existentes na área e trocar experiência.
- 5 - Implantar ações conjuntas de vigilâncias entre as secretarias, visando a diminuição dos acidentes graves e fatais (de trajeto ou típico).
- 6 - Efetuar convênios com Universidades, Organizações não governamentais e afins, para estudo e pesquisa da relação do trabalhador.

185 - Pela extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos com a sua progressiva substituição por uma rede de serviços diversificados e qualificados de Atenção à Saúde Mental, através de ações ambulatoriais em Unidades Básicas de Saúde, Hospitais-Dia, Hospitais-Noite, Centros de Convivência e Cooperativa, Lares Abrigados, Emergências e Enfermarias de Saúde Mental em Hospitais Gerais, segundo critérios locais territoriais, em todos os Distritos de Saúde, considerando o planejamento local e critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

186 - Implantação de Emergências Psiquiátricas em todos os pronto-socorros gerais, que garantam o atendimento a crises, em regime de internação de até 72 horas, de forma eficiente

e humanizada, através de equipe multidisciplinar, bem como orientação às famílias, e que estejam integradas ao sistema de referência e contra-referência da região.

187 - Criação e implantação de enfermaria de saúde mental em hospitais gerais públicos, garantindo:

1 - a existência de atenção multidisciplinar que deverá contar com médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermagem especializada, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, etc.

2 - a participação de acompanhantes desde o primeiro dia de internação, em regime de hospital aberto.

3 A - O NÃO USO DE ELETROCHOQUE, camisa de força e de medicação excessiva, sendo os mesmos substituídos por técnicas terapêuticas, incluindo as alternativas (musicoterapia, biodança, etc.), garantindo a efetividade do trabalho multiprofissional junto ao paciente de forma mais humanizada.

3 B - " ... O USO DE ELETROCHOQUE SOMENTE COM CONTROLE RIGOROSO, parecer de uma junta médica e com o consentimento dos familiares..."

188 - As Unidades Básicas de Saúde deverão desenvolver ações ambulatoriais em saúde mental de forma global aos indivíduos, destacando os grupos com menores chances de vida psíquica como os psicóticos, usuários de droga, suicidas, neuróticos graves, alcoolistas, deficientes mentais e desenvolvendo ações de promoção de saúde junto às escolas, fábricas, comunidade, etc., atuando na cadeia determinante do sofrimento mental de um dado território. Contando com equipes de referência multiprofissional, compostas por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, em trabalho conjunto e integrado com as ações com outros profissionais e demais clínicas da unidade, numa política antimanicomial, sob o princípio da acolhida, responsabilidade e vínculo.

189 - Manutenção, ampliação e adequação arquitetônica (bloqueios, rampas, banheiros, etc.) dos Centros de Convi-

vência e Cooperativa intersecretariais, em espaços públicos como parques, praças, centros esportivos e desportivos, centros comunitários de COHABs municipais, visando a integração dos portadores de transtorno mental, crianças e adolescentes moradores de rua, idosos, portadores de deficiência e portadores de HIV com a população geral usuária destes espaços, afim de que se favoreça o resgate cultural, a construção da cidadania, o desenvolvimento de potencialidades, a reinserção no mercado de trabalho em economia popular, através de oficinas terapêuticas com linguagem artística, esportiva e/ou artesanal e linguagem dos sinais.

190 - Manutenção e ampliação de espaços de atendimento intensivo em saúde mental, a fim de responder aos momentos de maior sofrimento dos indivíduos em crise, em regime de hospital-dia, com equipes multidisciplinares, para a abordagem terapêutica e de convivência que inclua a família num trabalho integrado à comunidade.

191 - Criação e implantação de lares abrigados, fora dos muros dos hospitais psiquiátricos, em casas térreas, para no máximo 12 pessoas por casa, para a demanda de crônicos.

192 - Investir no atendimento integral dos usuários de drogas e álcool em espaços gerais de saúde, diversificados e qualificados, com equipes multidisciplinares, garantindo a não marginalização e a não segregação, sinais de resolutividade, e garantindo a especialização, formação, treinamento e reciclagem dos profissionais para atendimento desses usuários.

