

Atividade Autogestionada realizada na 16ª. Conferência Nacional de Saúde, em Brasília/DF, 5 e 6 de agosto de 2019.

Título: “DESAFIOS DA APS NO ÂMBITO DO SUS EM UMA CONJUNTURA DE DESMONTE DE DIREITOS: A UNIVERSALIDADE ESTÁ GARANTIDA?”

Entidade ou Instituição Organizadora: Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS)

Duração da atividade: 4 horas. Ocorrendo em dois turnos de duas horas: 05/08/19 de 14h30 as 16h30; e 06/08/19 de 08h00 as 10h00.

RELATÓRIO-SÍNTESE DAS DISCUSSÕES

APRESENTAÇÃO

A atividade Autogestionada “Desafios da APS no âmbito do SUS em uma conjuntura de desmonte de direitos: a universalidade está garantida?” foi organizada e coordenada pela Câmara Técnica da Atenção Básica em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS) compondo a única atividade direcionada à APS dentro da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

A CTAB/CNS foi criada pela Resolução CNS nº 572, de 31 de janeiro de 2018 com o “objetivo de discutir a efetivação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil e sua interface com o modelo de atenção à saúde focada na promoção, prevenção e proteção da saúde, no intuito de propor as alterações necessárias na política, bem como as estratégias para que o Controle Social desenvolva de forma permanente buscando garantir a atenção básica como a principal estratégia de inclusão social e de garantia de acesso a assistência à saúde nas condições e direitos previstos na Constituição Federal de 1988” (CNS, 2018).

Salienta-se que a PNAB, publicada em agosto de 2017, traz em si retrocessos e diminuição ao acesso à saúde além de ter sido elaborada e aprovada sem a participação popular e sem o conhecimento e consentimento do CNS. A CTAB tem tido papel importante para subsidiar técnica, científica e politicamente o CNS contra a nova PNAB de forma a ofertar uma maior organização do sistema, centralidade da APS e ampliação do acesso.

A atual conjuntura histórica, econômica, política e social é marcada por um avanço acelerado do neoliberalismo nacionalmente e internacionalmente; de elevado número de desempregados e trabalhadores vivendo em situação de pobreza, um crescente processo de privatização de setores que se constituem como direitos sociais, como saúde e educação; e a influência do Complexo Médico-Industrial e Financeiro da Saúde, conformado pelas grandes corporações privadas, para a constituição de alinhamentos políticos e diretrizes que avançam em direção a financeirização. A publicação da Política Nacional de Atenção Básica no ano de 2017, no

mesmo período histórico de publicação da Emenda constitucional 95 que afeta diretamente o financiamento de políticas públicas, e a proposta de desvinculação total das receitas da União, constituem alguns dos limites e desafios para a efetivação do acesso ao direito universal à saúde no Sistema Único de Saúde Brasileiro. Compreendendo a centralidade da APS no que se refere ao ordenamento da rede de atenção à saúde, ao modelo de atenção, e ampliação do acesso ao direito à saúde, a presente proposta de atividade autogestionada é fruto do esforço coletivo dos integrantes da Câmara Técnica de Atenção Básica à Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, com vistas a criação de um espaço na 16ª. CNS que fomente o diálogo acerca das repercussões e desafios que constituem a conjuntura Brasileira no que se refere a Atenção Primária: no trabalho em saúde; à formação de estudantes e trabalhadores; aos modelos de atenção à saúde; ao acesso e a gestão no SUS; para a garantia da universalidade do direito à saúde. Há, historicamente, disputas em torno da APS como abrangente ou APS seletiva, conforme se verifica nos relatórios de Alma-Ata e da Conferência de Bellagio, respectivamente. Na conferência de Alma Ata, a Atenção Primária além de uma proposta de extensão da cobertura das ações de saúde significava uma ameaça aos interesses dos grupos privatistas e do capital industrial, pois representava a defesa de práticas sociais voltadas para a redução de desigualdades e de fomento à participação social. Aquela conjuntura era extremamente diferente da que vivenciamos hoje globalmente e, em particular, na América Latina e África. Há crescente pressão de interesses privados nos sistemas públicos de saúde, o que aponta para um novo papel que o setor assume na economia capitalista, onde o setor saúde se torna explicitamente espaço de acumulação do capital. Quais têm sido as repercussões desta conjuntura na APS? Quais interesses atravessam os diferentes entendimentos sobre APS e a Política Nacional de Atenção Básica vigente no Brasil? Quais experiências têm sido produzidas no âmbito do controle social, da participação popular, das universidades e dos serviços de saúde, em direção à defesa da APS abrangente, pública e do direito universal à saúde? Portanto, pretende-se com esta atividade autogestionada disseminar a necessária garantia de efetivação da Atenção Primária à Saúde como política pública estatal universal que se vincule aos princípios da integralidade, territorialização, trabalho em equipe, coordenação do cuidado, longitudinalidade e participação popular. Assim, a atividade pretendeu relacionar o debate da APS com os eixos da 16ª CNS, a saber, a saúde como direito, a necessária defesa e garantia da consolidação do SUS, e o seu financiamento público. Para tal, foram apresentados os seguintes objetivos da atividade autogestionada: Disseminar e ampliar o debate sobre a conformação histórica da APS, compreendendo-a como constituída por disputas e interesses econômicos, políticos e sociais e como central para a organização de Sistemas de Saúde; Discutir os desafios que constituem a conjuntura Brasileira no que se refere a garantia da universalidade e à APS após a publicação da PNAB em 2017 e a Emenda Constitucional 95; Disseminar a necessária garantia de efetivação da APS como política pública estatal universal que se vincule aos princípios da integralidade, territorialização, trabalho em equipe, coordenação do cuidado, longitudinalidade e participação popular; Compartilhar e identificar experiências de organização coletiva em andamento para o enfrentamento do desmonte da APS abrangente e do trabalho territorializado no SUS; Contribuir para a consolidação do debate e na construção de evidências, no âmbito do controle social, acerca das repercussões da PNAB (2017) em relação ao direito à saúde e ao SUS.

A atividade ocorreu em dois momentos, nos dias 05 e 06 de agosto de 2019, com frequência significativa e diversificada em representações dos vários setores presentes na 16ª.CNS - usuários, trabalhadores de saúde, gestores, prestadores, movimentos populares e estudantis, e pesquisadores de instituições de ensino superior. Participaram da atividade, segundo a lista de frequência, em torno de 200 pessoas de todas as regiões do país.

