

CONTRIBUIÇÕES RECEBIDAS AO DOCUMENTO ORIENTADOR

Secretaria Estadual de Saúde
Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS)
Divisão da Atenção Primária à Saúde (DAPS)

Considerando os preceitos da Política Nacional de Atenção Básica, em especial as diretrizes para a organização do processo de trabalho das equipes, o qual requer infraestrutura e provimento adequado de profissionais de saúde, sugerimos a observação dos seguintes pontos:

- a. O município possui pessoa responsável pela coordenação da APS?
- b. Como está a cobertura de APS (equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde)?
- c. A Estratégia de Saúde da Família é a estratégia prioritária de organização da APS?
- d. As equipes trabalham com a lógica de territorialização e reconhecimento das necessidades de saúde da população? Como vem ocorrendo o monitoramento de indicadores de desempenho (Previne Brasil e PIAPS)?
- e. Como vem sendo monitorado ou percebido (por profissionais e usuários) o aumento da demanda por atendimentos neste nível de atenção e a consequente sobrecarga de trabalho dos profissionais?
- f. Como está o provimento médico na APS do município?
- g. As equipes de APS são compostas de maneira multiprofissional (para além da equipe mínima composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) ou contam com matriciamento ou compartilhamento de casos em seus territórios?
- h. As equipes contam com recursos materiais, equipamentos e insumos adequados para o desenvolvimento de seu trabalho nos territórios?
- i. As equipes vêm conseguindo organizar o fluxo de usuários (organização da agenda, acolhimento à demanda espontânea, visitas domiciliares)?
- j. As equipes utilizam protocolos clínicos para orientar o cuidado aos usuários?
- k. Os profissionais das equipes têm garantia de espaços e carga horária protegida para sua qualificação? E para atividades de educação permanente guiadas pelas necessidades cotidianas dos serviços?
- l. Há espaço no conselho municipal de saúde para o debate dos problemas enfrentados pelas equipes de APS no alcance de resultados sanitários?
- m. Como estão estruturados os conselhos locais de saúde?
- n. Considerando os diferentes determinantes sociais de saúde, como o município apoia, de maneira intersetorial (secretarias e instituições sociais), as ações desenvolvidas pelas equipes? Há espaços para discussão de casos em rede (APS, CRAS, Escolas, dentre outros)?

Conselho Estadual da Pessoa Idosa

Considerando que o Estado do RS possui atualmente uma população Idosa com mais de 18,3 %, onde nos municípios de pequeno porte, com grande população vivendo na área rural, já temos municípios que de 20% a 45% da população é idosa; Em 2018 o percentual da população idosa do RS já ultrapassou a proporção da população de zero a 14 anos;

Considerando que um grande percentual das pessoas idosas são portadoras de doenças crônicas degenerativas (diabete, Hipertensão, problemas do coração e do aparelho respiratório, traumatológico), além de câncer e necessitam de internação (ões) anualmente, por episódios de gravidade de alterações no seu estado clínico; e

Considerando a análise do conceito de que trata cada eixo da 9ª. Conferência de Saúde e suas proposições que serão levadas apreciação é debate aos participantes durante a conferência estadual, vem propor a inclusão de necessidades prioritárias voltadas à população no ciclo de vida e especialmente à população Idosa do nosso Estado na área do SUS, conforme segue:

Eixo I – No item acrescentar na frase: - Revogar todos os atos normativos, sejam eles constitucionais, legais ou infra legais que atentem contra (acrescentar) a liberdade, respeito e dignidade,

Incluir como novo:

Que os governos estaduais e municipais por intermédio de seus gestores da saúde pública, cumpram os artigos referentes ao capítulo da Saúde (pelo Sistema SUS e/ou Saúde Complementar), preconizados pelos diversos Estatutos, aprovados por Lei Federal, como por ex.: Estatuto da Pessoa Idosa (artigo 15) Igualdade Racial (artigo), dentre outros, atendendo as necessidades prioritárias (que possuem características e demandas especiais), mediante a implementação de programas e ações voltadas à estes segmentos.

Incluir como novo:

Eixo II – Ampliar e fortalecer a participação da sociedade civil organizada no controle social da saúde e incluir a integração do controle social entre conselhos de direitos sociais congêneres.

Incluir como novo:

Eixo III – Ampliar e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal na atenção Primária e Secundária e Terciária.

Incluir como novos:

Eixo IV – Implementar e fortalecer a Rede de Proteção e Defesa das pessoas mais vulneráveis (crianças, adolescentes, mulheres e idosos,) contra a violência e violação dos direitos no Estado e municípios.

Criar e implementar unidades geriátricas macrorregionais de referência e ampliar o atendimento ambulatorial às pessoas idosas, com profissionais especializados nas áreas de geriatria e gerontologia (Estatuto do Idoso art. 15).

Regulamentar a Lei Estadual Nº 15.820, DE 29 de março de 2022 que instituiu a Política Estadual de Enfrentamento à Doença de Alzheimer e outras Demências no Estado do Rio Grande do Sul, para construção e monitoramento participativos no enfrentamento da doença de Alzheimer e de outras (Parágrafo único – A Política Estadual de Enfrentamento à Doença de Alzheimer e outras Demências dar-se-á por meio da articulação de áreas como saúde, assistência social, direitos humanos, inovação e tecnologia).

Ampliar e qualificar o Programa de Atendimento Domiciliar pelo SUS, às Pessoas com profissionais qualificados, após alta hospitalar onde foram submetidas a tratamento clínico, cirúrgico ou paliativo.

Fortalecer os Programas e ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos à saúde, sensibilizando o indivíduo e a comunidade a assumir seu autocuidado, manter a qualidade de vida e reduzir as internações hospitalares por causas sensíveis à Atenção Básica.

