



I CONFERÊNCIA LIVRE DE SAÚDE DA ENFERMAGEM DO DF

*“Valorizar a enfermagem é defender o SUS,
a vida e a democracia”*



RELATÓRIO FINAL

Nos dias 24 e 25 de fevereiro de 2023 foi realizada a I Conferência Livre da Enfermagem do Distrito Federal (DF), sob organização do Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal (SindEnfermeiro DF) e da Associação Brasileira de Enfermagem- seção DF (ABEn-DF), com colaboração do coletivo de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, a Coletiva SUS.

Realizar a conferência livre marca a história da enfermagem do DF por responder à necessidade de fortalecimento do SUS através de investimento em ciência, pesquisas, tecnologia e inovação dos serviços e polos produtores de conhecimento; por reforçar a discussão sobre o fortalecimento da Atenção Primária (APS) à Saúde e os processos de gestão em saúde; e, principalmente, por enfatizar o potencial de ação da enfermagem, demonstrado em sua atuação na linha de frente do cuidado, que permite reconhecer os gargalos e vulnerabilidades dos territórios, discutir a inovação em saúde, a qualificação da assistência e o fortalecimento dos serviços – democratizando, assim, o acesso à saúde pela população.

Os últimos seis anos foram marcados pela crise política decorrente do golpe institucional que destituiu a presidente Dilma Rousseff do poder, aprofundada pela eleição de Jair Messias Bolsonaro e seu projeto de barbárie social – recrudescido pela pandemia de COVID19, que fez da enfermagem a categoria com mais vítimas no País. Especialmente os últimos quatro anos se caracterizaram por intenso desmonte das políticas sociais, pela retirada de direitos da classe trabalhadora brasileira, pela degradação ambiental, pelo desrespeito aos direitos humanos e à garantia dos direitos fundamentais, pela execução de um programa obscurantista, negacionista e antidemocrático no País. O processo eleitoral de 2022, com a vitória do campo democrático, reinaugura uma fase de reinvestimento nas políticas públicas no Brasil, contrapondo o alinhamento à face mais perversa do capitalismo pelo governo anterior, caracterizado pela extinção dos investimentos na educação, na ciência, na qualidade dos serviços públicos e na valorização dos servidores públicos, além do projeto de violência e morte contra as populações vulneráveis.

O Distrito Federal é assolado pela reprodução do interesse do setor privado nos espaços do poder público. Na saúde, isso se expressa na desvalorização dos profissionais da APS e no sucateamento das unidades básicas de saúde, na irresponsabilidade do Instituto de Gestão Estratégica (IGES-DF) sobre as atribuições conferidas – à revelia do controle social e das mobilizações dos movimentos sociais -, e no aumento da vulnerabilidade da população quanto à garantia do direito à saúde.

A enfermagem do DF constitui uma categoria em constante mobilização, que tem crescido e amadurecido seu ímpeto de luta, sobretudo a partir das ações em prol do piso salarial nacional da enfermagem. A iniciativa de construir a primeira conferência livre da categoria é muito representativa e potente, consolidando a oportunidade de assumir um compromisso coletivo de combate da realidade de sucateamento e desmonte do sistema de saúde – que impacta frontalmente a enfermagem. A enfermagem brasiliense dá mais um grande passo no enfrentamento das tendências locais de privatização e terceirização da

saúde, com vistas à mudança do modelo distrital de saúde, que é historicamente médico centrado, biologicista e hospitalocêntrico.

A conferência, intitulada “Valorizar a enfermagem é defender a vida, o SUS e a Democracia”, recebeu 159 inscrições e contou com a presença de 136 pessoas, que colaboraram ativamente com as discussões propostas e com a formulação dos encaminhamentos aqui propostos.

A programação, que consta como anexo deste relatório, contou com debates sobre as temáticas de Direitos Sexuais e Reprodutivos, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e Saúde do Trabalhador em mesas temáticas conduzidas por profissionais de referência nos temas desde a academia à assistência em saúde no DF. Além disso, houve Grupos de Discussão e Trabalho (GDTs) sobre os temas: Saúde da População Negra, Saúde da População LGBTQIA+, Saúde da População em Situação de Rua, Saúde da População Idosa e Residências Multiprofissionais em saúde, conduzidos, também, por profissionais de referência e militantes reconhecidos no DF pela luta em defesa da garantia do direito à saúde aos grupos sociais abordados. Todos os debates subsidiaram discussões grupais que formularam os encaminhamentos aqui registrados, sempre com vistas à valorização da atuação da enfermagem enquanto pilar imprescindível para a elaboração e execução das políticas públicas de saúde.

Neste relatório, constam a síntese dos debates realizados nas mesas temáticas e o registro dos encaminhamentos elaborados nos grupos de trabalho e nos grupos de discussão e trabalho – estes que abordaram tanto a avaliação sobre políticas e programas setoriais de saúde, quanto se dedicaram à formular propostas para a melhoria da saúde pública distrital no que diz respeito aos seus temas.

Os registros ficaram sob a incumbência de comissão de relatoria própria, conformada pela comissão organizadora, que recrutou cinco residentes multiprofissionais em saúde do DF através de formulário online, além da colaboração de duas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas da Escola Superior de Ciências da Saúde, que compuseram a comissão de relatoria através de articulação com o Conselho de Saúde do Distrito Federal, de acordo com o que foi repassado pelo conselheiro Rubens Bias. Também como anexo deste relatório, constam os nomes de toda a comissão organizadora e da comissão de relatoria.

Mesa 1: Direitos Sexuais e Reprodutivos

O debate acerca dos direitos sexuais e reprodutivos é permeado por tabus, que repercutem na fragilidade da garantia do direito à saúde nesse âmbito. De forma ainda mais intensa, grupos vulnerabilizados, como as pessoas LGBTQIA+, passam por ainda maior exclusão e violência, sobretudo decorrentes do padrão heteronormativo que impacta os cuidados em saúde.