Estiveram presentes na organização da atividade as seguintes pessoas membros da CTAB/CNS: Ana Paula de Lima (CMS/Porto Alegre-RS), Aryel Thomaz Fontenelle de Melo (CES/AC), Bruno Predalva (CMS/Belo Horizonte-MG), Elizabeth Cristina Fagundes de Souza (UFRN), José Orlei Santor (CMS/COCAL DO SUL-SC), Kátia de Cássia Botasso (SBF), Luzianne Feijó Alexandre Paiva Guimarães (ABRATO), Mariana Lima Nogueira (Fiocruz/RJ) e Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca (ABEN).

SÍNTESE DO PRIMEIRO DIA - 05/08/2019

As atividades se iniciaram no horário previsto devido ao mesmo ter sido bem restrito à proposta planejada. Após as apresentações de participantes e de membros presentes da CTAB/CNS fez-se a contextualização do que vem a ser a câmara técnica, seu objetivo e função, objetivos e programação da atividade (anexo 1), dando seguimento a apresentação de um questionário elaborado para subsidiar um levantamento acerca do panorama da APS no Brasil a ser realizado em parceria com os Conselhos Municipais de Saúde o qual teve direcionamento do CNS por meio de Recomendação no 09 de 15 de março de 2019. Esta solicita aos conselhos municipais a aplicação do questionário e a criação de uma comissão ou câmara de atenção básica locais (anexo 2). Em seguida foi realizada a leitura de uma das produções da CTAB/CNS, o documento referente à Conferência de Astana 2018 (anexo 3), com posição contrária à proposta de Cobertura Universal em Saúde (CUS) entre outros retrocessos e em defesa do Acesso Universal e Sistemas públicos de saúde para assegurar o direito integral à saúde. Vale ressaltar que esse documento foi usado pelo CNS no posicionamento do Brasil na referida Conferência (CNS e FIOCRUZ, 2018). A partir de sua leitura deu-se início ao debate tendo o seu conteúdo como disparador da discussão acerca da atual situação da APS no Brasil juntamente com as seguintes questões:

1. Quais interesses atravessam os diferentes entendimentos sobre APS e a Política Nacional de Atenção Básica vigente no Brasil?
2. Quais são os desafios na atual conjuntura para a construção da APS?
3. Quais têm sido as repercussões desta conjuntura na APS?
4. Quais estratégias têm sido produzidas ou precisam ser produzidas no âmbito do controle social, da participação popular, das universidades e dos serviços de saúde, em direção à defesa da APS abrangente, pública e do direito universal à saúde?
5. Quais são as teses centrais que defendemos em relação à Política Nacional da Atenção Básica e ao Sistema Único de Saúde (relação com o documento de Astana)?

E após esse momento ocorreram 34 intervenções, com duração de dois minutos cada, com os seguintes temas abordados:

- Contextualização da realidade dos municípios e estados.
- Desmonte do SUS a partir da privatização e mercantilização da saúde que se expressa na redução de oferta de serviços públicos de saúde, demissão de trabalhadores do setor, novos modelos de gestão, Parceria Público Privado (PPP), ampliação de Planos e clínicas populares de saúde.

- Entrada de capital estrangeiro no Brasil contribui para o aprofundamento da privatização da saúde no país e restrição do direito universal à saúde.
- Combinação entre a privatização e o empresariamento (financeirização dos fundos públicos) da saúde.
- Falha na construção do SUS, quando permite a parceria com empresas privadas, de maneira complementar ao cuidado à saúde.
- O programa “Future-se” traz a privatização das universidades federais.
- Fragilização dos vínculos empregatícios pela terceirização da força do trabalho, o que provoca precarização do trabalho, instabilidade no emprego e descontinuidade do cuidado.
- Programa “Médicos pelo Brasil” (MP 890 de 2019) consiste no aprofundamento da privatização na APS nacionalmente, com propagandas distorcidas que possivelmente provocam o entendimento dos gestores municipais como uma solução financeira e, aos usuários, o sentimento de maior acesso à saúde.
- Há um crescente interesse em investimento das instituições privadas na APS, avanço do capital neste setor.
- Migração de um Sistema Universal à Saúde para a Cobertura Universal de Saúde induzida por organismos internacionais que expressam interesses empresariais.
- PNAB de 2017 restringe o acesso à saúde, segmenta o cuidado, orienta o modelo de atenção para uma prática biomédica individual, focaliza a APS, secundariza o trabalho territorial e aprofunda a precarização do trabalho no setor.
- A PNAB 2017 vem produzindo uma destituição do modelo de ESF, rompendo com o critério de cobertura do território para população cadastrada.
- Ocorre o esvaziamento político dos eixos estruturantes da APS, restringindo o acesso e a universalidade, enquanto ocorre uma aparente ampliação de oferta de procedimentos na lógica biomédica.
- A ESF está ameaçada com a não obrigatoriedade da equipe de saúde da família, pois fica a cargo do gestor municipal. Em diversas partes do país já ocorrem efeitos diretos, principalmente no sudeste, como a redução da cobertura de ACS na integralidade do cuidado, e da equipe mínima, provocando *Síndrome de Bournout* nos trabalhadores.
- Fusão do financiamento em dois blocos. Financiamento da APS limitado à população cadastrada, como forma de implementação da lógica de cobertura universal.
- Ainda ocorre o não conhecimento sobre a PNAB de 2017 pelas equipes da APS e usuários. É importante que os Conselhos de Saúde realizem atividades neste sentido.
- Necessidade de fortalecer as ações de prevenção e promoção à saúde na APS.
- A conjuntura atual é de desmonte do controle social em todas as instâncias e do impedimento na construção das políticas que asseguram os direitos dos usuários.
- Usuário virou cliente e consumidor.
- A reforma previdenciária tem relação direta com a privatização e com o desmonte da saúde pública. A mercantilização da seguridade social que vem sendo produzida, principalmente a partir da Emenda Constitucional 95, é contrária a ampliação dos direitos sociais dos trabalhadores.

- Desinteresse dos gestores municipais em investimentos para estruturação dos serviços e contratação de recursos humanos por meio de concurso público.
- Necessidade de Reforma tributária com justiça fiscal.
- Importância de realização de plenárias unificadas com diferentes movimentos de luta para organização e resistência ao desmonte do SUS, estas atividades podem incluir o controle social, mas não podem se limitar a ele considerando como vem sendo estruturado em alguns municípios. É necessária a ampliação da participação popular nas lutas pela saúde pública.

