**Contribuições de trabalhadores e moradores de Manguinhos/Fiocruz para a Conferência Distrital de Saúde da AP3.1**

**Política \ diretriz que defendemos**:

Recuperar o modelo de saúde que a Oitava Conferência de Saúde propôs para a nação, orientado para atuar nas condições e determinações sociais, econômicas e políticas que afetam a saúde e a qualidade de vida das populações. Defesa incondicional do SUS público, universal, de qualidade e sob a gestão pública e direta do Estado, no regime de direito público. Defesa de um modelo de cuidado de base territorial, com porta de entrada prioritária na Atenção Primária, com desenvolvimento pelas linhas de cuidado por meio de rede que integrem as ações de saúde nos territórios com as ações das esferas municipais, estaduais e federais do SUS.

Mote da 15ª. Conferência Nacional: **“Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.”**

Mote da Conferência Municipal: **”Orgulho de Ser SUS - Saúde Pública de Qualidade na Cidade do Rio de Janeiro”**

Eixo municipal: **“Organização das Redes e Linhas de Cuidado Para a Integralidade e a Equidade da Atenção à Saúde”**

**GRUPO I**

**Redes de Atenção à Saúde: integração dos pontos de atenção e níveis de complexidade por linhas de cuidado, adequação dos perfis assistenciais, acesso ao cuidado especializado (regulação);**

**Diagnostico / Análise de situação**

O SUS é subfinanciado, com aporte de recursos bem inferior à média munidal e das Américas;

Apesar de ter sido ampliada nos últimos anos, ainda é inferior a 50% a cobertura da estratégia de saúde da família;

A relação população X equipes de saúde (entre 3 mil e 4 mil pessoas por equipe) é desfavorável a uma prestação de cuidado de qualidade, e dificulta a orientação do trabalho da equipe para intervenções territoriais para além do exclusivamente assistencial;

Há dificuldades de fixação de profissionais em toda a rede, em especial da atenção primária, onde é comum encontrarmos equipes incompletas;

A contratação de profissionais tem sido prioritariamente via Organizações Sociais, fragilizando a carreira pública, a transparência nos critérios de captação de profissionais, e o controle social;

É ampla a rotatividade de profissionais, sobretudo os da atenção primária, impactando negativamente na formação de vínculos e na longitudinalidade;

A política de atenção primária tem orientação para área vulnerável, mas não aponta para uma universalização que interfira e altere na atual escolha de amplas parcelas da população pela rede de planos de saúde;

Hospitais federais, estaduais e municipais são feudos, com gestão patrimonialista e clientelista de vagas e recursos, e com difícil integração na rede como ponto assistencial de competência referenciada e especializada.

**Propostas que defendemos**

Modelo de cuidado baseado na realidade e especificidade do território, tendo como porta de entrada prioritária a Atenção Primária, com integração com os demais níveis de cuidado;

Qualificar a regulação assistencial, com melhor controle social da disponibilização de vagas pelos serviços prestadores, e da distribuição dessas vagas para as unidades demandantes, privilegiando a referência de base territorial (para que o usuário não tenha que se locomover desnecessariamente para longe de sua moradia para ter acesso a serviços espeiclizados)

Alcançar 100 por cento de cobertura no município.

Organizar a oferta de serviços e os processos de trabalho a partir da análise das necessidades sanitárias e sociais de cada território;

Implementar a relação entre o numero de usuário por equipe variável de acordo com a vulnerabilidade de cada território. Naqueles em condições de grande vulnerabilidade a relação deve ser de 2000 a 2500 pessoas por equipe.

Fortalecer e qualificar os NASF e a abordagem matricial;.

Contratação e fixação de profissionais através de

concursos públicos pelo RJU

implementação de política salarial e de valorização do servidor, com salários dignos, isonomia salarial e estabilidade no trabalho

implantação de plano de carreiras para o trabalhador do SUS (no município, mas articulado com a defesa da Carreira Única e Nacional no SUS);

Eliminação de todas as formas de terceirização e precarização do trabalho, como as Organizações Sociais e cooperativas;

Revogação das leis que deram origem às Organizações Sociais, e a Riosaúde

Ampliação progressiva da rede pública estatal de serviços de saúde, visando a se tornar exclusivamente pública;

**Sobre a municipalização dos hospitais estaduais e federais:**

A discussão sobre a municipalização dos hospitais estaduais e federais deve ser antecedida de qual seu papel na rede, e forma de maior integração. E, independente de em que esfera fiquem, tem que ser públicos, com trabalhadores contratados sob concursos públicos.