193 - Que sejam desenvolvidas ações de vigilância em saúde pelas Unidades de Saúde, com o objetivo de compreender o processo saúde-doença mental e intervir sobre as condições geradoras de sofrimento, particularmente nas fábricas, escolas e creches, locais de trabalho ou outros locais determinados pela população organizada.

194 - Deverá se efetuar convênios com Universidades, Organizações não Governamentais e afins, para estudo e pesquisa da relação do trabalho com a saúde mental do trabalhador, inclusive do servidor público, principalmente o trabalhador das áreas de saúde. Estes convênios deverão oferecer

supervisão e orientação aos trabalhadores de saúde mental que atuam nos serviços públicos.

195 A - Desenvolvimento de Ações de Atenção aos farmacodependentes.

195 B - Inclusão: " ... aos farmacodependentes e alcoolistas, a serem executadas de forma descentralizada, com garantia de atendimento nas unidades básicas de saúde por equipes multiprofissionais capacitadas".

196 A - Que a Municipalização garanta a transformação dos hospitais psiquiátricos em EQUIPAMENTOS GERAIS NÃO EXCLUSIVOS DA SAÚDE (Museus, Espaços Culturais, Escolas, Maternidades, Hospitais Gerais, etc.).

196 B - Que a Municipalização garanta a transformação dos hospitais psiquiátricos em EQUIPAMENTOS GERAIS EXCLUSIVOS DA SAÚDE, conforme as necessidades regionais.

197 - Trabalho conjunto das Unidades de Saúde e equipes de Saúde Mental com entidades que assistam alcoolistas como por exemplo os Alcoólicos Anônimos, ALANOM, ALATIN e outras instituições, para desenvolvimento, cooperação e conscientização do problema da síndrome de dependência e de abstinência alcoólica aos doentes e familiares.

198 - Que nos dados estatísticos e epidemiológicos conste como causa mortis primária, a doença do alcoolismo, pois o que consta na declaração de óbito destes pacientes são as doenças secundárias, ou terciárias (cirrose, varizes do esôfago, pancreatite etc) ou acidentes (domésticos, de trânsito, de trabalho) e isto dificulta um real dimensionamento epidemiológico da doença.

199 - Que as equipes de saúde e equipes de saúde mental tenham conhecimento de programas de entidades que assistam os alcoólicos, como por exemplo os Alcoólicos Anônimos, oferecendo inclusive aos usuários, esta opção no tratamento.

200 - Garantia do atendimento multiprofissional aos portadores de deficiências e de necessidades especiais nas unidades de serviços do SUS. Adaptação, inclusive arquitetônica, das unidades e serviços para garantir o acesso destas pessoas.

201 - Implantar um serviço completo de reabilitação na rede municipal de saúde, abrangendo as 4 regiões geográficas.

202 - Assistência efetiva (amparada por lei federal) para reabilitação e habilitação do portador de necessidades especiais, com acesso a órteses, próteses, transportes para atendimento, orientação nos serviços de saúde aos cuidados, para prevenção de acidentes.

203 - Garantir recursos orçamentários, incluindo recursos transferidos para o Estado e Município para aquisição de órteses, próteses, cadeira de rodas, aparelhos auditivos, aparelhos auxiliares e outros para atendimento da pessoa portadora de deficiência e de necessidades especiais, inclusive para as que estejam sendo atendidas na rede em fase de reabilitação e/ou manutenção.

204 - Dar continuidade à primeira fase do projeto de cirurgia de escaras que vem sendo desenvolvido regularmente no Hospital Inácio Proença de Gouvea (ARS-4) e que o projeto se estenda às unidades hospitalares de cada ARS.

205 - Que em cada Unidade de Saúde do Município exista pelo menos um profissional treinado e que possa receber e encaminhar as pessoas portadoras de deficiências: (deficiente visual, deficiente auditivo, lesado medular, deficiente físico, paralisado cerebral, deficiente mental etc).