Ao final foram elencados alguns encaminhamentos:

- Criar estratégias de sensibilização e informação aos profissionais de saúde da APS.
- O CNS judicializar a MP 890 de 2019 por inconstitucionalidade.
- Articulação do CNS junto à Câmara Federal e Senado, para agendamento de audiências públicas, com o objetivo da adesão dos parlamentares e dos usuários na defesa do SUS e contra a MP 890 de 2019.
- Articular um espaço durante a plenária final da 16ª. Conferência Nacional de Saúde, para sociabilizar os encaminhamentos.
- Articulação do CNS junto às entidades e órgãos públicos ligados ao SUS (Fiocruz, ABRASCO, Rede Unida e Instituições de Ensino Superior) para a criação de um GT, com objetivo de leitura e análise da MP 890 de 2019, e elaboração de um documento (como Carta de Brasília), para subsidiar as diversas estratégias em defesa da APS (necessidade do caráter permanente e prioritário da discussão da AB, indicativo de comissão temática permanente no CNS).
- Fomentar a união da academia com os trabalhadores da APS, de forma que as pesquisas provoquem mudanças no cuidado à saúde.

Compareceram 113 participantes presentes na Conferência Nacional de Saúde de todas as Regiões do país e de vários segmentos: usuários, profissionais, gestores, prestadores, movimentos populares e estudantis, academia, conselheiros municipais de estaduais de saúde, de diversas profissões como agente comunitário de saúde e de endemias, assistente social, cirurgião dentista, enfermeiro, fonoaudiólogo, médico, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional e professores universitários.

SÍNTESE DO SEGUNDO DIA: 06/08/2019

A proposta do segundo dia foi de dar continuidade as discussões ocorridas no dia anterior, a partir de Mesa Redonda coordenada por Ana Paula de Lima (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre - CTAB/CNS) e as expositoras: Lígia Giovanella (Rede APS/Fiocruz), Maria Inês Bravo (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde/UERJ) e Mariana Lima Nogueira (EPSJV/FIOCRUZ-CTAB/CNS) com o objetivo de fomentar a discussão acerca da APS no Brasil e no mundo. Nesse segundo dia estiveram presentes 92 participantes de diversas profissões e oriundos de diversas localidades do país.

A mesa redonda iniciou com a fala da Profa. Dra. Maria Inês Bravo, que apresentou panorama geral ilustrado com as discussões suscitadas na tribuna livre ocorrida no primeiro dia de debate e contextualizando-as com os temas da privatização e direito à saúde, e Saúde e Democracia.

Afirma que não se pode analisar a saúde sem observar o social, a estrutura do modo de organização da sociedade, e com as reformas necessárias (social, sanitária) como foram feitas e o que é necessário de ser feito. Ressalta que desde 2016 é acelerada a implementação do projeto em que o SUS está totalmente voltado ao Mercado, o que potencializa uma não estatização progressiva (desejada no projeto de Reforma Sanitária e que foi invertida em que o setor público como complementar ao privado), contribuindo para a destruição do projeto de Reforma Sanitária e o surgimento do projeto privatista nos anos 2000 o qual traz a(o):

- Consolidação do grande capital na área de serviços de saúde e sua vinculação a empresas de seguros de saúde: concentração das empresas de planos de saúde.
- Apoio do Estado à ampliação do livre mercado na saúde.
- Terceirização e concessão de serviços estatais a empresas privadas lucrativas e não lucrativas – inovações gerenciais ou novos modelos de gestão.

Foram assinaladas possibilidades de articulação para revertermos tal situação e lutarmos por um SUS Universal, 100% público e estatal, equânime e igualitário, entre as quais, a luta por dentro da instituição e a realização de audiências públicas. Com as interrogações sobre “a conjuntura atual e sobre a Reforma Sanitária que temos. Foi afirmada a necessidade de “ocupar todos os lugares!” pois está claro que não conseguimos mudar a consciência sanitária: - estarmos nos conselhos, e estes precisam realizar uma pressão para termos comissões; socializar debates sobre o tema no âmbito acadêmico e formativo com a projetos de pesquisas e de extensão; ter um projeto maior de sociedade para a saúde e fazem-se necessárias atividades no conjunto da sociedade e meios da comunicação; é preciso participar em todas as ações sociais, retomar o trabalho de base, pois abrimos mão disso; resgatar a formação continuada com a população, tanto por meio do processo reflexivo como em tribunas livres para unirmos forças. É necessário refletirmos sobre quais são as propostas unificadoras nesse momento para alcançarmos as mentes e os corações? Realizar um trabalho sócioeducativo no qual não temos que falar o que as pessoas (as mães, as gestantes, entre outras) precisam fazer, mas sim compreendê-las, ouvi-las. Articular fóruns em defesa da saúde e do SUS! Concluindo, apresentou algumas palavras de ordem para a luta: “A nossa luta é todo dia, saúde e educação não são mercadorias!”; “O SUS é nosso ninguém tira da gente direito garantido não se compra e não se vende!”.

Dando continuidade à mesa redonda a Prof. Dra. Lígia Giovanella inicia fornecendo seu contato para retirada de dúvidas, giovanel@ensp.fiocruz.br e explana acerca do tema “Desafios da APS no SUS em conjuntura de desmonte de direitos: a universalidade está garantida?

Traz em sua narrativa uma linha do tempo acerca das modalidades de assistência à saúde e conceitos como:

- 1) Direito universal à saúde – acesso e uso de serviços de saúde – acesso e uso iguais para necessidades iguais -desigualdades no uso de serviços de saúde; direito a uma boa situação de saúde – desigualdades no adoecer e no morrer; os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no uso de serviços de saúde.
- 2) As desigualdades na condição de saúde refletem, predominantemente, desigualdades sociais: a saúde apresenta forte gradiente social, que tende a ser desfavorável aos indivíduos em função da relativa efetividade das ações de saúde.
- 3) Constituição de 1988 – reconhece o direito à saúde, a conexão do desenvolvimento econômico e alinha-se à declaração de Alma Ata de 1978 sobre APS, para enfrentar os determinantes sociais – atenção primária à saúde integral; saúde não apenas como mero problema de doença.
- 4) Atenção básica seletiva: cesta restrita de intervenções custo-efetiva.
- 5) Universalidade em debate – no ano de 2005 foi publicada a resolução da 58ª assembleia geral da OMS. Universalidade é um termo ambíguo que tem levado a diferentes interpretações e abordagens, moldada pelo Banco Mundial.
- 6) Conferência de Astana no ano de 2018 – objetivo do desenvolvimento sustentável para o alcance da cobertura universal em saúde. Cobertura universal tem três componentes: foco no financiamento por combinação de fundos gerenciados por seguradoras privadas ou públicas, afiliação por modalidade de seguro e definição de cesta limitada de serviços; direito à saúde restringe-se ao seguro de uma cesta de serviços restrita a ser contratada reeditando a APS seletiva (Giovanella et al, 2018).
- 7) Integralidade da atenção: cada um deve receber atenção conforme suas necessidades; há evidência que sistemas universais são superiores.

