

Como está e como a queremos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge a partir do movimento social denominado de Reforma Sanitária Brasileira que teve dois marcos importantes: O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a aprovação do Capítulo da Saúde, na Constituição Federal, de 1988, o seu fundamento jurídico-legal no âmbito da Seguridade Social. Posteriormente regulado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Contudo, cabe salientar que o SUS desde essa origem é alvo de ataques, tanto dos setores mais atrasados do patrimonialismo brasileiro quanto dos defensores do neoliberalismo.

É claro o projeto dos países dominantes, imperialistas como os EUA, para a saúde brasileira: a privatização constante de nossos serviços e, conseqüentemente, o sucateamento de uma das maiores conquistas das lutas da classe trabalhadora de nosso país, o SUS. Assim, desde que foi criado, nosso Sistema resiste a todos esses ataques, que se aprofundam cada vez mais com a conjuntura atual. Nunca tivemos, no Brasil, um governo que enfrentou os interesses estrangeiros e, desde a ditadura militar, em especial no início dos anos de 1970, os planos de saúde e as instituições hospitalares e clínicas da iniciativa privada só crescem em nosso país. Os serviços do próprio SUS estão sendo terceirizados, privatizados por dentro - ou seja, o SUS não é 100% público. Subfinanciado desde sua criação e desfinanciado com a aprovação da EC 95 em 2016, acaba servindo de aporte para serviços privados, ferindo diretamente seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, bem como o direito à saúde de nossa população. São medidas que deixam morrer, advindas de governos que representam diretamente os interesses dos grandes empresários, que enriquecem absurdamente com a exploração dos trabalhadores - como o Governo Temer e o Governo Bolsonaro. Essas medidas, que se materializam na Emenda Constitucional 95, que limita e congela os investimentos na saúde e educação, na contrarreforma da previdência e trabalhista e nos ataques diários aos mais básicos direitos dos trabalhadores, devem ser enfrentadas com a mobilização das comunidades e um projeto que defenda a estatização total do SUS e ampliação da seguridade social. É

fundamental construir na luta o controle social de todos os serviços que deve ser exercido, principalmente por quem os utiliza.

Juiz de Fora vem desde os anos de 1980 se alinhando com o modelo dos distritos sanitários, preconizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desde o advento do planejamento em saúde na América Latina e da implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) no continente americano. Isso rendeu à cidade uma proposta de regionalização intramunicipal, com 12 regiões sanitárias e a descrição de clientela das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo todas elas referenciadas a um território definido, desde o início dos anos de 1990, antes mesmo da LOS e suas normas operacionais básicas (NOB) que instituíram o piso da atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Importante notar que desde então poucos avanços houveram em termos de cobertura da atenção básica, que aconteceu de forma tímida, deixando de fora 20% da população do município. Essa cobertura da atenção básica em Juiz de Fora estacionou no patamar de 81% há mais de 20 anos (perdurando um quadro de 61 UBS, sem 15 sem ESF, de acordo com o Plano Diretor da APS), deixando de fora a população do centro e outros territórios, configurando vazios assistenciais, problema que não deve deixar de ser pautado em nosso plano de Governo.

No que se refere à carência de profissionais, várias UBS sem agente em cerca de 30% das microáreas, ausência de agentes administrativos na maioria delas, fazendo com que o gerente/supervisor, na sua maioria, enfermeiros, tenha de deixar de cumprir suas funções precípuas - atividades fim e de gestão da assistência no território -, para dar conta das funções administrativas atividades meio, da burocracia municipal.

Além disso, a contratação de médicos de atenção básica no município vem sendo feita de modo precário, sem garantias de qualidade e continuidade das ações de planejamento e educação permanente. Nesse sentido urge resgatar as propostas do plano de carreira, cargos e salários (PCCS) para a atenção básica, valorizando o papel de preceptor de serviço dos profissionais que recebem os alunos dos cursos da área de saúde e os residentes dos diversos programas de residência médica e multiprofissional na APS na cidade.

