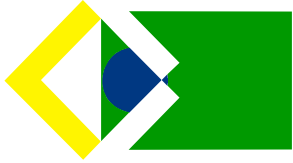


**Conselho Nacional de
Secretarias Municipais de Saúde**

O TRABALHO MÉDICO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SISTEMA PÚBLICO

JUNIOR SOUTO

**BRASILIA, 24 DE JUNHO DE
2010**



1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

- FINAL SÉCULO XIX: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.
- POUCOS MÉDICOS PRESTANDO ASSISTÊNCIA PRIVADA ÀS CLASSES MAIS ABASTADAS.
- DESORGANIZAÇÃO URBANO E SANITÁRIA , ALASTRAMENTO DOÊNCAS INFECTO-CONTAGIOSAS.

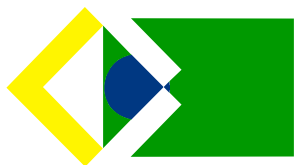




1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- POLÍTICA DE SANEAMENTO DOS ESPAÇOS DE CIRCULAÇÃO DE MERCADORIAS.
- 1903: OSWALDO CRUZ-CHEFIA DEPARTAMENTO GERAL DE SAUDE PÚBLICA. SANEAMENTO DO RIO.
- 1906: CARLOS CHAGAS, EMILIO RIBAS E SATURNINO DE BRITO- SANEAMENTO DO PORTO E CIDADE DE SANTOS.

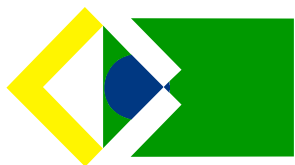




1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- DUAS PRIMEIRAS DÉCADAS SEC.XX:
REDUÇÃO LIBERALISMO FISCAL E EDIÇÃO
LEIS REGULADORAS DO PROCESSO
TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL- LEI
ELOI CHAVES DE 1923.
- CRIAÇÃO CAPS- CAIXAS DE
APOSENTADORIAS E PENSÃO. PROVIA
SOCORRO MÉDICO PARA O TRABALHADOR
E FAMILIA.





1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- REVOLUÇÃO DE 30-VARGAS-
CENTRALIZAÇÃO GESTÃO DOS INSTITUTOS.
- AMPLIAÇÃO COBERTURA X RESTRIÇÃO DE
BENEFÍCIOS.NECESSIDADE COMPLETAÇÃO
NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.
- 1940/WILLIAM BEVERIDE REESTRUTURA A
PREVIDÊNCIA COM A SEGURIDADE SOCIAL.
- 1945 A 1966 NO BRASIL: AMPLIAÇÃO DA
REDE ASSISTENCIAL PÚBLICA.



1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- DUTRA: CONSTRUÇÃO HOSPITAIS E AMBULATÓRIOS PÚBLICOS PARA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AOS TRABALHADORES.
- 1943: FUNDAÇÃO SESP=INTERIORIZAÇÃO AÇÕES DE SAÚDE.
- 1953; CRIAÇÃO MINISTÉRIO DA SAÚDE.





1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- 1960: PROMULGAÇÃO LEI ORGANICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.
- 1966: UNIFICAÇÃO DOS IAPS= INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL.
- FAS-FUNDO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO SOCIAL: GOVERNO MILITAR OPTA POR FINANCIAR A FUNDO PERDIDO A CONSTRUÇÃO E O EQUIPAMENTO DOS HOSPITAIS PRIVADOS.



1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- O GOVERNO PASSA A COMPRAR SERVIÇOS DOS HOSPITAIS CONSTRUIDOS: - CREDENCIAMENTO DE HOSPITAIS, REMUNERAÇÃO POR SERVIÇOS PRESTADOS NUMA TABELA POR UNIDADES.
- CONVÊNIO COM EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO POR VALOR FIXO MENSAL.





1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- SISTEMA PREVIDENCIÁRIO COM SEGUINTE CARACTERÍSTICAS:
- -EXPANSÃO DA COBERTURA DE FORMA A ATINGIR POPULAÇÃO URBANA E PARTE DA RURAL.
- -PRIVILEGIAMENTO DA PRÁTICA MÉDICA CURATIVA INDIVIDUAL.
- -CRIAÇÃO COMPLEXO MÉDICO INDUSTRIAL.