Criar e implantar em Porto Alegre 04 Centros de Referência de Atenção em Geriatria e Gerontologia às pessoas idosas, sendo um em cada grande região.

Sistema Conselho Federal de Nutricionistas/Conselhos Regionais de Nutricionistas
Federação Nacional dos Nutricionistas
Associação Brasileira de Educação em Nutrição
Associação Brasileira de Nutrição

A 17ª Conferência Nacional de Saúde, maior evento de participação social no Brasil, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e realizada pelo Ministério da Saúde (MS), deverá ser realizada de 2 a 5 de julho de 2023, com o tema Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia.

Dentre os vários importantes temas e questões a serem contemplados nas etapas do processo de Conferência, destacamos, neste texto, a temática da Alimentação e Nutrição.

O Sistema Conselho Federal de Nutricionistas/Conselhos Regionais de Nutricionistas, a Federação Nacional dos Nutricionistas, a Associação Brasileira de Educação em Nutrição e a Associação Brasileira de Nutrição, entidades que congregam cerca de 200.000 profissionais em todo país, apresentam um elenco de propostas da área de alimentação e nutrição divididas no eixo central e temáticos de discussão.

É a democracia que propicia o controle social, o acompanhamento e monitoramento do Sistema Único de Saúde, como pleno exercício da cidadania. E no exercício desse direito devemos empenhar todos os nossos esforços para uma participação qualificada nas Conferências de saúde na esfera municipal, estadual ou nacional. Por isso, nossa missão é defender a saúde como direito, bem como os princípios filosóficos e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo os projetos que propõem a sua consolidação.

Por isso é imperativo a presença dos nutricionistas nas Conferências, para contribuir com o entendimento da importância da ampliação e consolidação da atenção nutricional em todos os níveis de assistência em saúde, nas três esferas de governo, com propostas que contribuam para a saúde da população, mais especificamente as relacionadas com a alimentação e a nutrição, incluindo o acesso ao cuidado do nutricionista. Devemos agir em coerência com os princípios fundamentais da profissão, descrito especialmente no Art. 2º Código de Ética e Conduta do Nutricionista: A atuação do nutricionista deve ser pautada na defesa do Direito à Saúde e do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional de indivíduos e coletividades.

Segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), o SUS é marco da construção democrática e participativa das políticas públicas no Brasil. Sua legislação definiu mecanismos para que a participação popular, fundamental para sua constituição, faça parte do seu funcionamento por meio da prática do controle social nos Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de governo. A formulação dos planos de saúde deve emergir dos espaços onde acontecem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o de-

envolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo e/ ou caráter consultivo.

Para isso, precisamos superar desafios, como a desigualdade social, a fome e, principalmente, o retrocesso das políticas públicas de inclusão social verificada nos últimos 04 anos de governo. Assistimos ainda a Sindemia Global, que se refere às interações entre as pandemias de desnutrição, de obesidade e de mudanças climáticas e, no nosso país, além disso, o retrocesso das políticas públicas de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional, pelo financiamento insuficiente para a sua manutenção e/ou expansão.

A alimentação, assim como a saúde, é um direito social presente no art. 6º da Constituição Federal (CF). Ou seja, o Estado é responsável pelas políticas públicas voltadas à garantia desses direitos, com a efetiva participação da sociedade civil por meio das conferências, dos conselhos, ou de instâncias similares de controle social.

Esses indicadores mostram um longo caminho a percorrer quando se consideram as duas premissas elementares e indivisíveis da Segurança Alimentar e Nutricional e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA): garantia da disponibilidade ao alimento de qualidade, em quantidade suficiente para satisfazer as demandas nutricionais do indivíduo e a garantia de acessibilidade ao alimento de forma sustentável, ininterrupta e que não interfira no proveito de outros direitos humanos essenciais. Neste contexto, destaca-se ainda a atenção nutricional imprescindível para a garantia, a integralidade e a universalidade da assistência, considerando o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e outras ações e políticas que estão no escopo da saúde e que apresentam interlocução para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Considerando que a má alimentação é um dos principais fatores de risco relacionados com a carga global de doenças[1];

Considerando que 33,9% das crianças de 5 a 9 anos acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS) em 2021 apresentam excesso de peso e 17,8% obesidade[2];

Considerando que dados do Ministério da Saúde (MS) apontam que mais da metade da população adulta (57,2%) tem excesso de peso e 22,4% apresenta obesidade, sendo a alimentação o principal fator de risco tanto para a obesidade quanto para suas comorbidades, tais como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representadas especialmente por doenças cardiovasculares, diabetes e câncer[3];

Considerando que 7 em cada 10 indivíduos que entram em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentam condições relacionadas à alimentação inadequada[4];

Considerando que o cenário atual aponta o retorno da desnutrição e do Brasil ao Mapa da Fome, com cerca de 33 milhões de brasileiros em insegurança alimentar grave[5];

Considerando que no Brasil, o excesso de peso e doenças relacionadas podem levar à redução de 5% do PIB, e que os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram R\$ 3,45 bilhões em 2018, sendo 11% desse valor atribuído à obesidade, 59% à hipertensão e 30% à diabetes[6];

Considerando que o orçamento da área de alimentação e nutrição no Ministério da Saúde, em 2022, foi de R\$ 66.000.000,00, e que para 2023 foi aprovado apenas R\$ 25.576.805,00, o que representa uma redução de 61% no investimento nessa área, o que leva a cortes nos recursos inviabilizando programas importantes, como a ampliação do incentivo à implementação da PNAN para todos os municípios e a manutenção dos repasses financeiros aos municípios participantes da Estratégia Nacional de Prevenção à Obesidade Infantil (Proteja), dentre outras;