Juiz de Fora tem uma rede assistencial que oferece cobertura para, além de seu município, a toda população da zona da mata mineira, possuindo um total de 1.562 estabelecimentos de saúde, sendo 112 da gestão municipal (incluindo o HPS, hospitais-

dia, os 4 CAPS, as 3 UPAs, 19 unidades móveis), 10 estaduais (como o HRJP/FHEMIG), 6 federais (contemplando o HGE e o HU/UFJF, com o seu CAPS) e 12 de outro tipo. São 688 de entidades empresariais, 36 de entidades sem fins lucrativos (incluindo o HMTJ e Santa Casa, isentos de impostos para reservar pelo menos 2/3 de suas vagas para o SUS), além das 698 pessoas físicas, que são os consultórios médicos isolados cadastrados no Cadastro Nacional de Entidades de Saúde (CNES, DATASUS, 2020).

A questão da Vigilância da Saúde é outro fato que nos chama a atenção, pois desde a década de 1990, não foi incorporado nas redes de atenção à saúde da cidade. A Vigilância Epidemiológica nunca foi descentralizada para as UBS, no decorrer do Plano Diretor da APS e nem consta de seus pactos de gestão com cada UBS. No que tange às Endemias com explícita responsabilização da atenção básica, como a hanseníase, a tuberculose, a sífilis no pré-natal e o controle das doenças preveníveis por imunização, os dados não demonstram a efetividade da APS no controle destas doenças. Ainda temos Endemias persistentes em nosso território, que caracteriza ainda mais a baixa responsabilização deste setor com a saúde pública municipal. Portanto, a Vigilância de Saúde de fato nunca descentralizou as atribuições de vigilância e controle Epidemiológico e Sanitário para a atenção básica. Esta grave falha do modelo está sendo duramente exposta nesse contexto da pandemia do novo Coronavírus (COVID-19), fazendo com que estejamos com um desempenho criticamente ruim nesse aspecto, já que as UBS não dão conta de assumir a Vigilância Epidemiológica em suas áreas de abrangência.

Assim, reafirmamos o nosso compromisso de assegurar e contribuir para o fortalecimento do projeto histórico da reforma sanitária brasileira e na luta pelo SUS com acesso universal, integral, gratuito, igualitário e equânime. Entendemos que a saúde tem relação direta com a classe social e as condições de vida de cada cidadão. Ou seja, a saúde está historicamente relacionada às circunstâncias de trabalho, ao saneamento básico, à qualidade do transporte, às políticas de educação, ao direito ao lazer, entre outros setores da vida humana.

PROPOSTAS E COMPROMISSOS

- **Renovar a gestão democrática das políticas públicas de saúde**, tanto nos conselhos locais, regionais e municipal, dando estrutura e capacidade de avaliação, consulta e deliberação, como com eleições diretas realizadas entre os trabalhadores e usuários de cada unidade de saúde para escolha dos seus gestores e na criação de colegiados de gestão, garantindo a participação dos trabalhadores e usuários na direção da atenção e do cuidado das unidades;
- **Rever os contratos de gestão** das UPAs e centros de referência pactuados;
- **Rever a alocação de recursos da atenção secundária/especializada**, promovendo incentivos para a contratualização, substituindo a lógica do financiamento de procedimentos e pagamento por serviços pela lógica de cobertura qualificada em contratos de gestão;
- **Estabelecer os protocolos de assistência e matriciamento** em todas as redes temáticas, além de implementar NASF, CAPS e centrais de Home Care, em todas as regiões e conectá-los pelo matriciamento, através do sistema telessaude;
- **Promover a conclusão da transição das UBS tradicionais para ESF** e criar uma grande UBS para o centro, cobrindo as áreas descobertas, adotando o modelo com ACS em todos os territórios do município;
- **Desenvolver estratégias e promover políticas intersetoriais nos territórios**, com articulação técnica e com planejamento territorial com outras secretarias, como Assistência Social, Cultura, Habitação, Trabalho, Educação etc, a partir das redes socioassistenciais nas dez regiões socioassistenciais da cidade, através da gestão participativa com os gestores públicos dessas pastas envolvendo as associações de moradores, conselhos de saúde e entidades que desenvolvam atividades socioassistenciais locais;
- **Fomentar a articulação e a criação dos Conselhos Populares de Saúde**, que reúnam os trabalhadores e suas organizações, nos locais de moradia e de trabalho, com vistas a aprofundar as lutas contra a privatização e pela universalidade do acesso à saúde pública, estatal e de alta qualidade;