Internacionalmente, a Conferência de Cairo (Conferência sobre População e Desenvolvimento, 1994) define saúde reprodutiva como um estado de completo bem estar físico, mental e social quanto ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. Portanto, trata-se de liberdade para viver e expressar a sexualidade sem violência, discriminação e imposições, com pleno respeito ao corpo do outro, ao direito de escolher à parceria sexual e exercer a sexualidade sem medo, vergonha, culpa ou falsas crenças, independentemente de qualquer condição social, econômica ou política. Nesse rol, também está incluído o direito ao planejamento reprodutivo e todos os métodos de concepção e contracepção que sejam de necessidade ou interesse da pessoa.

Nacionalmente, os últimos anos foram marcados por inúmeros retrocessos no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, caracterizados pelo conservadorismo e pelo fundamentalismo religioso, pelo desmonte dos programas e ações voltados ao tema, pelo incentivo à violência perinatal e obstétrica, pelo desmonte das políticas voltadas às mulheres e à população LGBTQIA+. Um exemplo desse retrocesso, diretamente ligado à enfermagem, é a proibição da inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) por enfermeiras habilitadas ao procedimento.

Legalmente, enfatiza-se as tentativas de criminalização dos casos de interrupção gestacional prevista em lei e as barreiras de acesso aos pontos de atenção e aos serviços voltados aos direitos sexuais e reprodutivos. Apesar de tudo isso, também houve avanços resultantes da mobilização popular e da atuação dos movimentos sociais e partidos de esquerda – a exemplo da lei 14.443, de 2022, que diminui de 25 para 21 anos a idade mínima de homens e mulheres para a realização de esterilização voluntária. O texto, aprovado em agosto de 2022 pelo Senado, também dispensa o aval do cônjuge para o procedimento de laqueadura e vasectomia. A lei mantém o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico garantindo que o paciente tenha ao acesso ao serviço de saúde.

O DF conta com uma grande potencialidade no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos: o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL). O programa atua de forma intersetorial e multiprofissional, de forma a garantir o acesso ao abortamento seguro para os casos previstos na legislação brasileira, sendo o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) a unidade de referência. Apesar da sua importância, o Programa passa por desafios substanciais no tocante à composição da equipe, à estrutura do local de funcionamento, à disponibilidade de equipamentos, às possibilidades de atuação intrasetorial por meio de educação permanente, e ao fomento do governo do DF para garantia da manutenção e ampliação do programa. O cenário reflete como os retrocessos nacionais repercutem no DF, tendo como alvo principal os segmentos mais vulneráveis e negligenciados quanto a garantia dos direitos fundamentais – sobretudo a saúde.

Mesa 2: Saúde Mental

A resignificação da loucura com vistas à retomada da dignidade dos indivíduos e ao combate da sua interpretação sob a ótica da sintomatologia, da exclusão, do encarceramento, do produtivismo e da violência são um avanço importante angariado pela luta antimanicomial através da história, com ênfase, no Brasil, ao processo da Reforma Psiquiátrica – que não apenas trabalhou as questões subjetivas, mas, também, a proposta de atenção integral à saúde nesse âmbito, buscando a autonomia, o protagonismo e a inclusão social do sujeito.

A integralidade no campo da saúde mental propõe uma mudança do paradigma do modelo tradicional biológico para um modelo psicossocial, cujo objetivo abarque a melhora dos vínculos afetivos e sociais, a partir da escuta, do acolhimento e da reafirmação da dignidade do usuário enquanto indivíduo e parte da coletividade.

Os avanços da Reforma Psiquiátrica, contudo, não superaram as dificuldades impostas pela manutenção reiterada da psicofobia, dos impactos do modo de produção sobre a forma de encarar os transtornos mentais, da desintegração da rede de saúde no que tange à atenção psicossocial. Portanto, a luta antimanicomial segue viva e precisa, diuturnamente, ser resgatada, mantida e potencializada.

Estruturar uma rede de atenção à saúde preparada ao atendimento integral e equitativo dos indivíduos, famílias e comunidades acometidos, conviventes e impactados

pelos transtornos mentais implica organizar o processo de trabalho por pressupostos éticos e humanizados, balizados pelo respeito aos direitos humanos, com garantia de evidência da dignidade humana. Para mais, é imprescindível o fortalecimento da atuação integrada entre rede de saúde e movimentos sociais, com vistas a reformular a estrutura da atenção à saúde mental tanto no que diz respeito à estrutura, quanto aos paradigmas que fundamentam a compreensão sobre saúde e cuidado.

A crise sociosanitária e política vivenciada pelo Brasil nos últimos anos evidenciou a atualidade da luta antimanicomial, principalmente diante do recrudescimento epidemiológico dos transtornos mentais, com impacto transversal nas condições de vida e trabalho da população. Este cenário foi agravado pelo sistemático desmonte da rede de atenção psicossocial, pelo desinvestimento nos programas e ações voltados ao tema, pelo fomento às comunidades terapêuticas, pelo negacionismo, racismo, elitismo empregados na interpretação acerca dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas.

No DF, o desafio de executar, efetivamente, a Política Nacional de Atenção Psicossocial é singular, dada a falta de prioridade à expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local – a exemplo da quantidade insuficiente de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da inexistência de Residências Terapêuticas –, à fragilidade da APS no manejo dos casos de saúde mental e a falta de retaguarda dos demais pontos de atenção à porta de entrada, às dificuldades de execução da intersetorialidade, à forte presença das comunidades terapêuticas – seguindo a tendência nacional –, e, sobretudo, à manutenção de um hospital psiquiátrico de teor absolutamente manicomial e violento financiado e mantido pelo Estado na capital federal.