Considerando o atual modelo de financiamento da APS[7] que favoreceu a desestruturação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), que garantiam a amplificação e qualificação do atendimento na atenção primária, incluindo o acesso da população ao nutricionista, que em março de 2019 estava inserido em 82% das 5.625 eNasf-AB[8];

Considerando a universalidade e a equidade, os princípios do SUS devem estar consubstanciados em medidas que facilitem o acesso e a assistência à saúde, incluindo a atenção nutricional pelo nutricionista;

Considerando os Inquéritos Brasileiros de Avaliação Nutricional Hospitalar e de Terapia de Nutrição Domiciliar que demonstram elevada prevalência de desnutrição, entre 33,2 a 48,1%, caracterizando o cenário da desnutrição em ambiente institucional e na assistência de alta complexidade, que implica em maior tempo de internação, morbidade e mortalidade, com custos hospitalares elevados e piora na qualidade de vida dos pacientes[9, 10,11,12,13];

Considerando que, em 2021, o Brasil registrou a maior taxa de internações de bebês menores de um ano associadas à desnutrição dos últimos 13 anos[14];

Destaca-se, portanto, os desafios existentes nas diversas esferas da sociedade brasileira, sobretudo frente à possibilidade concreta das crises política e econômica que podem impactar os avanços conquistados até aqui e a possibilidade iminente da violação dos direitos até hoje garantidos. É diante desse contexto que manifestamos algumas proposições que se guem abaixo.

Esse documento traz contribuições e pontos fundamentais às etapas que antecedem a 17ª Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de promover a reflexão e o debate, entre a sociedade civil, usuários das Políticas Públicas e o Governo, sobre o SUS.

PROPOSIÇÕES PARA DEBATE:

1. Garantir o direito e acesso ao cuidado de nutrição e saúde. Garantir o fim das terceirizações e privatizações no SUS como mecanismo para a garantia do comando único na gestão do SUS para a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Além disso, criar Centros Municipais de referência em Alimentação e Nutrição com o nutricionista como o responsável pelas ações de prevenção e tratamento de sobrepeso e obesidade, distúrbios e déficits nutricionais; e fortalecer e expandir a Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da inclusão do nutricionista nas equipes, da promoção de relação de trabalho estável, possibilitando condições para a construção de vínculos de atenção, o cuidado com a comunidade e a garantia de suporte interdisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);

2. Fortalecer a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN). Considerando que a CIAN é um comissão definida pela Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, faz-se necessário o seu fortalecimento enquanto instância responsável por controlar e avaliar as diretrizes e prioridades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, contribuindo para: consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan); qualificação da gestão das ações de alimentação e nutrição; fortalecimento das estratégias de implantação da nutrição na atenção básica e nos demais níveis de atenção à saúde; delineamento de ações destinadas a populações específicas (indígenas e outros povos e comunidades tradicionais); reconhecimento e valorização da cultura alimentar; ampliação da discussão relativa à temática de nutrição, ambiente, desenvolvimento; e aproximação com as instâncias de controle social da saúde e da nutrição;

3. Fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), para maior abrangência e contínuo monitoramento do perfil alimentar e nutricional da população brasileira, as tendências futuras e seus fatores determinantes, visto a importância da Vigilância da Alimentar e Nutricional (VAN) para a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população;

4. Reconstruir as políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) sob a perspectiva da coexistência da fome, obesidade e o impacto das mudanças climáticas. Há uma necessidade imediata em se fazer uma transição para sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis fortalecendo a produção da agricultura familiar e de base agroecológica, que respeitem a biodiversidade e os recursos naturais, que tenham assistência técnica produtiva e que ampliem os canais de comercialização;

5. Inserir a Sindemia Global como foco de ação para elaboração e reestruturação de políticas públicas de saúde. Fundamentar agendas de discussões permanentes que possam estabelecer a sindemia global como foco de ação para elaboração e reestruturação de políticas públicas de saúde, econômica, social e cultural com ampla participação social e apoio estatal em uma lógica agroecológica considerando a determinação social em saúde;

6. Garantir os serviços de saúde como rede promotora de saúde, fornecendo alimentação adequada e saudável nos espaços institucionais e realizando compras públicas que impactem

nos sistemas alimentares locais. Garantia de financiamento para a implementação dos serviços de saúde e que esses sejam promotores de sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis;

7. Fortalecer a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e órgãos correlatos nas esferas estadual e municipal. Garantir que haja proteção da população ao acesso à alimentos com segurança sanitária e que haja, pelo menos, 01 nutricionista por equipe de abrangência territorial específica, como versa a Resolução CFN nº 600/2018;

8. Implementar a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Fortalecer o olhar e diálogo sobre as questões de alimentação e nutrição junto ao controle social;

9. Fortalecer o Guia Alimentar para a População Brasileira e do Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos. Realizar ampla divulgação e implementação dos Guias em ambientes variados como unidades de saúde, escolares, gestores, entre outros, de tal modo que esses possam induzir políticas públicas que favoreçam o acesso à alimentação adequada e saudável;

10. Revisar e instituir cestas básicas emergenciais alinhadas às premissas do Guia Alimentar para a População Brasileira e que sejam baseadas nos alimentos produzidos localmente nos territórios. A nova cesta básica deve contribuir para a realização do direito humano à alimentação adequada (DHAA), por meio do acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis;

11. Garantir políticas públicas que protejam e valorizem a cultura alimentar nas ações da atenção primária à saúde (de indígenas, negros e comunidades tradicionais de matriz africana, quilombolas, povos ciganos, ribeirinhos, povos da floresta e demais povos e comunidades tradicionais). Incluir os territórios alimentares nas atividades da atenção primária à saúde (APS), nas ações comunitárias e intersetoriais, respeitando o Guia Alimentar para a População Brasileira e o Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos;