- **Estabelecer metas, em acordo com a estrutura orçamentária do município, para regionalizar as ações de planejamento estratégico** com integração da estrutura dos conselhos regionais de saúde nas redes socioassistenciais e a criação de polos especiais intersetoriais regionais em cada uma das 10 regiões administrativas da cidade;

- **Estabelecer meta, em acordo com a estrutura orçamentária do município, para ampliar e atingir a cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família.**

Ampliando a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a garantia do piso básico de remuneração dos trabalhadores, incorporando outros tipos de trabalhadores inexistentes na equipe, com a formação de agentes de saúde para a realização de um efetivo trabalho integrado dos profissionais da saúde com a comunidade, através de visitas domiciliares, controles de epidemias, acompanhamento efetivo de pacientes com doenças crônicas, prevenção de doenças da infância, incentivo ao aleitamento materno etc. Garantia de transporte aos agentes em visita às comunidades;

- **Organizar um sistema de monitoramento, avaliação e supervisão da Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica,** com o intuito de acompanhar o seu desenvolvimento, a fim de consubstanciar esforços e recursos municipais para a melhoria das ações;

- **Implementar a rede de urgência e emergência:** qualificar as UPAs e a Regional Leste; reativar o projeto do hospital da Zona Norte, adaptando-o às novas normas pós pandemia;

- **Ampliar o quadro técnico das UPAs** com pediatras e ortopedistas em todas as unidades;

- **Organizar o pronto atendimento** de forma articulada com serviços da atenção básica;

- **Reestruturar os sistemas de regulação de leitos** visando ampliar a sua agilidade e eficácia;

- **Garantir o atendimento integral,** humanizado, transdisciplinar e de qualidade em toda a rede de atenção materno-infantil desde o pré-natal até a atenção ao recém-nascido;

- **Investir em equipamentos (salas e quartos) que facilitem o parto humanizado**, com perspectiva de retomar a Casa do Parto na cidade;
- **Viabilizar o trabalho das doulas certificadas**, em todas as unidades hospitalares que atendam partos e que aderiram ao programa nacional de humanização do parto e nascimento, fortalecendo, assim, os programas de estágio de doulas para garantir a formação dessas profissionais;
- **Incrementar, garantir e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da política de saúde mental no município**, principalmente nos bairros com mais demandas: implementando as Unidades de Acolhimento (Uaa e UAi), ampliando os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os CAPS em todas as regiões socioassistenciais do município, com atendimento qualificado à população de rua e LGBT; Centros de Convivência e Cultura; Cooperativas Sociais; Consultórios de Rua; Escolas de Redutores de Danos, na perspectiva de fortalecimento dos dispositivos públicos;
- **Iniciar um planejamento para o progressivo fechamento dos espaços asilares** existentes no município, com a reorientação dos recursos para a rede pública da atenção psicossocial;
- **Extinguir os convênios da Prefeitura com os abrigos especializados para usuários de álcool e outras drogas - Comunidades Terapêuticas**, visando o progressivo fim dessa política institucionalizadora, com a reorientação dos recursos para o financiamento de unidades de acolhimento (UA) e CAPSad III para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial;
- **Rediscutir as políticas sobre drogas**, deslocando o foco do enfrentamento da segurança para a saúde, rompendo com a lógica de financiamento público de ONGs e entidades com ligações religiosas para a criação de um modelo de serviços públicos e gerido pelo município, tendo como referência as evidências científicas sobre os resultados positivos do cuidado comunitário em liberdade e a importância da política de Redução de Danos;
- **Implementar no âmbito municipal os parâmetros estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**, com o objetivo de promover a equidade étnico-racial nas políticas de saúde da cidade;