Mesa 3: Atenção Básica à Saúde

A atenção básica à saúde no DF parte da construção do sistema de saúde distrital, balizado pela construção de Brasília e por um sistema de saúde moderno, assim como se pensava a capital – o que era interpretado como um sistema de saúde hospitalocêntrico e distanciado das periferias que se constituíam com a chegada dos trabalhadores. Assim, a atenção básica foi secundarizada no DF e, acompanhando as tendências nacionais, estruturada através de iniciativas de terceirização que impuseram a concomitância de diversos modelos de saúde e regimes de trabalho nas unidades básicas de saúde, fragilizando a longitudinalidade e a territorialização.

Isto implicou no atraso do DF em relação à adoção definitiva da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto prioritária para a execução da política de atenção básica, o que só ocorreu em 2017, através do Converte. Este processo foi indispensável sob a ótica da integração dos modelos, da planificação da atenção e do fortalecimento da atenção básica diante da população, postulando o primeiro nível de atenção como real porta de entrada para o sistema de saúde. Por outro lado, o Converte se deu sem o diálogo necessário com os profissionais de saúde e com a comunidade, de maneira vertical e caracterizada pela heteronomia na tratativa com as categorias de saúde, resultando em significativa rejeição dos profissionais ao novo modelo imposto, em vez de coletivamente construído – o que leva, ainda hoje, a conflitos entre profissionais, entre estes e a comunidade e entre servidores e gestores.

De acordo com os dados apresentados na Conferência pelo enfermeiro Adriano Oliveira, da Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES DF), atualmente, a estrutura da APS no DF conta com 175 UBS, das quais 100 são do tipo 1 (1 a 3 equipes de saúde da família- eSF) e 75 são do tipo 2 (4 ou mais eSF). Existem 615 equipes nas unidades básicas de saúde da capital federal, das quais 598 são credenciadas pelo Ministério da Saúde. Até então, há 80 equipes não consistidas no

DF, pela falta do profissional médico – sendo sua permanência no quadro de servidores um desafio para a gestão local. Tal estrutura impacta na saúde do DF com o resultado de 62% de cobertura populacional até o final de 2022.

Segundo a pesquisa nacional “Práticas de enfermagem no contexto da atenção primária à saúde (APS): um estudo nacional de métodos mistos”, realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB) em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o perfil de enfermeiros atuantes na APS do DF é constituído por: 81% de pessoas do sexo feminino; cerca de 30% de pessoas de meia idade (36-40 anos); 50% de profissionais autodeclaradas pardas e 8% autodeclaradas pretas; 65% de profissionais que não nasceram no município onde residem; 80% de enfermeiras que residem no município onde trabalham. Em relação à formação 54% da enfermagem atuante na APS do DF é formada em instituições privadas de ensino superior, 56% há mais de 10 anos. 80% das enfermeiras atuantes na APS da capital são especialistas, mas apenas 6% na modalidade de residência; 10% é mestre e apenas 0,9% possui doutorado.

São essas profissionais a maior potencialidade da atenção primária à saúde do DF. Entretanto, seu trabalho tem sido prejudicado pela precarização do trabalho e pela manutenção de um modelo disfuncional de saúde, que visa ao produtivismo e não à efetividade da atenção e à execução dos princípios e diretrizes da APS em prol do benefício do indivíduo, das famílias e das comunidades. Parte significativa dos profissionais passou a atuar na ESF sem compreender os seus conceitos e objetivos, o que causou uma repulsa à atuação nessa área tão importante. Por isso, o diálogo com esses profissionais é tarefa central de quem constrói a saúde pública do DF, a fim de compreender suas demandas e necessidades.

Os profissionais de saúde da APS são, reconhecidamente, um segmento de profissionais criativos e qualificados, que atuam de maneira singular através das tecnologias de baixa densidade e dos saberes de alta complexidade, dos quais fazem parte a escuta qualificada, o vínculo e a longitudinalidade, o reconhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde, à caracterização das vulnerabilidades do território e da população – o que faz dos recursos humanos da atenção básica à saúde sua ferramenta mais preciosa.

Toda esta potencialidade tem sido fragilizada pela situação de saúde e pelas condições de trabalho dos profissionais que atuam na APS. Nota-se o crescente adoecimento mental; a frustração motivada pelo potencial de trabalho estar continuamente ocupado pelas demandas que ultrapassam as competências e atribuições da enfermagem; a incidência de assédio moral e falta de reconhecimento das gestões e chefias; e as lacunas de conhecimento provocadas pelos atravessamentos do modelo de conversão e pela sobrecarga laboral que limita as possibilidades de atualização dos profissionais, acrescida pela ausência de uma política de educação continuada e permanente que os tenha como público-alvo.

Tecnicamente, o processo de trabalho é negativamente influenciado pelas dificuldades da multiplicidade de sistemas de informação e pela sua má qualidade de funcionamento; pelas dificuldades na referência e contrarreferência – que prejudicam a atribuição da APS de coordenação do cuidado e ordenamento da rede – e pelas limitações impostas pela territorialização disfuncional e pela escassez de ferramentas de apoio à atuação da enfermagem de família e comunidade no DF. Além disso, as métricas de atendimento impostas pelo Previne Brasil também constituem um importante desafio para APS na capital federal.

Valorizar a enfermagem de família e comunidade no DF, tendo como estratégia-fim o fortalecimento do principal nível de atenção do sistema de saúde, passa, portanto, por: compreender as violências estruturais e institucionais que atravessam tanto a categoria

quanto a comunidade que recebe seu cuidado, sob a perspectiva das interseccionalidades; entender a contraposição entre a necessidade de fomentar a autonomia, a atuação e a valorização da enfermagem e o modelo empregado na saúde do DF; avaliar as condições de trabalho e a territorialização que baliza a atuação da APS atualmente; elaborar, coletivamente, formas de valorização da mão de obra qualificada da qual dispõe o DF no que diz respeito à atuação da enfermagem em APS, sobretudo no tocante à educação permanente e ao incentivo ao aprimoramento da formação.