12. Reformar a política tributária que hoje favorece o ultraprocessamento de alimentos. Considerando os cenários a partir da alíquota mínima de 20% recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a receita do tributo específico pode variar entre 4,7 e 7,1 bilhões de reais por ano. Há ainda a necessidade de reforma da política tributária sob alimentos básicos (arroz, feijão, pão e leite, além de frutas, verduras e legumes), reduzindo ou excluindo as alíquotas e favorecendo a aquisição desses alimentos por toda a população;

13. Aprimorar a rotulagem frontal de alimentos com indicação da presença de edulcorantes; utilização do perfil nutricional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e aumento da proporção da lupa na embalagem dos produtos. Considerando a evolução em relação à rotulagem de alimentos no Brasil, especialmente após a publicação da nova norma de rotulagem RDC Nº 429, de 8 de outubro de 2020, verifica-se que ainda persiste a necessidade de avanços ao se analisar as experiências de outros países, especialmente no controle e a fiscalização do uso de edulcorantes adicionados aos produtos alimentícios industrializados. Além disso, a fiscalização da implementação da nova norma de rotulagem precisa ser uma das prioridades na agenda da Anvisa;

14. Retomar o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA) e inclusão de amostras de produtos ultraprocessados. Esse programa da Anvisa trazia um dos principais indicadores de qualidade dos alimentos vegetais consumidos pela população, e os últimos relatórios são de 2018;

15. Garantir a disponibilidade e acesso à água de qualidade para a produção de alimentos e consumo humano. Não se pode pensar em SAN dissociada da segurança hídrica, desse modo, a

água deve ser compreendida como um bem estratégico para o país, pois apresenta suma importância para todos os setores da sociedade;

16. Retomar o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e fortalecimento da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan). O Consea tem papel fundamental no controle social e na formulação, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan). Já a Caisan precisa ter atuação efetiva na articulação governamental intersetorial e interlocução permanente entre o Consea e a sociedade civil, no âmbito da PNSAN. Com a retomada do Consea em 2 de janeiro de 2023, realizar, em conjunto com a Caisan, amplo diagnóstico da implementação da PNSAN e do Sisan, incluindo todas as unidades federadas e municípios, com o intuito de colocar no planejamento federal a elaboração do 3º Plano Nacional de SAN;

17. Garantir o financiamento de pesquisas sobre alimentação e nutrição. Fomento para Universidades, Centros de Pesquisa, associações técnicas e científicas, por meio de articulação com instituições públicas e/ou privadas, nacionais e internacionais, que não possuam conflitos de interesses;

18. Fortalecer o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) enquanto ação promotora de saúde. A escola deve ser reconhecida como um ambiente fundamental de promoção da saúde e de alimentação saudável, garantindo nesses espaços a oferta de alimentos regionais provenientes de produtores locais, como garante a Resolução FNDE número 6, de 8 de maio de 2020. Além disso, é preciso promover articulação intersetorial para reforçar a fiscalização e o cumprimento do PNAE, sendo necessário o fortalecimento dos Conselhos de Ali-

mentação Escolar no nível estadual e municipal e a criação do Conselho Nacional de Alimentação Escolar;

19. Garantir financiamento a estados e municípios para que haja a implementação dos aparelhos/equipamentos de SAN destinados às estruturas de ampliação do acesso a alimentação saudável e de combate à fome, tais como: programa de aquisição de alimentos (PAA), banco de alimentos, restaurantes populares, cozinhas comunitárias, entre outros;

20. Garantir o comprometimento do governo para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que foram criados para erradicar a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que a população tenha uma vida digna, sem comprometer a qualidade de vida das próximas gerações;

21. Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) como política pública em todo o território nacional. Inclusão na PNAISM de uma estrutura de atendimento especial da mulher no que tange à Segurança Alimentar e Nutricional;

22. Garantir o acesso às políticas e serviços para a promoção da SAN na perspectiva do DHAA voltada às pessoas LGBTQIA+, povos e comunidades tradicionais de matriz africana, migrantes, refugiados e apátridas, idosos, crianças e demais públicos que vivem em situação de insegurança alimentar e nutricional;

23. Garantir que a agenda de alimentação e nutrição seja prioridade na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da retomada das equipes multiprofissionais e das ações e propostas de Telessaúde com a presença do nutricionista. Com o propósito de ampliar a capacidade da APS na oferta de uma atenção integral e resolutiva aos principais agravos observados, muitos deles, como consequência de uma má alimentação;

24. Qualificar as análises do território e as atividades das equipes de APS para subsidiar a construção de ações setoriais e intersetoriais voltadas à melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde. Considerar os ambientes alimentares, sejam físicos (presença de feiras, hortas

domésticas ou comunitárias, mercados, supermercados, entre outros), econômicos (custos), políticos e socioculturais, enquanto condições que interferem na saúde e nutrição de indivíduos e comunidades, identificando os desertos e pântanos alimentares;

25. Garantir a universalidade e a equidade de acesso à alimentação adequada e saudável para grupos com condições clínicas específicas. É dever do Estado garantir o acesso e o uso alimentos para fins especiais, suplementos nutricionais e terapia nutricional, indispensável à manutenção da vida, para grupos com condições clínicas específicas e em todos os ciclos da vida;

26. Fortalecer os equipamentos públicos de SAN, saúde, educação e assistência social no desenvolvimento de programas e ações de educação alimentar e nutricional considerando a cultura local e incluindo mecanismos de controle social e ações participativas;