Essa diretriz também se aplica aos Hospitais Universitários.

**Políticas de financiamento:**

Na organização da Conferência esse tema ficou ausente. Parece que excluiu do temário questões em geral tratadas como “políticas mais amplas”. Equívoco, pois refere como se o território não pudesse ou devesse discutir as questões macro do SUS. Temos que defender a proposição de questões a partir do território. E o financiamento é uma delas

Ampliar o financiamento do SUS, através de:

defesa de iniciativas que garantam alcançar um mínimo de 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a Saúde, com garantia de que seja aplicado e investido nos serviços públicos;

eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde e apoio ao PL 251/2005 que amplia a possibilidade de gastos com o pessoal para o setor saúde;

cancelamento da Desvinculação das Receitas da União (DRU);

pela imediata Auditoria Cidadã da Dívida Pública com repúdio e anulação desta dívida ilegítima e insustentável.

criação do Imposto sobre Grandes Fortunas, e aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira;

aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, com destinação para a Seguridade Social.

eliminação dos subsídios públicos e pelo fim da renúncia fiscal aos Planos Privados de Saúde;

revogação da Lei nº 13.019/2015 que permite a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde;

revogação da Emenda Constitucional 86/15 que trata do Orçamento Impositivo por retirar recursos da saúde pública;

**Propostas que combatemos**

Contra as OS e a adoção de quaisquer outros modelos privatizantes de Gestão, tais como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), às Fundações Estatais de Direito Privado, fundações de apoio das universidades e entidades de C&T, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH);

Não ao capital estrangeiro

Contra o modelo médico assistencial privatista centrado no atendimento individual e curativo, subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos;

**GRUPO II**

**Regulamentação das Iniciativas de Prevenção e Promoção da Saúde Voltadas para: alimentação saudável, tabagismo, trânsito, controle da obesidade, valorização do parto normal**

**DIAGNOSTICO – Análise de situação**

O foco dado para as ações citadas nesse item é incoerente com a concepção ampliada de saúde que orienta o SUS. Isso porque elas estão voltadas para produção de mudanças de comportamentos dos indivíduos em suas vidas privadas como o meio de solucionar problemas de saúde. Nessa abordagem a promoção de saúde é entendida como sinônimo de prevenção conquistada por meio de ampliação de conhecimentos sobre o processo saúde e doença.

Ou seja, só focado no comportamental, e não na determinação, na estrutura da sociedade, na reflexão do território

Há impactos da violência na saúde;

Há violências das ações de saúde - doutor dono da verdade e do corpo do outro;

**Propostas que defendemos**

O foco é nos processos de determinação social, cultural ambiental e política da saúde. Somente este foco vai atuar na raiz da estrutura da sociedade- desigualdade social e iniquidades – indo ao encontro das necessidades coletivas de saúde, ou seja: superar as violências às quais está sujeita a maioria dos trabalhadores, que constituem as classes populares e que vivem nos territórios favelizados.

Defesa da Seguridade Social possibilitando políticas sociais intersetoriais que assegurem os direitos relativos à saúde, previdência, assistência social, educação, trabalho e moradia; pela convocação da Conferência Nacional de Seguridade Social e recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social.

Incorporar a participação efetiva dos usuários nos processos de decisão tornando essas atividades resultantes de uma verdadeira construção coletiva geradora de autonomia e de organização política na luta pela garantia do direito à saúde.

Articular e apoiar as lutas vinculadas às condições concretas de saúde dos trabalhadores como trabalho, educação, moradia, transporte, reforma agrária e urbana, entre outras.

Defesa de transformações sociais profundas tendo em vista a emancipação humana. Por reformas estruturais já: Reforma urbana e agrária; Reforma tributária progressiva, com manutenção do Orçamento da Seguridade Social e suas fontes específicas; Reforma política e do sistema financeiro; Desmilitarização das polícias; e Democratização dos meios de comunicações.

A intersetorialidade é fundamental para prática desta forma de atuação. Assim, devemos ropor questões relacionadas com a intersetorialidade, com o impacto do trânsito, da violência, das condições de vida (saneamento, habitação, segurança alimentar)

Educar para transformar a sociedade;

Eliminar o uso de agrotóxicos nos alimentos brasileiros por meio de apoio aos agricultores orgânicos, fortalecendo a campanha nacional contra os agrotóxicos, proibindo a compra, venda e uso de venenos e com políticas públicas de subsidio para a agricultura orgânica.