Mesa 4: Saúde do Trabalhador

No Brasil, quase 2,8 milhões de pessoas compõem a categoria de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos, auxiliares e parteiras. É importante analisar e discutir as interseccionalidades que atravessam a enfermagem: questões de classe, raça e gênero; uma vez que grande parte da enfermagem é composta por profissionais de nível técnico, majoritariamente mulheres negras, que precisam trabalhar em mais de um emprego para manter uma renda capaz de prover as mínimas condições de vida.

São os segmentos mais vulnerabilizados da categoria os mais expostos às condições precárias de trabalho, à baixa remuneração, à sobrecarga laboral, às pressões físicas e psicológicas. Isto culmina em uma epidemiologia significativa de agravos e adoecimentos ocupacionais, relacionados ao perfil sociodemográfico e de processo de trabalho da enfermagem, caracterizada, principalmente por: fadiga; doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, síndrome de Burnout, depressão, ansiedade, afecções do trato respiratório e do trato urinário, dermatoses.

No DF, a saúde do trabalhador passa por desafios importantes relacionadas à escassa rede de atenção específica ao tema, com reduzido número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CEREST), implantação frágil da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, obstáculos à execução adequada da vigilância em saúde do trabalhador (VISAT), dificuldade da atuação em rede intra e intersetorial para a atenção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras – sobretudo tendo como público alvo os segmentos de saúde. Todo o trabalhador, urbano ou rural, formal ou informal, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, residentes, aprendizes, estagiários, domésticos, aposentados ou desempregados são sujeitos das ações do CEREST, entretanto, o CEREST encontra-se com poucos profissionais em sua equipe e, assim, desenvolve pouca atuação de vigilância em saúde do trabalhador.

A dimensão da força de trabalho da enfermagem tem a capacidade de desenvolver processos inovadores do trabalho de produção de tecnologias de cuidado e de procedimentos e da gestão e planejamento, porém existe uma falta de empoderamento e consciência política em relação a uma contaminação do modelo biomédico na formação profissional e no modelo de atenção à saúde do DF.

ENCAMINHAMENTOS

A. GT ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

1. Construir espaços propositivos de participação social a nível local;
2. Qualificar a gestão da APS em todos os níveis da rede;
3. Prover estrutura física capilarizada com uma menor concentração de equipes por UBS;
4. Qualificar a gestão de informação em saúde, com vistas a aprimorar, otimizar e integrar o envio de dados de preenchimento do sistema de informação em saúde;
5. Construir um Programa de Educação Permanente voltado à APS do DF, que contemple temáticas diversas voltadas à equidade em saúde para diferentes grupos populacionais, com garantia de carga horária protegida para capacitação, atualização e estudo dos profissionais atuantes na APS;
6. Unificar e atualizar os protocolos de atendimento em toda a rede básica de saúde do DF;
7. Criar um programa de incentivo ao aperfeiçoamento dos profissionais atuantes na APS, com ênfase na pós graduação *strictu sensu*, como forma de valorização da categoria;
8. Articular os movimentos sociais, controle social, parlamentares e sociedade civil para modificar as regras de nomeação dos cargos de gestão, visando à qualificação técnica dos gestores da APS em substituição ao livre manejo dos cargos por indicação política;
9. Promover e articular nas universidades os debates acerca do real papel do enfermeiro na APS, desconstruindo o imaginário equivocado acerca da simplicidade de sua atuação;
10. Intensificar a divulgação das UBS que aderem ao Saúde na Hora e mantém funcionamento em horário estendido (7 às 22h; sábados);
11. Revisar periodicamente a territorialização para a APS do DF, adotando os critérios técnico-científicos preconizados, com vistas à adequação das populações adstritas às unidades e equipes e ao diagnóstico qualificado da necessidade de expansão da rede de APS do DF;
12. Promover uma Conferência Distrital de Atenção Primária à Saúde.

B. GT SAÚDE MENTAL

1. Interromper o financiamento estatal às comunidades terapêuticas, transferindo-o às ações destinadas à saúde mental no âmbito do SUS;
2. Empregar meios de fiscalização das Comunidades Terapêuticas quanto ao cumprimento dos direitos humanos;
3. Adequar o número de CAPS nos territórios de acordo com a Política Nacional de Atenção Psicossocial;
4. Otimizar a integração em rede dos atendimentos em saúde mental entre APS, RAPS e CEREST, fortalecendo a atuação da APS a partir de matriciamentos e co-responsabilização;
5. Fortalecer a rede estruturada a partir do uso do projeto terapêutico singular (PTS) efetivamente;
6. Proibir a venda de leitos em saúde mental;