27. Garantir recurso orçamentário para as ações de alimentação e nutrição. Considerando que o orçamento da área de alimentação e nutrição no Ministério da Saúde, em 2022, foi de R\$ 66.000.000,00, e que para 2023 foi aprovado apenas R\$ 25.576.805,00, o que representa uma redução de 61% no investimento nessa área, o que leva a cortes nos recursos inviabilizando programas importantes, como a ampliação do incentivo à implementação da PNAN para todos os municípios e a manutenção dos repasses financeiros aos municípios participantes da Estratégia Nacional de Prevenção à Obesidade Infantil (Proteja), dentre outras; além Revogação da EC 95/2016, que compromete os investimentos necessários para o combate à fome;

28. Regulamentar e restringir a publicidade de alimentos ultraprocessados (AUP), em especial à voltada ao público infante-juvenil. Promover o debate contínuo no âmbito da Saúde sobre os benefícios da regulamentação e restrição da publicidade de AUP em unidades de saúde e escolas, por meio de ações de comunicação e educação permanente, com o intuito de caminhar para a formulação de documentos que restrinjam as vendas desses alimentos nesses espaços. Além disso, retomar as discussões e pactos de redução de açúcar, sal, sódio e gorduras trans dos alimentos industrializados;

29. Criar a Política Nacional de Aleitamento Materno, a fim de fortalecer programas de incentivo ao aleitamento no Brasil. Promover e contribuir para o debate sobre a importância de se promover, proteger e apoiar o aleitamento materno mediante reflexões e ações, de gestores e profissionais de saúde que atuam na assistência materno infantil e pela sociedade civil, fomentando um cenário propício à implementação das políticas pró-amamentação no país; além de fortalecer/implementar a Estratégia Amamenta-Brasil e a iniciativa Hospital Amigo da Criança;

30. Fortalecer e garantir o cumprimento da NBCAL (Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras). Promover a ampla discussão sobre a regulamentação da promoção comercial e do uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bem como do uso de mamadeiras, bicos e chupetas; a restrição do acesso da empresa aos profissionais e serviços de saúde para divulgação de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, mamadeiras, bicos e chupetas e a restrição de patrocínios a profissionais de saúde, instituições de ensino e entidades associativas;

31. Prevenir conflitos de interesses nas políticas de alimentação e nutrição. Estabelecer um código de conduta que orienta a ação governamental na relação público-privado com setores econômicos cujos princípios, produtos e práticas sejam contrários ou firam os princípios e valores expressos nas políticas públicas que tenham interface com a alimentação e nutrição;

32. Garantir à população mecanismos de exigibilidade de direitos, que permitam a possibilidade de exigir respeito, proteção, promoção e o provimento desses direitos perante os órgãos públicos competentes, sejam eles administrativos, políticos ou judiciais, para prevenir ou reparar as violações; e

33. Garantir a implantação e a expansão do programa de serviço de atenção domiciliar (SAD) em todos os municípios. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é caracterizado por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados, conforme a portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. É a possibilidade de desospitalização dos pacientes, com atendimento integral por equipe multiprofissional em sua residência.

REFERÊNCIAS:

1. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
2. Brasil. Ministério Da Saúde. DATASUS. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional [Internet]. 2021. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados b [Internet]. Vigitel. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/>
4. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Uso de serviços de saúde e fatores associados à procura pela Unidade Básica de Saúde entre adolescentes brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2015. 2019.
5. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil: II VIGISAN: relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN. São Paulo, SP : Fundação Friedrich Ebert : Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2022/06/seguranca-alimentar-covid-8jun-2022.pdf>

6. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
8. Silva KC, Costa MLS, Medeiros OL. As ações de alimentação e nutrição no fazer dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: possibilidades no cotidiano da Atenção Básica. In: Silva ACF, Motta ALB, Casemiro JP. *Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2020.
9. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001 Jul-Aug;17(7-8):573-80. doi: 10.1016/s0899-9007(01)00573-1.
10. Aanholt DPJV, Niwa LMS, Dias MB, Toletto D, Ciosak SI. Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual. *REVISA*. 2021; 10(1): 127-38. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p127a138>.
11. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Inquérito brasileiro de nutrição oncológica / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Cristiane Aline D’Almeida, Nivaldo Barroso de Pinho.– Rio de Janeiro: INCA, 2013.
12. Inquérito luso-brasileiro de nutrição oncológica do idoso: um estudo multicêntrico / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Nivaldo Barroso de Pinho (organizador). – Rio de Janeiro: INCA, 2015.
13. IBNOPE: Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica Pediátrica/Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica; organizado por Nivaldo Barroso de Pinho. Rio de Janeiro: Edite, 2021.
14. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ministério da Saúde, Brasil. Observa Infância: Hospitalização de bebês por desnutrição atinge pior nível dos últimos 13 anos. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/hospitalizacao-de-bebes-por-desnutricao-atinge-pior-nivel-dos-ultimos-13-anos>.

AMANHÃ VAI SER OUTRO DIA!

Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia!

Garantir o direito ao acesso a medicamentos e outros insumos!

Estamos em processo de construção da 17ª Conferência Nacional de Saúde e das Conferências Estaduais e Municipais preparatórias a ela. No RS, a 9ª Conferência Estadual de Saúde ocorrerá nos dias 15 a 17 de maio em Porto Alegre e as Conferências municipais serão realizadas até o final de março.

No decorrer deste processo serão definidas diretrizes para a elaboração dos Planos de Saúde Nacional e Estaduais do período de 2024 a 2027 e diretrizes para a revisão dos Planos Municipais de Saúde que foram elaborados para os anos de 2022 a 2025. Lembramos que a Lei Federal nº 141/2012 determina que, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos e despesas com ações e serviços públicos de saúde, estas devem estar em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação. Portanto este é um momento importante para definirmos diretrizes que estarão na centralidade do planejamento em saúde, que se desdobrarão em ações, metas e indicadores nos Planos de Saúde, dando respostas às demandas de saúde da população. A ampliação do acesso a medicamentos, soros, vacinas e seu uso correto, adequado e racional é imprescindível para a efetivação do direito à saúde e deve estar na pauta das Conferências e nas agendas dos governos.