**Propostas que combatemos**

A continuidade do foco na mudança de comportamento dos indivíduos.

**GRUPO III**

**Políticas e Estratégias de Atenção às Populações em Situação de Risco e/ou Vulnerabilidade: população em situação de rua; usuários de crack, álcool e outras drogas, população institucionalizada, atenção domiciliar**

**DIAGNOSTICO – Análise de situação**

Falta de suporte na rede para receber a população de rua- investir nos níveis de atenção; são necessários mais CAPS, mais próximos ao serviço intermediário que podem ajudar aos locais vulnerabilizados

Dilema: como enfrentar os casos de saúde mental? Limite? Educação? Prevenção? Suporte para os casos que gritam?

**Propostas que defendemos**

Defesa da implementação da Reforma Psiquiátrica, com ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial,

Implementar a reforma psiquiátrica com a implantação de unidades CAPSi em quantidade suficiente para atender as necessidades de cada território, sendo esta uma demanda histórica do território de Manguinhos.

Contratação e qualificação profissional suficientes para atender com qualidade os usuários, colocando em prática a reforma psiquiátrica com atividades culturais, oficinas e outras práticas de promoção da saúde, evitando a medicalização desnecessária.

**Propostas que combatemos**

Contra as internações e recolhimentos forçados

Contra a privatização dos recursos destinados à saúde mental

Contra a precarização dos trabalhadores de saúde mental

Comunidades terapêuticas

**GRUPO IV**

**Participação Popular e Controle Social: novas formas participação da sociedade civil na saúde e fortalecimento do controle social**

**DIAGNOSTICO – Análise de situação**

O controle e a participação social está demasiadamante cristalizado. Não há renovação.

É burocrática os requisitos para participar dos conselhos e conferências. Grupos organizados, mas sem formalização jurídica, não podem participar organicamente. Só é considerado unidade de saúde as unidades assistenciais, e outras entidades (ded formação ou no âmbito da intersetorialidade) não são consideradas para a participação orgânica.

As entidades terceirizadas (OSs, cooperativas) não têm porosidade ao controle social.

Não há movimento de auto-organização para constituição de conselhos gestores por unidade ou por território.

A participação é condicionada ao trabalhador negociar faltas. Há dificuldade de liberação para que se amplie a participação. Muitas vezes a pessoa tem que faltar ao trabalho para participar. Há discussões que apontam para necessidade de regulamentar a possibilidade dos trabalhadores participarem, ou da criação de outras formas e horários que permitam ao trabalhador e ao usuário participarem (reuniões noturnas, por exemplo).

**Propostas que defendemos**

Respeito dos gestores às deliberações das Conferências de Saúde nas três esferas de governo. Os Planos de Saúde e os Planos Plurianuais devem ser aprovados pelos Conselhos de Saúde com base nas diretrizes aprovadas pelas Conferencias de Saúde.

Garantir efetivo controle social com autonomia e independência perante a gestão, e pela implementação das deliberações dos Conselhos de Saúde municipais, estaduais e nacional;

Garantir que a presidência do Conselho Municipal seja por votação, e não por indicação pelo cargo (hoje sempre é o secretário municipal)

Promoção da saúde é intrínseca à participação e controle social;

Criar mecanismos de circulação das informações, entre trabalhadores e usuários do SUS, garantindo maior transparência na prestação de contas dos gastos na saúde aplicados em cada território.

Fortalecer o princípio de autodeterminação dos trabalhadores para se organizarem

Ampliar os conselhos locais e territoriais

Ampliar os conselhos gestores de unidade

Permitir a entrada dos movimentos não formais, grupos organizados, nos conselhos e conferências

Permitir que unidades que interferem na saúde: escolas, escola técnica, ou escola de saúde pública, por exemplo, sejam consideradas “unidades de saúde” para efeitos de participação nos conselhos e e conferências

**Propostas que combatemos**

**GRUPO V**

**Formação e Integração Ensino-Serviço: novas diretrizes curriculares, Programas de Residência, Especializações, PROVAB, + Médicos, outras iniciativas**

**DIAGNOSTICO – Análise de situação**

As estratégias de formação é pouco coletivizada. Às vezes incorpora todos os profissionais, mas nem sempre.