7. Fechar os hospitais manicomiais;
8. Ampliar o número de residências terapêuticas, garantindo recursos físicos, materiais e humanos para seu funcionamento;
9. Realizar educação permanente com os profissionais da rede na temática de saúde mental, em todos os territórios, de forma interinstitucional, multiprofissional e personalizada de acordo com a realidade local e com a regionalização;
10. Garantir a participação dos servidores nas atividades de educação continuada, como parte da jornada de trabalho, incluindo os ACS;
11. Capacitar as redes de atenção às populações vulneráveis sobre humanização;
12. Ampliar a rede de consultório na rua e fortalecer o conhecimento das equipes sobre acolhimento, sensibilizando-as sobre as particularidades da população em situação de rua;
13. Implementar a linha de cuidado em saúde mental no âmbito da RAS, garantindo atendimento às condições clínicas agudizadas, de forma qualificada com compreensão e integralidade na abordagem ao usuário;
14. Promover campanhas públicas de elucidação acerca do papel de cada dispositivo da rede de atenção psicossocial;
15. Rever o papel dos pontos de atenção da rede de saúde na atenção à saúde mental;
16. Prover profissionais que supram as lacunas de recursos humanos em casos de afastamento legal (atestados, licenças, etc);
17. Integrar os sistemas de informação;
18. Valorizar as equipes multidisciplinares da RAPS, por meio de incremento salarial e reconhecimento da Saúde da Família e Comunidade enquanto especialidade fortalecedora do SUS;
19. Melhorar a distribuição de recursos humanos na rede de atenção à saúde do DF, considerando a qualificação profissional, com ênfase nas especializações, para a lotação do profissional nos pontos de atenção (carreira em Y);
20. Aprimorar os critérios de gratificação e remoção de servidores;
21. Ampliar o acesso às práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) como forma de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

C. GT DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

1. Prover fomento para capacitação continuada da equipe de saúde atuante no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL);
2. Capacitar os profissionais da RAS e demais órgãos do poder público quanto à atuação diante de uma gravidez indesejada, sobretudo às vítimas de violência sexual e casos previstos em lei para interrupção da gestação;
3. Construir fluxo na SES para realizar encaminhamento seguro para pacientes que desejam interromper com mais 22 semanas;
4. Alterar o limite de idade gestacional para interrupção de gestação decorrente de violência sexual;
5. Promover educação permanente para os profissionais de saúde acerca dos direitos sexuais e reprodutivos da população LGBTQIA+;
6. Incluir nos protocolos de atenção aos direitos sexuais e reprodutivos a disponibilidade de atendimento psicológico para a população LGBTQIA+, considerando a demanda, o desejo e a necessidade;
7. Ampliar o debate sobre responsabilidade paterna na educação;
8. Promover e articular junto as Instituições de Ensino de Saúde o debate sobre saúde da população negra e saúde da população LGBTQIA+;
9. Revisar os fluxos para laqueadura e vasectomia, ampliando os pontos de acesso e garantindo o atendimento;

10. Articular os Movimentos Sociais e/ou Organização da Sociedade Civil para matriciamento das equipes de saúde quanto às demandas dos direitos sexuais e reprodutivos;
11. Ampliar os pontos de atenção à saúde sexual e reprodutiva garantindo recursos humanos capacitados para o atendimento;
12. Ampliar o número de equipes e a composição dos NASF do DF e garantir a execução de seus objetivos;
13. Qualificar o matriciamento das eSF através dos NASF;
14. Incentivar a participação social nas UBS a partir da articulação com organizações da sociedade civil, a exemplo de grêmios estudantis, associações comunitárias, etc;
15. Debater novas propostas para política de Planejamento Familiar e Reprodutivo para inclusão da população LGBTQIA+;
16. Promover a participação masculina nos processos de Educação Sexual e reprodutiva;
17. Criar instrumentos de integração entre educação e saúde, fortalecendo o PSE e demais instrumentos de atuação;
18. Repensar o processo formativo dos profissionais de saúde;
19. Divulgar o acesso ao pré-natal do parceiro e os critérios eletivos para laqueadura e vasectomia;
20. Implementar na SES DF o protocolo de inclusão do quesito raça-cor e de registro da identidade de gênero para coleta dos dados nos atendimentos em saúde;
21. Capacitar e incentivar os profissionais à realização da notificação compulsória das violências, aprimorando os mecanismos com vistas à segurança dos profissionais;
22. Descentralizar os atendimentos para os usuários acometidos de HIV/AIDS;
23. Retomar a regulamentação da inserção de DIU pela enfermagem nas unidades de saúde da SES DF, provendo capacitação periódica aos profissionais.

D. GT SAÚDE DO TRABALHADOR

1. Ampliar o CEREST no DF;
2. Fortalecer a VISAT;
3. Construir as Políticas de Saúde da trabalhadora e do trabalhador do DF, com foco no processo de trabalho da enfermagem e agravos inerentes a profissão;
4. Pesquisar as demandas pós-Covid 19 da enfermagem do DF, com ênfase no processo de trabalho;
5. Construir conselhos gestores nas unidades de saúde do DF;
6. Divulgar a Política Nacional de Saúde do trabalhador para os trabalhadores em saúde por meio da criação de espaços de formação sobre vigilância em Saúde do Trabalhador e de campanhas de marketing digital sobre a PNST;
7. Criar um fórum intersetorial de Saúde do Trabalhador;
8. Desenvolver 3 frentes de atuação/instrumentos: "Cuidando do Cuidador", sendo: (1) promoção e proteção da saúde, (2) de vigilância e (3) de assistência incluindo a reabilitação;
9. Articular com as instituições de ensino, pesquisa e tecnologia do DF para mapear os processos de trabalhos, além da formação de linha de pesquisa sobre o perfil e a saúde dos trabalhadores da enfermagem;
10. Recriar a mesa de negociação do SUS;
11. Identificar as ações de educação permanente que envolvam a Saúde do Trabalhador e a promoção biopsicossocial dos trabalhadores;

12. Desenvolver ações de conscientização sobre os movimentos e entidades de classe da Enfermagem para todos os trabalhadores e estudantes da enfermagem;
13. Romper com o paradigma da medicina do trabalho e investir a saúde do trabalhador.