Cobertura Universal em Saúde (CUS): reduz o papel do Estado à regulação do sistema de saúde que deixa de ter responsabilidade na provisão dos serviços – privilegia a prestação privada – comercialização da saúde; a prestação é fragmentada – não inclui componentes de desenho do sistema de saúde como territorialização e organização de redes; EUA – sistemas de saúde sustentados no mercado, são mais caros, não garantem acesso, produzem maior iniquidade. Os países com sistemas não universais gastam mais em saúde; (mostrou o Gráfico health expenditure as a share of gdp, 2016 – fonte health at a glance, 2017).

- 8) Efeitos positivos dos programas do governo Dilma: PMAQ, Requalifica UBS, Programa mais médicos que levou 78% implantados nos municípios prioritários, onde não existia mais médicos.
- 9) MP 890 de 01 de agosto de 2019 – privatização da APS no SUS?; Possibilidade de contratação de empresas privadas para a provisão e formação?; Contexto sombrio. Posicionamento de entidades médicas (Unimed, médicos populares...), PMM eixo principal formação médica com universalização das residências médicas (1 a 2 anos em MFC) e interiorização das escolas médicas. Pagamento por bolsa – especialização. Afasta do eixo central o Programa Mais Médicos – formação em saúde da família.
- 10) Destaca a questão da reforma tributária com justiça fiscal.

Dando seguimento ao debate Profa. Dra. Mariana Nogueira explana acerca dos desmontes atuais - as Políticas Públicas do país e o processo de destituição de direitos - conquistados ao longo dos anos pelos trabalhadores brasileiros. Com destaque apresenta a alguns elementos da situação recente e atual do estado do Rio de Janeiro relacionando-a como a PNAB de 2017:

- 1) A APS em uma conjuntura de ameaças ao direito universal à saúde; SUS: disputas e contradições; inserida no campo da seguridade social; Disputa entre atenção seletiva, cobertura universal e sistemas universais; Estado que financiará as políticas públicas de direito? ou ficará a critério do Mercado?
- 2) 8ª Conferência – direito à greve, estabilidade no emprego e direito à sindicalização dos trabalhadores do setor saúde; Como avaliamos a mobilização das forças sociais e políticas que participaram da 8ª para a 16ª?
- 3) Disputas e contradições na Reforma Sanitária: o deslocamento para a via institucional do Estado; Problematizar o sentido de Democracia (não é somente o limite político) – democracia como tensão permanente entre liberdade e igualdade, entre poder econômico e político dos trabalhadores e não como um sistema que naturaliza a desigualdade social e afirma a democracia somente a partir da ampliação das instâncias de participação; o Direito à saúde é produto de lutas e interesses de classes.
- 4) Ataques ao direito à saúde: Democracia para quem? Classe trabalhadora, agravamento da desigualdade social (IBGE, 2018) situação em pobreza – 54,8 milhões de pessoas ganham R\$400,00 mensais; ataques à classe trabalhadora.
- 5) PL do veneno; EC 95; Contrarreforma no ensino médio; Escola sem Partido; Future-se; Proposta de desvinculação total das receitas; Questionamento ao conhecimento científico e pesquisas
- 6) O município do RJ – maior investimento na ESF, menor internação; com a política do desmonte com a publicação da Nova PNAB 2017 iniciou lucro com APS, extinção e desabilitação de 184 equipes de ESF, 55 equipes de saúde bucal, extinção de mais de 1400 postos de trabalho; nova proposta de composição de equipe. Término dos contratos das Organizações sociais, interesses privados em sucatear a APS pública para ampliação da iniciativa privada no setor. Trabalhadores da saúde com salários atrasados, com redução de salários, não tiveram acesso aos direitos trabalhistas referentes a rescisão dos contratos, adoecimento dos trabalhadores e redução dos serviços públicos para a população.
- 7) Em defesa dos direitos e por uma APS de qualidade foram realizados: Movimento “Nenhum direito a menos” – pressionar os sindicatos; Plenárias unificadas com diferentes movimentos de luta como o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro entre outros. Os sindicatos de algumas categorias profissionais passam a se apresentar para a defesa do SUS após os trabalhadores da base pressionarem, estas instituições seguem fundamentais para assegurar os direitos dos trabalhadores.

Após a fala da última debatedora, a coordenadora da Mesa Redonda, Ana Paula, apresentou algumas informações sobre o contexto do município de Porto Alegre/RS o qual teve como Secretário de Saúde o coordenador da Atenção Básica do Ministério da Saúde e tem como discurso e atitudes: “Menos Estado, mais Saúde” – artigo – porque a APS deu certo em Porto

Alegre – contratos. Não importa quem faça, mas quem faz com menos custo. Turno estendido – inovadora e desconsidera os eixos estruturantes do SUS – foco – aumento de consultas e procedimentos – aumento de acesso -não tem território definido, sem vínculo. Os profissionais que participam desse turno trabalham na lógica de plantões e retiram de outros serviços. As condições de saúde não melhoraram, hoje se tem a pior taxa de sífilis, tuberculose, por exemplo. Contudo a produtividade é o item mais valorizado, então basta apresentar o número de consultas e procedimentos realizados. Não se fala mais em equipe na APS, é uma saúde especializada. NASF fechados e remanejados para ambulatórios especializados, redução do número de ACS por equipe. Aplicativo para acompanhamento da tuberculose. Tratamento monitorado pelo telefone. Termos de colaboração de OS – secretaria específica. Oferta de 5000 consultas e ofertas de óculos – transferência de recurso para OS – atendimento de saúde. O secretário de saúde não participa mais das reuniões do Controle Social e processou judicialmente os membros da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Porto Alegre e estabeleceu normas para quando e em que o controle social pode atuar.

Após o término das falas das integrantes da Mesa Redonda foi-se iniciada discussão com os presentes, a qual devido ao tempo já esgotado houve limitação de inscrições. Segue um resumo das falas:

- 1) Participante de Angra dos Reis (município do estado do Rio de Janeiro) – não possuem Organizações sociais na APS, mas houve redução de profissionais das UBS, reduzindo o número de usuários a serem cuidados pela equipe. Restrição e privatização da APS vem produzindo este quadro. Ampliação de escopo de práticas avançadas de enfermagem -escopo de prática clínica – maior autonomia para prescrever medicamento, e não é esse o papel da enfermagem. Importância do ACS.
- 2) Valorização da enfermagem. Como resgatar o trabalho junto ao controle social? CMS construiu um documento para colaborar com a gestão, apontando ações para o não desmonte da APS. O documento foi ignorado pela gestão.
- 3) Contra a educação à distância. O grande perigo dessa PNAB traz a nomenclatura cobertura universal.
- 4) Parabenizou a mesa e estimulou estratégias para trabalhar com os usuários e trabalhar com o gestor. Trabalhar com o coletivo.
- 5) Presidente do Sindicato dos Profissionais de Saúde – é fundamental a garantia do pagamento do piso salarial e a efetivação do vínculo empregatício dos ACS. Os trabalhadores do setor saúde precisam se organizar para conquistar melhores condições de trabalho e salários.