As Conferências Municipais devem enviar em seu relatório final uma lista de até doze propostas eleitas para as etapas estadual e nacional, ao menos uma por eixo, de acordo com o Regimento Interno da 9ª Conferência Estadual de Saúde. Para fomentar o debate, a comissão de Assistência Farmacêutica do CES/RS vem apresentar uma contribuição, sugerindo um conjunto de propostas que, a partir da realidade de cada município e considerando as necessidades dos usuários e dos serviços farmacêuticos existentes no território, possam ser selecionadas, adaptadas e apresentadas nas conferências.

Esta conferência ocorre num cenário nacional caracterizado por:

- Profunda crise sanitária determinada pela pandemia, que alcança 6.8 milhões de óbitos no mundo, 700 mil desses no Brasil, mas que não se limita à covid: Há um aumento das doenças transmissíveis, como tuberculose, malária, dengue, HIV/AIDS, etc, aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, cânceres, transtornos mentais, doenças respiratórias, condições de saúde mental, síndrome pós-covid e há também um repasse de consultas e cirurgias decorrentes da superlotação de serviços de saúde nos anos anteriores.
- Crise ambiental decorrente das agressões ao meio ambiente, como desmatamento, uso indiscriminado de agrotóxicos, etc, determinando o aquecimento global e frequência de eventos climáticos extremos.

- Crise econômica, que aprofunda as desigualdades sociais, a fome, o adoecimento e as iniquidades na saúde, tanto na prevalência das doenças quanto no acesso aos serviços e aos medicamentos. Esta realidade é agravada pelo desfinanciamento do SUS, determinado pela EC 95/2016.
- Crise de abastecimento, com a carestia de matérias primas, concentração de insumos em países com maior capacidade de pagamento, e os demais tendo que lidar com racionamento de recursos.
- Crise científica, com o afastamento da incorporação das evidências científicas nas políticas públicas de saúde.

O que tudo isso tem a ver com a Assistência Farmacêutica?

- O acesso aos medicamentos é um direito do usuário, integrando o processo do cuidado em saúde, dando-lhe resolutividade. É portanto, um instrumento para efetivação da integralidade da atenção e do direito à saúde;
- O aumento da carga de doenças determina um aumento nas demandas assistenciais do SUS em todo o país;
- Os recursos investidos na aquisição de medicamentos e outros insumos movimentam um grande percentual dos gastos em saúde;
- A pandemia demonstrou a grande dependência brasileira na importação de insumos farmacêuticos ativos (IFA's), medicamentos e outros insumos e tecnologias necessários ao cuidado em saúde, junto ao mercado externo;
- A falta de medicamentos em várias regiões do Brasil, verificada desde o ano de 2021, nas farmácias das redes pública e privada, causando o desabastecimento de antibióticos, anti-alérgicos, analgésicos, medicamentos de uso hospitalar, etc.
- Agravou-se o quadro de dificuldade no acesso a medicamentos, soros e vacinas para milhões de pessoas afetadas por enfermidades relacionadas à pobreza, as doenças infecciosas negligenciadas.
- Os altos recursos gastos com a compra de medicamentos demandados judicialmente, que comprometem grande parte do orçamento do SUS no Rio Grande do Sul.
- A falta de indicadores de impacto da Assistência Farmacêutica, que se resume a questões logísticas, em especial os relacionados a resultados clínicos, humanísticos, econômicos e de impacto ambiental.

Para organizar os debates, o tema das Conferências foi dividido em 4 eixos:

Eixo 1: O Brasil que temos, o Brasil que queremos

Palavras-chave: necessidades específicas do território

- Promover a melhoria da estrutura física dos estabelecimentos que oferecem serviços farmacêuticos, garantindo acessibilidade e ambiência adequada das farmácias públicas, dotando-as de materiais e equipamentos necessários à execução de todas as atividades inerentes à Assistência Farmacêutica, proporcionando um atendimento humanizado à população.

- Prover os serviços farmacêuticos de Recursos Humanos suficientes para o pleno desenvolvimento das suas ações, estruturando equipes numericamente adequadas ao porte e ao volume de serviços oferecidos, com profissionais farmacêuticos destacados para o desenvolvimento do ciclo logístico da AF (compras, licitações, armazenamento, distribuição), para a elaboração de pareceres técnicos (Comissões de Farmácia e Terapêutica, Comissões de Segurança do Paciente, Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário, entre outros), desenvolver atividades clínico-assistenciais que garantam o uso correto, seguro e efetivo de medicamentos e desenvolver atividades técnico-pedagógicas integrando sociedade e profissionais da saúde no caminho do uso racional de medicamentos. Estabelecer equipe mínima com farmacêuticos e auxiliares, por serviço, descrevendo seu escopo de atuação e promover a pactuação interfederativa do seu financiamento.
- Criar e apoiar tecnicamente o funcionamento de Comissões de Farmácia e Terapêutica multidisciplinares, em âmbito municipal, regional e estadual, com vistas à atualização permanente das Relações municipais, regionais e estadual de medicamentos essenciais e fórmulas nutricionais, elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas nas diferentes linhas de cuidado, garantindo a ampla transparência e divulgação do seu trabalho junto à comunidade;
- Inserir a Assistência Farmacêutica na estrutura organizacional do município, como política pública permanente integrada à rede de atenção à saúde, voltada para a organização do acesso a medicamentos, incluindo ações de Educação Permanente a respeito do uso correto, prescrição adequada, efeitos adversos, interações medicamentosas, boas práticas de armazenamento, descarte correto e seguro de medicamentos e outros temas.
- Implementar o cuidado integral e humanizado através da oferta de Práticas Integrativas Complementares em saúde - PICS - e o uso racional de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, na rede de atenção à saúde, de forma articulada à Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e Política de PICS, com participação da Assistência Farmacêutica;