E. GDT SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+

1. Inserir o Ambulatório Trans no organograma da SES-DF, garantindo as fontes de custeio e o acesso da população;
2. Adequar a composição da equipe multiprofissional do ambulatório Trans do DF de acordo com o preconizado pela legislação nacional;
3. Promover educação permanente aos profissionais de saúde do DF sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+;
4. Fortalecer o financiamento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ no DF;
5. Criar ações afirmativas para pessoas Trans e Travestis para acesso à graduação e pós graduação;
6. Desenvolver políticas públicas de permanência da população LGBTQIAPN+ nas graduações e pós graduações;
7. Fortalecer a linha de cuidado IST/AIDS do DF evitando fragmentações da rede e criando fluxos através da referência e contrarreferência;
8. Formular espaços de formação e sensibilização em parceria com as instituições de ensino, pesquisa e tecnologia para atuar com a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+;
9. Promover mudanças curriculares no curso de graduação em enfermagem, e demais graduações em saúde, para transversalizar a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ em todo itinerário formativo;
10. Ampliar o cuidado em saúde para População LGBTQIAPN+ de forma integral e longitudinal rompendo com um modelo de atenção à saúde voltado exclusivamente para doenças e direitos reprodutivos;
11. Descentralizar a dispensação de PEP e PrEP nas UBS do DF capacitando os profissionais para prescrição e orientação adequada;
12. Criar fóruns intersetoriais para formulação de políticas públicas para população LGBTQIAPN+;
13. Ampliar e atualizar as ações de políticas públicas em saúde de prevenção, promoção e de redução de danos;
14. Desenvolver em conjunto com as instituições de ensino, pesquisa e tecnologia uma linha de pesquisa para identificar e mapear através de uma metodologia interseccional as demandas de saúde e sociais da população LGBTQIAPN+ do DF;
15. Criar o quesito nome social nos prontuários da rede de atenção à saúde do DF.

F. GDT SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

1. Aumentar o número de Equipes de Consultório na Rua (ECR) no DF;
2. Disponibilizar a estrutura física e RH adequados para as ECRs, especialmente carros, motorista e dispositivos móveis para registros dos atendimentos realizados fora da UBS;
3. Priorizar o atendimento da População em Situação de Rua (PSR) nos programas de habitação do GDF;
4. Valorizar as condições laborais e financeiras dos trabalhadores da saúde que atendem a PSR;

5. Pautar legislações que priorizem o atendimento da PSR na saúde e demais serviços, observando os aspectos de vulnerabilidade social na classificação de risco;
6. Garantir o transporte sanitário para a PSR para os serviços de modo geral;
7. Sensibilizar e capacitar toda a rede de atenção em saúde (pública e privada), sobretudo para APS e Serviços de Urgência e Emergência, quanto ao atendimento à PSR;
8. Inserir a temática da saúde da PSR nas grades curriculares dos profissionais de saúde e parcerias público-privada nas áreas de educação e saúde para articulações em rede e capacitações;
9. Pautar pesquisas abrangentes (quantitativas e qualitativas) sobre a PSR nas instituições de ensino de saúde do DF;
10. Promover a empregabilidade e cidadania das PSR na prestação de serviços;

G. GDT SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

1. Fomentar a inserção de componentes da Educação antirracista e a implementação da PNISPN em formação e grade curricular com ênfase na interseccionalidades nos cursos da saúde;
2. Promover a formação permanente nos cenários dos profissionais de saúde para atenção à Saúde da População Negra;
3. Promover a formação e orientação sobre o cadastro, preenchimento da ficha técnica, cadastro e notificação, preenchimento dos dados em gerais;
4. Fomentar a discussão sobre a diversidade étnico-racial em conferências, congressos, seminários e afins;
5. Criar uma Política Distrital de enfrentamento ao racismo institucional e estrutural considerando gênero, raça e classe;
6. Criar uma Política Distrital de Saúde da População Negra;
7. Produzir material informativo sobre a Saúde da População Negra e divulgar para os servidores da Secretaria de Saúde e usuários;

H. GDT SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA

1. Promover a capacitação dos profissionais de saúde que atendem a população idosa;
2. Implantar o uso da caderneta do idoso nos atendimentos, com a devida capacitação dos profissionais;
3. Revisar o protocolo de atenção à saúde do idoso, retificando o tempo de consulta com vistas à garantia da integralidade da atenção;
4. Consolidar os fluxos de encaminhamento aos ambulatórios especializados de geriatria e cuidados paliativos;
5. Implantar na aba de atenção à saúde do idoso os critérios de avaliação de saúde da pessoa idoso no e-SUS;
6. Garantir a referência e contrarreferência na atenção à saúde da população idosa pela Rede de Atenção à Saúde;
7. Resgatar e atualizar os protocolos de atenção à saúde da pessoa idosa;
8. Estabelecer a composição mínima das equipes multidisciplinares de atenção à saúde da população idosa no DF, com aporte de geriatras, Enfermeiro, Assistente Social, Médicos, Psicólogos;
9. Ampliar o atendimento multidisciplinar em cuidados paliativos em todos os níveis de atenção à saúde, com a devida capacitação dos profissionais, para redução das iatrogenias;
10. Assegurar e divulgar o fluxo de encaminhamento para as unidades de referência de cuidados paliativos no DF;