A atividade foi finalizada com agradecimentos aos presentes pelo valioso debate e informação acerca do envio do relatório dos dois momentos ocorridos, o qual fará parte dos relatórios oficiais da 16ª Conferência Nacional de Saúde com possibilidade de envio ao e-mail dos participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a Atividade Autogestionada “Desafios da APS no âmbito do SUS em uma conjuntura de desmonte de direitos: a universalidade está garantida?” cumpriu os objetivos propostos e significou importante iniciativa para reflexão e debate entre os presentes sobre desafios enfrentados no contexto brasileiro da APS desde a PNAB 2017, além de se constituir em espaço de visibilidade da importância do trabalho desenvolvido pela CTAB/CNS. Identificamos interesse e participação das pessoas durante os dois momentos e recomendamos que espaços como este sejam reproduzidos nos municípios e estados brasileiros para disseminar o debate, mobilizar a sociedade e articular estratégias de luta em defesa da atenção básica integral e de acesso universal à saúde no SUS.

Anexo I

Programação da Atividade Autogestionada: “Desafios da Atenção Primária à saúde no âmbito do SUS em uma conjuntura de desmonte de direitos: a universalidade está garantida?”.

Instituição Organizadora: Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS)

Programação – 05/08, 14:30 às 16:30h

- 14:30 às 15h: Apresentação da proposta da atividade e organização dos grupos

- 15 às 16:30h – Grupos de trabalho

a) eleição de um relator e um mediador em cada grupo;

b) leitura coletiva do material produzido pela CTAB para a Conferência de Astana;

c) discussão em grupo a partir do roteiro:

1- Quais interesses atravessam os diferentes entendimentos sobre APS e a Política Nacional de Atenção Básica vigente no Brasil?

2- Quais são os desafios na atual conjuntura para a construção da APS?

3- Quais têm sido as repercussões desta conjuntura na APS?

4- Quais estratégias têm sido produzidas ou precisam ser produzidas no âmbito do controle social, da participação popular, das universidades e dos serviços de saúde, em direção à defesa da APS abrangente, pública e do direito universal à saúde?

5- Quais são as teses centrais que defendemos em relação à Política Nacional da Atenção Básica e ao Sistema Único de Saúde? (relação com o documento de Astana).

Programação – 06/08, 08 às 10h

- 08 às 08:20h: Apresentação dos grupos de trabalho, síntese das discussões do dia anterior

- 08:20 às 09:30h: Mesa redonda com a participação de Ana Paula de Lima (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre; CTAB/CNS); Ligia Giovanella (Rede APS; Fiocruz); Maria Inês Bravo (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde; UERJ); Mariana Lima Nogueira (EPSJV/FIOCRUZ; CTAB/CNS)

- 09:30 às 10h: Debate e encaminhamentos

Anexo II

Questionário - instrumento elaborado pela Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde: A realidade da Atenção Básica de Saúde nos Municípios

Ao Conselho Municipal de Saúde,

Este questionário é um instrumento elaborado pela Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde. Sua finalidade é entender, com mais detalhes, a realidade da Atenção Básica em Saúde e fortalecer o Conselho Municipal de Saúde no enfrentamento dos problemas estruturais da Atenção Básica no seu município, assim como monitorar os impactos da nova Política Nacional de Atenção Básica estabelecida pela Portaria 2536/17.

Seguem algumas orientações para preenchimento do questionário:

- 1) As respostas devem se basear em informações que o Conselho Municipal de Saúde possui, a partir do exercício cotidiano do controle social;*
- 2) É desejável a visita presencial de representantes do Conselho Municipal de Saúde às Unidades Básicas de Saúde para aferir as informações, se possível. Não recomendamos o uso do CNES como fonte de informação;*
- 3) A responsabilidade no preenchimento de dados verídicos garante fonte precisa em defesa de uma assistência universal, equânime e integral;*
- 4) Os resultados serão utilizados para embasar discussões acerca da Política Nacional de Atenção Básica, como parte da preparação para os debates da 16ª Conferência Nacional de Saúde. As informações enviadas não trarão impactos financeiros para o Município.*
- 5) As respostas devem considerar a realidade de cada Unidade Básica de Saúde, no momento do preenchimento do questionário ou no momento da visita presencial.*
- 6) O prazo para envio do questionário respondido é **31 de maio de 2019**.*
- 7) O Preenchimento deve ser feito de forma eletrônica*

*Contamos com sua participação!
Vamos juntos fortalecer o SUS, a Atenção Básica e o Controle Social!*

**Câmara Técnica de Atenção Básica
Conselho Nacional de Saúde**

QUESTIONÁRIO

Município: _____

Estado: _____

Data do Envio do Questionário: _____

Integrantes da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde (cargo, nome e segmento)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Responsável pelo preenchimento:

Nome: _____

Telefones: _____

E-mail: _____

Função: _____

1 População:

1.1. População total do município, segundo IBGE: _____

1.2. Porcentagem da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família: _____ %

1.3. Porcentagem da população coberta por Agente Comunitários de Saúde: _____ %

2 Estrutura geral da Atenção Básica:

2.1. O CMS monitorou a execução orçamentária da Atenção Básica em 2018? () Sim () Não

2.2. Em relação ao financiamento da Atenção Básica, informar os valores financeiros referentes a 2018:

- orçado: R\$ _____

- empenhado: R\$ _____

- liquidado: R\$ _____

2.3. Qual é o modelo de gestão administrativa das Unidades Básicas de Saúde?

() estatais () privadas () mistas. Se privadas ou mistas, quais serviços administrativos são terceirizados?