206 - Que ainda este ano haja dotação de verbas orçamentárias específicas para implantação e manutenção dos projetos prioritários de atendimento às pessoas portadoras de deficiências.

207 - Divulgar as ações que já estão sendo desenvolvidas para os portadores de deficiências pelo Município e pelos Governos Estadual e Federal, bem como as ações desenvolvidas pela comunidade, e articulá-las para melhor utilização dos serviços já existentes.

208 - Envolver as autoridades constituídas, sensibilizando-as para a necessidade das ações curativas e preventivas nas áreas das deficiências, sem descuidar dos aspectos de convivência com as seqüelas, após o esgotamento das pos-

sibilidades de reabilitação e ampliar sempre que possível essas possibilidades, substituindo os recursos existentes por outros melhores, levando em consideração a capacidade técnica, econômica e financeira definidas nas dotações orçamentárias para despesas correntes, investimentos, emergências e aperfeiçoamento das ações.

209 - Estimular a realização de pesquisas e estudos na área dos portadores de deficiência, objetivando o diagnóstico preciso e completo da situação das pessoas portadoras de deficiência na cidade de São Paulo, com o envolvimento dos canais de controle social dos interessados, ou seja: Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal da Pessoa Deficiente, envolvendo também os profissionais de saúde e os estabelecimentos de ensino superior, em especial a USP e demais que se preocupam com a melhoria das condições de vida das pessoas portadoras de deficiência.

210 - Favorecer o intercâmbio entre as instituições governamentais e não governamentais que já desenvolvem trabalhos para as pessoas portadoras de deficiências.

211 - Garantir a implantação em caráter de urgência do Projeto Casa Comunitária, priorizando atendimento domiciliar ao deficiente, criando lares cooperativos para deficientes adultos necessitados de moradia em casas adequadas e propor a implementação de novas ações na área, quando necessário.

212 - Implementar ações educativas junto à população, visando a compreensão do benefício da integração e do "efeito-demonstração", resultando na conscientização da necessidade de prevenção para evitar a ocorrência de novos casos, que infelizmente se repetem negligentemente (4 lesões medulares por dia só no Hospital Jabaquara).

213 - Elaborar instrumentos e materiais de instrução para operacionalização das ações aos portadores de deficiência.

214 - Criar oportunidades de capacitação de recursos humanos na área, em vários campos de atuação profissional, buscando atender os setores mais carentes de força de trabalho; assessorando, incentivando e dando ênfase ao serviço a ser prestado em grupo multiprofissional em benefício da pessoa portadora de deficiência em atendimento.

- 215 - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações propostas, visando superar os obstáculos e propor mudanças, quando necessário, assegurando a continuidade dos trabalhos de cura, reabilitação, reinserção social e principalmente os trabalhos de prevenção das pessoas portadoras de deficiência.
- 216 - Garantir que o Projeto Piloto previsto para o Ambulatório de Especialidades e Centro de Reabilitação do Ipiranga (ARS-3) tenha continuidade até a sua total implantação com destinação de verbas orçamentárias específicas ainda para este ano e início de funcionamento no 1º trimestre de 1.994.
- 217 - Elaborar diagnóstico e acompanhamento por equipe multiprofissional, através ações intersecretariais (SMS, SME e FABES), para atendimento das crianças e adolescentes com necessidades diferenciadas na rede de Educação.
- 218 - Garantir a continuidade do projeto da CORDE (Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) ligada ao Ministério da Habitação e Bem Estar Social que visa, através da SMS/SP, a eliminação de barreiras arquitetônicas nas edificações da rede municipal de saúde.
- 219 - Desenvolver ações de saúde, visando a sua prevenção, prevenindo doenças ou agravos potencialmente incapacitantes e minimizando o agravamento das incapacidades já instaladas.
- 220 - Promover a divulgação dos equipamentos que já têm atendimento específico ao deficiente, na rede municipal de saúde, bem como ampliar o seu número.
- 221 - Que os trabalhadores de saúde sejam conscientizados quanto ao atendimento aos portadores de deficiências e recebam treinamento, através do CEFOR, no sentido de identificá-los e atendê-los adequadamente no que diz respeito a locomoção e comunicação.
- 222 - Implantar a atenção ao idoso nas unidades da SMS, ampliando-a para a área educativa com formação dos cuidadores informais.
- 223 - Implantação do programa de controle do câncer nos diferentes níveis de complexidade da rede.