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

Palavras-chave: controle e participação social no SUS

- Fortalecer o Controle Social sobre a Assistência Farmacêutica, através da definição dos Planos de Assistência Farmacêutica Municipais e Estadual, debatendo seu conteúdo com os Conselhos de Saúde e movimentos sociais, definindo objetivos, metas e indicadores claros, mensuráveis, que permitam o monitoramento efetivo e as decisões sobre esta política, por parte dos Conselhos.
- Qualificar a elaboração dos instrumentos de gestão (Plano de Saúde, PAS, RDQA e RAG), inserindo informações relacionadas ao orçamento, aos repasses financeiros e demais custos no âmbito da assistência farmacêutica (incluindo a relação entre o orçamento planejado e o efetivamente executado e os gastos com a judicialização) e dados clínicos sobre o uso de medicamentos nas diferentes esferas de gestão do SUS, de forma claras, objetivas e acessível a todos, permitindo o controle efetivo da política de saúde.

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

Palavras-chave: princípios do SUS

- Garantir o acesso aos medicamentos, fórmulas nutricionais e insumos no âmbito da Assistência Farmacêutica do estado do Rio Grande do Sul de forma a atender as necessidades da população, com capacitação de equipes de saúde para o acolhimento e o cuidado, em especial das populações em situação de vulnerabilidade, incluindo aquelas privadas de liberdade;
- Dar transparência aos dados relacionados à provisão dos medicamentos padronizados, proporcionando à sociedade as informações sobre todas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, tais como: existência de estoques, aquisições e calendários de distribuições e locais de acesso, a fim de garantir a ciência sobre quando o medicamento estará disponível ao usuário.
- Estabelecer nas Regiões de Saúde serviços de saúde voltados para a administração de medicamentos parenterais ou que necessitam de cuidados especiais na sua administração, no âmbito do SUS;
- Dotar a Assistência Farmacêutica das Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS's de estrutura para promover a Regionalização das ações da assistência farmacêutica, em busca de reduzir as iniquidades de acesso a medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais nas Regiões de Saúde e qualificar o processo de descentralização do acesso aos municípios. Implantação de colegiados regionais de assistência farmacêutica vinculados às comissões intergestores - CIR para o apoio técnico e qualificação da assistência farmacêutica dos municípios e das regiões de saúde;
- Repudiar a terceirização do apoio técnico ao sistema de justiça no que concerne às demandas da saúde, sobretudo quando oferecido por profissionais ou instituições que apresentem conflitos de interesse, propondo a interlocução junto ao Poder Judiciário para garantir peritos profissionais nos Núcleos de Apoio Técnico (NatJus), com cargos públicos efetivos.
- Garantir estrutura de armazenamento e distribuição pública de medicamentos e insumos no estado, atendendo as definições sanitárias, com equipe em número adequado de farmacêuticos, almoxarifes e auxiliares, com vínculo público, sem terceirizações, de forma a garantir a disponibilidade oportuna em todo o território de medicamentos e insumos essenciais.
- Promover incentivos para as ações da Vigilância em Saúde, em especial a Vigilância Sanitária, com ampliação dos quadros de profissionais farmacêuticos e modernização da estrutura atual, de forma a promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária.

Eixo IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas. Palavras-chave: inovações e sustentabilidade do SUS

- Estabelecer que os valores relativos ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, estabelecidos pela Portaria nº 3.193/2019, sejam automaticamente corrigidos quando houver ajuste anual de preços de medicamentos por parte da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED, de acordo com a Lei 10.742/2003, utilizando o mesmo fator de correção.
- Implementar a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) considerando a segurança de dados, a soberania nacional e o papel que as tecnologias da informação e comunicação passaram a ocupar na produção de ações e serviços de saúde. Estruturar sistemas de informação e de tecnologias digitais acessíveis no âmbito do SUS. Garantir a manutenção regular e a modernização dos sistemas informatizados da Assistência Farmacêutica e promover a integração e a interoperabilidade de dados, de forma a facilitar a tomada de decisão no SUS a partir de dados relacionados à prescrição eletrônica, ciclo logístico de medicamentos e de fórmulas nutricionais e de consultas e serviços relacionados ao cuidado farmacêutico;
- Desenvolver políticas públicas voltadas à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção de medicamentos, vacinas, kits diagnósticos e outras tecnologias em saúde atendendo as necessidades do SUS, estabelecendo a cooperação técnica com as universidades, os centros de pesquisa e os laboratórios oficiais, a fim de promover a educação continuada, a pesquisa, a produção técnica e a divulgação científica, desenvolvendo a competência tecnológica nacional. Fomentar a criação de repositórios de acesso público, contendo pesquisas de interesse, em andamento e finalizadas.
- Implementar políticas públicas visando o fortalecimento da base produtiva nacional, como forma de diminuir a dependência externa, o déficit na balança comercial e a vulnerabilidade nacional evidenciados pela pandemia de Covid-19.
- Fortalecer o Complexo Econômico Industrial da Saúde no Brasil impulsionando o desenvolvimento dos setores farmoquímico, farmacêutico e biotecnológico, estabelecendo acordos de cooperação internacionais e parcerias com o setor produtivo que oportunizem a internalização de tecnologias, a retomada do crescimento nestes segmentos, o fortalecimento dos laboratórios oficiais brasileiros, efetivando desta forma a capacidade de resposta do SUS às demandas assistenciais e a soberania nacional no acesso a produtos essenciais na área da saúde.
- Reformular a Lei de Propriedade Industrial (Lei 9279/96), enfrentando as dificuldades ao acesso da população às tecnologias na área da saúde, introduzindo na legislação nacional o enfoque das necessidades da sociedade, demandadas pelo SUS.
- Reformular a Lei 10.742/2003 que define normas de regulação para o setor farmacêutico para assegurar que os medicamentos, independentemente do status de patente, estejam ao alcance da capacidade de compra do SUS.
- Elaborar e Implementar política pública para acesso a insumos hospitalares para uso domiciliar, como fraldas descartáveis, bombas de insulina, bótons de gastrostomia, equipos de soro para nutrição enteral, curativos especiais (epidermólise bolhosa, úlcera varicosa), sondas nasoenterais etc.
- Elaborar e implementar uma política nacional de Assistência Farmacêutica em casos de eventos climáticos extremos e catástrofes, compreendendo a seleção de insumos a serem disponibilizados de forma rápida, o atendimento a comunidades remotas, transportes, ins-