- 2.4. Quais são os agentes contratantes dos trabalhadores e trabalhadoras das Unidades Básicas de Saúde?
 administração direta consórcio intermunicipal de direito público consórcio intermunicipal de direito privado fundação pública de direito público fundação pública de direito privado organização social – OS organização da sociedade civil de direito público – OSCIP entidade filantrópica organização não governamental – ONG Empresa privada cooperativa outros _____
- 2.5. Quais são os agentes contratantes dos trabalhadores e trabalhadoras das Unidades Básicas de Saúde, considerando o total de trabalhadores? ____ % servidores públicos estatutários ____ % cargo comissionado ____ % contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal) ____ % empregados públicos CLTistas ____ % contratos CLTistas ____ % autônomo/PJs ____ % outros _____
- 2.6. Existem Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), considerando o total de trabalhadores? ____ %
 SIM ____ % NÃO ____ % ____ % Não sabe
- 2.7. Quais categorias profissionais não possuem PCCS? _____

3- Equipes de Saúde da Família (ESF):

- 3.1 Quantas Equipes de Saúde da Família estão em atividade? _____
- 3.2 Quantas Equipes de Saúde da Família estão credenciadas junto ao Ministério da Saúde? _____
- 3.3 Qual é o número máximo de Equipes de Saúde da Família permitido pelo Ministério da Saúde? _____
- 3.4 Há Equipes de Atenção Básica (EAB) implantadas? Sim Não Quantas? _____
- 3.5 Há Equipes de Saúde da Família incompletas? Sim Não Quantas? _____
- 3.6 Considerando todas as Equipes da Estratégia de Saúde Família, quantos profissionais estão em falta?
 Médicos e médicas
 Enfermeiros e enfermeiras
 Técnicos, técnicas ou Auxiliares de Enfermagem
 ACS
- 3.7 Além dos profissionais que compõem a equipe mínima existem outras categorias que compõem a equipe de saúde da família? Sim Não
 Quais? _____
- 3.8 Em caso de outras modalidades de Equipes:
 - Quantas Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) estão em atividade? _____ Quantas são credenciadas pelo Ministério da Saúde? _____
 - Quantas Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) estão em atividade? _____ Quantas são

credenciadas pelo Ministério da Saúde? _____

- Quantas Equipes de Consultório Na Rua (ECR) estão em atividade? _____ Quantas são credenciadas pelo Ministério da Saúde? _____

- Quantas Equipes em saúde no sistema prisional (ESP) estão em atividade? _____ Quantas são credenciadas pelo Ministério da Saúde? _____

4 Equipes de Saúde Bucal

4.1 Quantas Equipes de Saúde Bucal estão em atividade? _____

4.2 Quantas Equipes de Saúde Bucal estão credenciadas junto ao Ministério da Saúde? _____

4.3 Há Equipes de Saúde Bucal incompletas? () Sim () Não Quantas? _____

4.4 Considerando todas as Equipes de Saúde Bucal, quantos profissionais estão em falta?

() Odontólogos e odontólogas

() Técnicos e técnicas de Saúde Bucal

() Agentes de Saúde Bucal

5 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB)

5.1 Quantas Equipes de NASF estão em atividade? _____

5.2 Quantas Equipes de NASF estão credenciadas junto ao Ministério da Saúde? _____

5.3 Há Equipes de NASF com carga horária menor que a recomendada? (NASF 1 min. 200h, NASF 2 min. 120h, NASF 3 min. 80h)? () Sim () Não Quantas? _____

5.4 Considerando todas as Equipes de NASF, quais profissionais compõem os NASFs?

CATEGORIA PROFISSIONAL	SIM	NÃO	QUANTIDADE
Arte Educador			
Assistente Social			
Educador Físico			
Farmacêutico			
Fisioterapeuta			
Fonoaudiólogo			
Médico Acupunturista			
Médico Geriatra			
Médico Ginecologista/Obstetra			
Médico Médico Homeopata			
Médico Internista - Clínica Médica			

Médico Pediatra			
Médico Psiquiatra			
Médico do Trabalho			
Médico Veterinário			
Nutricionista			
Psicólogo			
Sanitarista			
Terapeuta Ocupacional			

Outros Qual categoria profissional? _____ Quantos? _____
 Qual categoria profissional? _____ Quantos? _____
 Qual categoria profissional? _____ Quantos? _____

5.5 Há outros arranjos de apoio a ESF e APS não incorporados ao NASF? () Sim () Não

Quais? _____

Categoria profissional: _____ Quantos? _____

6 Equipes de Zoonoses

6.1 Quantos Agentes de Combate a Endemias existem? _____

6.2 Quantos Agentes de Combate a Endemias são credenciados junto ao Ministério da Saúde? _____

7 Em relação aos itens abaixo, ocorreram mudanças de 1º de janeiro de 2017 até o momento atual?

7.1 Número de Equipe de Saúde da Família () Aumento () Diminuição - Quantidade? _____

7.2 Foram criadas Equipes de Atenção Básica? () Sim () Não Quantas? _____

7.3 Número de Agentes Comunitários de Saúde () Aumento () Diminuição - Quantidade? _____

7.4 Número de Agentes Indígenas de Saúde () Aumento () Diminuição - Quantidade? _____

7.5 Número de Agentes de Combate a Endemias () Aumento () Diminuição - Quantidade? _____

7.6 Número de Equipe de NASF () Aumento () Diminuição - Quantidade? _____

7.7 Número de Equipe de Saúde bucal () Aumento () Diminuição - Quantidade? _____

7.8 Ocorreram demissões de profissionais? () Sim () Não

Categoria profissional: _____ Quantos? _____

7.9 Houve reposição dos profissionais? () Sim () Não.

- Caso sim, () Parcial ou () Integral

Categoria profissional: _____ Quantos? _____

8.0 O município perdeu médicos do Programa Mais Médicos com o fim da cooperação com a OPAS?

() Sim () Não Quantas? _____

8.1. O município perdeu médicos do Programa Mais Médicos por saída espontânea de profissionais?

() Sim () Não Quantas? _____

9.0 A composição de alguma Unidade Básica foi remodelada em função da nova PNAB? () Sim () Não

Qual foi a mudança realizada? () Infraestrutura () Horário () Equipamento () outras

Cite as mudanças _____

10 Houve alteração no índice de cobertura populacional da ESF () Sim () Não

Caso sim, qual era porcentagem da população coberta antes da revisão da PNAB? _____ Qual é a porcentagem atual? _____

10.1 Houve alteração no número de pessoas acompanhadas por equipe da ESF? () Sim () Não

Caso sim, quantas pessoas eram acompanhadas antes da revisão da PNAB? _____ E atualmente? _____

10.2 Houve alteração na porcentagem da população coberta por ACS? () Sim () Não

Caso sim, qual era a porcentagem da população coberta da revisão da PNAB? _____ Qual é porcentagem da população coberta atual? _____

10.3 Houve alteração no número de pessoas acompanhadas por ACS nas equipes da ESF? () Sim () Não

Caso sim, quantas pessoas eram acompanhadas antes da revisão da PNAB? _____ E atualmente? _____

Espaço para observações gerais

Anexo 3

Posicionamento da Câmara Técnica de Atenção Básica, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a Conferência de Astana.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em coordenação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) se anunciam como organizadores da conferência global sobre Atenção Primária à Saúde (APS) a ser realizada entre os dias 25 e 26 de outubro de 2018, em Astana, no Cazaquistão. Objetiva-se nesta conferência apresentar uma nova declaração sobre Atenção Primária à Saúde (APS), por ocasião dos 40 anos da conferência de Alma Ata, cujos eixos estruturantes anunciados pelos organismos internacionais são: Cobertura Universal de Saúde (CUS) e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Na referida conferência, participarão delegados e Ministros de Saúde de países de todo o mundo, aspecto que ratifica a importância deste evento internacional.