224 - Propiciar à população idosa atendida na UBS atenção interprofissional com a participação mínima de médico, enfermeira e assistente social, podendo ser integrada por outros profissionais de saúde existentes na Unidade.

225 - Criar ambulatórios de especialidade em Geriatria, em nível de ARS e DS para referência das UBSS com atenção à saúde do idoso. Criar, dentro de algumas UBSS, serviços de referência distritais em gerontologia.

226 - Criar e desenvolver mecanismos de referência e contra referência das UBSS com atenção ao idoso com Centros de Convivência e Hospitais-Dia, tanto os próprios da SMS quanto os de FABES, CASA, Secretaria Estadual de Saúde, Legião Brasileira de Assistência etc.

227 - Participação do Grande Conselho Municipal do Idoso, em conjunto com técnicos de saúde, incluindo os de saúde mental, na orientação e fiscalização das casas de repouso para idosos, permitindo uma adequação das mesmas a uma dinâmica de atenção diferenciada a esta faixa da população.

228 A - Desenvolver programa continuado de informações de saúde à população idosa, veiculado através da rede municipal, bem como dos meios de comunicação de massa.

228 B - Inclusão: "...incentivar a organização e formação dos Conselhos de Terceira Idade para que fiscalizem e desenvolvam propostas desta natureza."

229 - Desenvolver programação de saúde específica para doenças crônicas e degenerativas, considerando a grande importância em termos de morbidade e mortalidade entre os idosos de nosso Município, com garantia de distribuição de medicamentos básicos de uso específico para idosos pelos serviços públicos.

230 - Colocar à disposição ambulâncias e Recursos Humanos para o atendimento domiciliar e reservar leitos nos hospitais para idosos.

231 - Incluir na atenção domiciliar a realização de exames periódicos aos idosos.

232 - O modelo de atenção em saúde bucal deverá seguir as resoluções da I Conferência Municipal de Saúde Bucal (conforme relatório publicado em DOM de setembro/93), resoluções estas baseadas na visão integral da saúde e nos princípios de equidade e integralidade, presentes na Constituição Federal, no capítulo da Saúde.

233 - Ampliar a cobertura do atendimento odontológico preventivo, curativo e emergencial da rede da SMS, garantindo-se a formação de recursos humanos especializados (na área de nível médio, Auxiliar de Consultório Dentário, Técnico de Higiene Dental), para composição de equipe de saúde bucal.

234 - Promover atendimento especializado garantindo-se o funcionamento das clínicas de referência já existentes bem como a criação de outras clínicas, inclusive para os portadores de HIV, uma para cada distrito de saúde, efetivando o atendimento de todos os casos que chegam aos serviços de saúde.

235 - Garantir programas para prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal, outras doenças bucais e doenças ocupacionais.

1 - Criação do Centro de Diagnóstico do Câncer Bucal do Hospital do Tatuapé.

2 - Garantir o funcionamento do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Amaro, onde o serviço de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal e outras doenças bucais e ocupacionais já existem.

236 A - Expandir, gradativamente, o atendimento odontológico continuado às FAIXAS ETÁRIAS DE 02 A 05 ANOS.

236 B - Garantir o atendimento odontológico a TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS.

237 - Garantir a vigilância sanitária dos teores de flúor nas águas de abastecimento público.

238 - Garantir o levantamento em saúde bucal no município de São Paulo, relacionado com as variáveis sociais e demográficas.

239 - Atendimento das urgências odontológicas nos PSs 24 horas por dia.

240 - Incremento dos serviços de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial nos hospitais municipais.