11. Criação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, integrando-a às ações de atenção primária, secundária e terciária;
12. Realizar educação permanente dos profissionais sobre a assistência integral à saúde sexual no envelhecimento, com abrangência da população LGBTQIA+;
13. Assegurar a atenção integral à saúde da população idosa, abarcando atenção em saúde mental, execução de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), saúde nutricional, assistência social, fisioterapia e todos os segmentos de atenção necessários às demandas;
14. Realizar educação em saúde sobre os cuidados relacionados à saúde da pessoa idosa com familiares e cuidadores;
15. Oficializar as equipes interconsultoras de paliativistas já existentes como um serviço dos hospitais;
16. Ampliar o número de ambulatórios de cuidados paliativos;
17. Criar a Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa;
18. Fomentar a participação da população idosa na construção das políticas de saúde voltadas ao tema através dos mecanismos de controle social;
19. Promover, junto às instituições de ensino e pesquisa, um diagnóstico do perfil epidemiológico da população idosa da SES-DF;
20. Incentivar e fomentar projetos de intervenção nas unidades de saúde que tenham como tema e público alvo a saúde da população idosa, a partir de parcerias entre instituições de ensino e unidades de saúde;
21. Fomentar o debate sobre a modificação dos currículos dos cursos de saúde para adesão à obrigatoriedade da disciplina de cuidados paliativos;
22. Implantar uma instituição de proteção contra a violência à pessoa idosa, com apoio às pessoas idosas e seus familiares, a exemplo do que ocorre com os Conselhos Tutelares;
23. Garantir a mobilidade e acessibilidade do idoso em todos os espaços públicos, especialmente nas unidades de saúde;
24. Criar centros de convivência das pessoas idosas nas Regiões Administrativas, em parceria com a Secretaria de Educação, Segurança, Ministério Público, disponibilizando certa diversidade de serviços diários;
25. Elaborar a Política de Não Contenção;
26. Retomar os objetivos do NRAD, revendo seus critérios e garantindo a cobertura dos pacientes elegíveis ao atendimento por meio da composição das equipes;
27. Organizar, padronizar e fiscalizar a atuação dos acolhimentos na atenção primária à saúde;
28. Instaurar as comissões de monitoramento das instituições de longa permanência (ILPs);;
29. Implantar ambulatórios infusionais para reduzir a institucionalização das pessoas idosas.

I. GDT RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

• O BRASIL QUE TEMOS E O BRASIL QUE QUEREMOS

1. Garantir aumento contínuo de vagas em residências multiprofissionais nacionalmente, estabelecendo critérios justos e equitativos de ingresso, com processos seletivos que contemplem o princípio e o funcionamento do SUS e conteúdos programáticos pré definidos. Os processos devem contemplar ações afirmativas, com vistas ao enfrentamento das desigualdades sociais e raciais.
2. Promover o debate acerca da criação de diretrizes curriculares para os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, unificando os distintos PRMS nacionais e regionais, considerando a determinação social da saúde, contexto social brasileiro, suas desigualdades e os princípios e direitos do SUS.
3. Garantir o dimensionamento de preceptores e tutores de forma adequada ao número de residentes, bem como a qualificação, reserva de carga horária e remuneração.

4. Qualificar e respeitar as tutorias de núcleos profissionais nas residências multidisciplinares, garantido a preservação da identidade profissional.

- **CONTROLE SOCIAL**

1. Garantir o protagonismo dos residentes nos processos de decisão e formulação do PRMS e nas câmaras e colegiados institucionais, nacional e regionalmente.
2. Reconhecer a participação e atuação nos espaços auto organizados dos residentes regional e nacionalmente, tais como o fórum nacional e regional, coletivos e associações como parte do cumprimento de carga horária.
3. Estabelecer critérios de avaliação dos programas de forma contínua e participativa incluindo todos os residentes como garantia do controle social da residência.
4. Reestruturar e ampliar os canais de participação e diálogo com esferas governamentais, principalmente federais, como a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS).

- **DIREITOS**

1. Garantir formas de inserção profissional de egressos no SUS, bem como a valorização da residência nos concursos e processos seletivos públicos do SUS.
2. Garantir o direito a ausências legais e constitucionais, como os atestados, sem a necessidade de pagamento de horas pelos profissionais de saúde residentes.
3. Garantir direitos e auxílios para o efetivo cumprimento da carga horária dos residentes, contemplando auxílio moradia, alimentação e deslocamento especialmente em áreas de vulnerabilidade como o campo, floresta e águas.
4. Garantir as diferenças entre horas teóricas e práticas, considerando horas de repouso semanal, alimentação e saúde mental, com vistas a diminuição das práticas de assédio e produtivismo nos cenários da residência.
5. Aumentar o número de liberação para participação em eventos científicos e sociais como forma de estímulo à pesquisa e extensão nos PRMS, tendo o Encontro Nacional de Residentes como parte integrante dos cronogramas institucionais.

- **AMANHÃ SERÁ OUTRO DIA**

1. Consolidar a plenária nacional das residências em amplo processo participativo, garantindo o protagonismo dos atores envolvidos (residentes, tutores, preceptores e coordenadores).
2. Estabelecer espaço de divulgação e comunicação dos PRMS, alcançando instituições de ensino e cursos de saúde, estimulando o ingresso nos PRMS.
3. Estabelecer políticas de permanência e qualidade de vida nos PRMS, com vistas ao enfrentamento do desgaste, exaustão e evasão (residentes, tutores, preceptores e coordenadores).
4. Retomar a fiscalização, por parte do MEC/MS, sobre os PRMS, monitorando e avaliando os programas em técnica, qualidade e de vida dos atores envolvidos (residentes, tutores, preceptores e coordenadores).
5. Garantir aporte de recursos financeiros e estruturais para ampliação dos PRMS nacionalmente de forma pública e conectada ao SUS, enfrentando a privatização dos programas.