1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- . 1974: “PLANO DE PRONTA AÇÃO”:
PROPUNHA A UNIVERSALIZAÇÃO DA
ATENÇÃO URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.
- . 1975: CEBES/ INÍCIO DA REFORMA SANITÁRIA
NO BRASIL/ DEBATES PÚBLICOS E
SURGIMENTO DO MOVIMENTO
MUNICIPALISTA.
- 1978: *ALMA ATA=PRORIZAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA.





1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- . 1980: PREVISAÚDE-PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE/ PROPUNHA UNIVERSALIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE.
- . 1981: CONASP-CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE PREVIDENCIÁRIA.

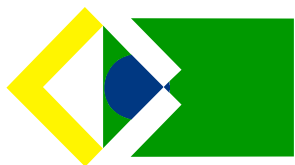




1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- . 1982: VIRADA NAS ELEIÇÕES ESTADUAIS E MUNICIPAIS= FORTALECIMENTO DAS PROPOSTAS DA REFORMA.
- . 1986: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: CONSENSO EM TORNO DE TRES ASPECTOS:
 - CONCEITO ABRANGENTE DE SAÚDE.
 - SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E DEVER DO ESTADO.
 - INSTITUIÇÃO DE UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.





1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- .1988: CONSTITUÇÃO CIDADÃ- ARTIGOS 196 AO 200.
- CRIA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COM OS SEGUINTE PRINCÍPIOS:
 - DOUTRINÁRIOS:
 - A- UNIVERSALIDADE.
 - B-EQUIDADE.
 - C-INTEGRALIDADE.





1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- ORGANIZACIONAIS:
 - A- REGIONALIZADO E HIERARQUIZADO.
 - B- DESCENTRALIZADO.
 - C- COM PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.
 - D- COMPLEMENTARIDADE DO SETOR PRIVADO.
-



1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- 1990:
- LEI 8080 DE 1990- LEI DOS VETOS.
- LEI 8142 DE 1990. RETOMA OS PRINCÍPIOS DO FINANCIAMENTO E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL VETADOS POR COLLOR.

-





1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

DÉCADA DE 90/ O PAPEL DAS NOB- NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS:

- NOB 1991: PAGAMENTO DE FATURAS A PARTIR DE UMA TABELA DE PROCEDIMENTOS CRIADAS PELO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAS(SIA / SUS) OU A TABELA DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PELO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES(SIH / SUS).
- NOB 1993: “A OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI”= REGULAMENTA SISTEMA DE HABILITAÇÃO DOS MUNICIPIOS ESTABELECENDO REPASSE FUNDO A FUNDO.



1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

- NOB 1996: IMPLANTADO O PAB(PISO DA ATENÇÃO BÁSICA) QUE PASSA A FINANCIAR A AB *PER CAPTA*.
- NOAS- NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
- ESTRUTURADA SOB O TRIPÉ:
 - . REGIONALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.
 - . FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO SUS.
 - . REVISÃO DE CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO.



1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONT

2000: EC-29 QUE ESTABELECE O PISO MÍNIMO DE APLICAÇÃO

DE RECURSOS FINANCEIROS NA SAÚDE. 15% DA RCB PARA MUNICÍPIOS, 12% PARA OS ESTADOS E A VARIAÇÃO NOMINAL DO PIB PARA A UNIÃO.

2006: O PACTO PELA SAÚDE: GESTÃO/VIDA/DEFESA DO SUS.

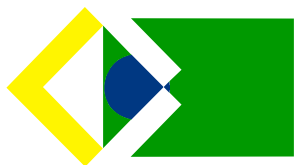
. O SUS PÓS- NOB

. PACTUAÇÃO ENTRE OS GESTORES DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO DAS POLITICAS DE SAÚDE.



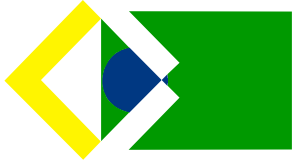
1. AS URGÊNCIAS NESTE CENÁRIO.