241 - Garantir a distribuição e utilização supervisionada de escovas de dentes, de creme dental com flúor, aplicação tópica de flúor e bochechos semanais além do tratamento realizado pelas equipes de saúde bucal.

242 - Criação de um serviço específico para atendimento de saúde bucal do portador de deficiência.

243 - Implantar, na rede municipal, o controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis através de programa específico.

244 A - IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA GLOBAL de enfrentamento e controle da epidemia de AIDS, no Município de São Paulo, com adoção de políticas eficazes de prevenção, informação, assistência e tratamento.

244 B - IMPLEMENTAR O PROGRAMA JÁ EXISTENTE de DST/AIDS no Município de São Paulo ...

245 - Ampliação do número de Centros de Orientação e Aconselhamento, com garantia de funcionamento do já existente, e criar hospitais-dia em DST/AIDS.

246 - Criar uma central de vagas na rede municipal de saúde em DST/AIDS.

247 - O modelo assistencial deve incorporar as práticas alternativas aos serviços de saúde, de acordo com princípios científicos, técnicos e legais, orientando e garantindo ao usuário a possibilidade de escolha consciente dentre as diversas práticas (acupuntura, fitoterapia, homeopatia, etc.).

248 - Garantir o exercício das práticas da medicina alternativa em saúde por profissionais capacitados (médicos e não médicos), com início imediato, inclusive para o atendimento aos deficientes.

249 - Ampliar a rede de coleta de sangue, principalmente nas unidades hospitalares.

250 - Estimular a doação voluntária de sangue.

251 - Garantir abastecimento de sangue e hemocomponentes para os hospitais próprios do Município.

252 - Ampliar a infra-estrutura (equipamentos e instalações) do sistema municipal de hemoterapia a partir do Hemocentro Municipal, no Hospital do Tatuapé, e os 12 núcleos de hemoterapia localizados nos hospitais dos bairros de Campo Limpo, Ermelino Matarazzo, Jabaquara, Vila Nova Cachoeirinha, Vila Maria, Vila Nhocuné, Jardim Sarah e do Servidor Público Municipal, João XXIII, Tide Setubal, Waldomiro de Paula, José Soares Hungria, Benedito Montenegro e Menino Jesus.

253 - Incrementar as ações de saúde ocular, como as de prevenção de cegueira, priorizando a faixa de 0 a 6 anos; a contratação de oftalmologistas e especialistas na área; e a implantação de banco de olhos.

254 - Criação de programas de saúde específicos para atendimento integral à saúde dos profissionais do sexo.

255 - Criação de programas de saúde específicos para o atendimento integral à saúde das crianças e moradores de rua, através de projetos elaborados em conjunto com outras secretarias, dirigidas a estes segmentos.

256 - Implementar o programa de alimentação alternativa nas Unidades Municipais de Saúde, utilizando alimentos de alto valor nutritivo, de fácil preparo, boa qualidade e baixo custo, respeitando os hábitos alimentares da população.

257 - Criar leitos de retaguarda, visando a reintegração social e o treinamento familiar e comunitário. Os leitos serão destinados também ao período pós-operatório e centros de reabilitação, além de ampliar o atendimento domiciliar.

258 - Intensificar a fiscalização dos leitos conveniados, com a participação dos Conselhos Gestores.