**I CONFERÊNCIA LIVRE DE SAÚDE DA
ENFERMAGEM DO DF**
*“Valorizar a enfermagem é defender o SUS,
a vida e a democracia”*



EQUIPE DE RELATORIA

Diego Lima de Oliveira

Emy Nayana Pinto

Giselle Natalina Sousa da Silva

Héllen Cristina Almeida de Castro Alves

Juliana Lopes da Silva

Kamilla Araujo Leite

Sabrina Souza Martins dos Santos

Coordenação de Relatoria: Lígia Maria Carlos Aguiar



**I CONFERÊNCIA LIVRE DE SAÚDE DA
ENFERMAGEM DO DF**

*“Valorizar a enfermagem é defender o SUS,
a vida e a democracia”*



Jorge Henrique de Sousa e Silva Filho
Presidente SindEnfermeiro- DF
Coordenação Geral

Karine Rodrigues Afonseca
Presidente ABEn- DF
Coordenação Geral

Lígia Maria Carlos Aguiar
Delegada Sindical- SindEnfermeiro DF
Coletiva SUS
Coordenação Geral
Coordenação de Relatoria

Úrsula Batista de Oliveira Nepomoceno
Diretoria Administrativa SindEnfermeiro DF
Coordenação de Logística

Rangel Fernandes
Diretor de Assuntos Privados SindEnfermeiro DF
Coletiva SUS
Coordenação Geral

ANEXO I- PROGRAMAÇÃO

24 DE FEVEREIRO

HORÁRIO	ATIVIDADE	EMENTA	CONVIDADOS	MEDIAÇÃO
8 às 9h	Credenciamento e café da manhã	- Apresentação cultural	- 1. Iris Colonna S. Silva - Aben-DF 2. Mariana Sardinha – Escola de Música de Brasília	- Comissão de infraestrutura - Comissão de Cultura e Educação Popular em Saúde
9 às 9:30h	Mesa de abertura	Saudações de enfermeiras históricas na enfermagem do DF e lideranças do controle social	Karine Afonseca (ABEn DF) Jorge Henrique (SindEnfermeiro DF) Raimundo Lima (CSDF)	Marcela Vilarim (SindEnfermeiro)
9:30 às 10h	Direitos sexuais e reprodutivos	1.História, desafios e perspectivas para os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e no DF 2. Planejamento reprodutivo e o acesso à interrupção gestacional prevista em lei no DF 3.A realidade da assistência de enfermagem ao parto, nascimento e planejamento reprodutivo no DF	1.Silvia Badim(UnB) 2. Shyrlene Brandão (PIGL/HMIB)	Karine Afonseca (ABEn DF)a
10 às 10:30h	Saúde Mental	1. Reforma Psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial 2. Situação atual da rede de atenção psicossocial no DF 3. A realidade da assistência de enfermagem em	1.Maria Gussi 2. Alexsandro Barreto 3. Laura Giovanini	Elisangela Motta (SindEnfermeiro)

		saúde mental no DF		
10:30 às 12h	GRUPOS DE TRABALHO	Debates e encaminhamentos sobre os temas expostos	-	Coordenadores de GT
13h10	Prática Integrativa de Saúde	Automassagem	Marcos de Barros Freire Júnior (CERPIS – Planaltina DF)	Comissão Cultural e de Educação Popular
13:30 às 14h	Atenção Básica	1.Desenvolvimento da atenção básica no DF e modelo de saúde 2.Situação atual da atenção básica no DF 3.A realidade da assistência de enfermagem na atenção básica atualmente	1.Lígia Maria 2.Adriano Oliveira 3. Luana Nunes	Nayara Jéssica (SindEnfermeiro)
14 às 14:30h	Saúde do trabalhador	1.Contexto nacional da saúde do trabalhador 2.Contexto local da saúde do trabalhador 3. A realidade da assistência de enfermagem à saúde do trabalhador no DF	1.Jacinta Sena 2.Jorge Henrique 3. Klecia Medeiros	Sérgio Lima
15 às 16:30h	GRUPOS DE TRABALHO	Debates e encaminhamentos sobre os temas expostos	-	Coordenadores dos GTs
16:30 às 17h	- Conferência e compilação das relatorias	-	-	Comissão de relatoria

 **25 DE FEVEREIRO**

HORÁRIO	ATIVIDADE	EMENTA	CONVIDADOS	MEDIAÇÃO
8 às 9h	Credenciamento e café da manhã	Atividade Cultural	Mariana André Honorato Franzoi - Aben-DF	- Comissão de infraestrutura - Comissão de Cultura e Educação Popular em Saúde
GRUPOS DE DISCUSSÃO E TRABALHO (GDTs)				
9 às 12h	Saúde da população negra	1.Contexto da política de saúde no DF 2.Realidade da assistência de enfermagem à política no DF	1.Keka Bagno 2.Clístenes Mendonça	Clístenes Mendonça

9 às 12h	Saúde da população LGBTQIA+	1.Contexto da política de saúde no DF 2.Realidade da assistência de enfermagem à política no DF	- Rangel Fernandes - Ludmilla Santiago	Rangel Fernandes
9 às 12h	Saúde da população em situação de rua	1.Contexto da política de saúde no DF 2.Realidade da assistência de enfermagem à política no DF	1.Úrsula Nepomoceno 2.Renata Rocha 3.Ana Rosa Barreto	Úrsula Nepomoceno
9 às 12h	Saúde da população idosa	1.Contexto da política de saúde no DF 2.Realidade da assistência de enfermagem à política no DF	1. Ana Catarine Carneiro 2. Isabella Severina 3. Karine Afonseca	Karine Afonseca
9 às 12h	Residências multiprofissionais em saúde	1.Contexto da política de saúde no DF 2.Realidade da assistência de enfermagem à política no DF	1. Otto Leone 2. Laurianna Vieira	Otto Leone
13:30h	Apresentação Cultural	<i>Poemas e Rimas que tratam, que curam</i>	- Estéfane Jennifer Santos Câmara – Enfermeira, Poeta, MC e Educadora Social	Comissão de Cultura e Educação Popular em Saúde
13:30 às 15h	PLENÁRIA FINAL	Votação dos encaminhamentos construídos durante a conferência	-	Coordenação geral
15 às 16:30h	- Conferência e compliação das relatorias - Assinatura das atas finais	-	-	Comissão de relatoria Coordenação geral