- . MODELO ASSISTENCIAL CENTRADO NAS OFERTAS E NÃO NAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.
- . BAIXO ACOLHIMENTO DOS CASOS AGUDOS DE MENOR COMPLEXIDADE PELA ATENÇÃO BÁSICA.
- . INSUFICIÊNCIA DE PORTA DE ENTRADA DE CASOS AGUDOS MÉDIA COMPLEXIDADE.
- . MÁ UTILIZAÇÃO DAS PORTAS DE ENTRADA DA ALTA COMPLEXIDADE.



1. AS URGÊNCIAS NESTE CENÁRIO.

- . INSUFICIÊNCIA DE LEITOS HOSPITALARES DE QUALIDADE, ESPECIALMENTE UTI E RETAGUARDA PARA URGÊNCIAS.
- . DEFICIÊNCIAS ESTRUTURAIS DA REDE ASSISTENCIAL- ÁREAS FÍSICAS, EQUIPAMENTOS, E PESSOAL.
- . INADEQUAÇÃO DAS ESTRUTURAS CURRICULARES DOS APARELHOS FORMADORES.
- . BAIXO INVESTIMENTO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE.



1. AS URGÊNCIAS NESTE CENÁRIO.

- . DIFICULDADE DE REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA E FRAGILIDADE NAS PACTUAÇÕES.
- . INCIPIÊNCIA DOS MECANISMOS DE INTEGRAÇÃO DO SISTEMA EM REDE E DA CONTINUIDADE DO CUIDADO.
- . ESCASAS AÇÕES CONTROLE E AVALIAÇÃO DAS CONTRÁTUALIZAÇÕES.
- . FALTA DE REGULAÇÃO.

-
-





A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.

- .1998: PORTARIA GM/MS 2.923- DETERMINA INVESTIMENTOS NAS ÁREAS PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL, HOSPITALAR, CENTRAIS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGENCIAS E CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS.**
 - 1999: PORTARIA GM/MS 479 ESTABELECE PRÉ REQUISITOS PARA CADASTRAMENTO DE HOSPITAIS.**
 - 2002:A PORTARIA 2.048 ESTABELECE OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**
-



A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.

.2003:PORTARIAGM/MS, 1.863 DE 29 DE SETEMBRO ESTABELECE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.

COMPONENTES FUNDAMENTAIS:

- ORGANIZAÇÃO REDES LOCO REGINAIS DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS TECEDIDAS EM SEUS DIVERSOS COMPONENTES:
- .COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR FIXO: UBS/ACS/NASF-AMBULATÓRIO ESPECIALIZADOS.



A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.

- COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MOVÉL: SAMU/192.
- COMPONENTE HOSPITALAR: PORTAS HOSPITALARES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DOS HOSPITAIS GERAIS E DOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIAS.
- COMPONENTE PÓS –HOSPITALAR: ATENÇÃO DOMICILIAR, HOSPITAL DIA E PROJETOS DE REABILITAÇÃO INTEGRAL.



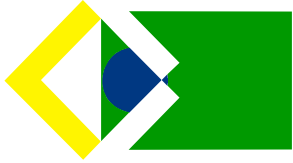


A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.

2009: PORTARIA 2922 GM/MS ESTABECE OS CRITÉRIOS PARA CONSTRUÇÃO E HABILITAÇÃO DAS U. P. A. S.

AS U P A S TIVERAM A FINALIDADE MAIOR DE DEFOGAR AOS PRONTO SOCORROS DAS REGIÕES METROPOLITANAS E DOS POLOS MACROREGIONAIS DE SAÚDE.

A ESCASSEZ DE MÉDICOS FAZ COM QUE HAJA COMPETIÇÃO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA.



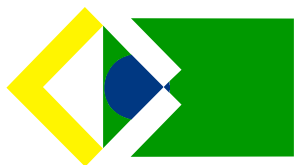
O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

DECLARAÇÃO DE LISBOA:

NA II JORNADA DE EMERGÊNCIA MÉDICA DE LISBOA, EM 7 DE DEZEMBRO DE 1990 FICOU DEFINIDO QUE OS SISTEMAS DE AJUDA MÉDICA DE URGÊNCIA NO MUNDO DEVEM OBEDECER AOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DOS DIREITOS DO HOMEM:

- . AUTONOMIA E LIBERDADE: AUMENTAR A AUTONOMIA DO DOENTE, RESPEITANDO SUA LIBERDADE.