- 259 - Viabilizar casas comunitárias junto às demais Secretarias e estimular a habilitação profissional.
- 260 - Concluir a implantação do Sistema de Atendimento as Emergências, com hierarquização dos serviços, visando a sua racionalização no município e contribuir para sua realização na Região Metropolitana de São Paulo.
- 261 - Instalar a Central de Vagas no Município, promovendo mecanismos de articulação dos leitos públicos e privados vinculados ao SUS. Adequar os recursos humanos necessários, para garantir o atendimento ao cidadão, ao uso adequado dos leitos, das ambulâncias, das unidades móveis e das verbas públicas.
- 262 - Colocar em funcionamento, na sua plenitude, as Unidades e Hospitais existentes, já. Ex: Hospital de V. Maria.
- 263 - Construção da Maternidade de Pedreira, já aprovada em orçamento.
- 264 - Conclusão emergencial das obras, funcionamento e municipalização dos hospitais Grajaú e de Pedreira.
- 265 - Construção do Hospital do M'Boi Mirim conforme Orçamento Programa/94 (OP/94).
- 266 - Criação de um hospital municipal de retaguarda para atendimento de diversas especialidades.
- 267 - Construção do Hospital da Cidade Tiradentes e das UBS (Sítio Conceição e Santa Etelvina).
- 268 A - A Ampliação dos Hospitais Jardim Iva, Jardim Sarah e Vila Nhocuné, 68 DE 60 PARA 400 LEITOS, sem prejuízo ao atendimento da população local.
- 268 B - A Ampliação dos Hospitais Jardim Iva, Jardim Sarah e Vila Nhocuné, DE 60 PARA 200 LEITOS, sem prejuízo ao atendimento da população local.
- 269 - Dar continuidade à política de incorporação de equipamentos, de tecnologia médica e profissionais, implementada a partir de 1.983, com o desenvolvimento de serviços de excelência e de grande resolutividade nos hospitais muni-

cipais e sistema de apoio diagnóstico-terapêutico, para servir às diversas Regiões e Distritos.

270 - Criar um banco de leitos centralizados para o atendimento emergencial.

271 - Qualificar e informatizar o gerenciamento das Unidades de Saúde, visando maior eficiência e eficácia.

272 - Criar e implantar Núcleos de Comunicação nos Distritos de Saúde, com a participação dos Conselhos Gestores, com o objetivo de informar e divulgar dados e ações pertinentes e correlatas em saúde.

273 - Aprimorar e descentralizar o Sistema de Informações desenvolvido pela SMS, a fim de facilitar o gerenciamento das ações de saúde nos níveis locais e regionais e garantir o acesso às mesmas, aos conselhos gestores e a população em geral.

274 - Complementar o desenvolvimento do sistema de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e instalações físicas, através de investimento em mão-de-obra especializada, dentro da instituição, diminuindo os custos com contratação de firmas próprias para manutenção predial e equipamentos.

275 - Maior preocupação com a qualidade dos alimentos servidos nos equipamentos municipais.

276 - Apoio à coleta seletiva de lixo, não mais em caráter experimental e sim obrigatório, com envolvimento do Governo Municipal e das comunidades locais. Implementação de novas usinas de reciclagem, que venham reverter em benefícios à população.

1 - Extinção do Aterro Sanitário Bandeirantes (Perus).

277 - Coleta em carro próprio e não reciclagem do lixo hospitalar.

278 - Cada Unidade Básica de Saúde deve ter uma viatura com motorista para maior resolutividade de ações (vigilância epidemiológica, ações educativas extra-muros, transporte de pacientes com dificuldade de locomoção de sua moradia para a

UBS ou desta ao especialista indicado).

279 - Que a distribuição de leite seja transferida para a Secretaria do Bem Estar Social para que as UBSs possam se ater a propostas educativas (preventivas), curativas e de reabilitação.

280 - Incluir a suplementação alimentar na merenda escolar, garantindo a qualidade nutricional, seguida de orientação e supervisão técnica.

281 - Aumentar o estoque de medicamentos nas Unidades de Saúde, priorizando os essenciais.

282 - Que seja garantido o livre mercado das pessoas que recolhem papel e papelão e demais materiais recicláveis (catadores de papelão) na cidade, pois os mesmos são responsáveis por 60% do papel reaproveitado.

FINANCIAMENTO

283 - Defender a não Revisão Constitucional na atual legislatura e apoiar a proposta de emenda à Constituição Federal nº 169/93 que altera os artigos 167 e 198.

284 - O financiamento dos Serviços Públicos de Saúde dar-se-á através dos seguintes recursos financeiros:

- 1 - no mínimo 15% da arrecadação tributária dos municípios;
- 2 - no mínimo 10% da arrecadação tributária do Estado;
- 3 - no mínimo 10% da arrecadação tributária da União;
- 4 - 30% da arrecadação da Seguridade Social.