- **Promover cursos de formação sobre as especificidades das minorias étnico-raciais**, capacitando os servidores e gestores da saúde para lidar com as questões específicas dessa população;
- **Garantir, em todos os hospitais públicos do município, a informação e o acompanhamento necessários para a prática do aborto** nos casos autorizados pela lei, respeitando o princípio de autodeterminação da mulher sobre seu próprio corpo;
- **Garantir a efetiva aplicação das Portarias do Ministério da Saúde do governo federal e do Sistema Único de Saúde (SUS), através das Deliberações da CIT/MS e da CIB/SES-MG, para a Política Nacional de Saúde LGBT e em particular, para o Processo Transexualizador do SUS**, aplicando verbas e desenvolvendo um programa para a formação e capacitação de profissionais da saúde, para o acolhimento dessa população, da atenção básica à atenção especializada e hospitalar, com perspectiva de criação de um serviço para atendimento da população transsexual no município. Estabelecendo a não-patologização das identidades LGBTQIA+ e em particular das pessoas trans e a redução das barreiras burocrático-administrativas para o acesso a esse direito dentro do âmbito de competência da prefeitura;
- **Implementar a rede de atenção à pessoa com deficiência** e o programa Melhor em Casa em todas as regiões sanitárias;
- **Pensar políticas de saúde específicas nas unidades de saúde** tanto para a população em situação de rua, como para mulheres e LGBTI vítimas de violência;
- **Construir novos métodos de avaliação dos serviços** que busquem a melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade, condições de vida e IDH da população-alvo no território e acesso aos programas da atenção básica.
- **Melhorar a qualidade dos indicadores que orientam as políticas públicas de saúde**, construindo um mecanismo de participação social na aplicação e fiscalização dos indicadores, priorizando indicadores de efetividade (metas ancoradas na melhoria de indicadores de morbi-mortalidade, condições de vida e IDH da população-alvo, cobertura das ações básicas da APS);
- **Implementar a vigilância epidemiológica e sanitária na atenção básica**, integrando o trabalho dos ACS com o dos agentes de vigilância em saúde: endemias, zoonoses, adotando um modelo de controle de riscos na inspeção de estabelecimentos,

focando nas ações que de fato reduzem os riscos à saúde, valorizando e capacitando os comerciantes e produtores locais;

- **Estabelecer o controle a circulação das pessoas nos bairros**, dos estabelecimentos, barreiras sanitárias, de quarentenas, casos e contactantes, gestão das bolhas sociais - exige a presença de agentes de saúde que integrem as atribuições de vigilância da saúde, que ainda funcionam no modelo tradicional: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde ambiental e do trabalhador
- **Estabelecer a capacitação dos ACS** para realizar a cobertura universal da vigilância a saúde no município, no contexto pós pandemia;
- **Promover incentivos para as adaptações que levem ao modelo das cidades de 15 minutos**: todos os serviços públicos estejam presentes nos territórios e serem contratados preferencialmente por moradores destes territórios, para todos os equipamentos da PJJ; fortalecimento das redes socio-assistenciais coordenadas pelos CRAS, implementação de salas de aula com telecentros para os alunos cujos pais não podem estar em *home office*, garantir o direito dos pais que podem adotar o ensino remoto;
- **Fortalecer e ampliar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)**, capacitando os trabalhadores da rede de saúde para as demandas oriundas da saúde do trabalhador;
- **Estabelecer metas e garantir recursos para ações de vigilância sanitária e ambiental**, prestando assessoria técnica e estabelecendo um plano de ação articulado, que dê respostas aos problemas sanitários e ambientais do município;
- **Promover a formação, a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos em vigilância sanitária e ambiental**, buscando a fixação desses profissionais e a garantia de condições dignas de trabalho e salário;
- **Qualificar o trabalho de vigilância sanitária e ambiental** por meio da incorporação de tecnologias de informação e do aprimoramento do uso daquelas que estão disponíveis;
- **Submeter, periodicamente, ao controle social do SUS, o resultado das ações vigilância sanitária e ambiental**;