Destarte, para análise acerca da proposição de APS anunciada pela convocatória da Conferência de Astana, é fundamental considerar que a produção de uma nova declaração de APS se dá em uma conjuntura histórica, econômica, política e social de avanço acelerado do neoliberalismo, internacionalmente; de crescente processo de privatização de setores, como saúde e educação, que vêm se constituindo como espaços de valorização do capital por meio da financeirização; e a influência do Complexo Médico-Industrial e Financeiro da Saúde, conformado pelas grandes corporações privadas, para a constituição de alinhamentos políticos e diretrizes que avançam em direção à financeirização, sendo influentes nos organismos internacionais. Há crescente pressão de interesses privados nos sistemas públicos de saúde, o que aponta para um novo papel que o setor assume na economia capitalista onde o setor saúde se torna um excelente espaço de acumulação do capital.

A necessidade de elaboração de uma nova declaração de APS, fomentada pelos organismos internacionais, deve ser analisada considerando-se as transformações do modo de produção capitalista, no contexto da atual recessão econômica. A conjuntura nacional e internacional se constitui por um complexo panorama que aglutina crise econômica e financeira, contrarreformas que reduzem direitos sociais, avanço do autoritarismo, acirramento da xenofobia, crise humanitária derivada de migrações forçadas, crise climática e ambiental, entre outros aspectos. Ademais, é essencial reconhecer que há, historicamente, desde a década de 1970, disputas em torno da APS, como abrangente ou APS seletiva, conforme se verifica nos relatórios de Alma-Ata e da Conferência de Bellagio, respectivamente.

A conferência de cuidados primários, onde foi escrito o relatório Alma-Ata, ocorreu em um contexto pautado pela disseminação de movimentos nacionalistas, socialistas e de movimentos sociais em defesa dos direitos humanos e civis. Neste cenário, a Atenção Primária à Saúde, além de uma proposta de extensão da cobertura das ações de saúde significava uma ameaça aos interesses dos grupos privatistas e do capital industrial, pois representava a defesa de práticas sociais voltadas para a redução de desigualdades e de fomento à participação social. Aquela conjuntura era extremamente diferente da que vivenciamos hoje globalmente e, em particular, na América Latina e África.

Dado o exposto, elencamos eixos considerados fundantes da defesa de uma APS abrangente, que não naturalize as desigualdades produzidas pela ordem econômica vigente, que não oblitere as relações de interdependência entre os países centrais e os periféricos, que considere a centralidade destas relações na determinação do processo saúde-doença dos povos africanos e latino-americanos.

Nesta direção, apresentamos uma síntese de aspectos que contribuem para ratificar a declaração de Alma Ata, conforme segue: a centralidade da APS integral, pública, de

responsabilidade dos Estados e como estratégia fundamental para garantia do direito à saúde. Esperamos que estes eixos sejam estruturantes da atuação do controle social tanto em relação à Conferência de Astana, quanto em todos os outros espaços em que a APS seja objeto de reflexão e discussão.

- **EIXO I: Saúde como direito humano fundamental.** a concepção de Saúde como direito humano fundamental é fruto de episódios históricos do último século, marcadamente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e a própria Declaração de Alma-Ata, em 1978, como forma de reparar os horrores que a ordem mundial havia produzido que culminaram nas duas grandes guerras mundiais, visando a refundar as bases da dignidade e da solidariedade humanas.

- **EIXO II: Saúde como direito universal.** A universalidade do direito à saúde, um dos efeitos diretos das reformas do Estado Moderno, produzido também devido às experiências de organização política coletivas dos trabalhadores e trabalhadoras, imprimiu em muitos marcos legais, quando não Cartas Constitucionais, o acesso à saúde sem restrições étnicas, raciais, censitárias, sexuais e de gênero e gerações. Foi, assim, responsável pela melhoria da qualidade de vida de milhares de pessoas ao redor do globo, sobretudo as mais vulneráveis. Saúde não pode ser tratada como mercadoria.

- **EIXO III: Sistema Universal em contraposição a Cobertura Universal.** A cobertura universal (CUS) perverte o direito à saúde restringindo-o à lógica financeira do funcionamento dos Sistemas de Saúde. Há uma lógica de Estado mínimo subjacente à CUS e que se constitui, portanto, em uma proposta neoliberal, orgânica ao capitalismo. A proposta CUS induz a negação da possibilidade de oferta pública de todos os serviços de saúde a todas as pessoas, e fortalece a perspectiva de responsabilização destas por sua própria saúde. A cobertura universal isenta o Estado em ofertar saúde como direito, fragmenta e estratifica a provisão dos serviços de saúde, ressignifica o direito à saúde como mercadoria a ser ofertada às pessoas a partir do quanto podem dispor para pagar. Defendemos assim, que se exclua da declaração de Astana a proposta de cobertura universal. A APS deve ser compreendida como direito de todos e dever dos Estados, sendo assegurada a partir de Sistemas Universais e Públicos de Saúde.

- **EIXO IV: Defesa da democracia e da participação social.** Pela defesa das liberdades democráticas, em especial para as trabalhadoras e trabalhadores e suas organizações. Para tanto é necessária a defesa dos direitos sociais, da soberania do país e a ampliação de direitos e liberdades. Pelo fortalecimento da participação popular no controle da política de saúde e em defesa da democratização da gestão em saúde.

- **EIXO V: Sistemas Universais de saúde como dever do estado e responsabilidade governamental financiado por fundos e instituições públicas.** A produção do cuidado e a organização dos sistemas universais de saúde deve pautar-se pelas necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, sendo responsabilidade do Estado o financiamento público, a prestação de serviços, e a garantia do direito universal a saúde. Assim, a produção de cuidados e organização dos sistemas não pode contribuir para relações de produção que incentivem ou reforcem a mercantilização da saúde.