trumentos gerenciais, aporte de recursos humanos e ações de Cuidado Farmacêutico que durem do período do sinistro até o retorno à normalidade.

- Desenvolver/implantar política de atualização dos valores da tabela SUS, incluindo o pagamento do procedimento da coleta de amostra, voltada para os laboratórios de Análises Clínicas que atuam atendendo pacientes do SUS;

Para reflexão nas Conferências de Saúde:

- Qual a situação da Assistência Farmacêutica em seu município?
- Quais as necessidades de qualificação dos serviços farmacêuticos em sua cidade?
- O que pode ser feito em seu município para melhorar a qualidade da Assistência Farmacêutica prestada à população?
- Quais iniciativas das gestões estadual e federal poderiam ajudar a resolver as dificuldades encontradas no dia-a-dia, para garantir o acesso aos medicamentos no seu município?

Contribuições individuais

Karen Cardoso

A ciência e a pesquisa em saúde foram severamente comprometidas nos últimos anos, por falta de estímulo e redução substancial do financiamento.






A questão do financiamento para desenvolvimento da ciência e inovação para o SUS, afeta diretamente a qualidade da assistência ao usuário, impedindo a inovação fundamentada no atendimento às necessidades da sociedade, e assim garantir o direito de acesso à saúde para a população.

A pesquisa científica é uma das bases para defesa do SUS e da democracia.

Urge a retomada do financiamento e da agenda de pesquisa em saúde, com ampla discussão da sociedade e atores envolvidos, visando potencializar a assistência ao SUS, dando sustentação científica as políticas de saúde e salvando vidas.

Sendo assim, gostaria de propor esta temática de debate, visando refletir sobre o financiamento da pesquisa científica como uma das bases para a defesa do SUS e da democracia.

Itamar Santos

- Criação da Carreira Nacional dos trabalhadores e das trabalhadoras do SUS com isonomia salarial nos três níveis da administração pública para organizar, balizar a qualidade e quantidade de servidores para todas as unidades através dos dados epidemiológicos de cada Região de Saúde, garantindo vínculos trabalhistas estáveis e duradouros para os profissionais de saúde, organizada e cofinanciada pelas três esferas de governo garantindo o provimento, seleção, contratação e formação dos profissionais de Saúde.
- Revisão da formação acadêmica dos profissionais de Saúde, aproximando-a das necessidades do SUS. Efetiva participação do SUS na discussão e no processo de estabelecimento das diretrizes curriculares das profissões de Saúde.
- Criação do Serviço Civil Obrigatório onde todo Profissional de Saúde formado por Instituição pública de ensino tenha que prestar 2 anos de serviço ao SUS de forma remunerada de acordo o seu plano de cargos e salários .
- Retomar a administração dos hospitais próprios do Estado do RS pela SES (-  Hospital Padre Jeremias em Cachoeirinha -  Hospital Alvorada -  Hospital Geral de Caxias do Sul -  Hospital Tramandaí -  Hospital Regional de Santa Maria.)

- Retomar administração direta pelo governo Federal da rede de hospitais Federais como os do Grupo Hospitalar Conceição e de HU's (Hospital de Clinicas) em todo o território nacional.
- Garantir um financiamento robusto ao SUS, que assegure a integralidade da atenção à saúde a partir da Criação de um novo piso federal da saúde a partir de 2025 correspondente a um valor per capita que atinja 5 mil dólares anuais até janeiro de 2026 similar ao aplicado nos países 17 com sistemas de saúde de acesso universal, de modo a garantir um financiamento estável do SUS, que não seja suscetível às instabilidades decorrentes do uso de fatores de cálculo vinculados à dinâmica cíclica da economia.

Fabio Binz Kalil

Vigilância à Saúde

Também deve ser registrado que a política implementada pelo governo estadual foi de conflitar com os funcionários envolvidos nas ações de vigilância sanitária (inspeções e fiscalizações em saúde). Desde o começo o governo implementou a revisão do adicional de insalubridade, mesmo não havendo mudanças nas atribuições ou atividades dos funcionários e já tendo laudos reconhecendo os riscos envolvidos nas ações realizadas pelos serviços. O resultado foi que em dezembro de 2020 a gestão publicou os laudos retirando o adicional de quase 700 funcionários, a grande maioria que atua com vigilância. Parece que o governo quer que o mercado se autorregule? Enquanto, em 2020 todo mundo aplaudia a atuação dos funcionários da saúde, no RS o governo atuava para retirar um direito para economizar com os trabalhadores da saúde. Não surpreende a piora dos resultados da saúde em 2021?

Porto Alegre, março de 2022.

Comissão Organizadora da 9ª Conferência Estadual de Saúde – Rio Grande do Sul