285 - Implantação efetiva e plena do Fundo Municipal de Saúde, rigorosamente nos termos da Constituição Federal e Lei 8.080 e 8.142/90, com transparência formal para o mesmo e de todos destinados ao setor saúde, sejam eles provenientes de repasses das demais esferas de governo, do orçamento próprio do Município ou de outras fontes, fortalecimento dos Distritos de Saúde, a nível

administrativo e financeiro; manutenção dos que já são atualmente unidades orçamentárias; regulamentação dos demais para o ano de 1.994.

286 - A transferência de recursos do Ministério da Saúde aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde deve ser feita de forma regular e automática, vinculada a existência de Conselhos constituídos na forma da Lei.

287 - Os critérios de transferência federal de recursos devem obedecer aos princípios definidos na Lei 8.080. Enquanto este critérios não forem regulamentados, devem ser buscadas alternativas, preservando-se as diretrizes legais definidas e garantindo, no mínimo, no repasse global e automático, a manutenção da rede hospitalar e ambulatorial, a partir da série histórica de gastos do Estados e Municípios, além dos investimentos, das ações de saúde coletiva, bem como para os novos serviços executados diretamente pelos municípios.

288 - Promover a aplicação imediata do artigo 3º da Lei 8.142 que define que até a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080, o repasse dos recursos seja efetuado por critério populacional e epidemiológico,, sendo que 70% deve ser destinado aos municípios e 30% aos estados.

289 - Deve ser publicado no Diário Oficial do Município todas as verbas repassadas para o Município e onde foram gastas.

290 - Cumprir o Plano de Obras contido na Lei do Orçamento e do FUMDES, ouvido o Conselho Municipal de Saúde, atendida a legislação ambiental vigente, tornado público previamente o Plano de Obras com ampla divulgação à população e com a fixação de prazos de início e término da obra e verba destinada em unidade monetária estável (UFIR ou outros).

291 - Todas as captações e aplicações de recursos, seja por repasses, convênios, doações ou outras origens, devem entrar pelo Fundo Municipal de Saúde (FUMDES) e ser objeto de Controle Social, através de seu Conselho e do Conselho Municipal de Saúde. Quando ocorrer a Municipalização das Unidades do Estado para a PMSP, haja repasse financeiro, global e automático que possibilite a manutenção da

qualidade dos serviços.

292 - Com a Municipalização deverão ser criados instrumentos para redirecionar a verba destinada à rede manicomial hospitalar (contratada ou conveniada), para a rede extra-hospitalar, entendida como ações programáticas em Saúde Mental na rede geral de saúde pública, ou seja, os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

293 - O gerenciamento da aplicação dos recursos destinados aos serviços públicos de saúde será exercido pelos Conselhos de Saúde nas três esferas de Governo deste o planejamento até a sua execução.

294 - Os recursos destinados à Saúde não poderão em hipótese alguma serem remanejados a outra Secretaria de uma mesma Unidade de Governo.

295 - Garantir no Orçamento Programa recursos para a realização das Conferências Municipal e Regionais de Saúde e outros eventos convocados pelos Conselhos Gestores, viabilizando o acesso com transporte, alimentação, material de informação e divulgação, locação de espaços físicos e toda infra estrutura necessária para a realização desses eventos.

296 - O orçamento municipal da saúde será a cada ano discutido e elaborado em cada Distrito e Regional de Saúde, com a participação da população, movimentos de saúde, conselhos gestores e terá o Conselho Municipal de Saúde como última instância de deliberação do plano geral de saúde.

297 - Criação específica de recursos para garantir a estrutura dos Conselhos Municipal, Regional, Distrital e Gestores das Unidades de Saúde.

298 - Quando ocorrer a Municipalização das Unidades do Estado para a PMSB, haja repasse financeiro, global e automático que possibilite a manutenção e qualidade dos serviços.