- **Desenvolver um programa de comunicação** a partir do fornecimento de informações de interesse público sobre situações de risco à saúde da população, com foco na prevenção e na promoção de hábitos saudáveis;
- **Incentivar a participação de representantes da sociedade civil** organizada para o acompanhamento das inspeções de vigilância sanitária e ambiental;
- **Fortalecer o programa de Farmacovigilância**, no âmbito do município;
- **Estimular que os serviços de saúde adotem medidas e incorporem práticas para o controle de risco**, por meio de ações educativas e divulgação de material de apoio;
- **Promover propagandas sobre o uso racional de medicamentos** e a alimentação saudável e segura, de acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira (documento elaborado pelo Ministério da Saúde);
- **Implementar ações para fazer cumprir a legislação** sobre propaganda de bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos e outras áreas da saúde.
- **Implementar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS/SUS)** para as diferentes categorias da saúde: implementar o incentivo de qualidade do PMAQ de forma contínua, para as equipes de saúde da família; implementar no plano de carreira dos servidores do SUS no município, incentivos para o papel de preceptor de serviço dos profissionais de saúde que recebem alunos e residentes da área de saúde, em consonância com os princípios da Educação Permanente para o SUS; realizar concurso público para fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais necessários para a implementação dos NASF e dos CAPS em todas as regiões sanitárias do município; Garantir a recomposição salarial gradual dos servidores da saúde de todas as áreas,
- **Realizar concursos públicos para a recomposição do quadro de servidores**, especialmente, na rede básica, em especial para o quadro de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e para recomposição de outros tipos de trabalhadores ausentes;
- **Fortalecer a educação permanente** dos profissionais que executam os programas de saúde existentes no município, de forma a garantir um atendimento de qualidade, com foco no cuidado ao cidadão, e, particularmente, valorizando estes trabalhadores com condições dignas nos seus processos de trabalho em saúde;

- **Fortalecer uma nova cultura de atenção ao cidadão e de condições dignas de trabalho** nas unidades de saúde, valorizando estes trabalhadores através da criação de instrumentos de educação permanente, democratizando os mecanismos de produção, acesso e circulação de informações em saúde para a redução das desigualdades sociais;
- **Promover as ações de comunicação e informação em saúde**, tanto para a melhoria da formação dos trabalhadores da saúde como para a educação e conscientização dos cidadãos;
- **Desenvolver, junto ao Conselho Municipal de Saúde, políticas editoriais de informação que garantam a disseminação de dados de forma democrática e ampla;**
- **Ampliar a capacidade dos conselheiros e equipes de saúde** para a gestão pública da informação e da comunicação em saúde, por meio de capacitação e garantia de acesso às fontes de informação, sistemas e instituições, assegurando total transparência dos processos de: execução orçamentária e financeira; repasse de recursos; transferência fundo a fundo; convênios; acordos de cooperação; patrocínios; licitações; cartas-convite; registro de preço; formas de calcular indicadores epidemiológicos e demais estatísticas; além de todas as formas de contrato em serviços de saúde;
- **Revisar a macroalocação de recursos e estabelecimento dos termos de referência e editais para contratação do setor privado** com a necessária transparência e submissão aos princípios do SUS. Por isso, defendemos a “desprivatização” da PJJ e retomada do domínio público sobre a administração dos programas municipais, com a implementação de um plano que promova, em acordo com estrutura orçamentária do município, a plena implementação do PD APS e das redes de atenção à saúde nos territórios intramunicipais e macrorregionais;
- **Promover a revisão e auditoria** de todos os contratos de terceirização de serviços e privatização da gestão celebrados, tendo como prioridade o último exercício;
- **Estabelecer metas para o progressivo encerramento dos contratos de aluguel de equipamentos e dos contratos sem licitação.**