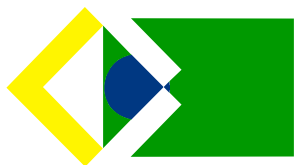


O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

. BENEFÍCIO DE TODOS: OFERECER O MÁXIMO DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE, FORNECER O MELHOR ATENDIMENTO VISANDO À MELHOR QUALIDADE DE VIDA PARA O PACIENTE E PARA OS QUE O CERCAM.

. O MENOR PREJUÍZO POSSÍVEL: ISTO COMO RESULTANTE DOS PROCEDIMENTOS IMPOSTOS PELA NECESSIDADE DA URGÊNCIA.





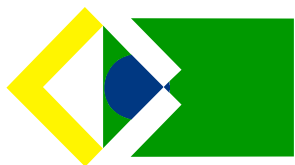
O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

. JUSTIÇA, IGUALDADE E SOLIDARIEDADE:

DISTRIBUIR A ATENÇÃO À COLETIVIDADE COM CRITÉRIO E JUSTIÇA, PRESTANDO CUIDADOS IGUALMENTE A TODOS OS QUE O CERCAM.

OS MÉDICOS REGULADORES DEVEM ESTABELEECER PRIORIDADES, NÃO PODENDO SEGUIR O PRINCÍPIO HABITUAL DE ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA, POR EXEMPLO.





O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

. ETAPAS DA REGULAÇÃO MÉDICA;

PRIMEIRA ETAPA: RECEPÇÃO DA CHAMADA.

SEGUNDA ETAPA: ABORDAGEM DO CASO.

TERCEIRA ETAPA: DECISÃO E
ACOMPANHAMENTO.





O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

* A POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NOS
SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES E
HOSPITALARES DE URGÊNCIA:

- . ACOLHER A DEMANDA E CLASSIFICAR AS
NECESSIDADES ATRAVÉS DE
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, GARANTINDO O
ACESSO REFERENCIADO AOS DEMAIS NÍVEIS
DE ATENÇÃO E A TRANSFERÊNCIA
SEGURA.





O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

- *DEFINIÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS, GARANTINDO A ELIMINAÇÃO DE INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS E RESPEITANDO A INDIVIDUALIDADE DO SUJEITO.
- *ACOLHIMENTO COM ESTRATÉGIA DE INTERFERÊNCIA NOS PROCESSOS DE TRABALHO.
- *ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS U. E.: OTIMIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS E FORÇA DE TRABALHO DE ACORDO COM AS NECESSIDADES.





O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

AS DIFICULDADES DO GESTOR COM
RELAÇÃO AO TRABALHO MÉDICO NAS U.E.:

- FALTA DE PROFISSIONAIS MÉDICOS.
- FALTA ESPECIALISTAS QUALIFICADOS.
- FALTA ESTRUTURA FÍSICA ADEQUADA.
- FALTA DE RECURSOS PARA CUSTEIO DAS AÇÕES EM TODOS OS NÍVEIS DO SISTEMA, MAIS ACENTUADAMENTE NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.
- FALTA DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.



O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

COMO ENFRENTAR AS DIFICULDADES
APONTADAS:

- CONSEGUIR MELHOR FINANCIAMENTO
PARAA SAÚDE COMO UM TODO.
- REGULAMENTAÇÃO DA EC-29 DESTINANDO
- 10% DA RCB DA UNIÃO PARA A SAÚDE,
- COMO O MÍNIMO NECESSÁRIO.





O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

COMO ENFRENTAR AS DIFICULDADES
APONTADAS:

- ENFRENTAR A FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA, INTEGRANDO O SISTEMA EM REDE ATRAVÉS DE UMA REGIONALIZAÇÃO COOPERATIVA E SOLIDARIA, EM QUE OS GESTORES DO SISTEMA ENTEDAM A INTERDEPENDÊNCIA.
- PLANEJAR E IMPLANTAR UMA REDE QUE ACOLHA O PACIENTE NA HORA CERTA, NO LUGAR CERTO, NO CUSTO CERTO.