- **EIXO VI: Reconhecimento da determinação social do processo saúde e doença, e pela necessária integração dos países periféricos.** Saúde é produto das determinações econômicas e sociais produzidas historicamente nos e entre os países. Saúde, portanto tem

determinação econômica, e as políticas e sistemas destes setores são parte do mundo do trabalho. O processo saúde-doença é determinado, em última instância, pelo modo como a sociedade se organiza. Não se pode afirmar uma perspectiva reducionista de saúde que a define como produto de escolhas individuais, estilos de vida e comportamento. É necessário o compromisso dos Estados na garantia do direito à saúde, o que inclui esforços para a melhoria das condições de vida das pessoas, saneamento básico, moradia, entre outros direitos fundamentais. Urge o fortalecimento de iniciativas de integração regional entre os países periféricos, especialmente da América Latina e África, com vistas a práticas de solidariedade internacional e fortalecimento de ações em saúde que favoreçam a APS pública, como direito de todos e dever dos Estados.

- **EIXO VII: Pela não comercialização, mercantilização e privatização da saúde.** É preciso reconhecer que interesses econômicos influenciam a organização do sistema de saúde. O processo de produção em saúde deve focar na defesa da vida, para garantia do direito à saúde e em resposta às necessidades da população. Nesta mesma direção, a produção de ciência e da tecnologia em saúde deve ser determinada pelas necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidade para a redução das desigualdades sociais.

- **EIXO VIII: Equidade e justiça social- pela superação das desigualdades sociais e enfrentamento das iniquidades.** A promoção da equidade em saúde deve visar à superação das desigualdades, com justiça social, concentrando esforços na prestação dos serviços públicos e de acesso universal para o enfrentamento das iniquidades. Assim, urge aos Estados a produção e proteção de políticas públicas que enfrentem a concentração de riquezas nacionais e globais, assim como, políticas que reparem as dívidas étnicas, sexuais, de gênero e geração históricas nos países.

- **EIXO IX: Complexo produtivo da saúde em favor do desenvolvimento social e de Sistemas Universais de saúde.** Os Sistemas Nacionais de Saúde devem reconhecer o papel estratégico do Complexo Produtivo em Saúde para o desenvolvimento socioeconômico e para a soberania nacionais, induzindo e ordenando a incorporação tecnológica e regulando as atividades dos setores privados complementares, em atenção às necessidades de saúde dos povos e preservando a produção de cuidado para superação das contradições e das iniquidades indissociáveis à mercantilização da Saúde.

- **EIXO X: Orçamento prioritário para a saúde e para a seguridade social: saúde é investimento, e não gasto público.** As políticas pró-Cíclicas, de austeridade, tem em vista a preservação do lucro dos agentes do capital diante dos agravos conjunturais da economia mundial, sequestram investimentos estratégicos para defesa do bem-estar dos povos, vulnerabilizam direitos e degradam a proteção social, significando retrocesso para os Sistemas Universais de Saúde e de Seguridade Social. É necessária a garantia de orçamento público prioritário para a saúde e para a seguridade social.

- **EIXO XI- Trabalho em saúde, trabalhadores do setor e a formação profissional como direito social.** Para uma APS abrangente e um sistema de saúde universal, público e de qualidade, é essencial o investimento na formação de trabalhadores do setor saúde, formação cujas bases coadunem com a perspectiva da saúde como direito de todos e dever do Estado. Que sejam promovidos processos formativos que enfatizem os sistemas universais e públicos de saúde como direitos sociais. A defesa é a de processos formativos que não sejam aligeirados, restritos ao cotidiano dos serviços, mas que ampliem os conhecimentos dos trabalhadores na articulação entre trabalho em saúde e mundo do trabalho, formação geral e

formação específica. Para tanto, as tecnologias informacionais devem ser utilizadas como complementares ao processo formativo, mas não podem ser confundidas com a defesa de modalidade de ensino à distância. A formação dos trabalhadores em saúde deve ser prioritariamente presencial, contribuir para a integração dos trabalhadores de diferentes categorias profissionais do setor, promover a compreensão sobre as contradições e desafios da divisão social e técnica do trabalho em saúde, e propiciar análise crítica para o enfrentamento das diversas formas de precarização do trabalho. Nesta direção deve-se também valorizar o conhecimento produzido nas práticas, o conhecimento popular, e o investimento em processos formativos permanentes. Que na APS, a saúde do trabalhador e da trabalhadora seja compreendida a partir do estabelecimento da relação entre o adoecimento e o processo de trabalho entendendo o trabalho como estruturante da vida humana, e que portanto sejam reforçadas práticas que defendam jornadas de trabalho que respeitem a dignidade do trabalhador e atendam as necessidades dos territórios; vínculos empregatícios estáveis, não desiguais, e condições de trabalho que não vulnerabilizem o trabalhador.

- EIXO XII: Modelo de atenção, cuidado integral, o fortalecimento das redes de atenção e da intersetorialidade em saúde. A Atenção Primária à Saúde deve ser compreendida como nível de Atenção que, oferecendo acesso oportuno às necessidades de Saúde, não restrinja o contato de pessoas com o Sistema sob qualquer aspecto: étnico, racial, religioso, sexual, de gênero ou social. Para promover cuidado, deve coordenar as intervenções propostas pelo Sistema, acolher e acompanhar vida de cada pessoa longitudinalmente. Sua atenção deve indicar o cuidado integral da pessoa, famílias e comunidade, algo possível apenas através de Redes de Atenção à Saúde articuladas e organizadas a partir de multisaberes. Para tanto, é necessário que os Estados garantam, a partir de investimento público, condições materiais que facilitem que a rede de atenção à saúde seja organizada de maneira que atenda as necessidades de saúde da população, que a integração dos níveis de atenção seja compreendida como essencial para o funcionamento resolutivo da APS, assim como que assegure a implantação de políticas públicas intersetoriais como saúde, habitação, saneamento, alimentação e transporte. Neste sentido, a promoção de cuidado na APS deve considerar as necessidades de saúde das pessoas, o território e as condições onde vivem, e as equipes de saúde precisam estar estruturadas a partir destas necessidades. A superação do modelo biomédico hegemônico é um imperativo para a compreensão da saúde como determinada pelas condições sociais de vida das pessoas e para o enfrentamento das desigualdades sociais produzidas pelo modo como se organiza a sociedade.

- EIXO XIII Interculturalidade. O cuidado à saúde e sua concepção enquanto direito à vida perpassa por hábitos, rotinas, comportamentos individuais e coletivos. Sendo assim, o cuidado à saúde de nossos povos necessariamente deve estar em consonância com a cultura, a regionalização, o contexto sócioeconômico o qual estão inseridos. Portanto, as singularidades de cada etnia, gênero, religião, território devem ser respeitadas e consideradas garantindo-se assim a equidade na assistência em saúde. Destaca-se os povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, e as diversas populações e transculturalidades existentes em todo o globo terrestre. Saúde deve ser direito do povo e dever dos Estados à luz das necessidades inerentes a cada região e cultura. É necessário então, que os Estados assegurem uma assistência pautada na universalidade, equidade e integralidade.