Já foi mais integrada, e mais territorializada, mas veio se perdendo no tempo

Há priorização das formação do profissional superior, em segundo lugar do nível superior. Em último, ou nível médio

Centro de saúde não tem residência médica – foi contratado um médico

A residência é assistida – há sempre um preceptor.

Residencia multiprofissional e grupo de graduação da enfermagem distribuídas nas 6 equipes.

Falta na estrutura da estrutura da Estratégia de Saúde da Família um profissional que organize de baixo para cima

Fiotec fala da incapacidade de continuar pagando os residentes médicos a partir de Agosto.

São jovens médicos, muito jovens e muito bons – é esquisito pegar um jovem em formação e deixa-lo como ponta de lança – onde está a fidelidade ao território quando o médico vai embora a cada ano.

Há uma visão do município para que seja 100% residência em todas as clínicas da família.

Não há tema voltado para a gestão do trabalho. Uma estratégia com cara de formação acaba impactando na gestão do trabalho.

A política atual em nome de objetivos concretos ataca a precarização.

Médicos são bolsistas – podem ser demitidos sem justificativa.

No TEIAS os contratos quantitativos não permitem uma formação humanizada. O projeto TEIAS como modelo diferenciado não pode ir pra frente pq fica atendendo as demandas da prefeitura.

Agente de Saúde: Nós que estamos no serviço não sabemos quais são as variáveis, o que queremos alcançar.

Educação em saúde hoje é explicar as pessoas como se comportar

Não se discute os confrontos – temos metas a bater mas não se sabe que meta é essa; o acréscimo financeiro não acontece. Se joga a mesma atenção para realidades diferentes. Como se reflete sobre a realidade de um território como Manguinhos?

O município está intensificando o programa de residência pago através de bolsa como solução para a falta de profissionais em equipes de saúde.

Outros profissionais não tem atualização salarial;

Estão demitindo enfermeiros para contratar médicos no lugar; diferença salarial de médico para enfermeiro é de 6 mil reais;

“O que eu sinto como usuária é que as pessoas de menor poder aquisitivo são atendidos por residentes e não por profissionais – é uma maneira de enxugar a máquina. Nunca mais tive o direito de chegar a um médico”

Na formação a passagem pela atenção básica é uma mudança curricular que tem que existir a formação deve passar pela a atenção primária, mas 100% residentes, não sei...

Ensino em serviço foi concebido um novo modo de tratar e de cuidar. Hoje isso se esfacelou. O trabalho coletivo era o sentido dessa prática.

Como se enfoca a participação e controle social nesse contexto?

Temos que participar dos espaços de formação da estratégia de saúde da família.Os agentes de saúde ficam separados da equipe nos espaços de formação. Há reuniões direcionadas a cada dia. Há dias em que todos se reúnem.

Em 2004 existia uma integração. Isso vem se perdendo. Todos iam para o território que receberia o serviço. Hoje vai no computador, aprende o Alert e vai pra rua.

**Propostas que defendemos**

Garantir um preceptor para cada equipe de saúde da família, viabilizando o processo ensino aprendizagem, a responsabilização profissional e a criação de vinculo com o usuário.

Equiparação de bolsa para todos os residentes na saúde da família.

**Propostas que combatemos**

**GRUPO VI**

**Assistência Farmacêutica: definição das responsabilidades entre os entes federados**

**DIAGNOSTICO – Análise de situação**

Dificuldade de acessar medicamentos para doenças raras, sendo viável apenas pela defensoria publica, em que os caminhos não são conhecido por todos**.**

**Propostas que defendemos**

Distribuição gratuita de medicamentos nas unidades públicas de saúde.

Quando não tem remédio na unidade, a dispensação deve ser deve ser garantida dentro da própria CAP.

Garantir mecanismos de ampla divulgação para o acesso pleno a medicação para doenças raras no município.

Fim de subsídios e empréstimos a juros subsidiados as indústrias multinacionais de medicamentos;

**Proposta que combatemos**

**Moções**

- Contra a flexibilização da gestão por meio de OS e outros mecanismos privatizantes como privatização de unidades de saúde;

- Repudio a PEC 171/93 que reduz a maioridade penal;

- Apoio a ampliação e qualificação do PSE

- Contra o PL 4.330 da terceirização e flexibilização do trabalho, que permite a terceirização inclusive da atividade-fim, rompendo todos os direitos dos trabalhadores brasileiros;