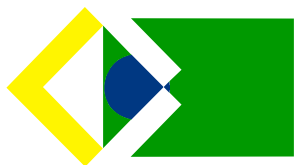


O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

COMO ENFRENTAR AS DIFICULDADES
APONTADAS:

- OS ESTUDOS SOBRE OS HOSPITAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MOSTRAM QUE:
.SEM A MODERNIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS, A MANUTENÇÃO, UMA POLÍTICA DE RH COM CAPACITAÇÃO PERMANENTE E POLÍTICA DE CARGOS E SALÁRIOS.



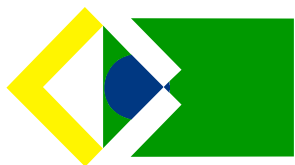


O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

COMO ENFRENTAR AS DIFICULDADES
APONTADAS:

- OS ESTUDOS SOBRE OS HOSPITAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MOSTRAM QUE: SEM A MODERNIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS, A MANUTENÇÃO, UMA POLÍTICA DE RH COM CAPACITAÇÃO PERMANENTE, SEM POLÍTICA DE CARGOS E SALÁRIOS E, SE NÃO FOREM MELHORADAS AS CONDIÇÕES SALARIAS, NÃO TEM COMO MELHORAR A ASSISTÊNCIA.





O TRABALHO MÉDICO NAS U.E. DO SISTEMA PÚBLICO

COMO ENFRENTAR AS DIFICULDADES
APONTADAS:

- CONSEGUIR APOIO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA DEFESA DO SUS
- A CLASSE MÉDICA TEM QUE PARTICIPAR DE FORMA MAIS CONTUNDENTE DA LUTA PARA UM MELHOR FINANCIAMENTO DO SUS.





MUITO OBRIGADO.

JOSE VELOSO SOUTO JUNIOR

souto@conasems.org.br

-

-







1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

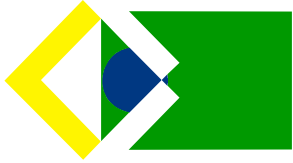




1. SISTEMA DE SAÚDE

- Um Sistema pode ser entendido como um conjunto de partes interrelacionadas que tem como objetivo atingir determinados fins. Pode ser aplicado na saúde, uma vez que pode-se identificar várias ações e atividades dos sujeitos se relacionam com a prestação de “atenção à saúde”.





1. SISTEMA DE SAÚDE

- Um **Sistema** pode ser entendido como um conjunto de partes interrelacionadas que tem como objetivo atingir determinados fins. Pode ser aplicado na saúde, uma vez que pode-se identificar várias ações e atividades dos sujeitos se relacionam com a prestação de “atenção à saúde”.





1. SISTEMA DE SAÚDE

- Um Sistema pode ser entendido como um conjunto de partes interrelacionadas que tem como objetivo atingir determinados fins. Pode ser aplicado na saúde, uma vez que pode-se identificar várias ações e atividades dos sujeitos se relacionam com a prestação de “atenção à saúde”.

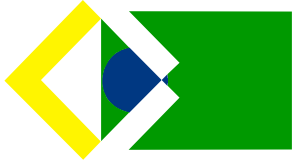




1. SISTEMA DE SAÚDE

- Um Sistema pode ser entendido como um conjunto de partes interrelacionadas que tem como objetivo atingir determinados fins. Pode ser aplicado na saúde, uma vez que pode-se identificar várias ações e atividades dos sujeitos se relacionam com a prestação de “atenção à saúde”.





1. SISTEMA DE SAÚDE

- Um Sistema pode ser entendido como um conjunto de partes interrelacionadas que tem como objetivo atingir determinados fins. Pode ser aplicado na saúde, uma vez que pode-se identificar várias ações e atividades dos sujeitos se relacionam com a prestação de “atenção à saúde”.





1. SISTEMA DE SAÚDE

- Um Sistema pode ser entendido como um conjunto de partes interrelacionadas que tem como objetivo atingir determinados fins. Pode ser aplicado na saúde, uma vez que pode-se identificar várias ações e atividades dos sujeitos se relacionam com a prestação de “atenção à saúde”.

